

Алгоритм діагностики та надання медичної допомоги дітям, хворим на вітряну віспу

1. Оцінити скарги
2. Оцінити дані анамнезу (особливості епіданамнезу, наявність контактів з інфекційними хворими, особливості початку хвороби, тривалість захворювання, наявність щеплення у дитини, ймовірні провокуючі фактори)
3. Оцінити результати огляду дитини (стан свідомості, наявність симптомів інтоксикації, температура тіла, стан шкірних покривів, наявність висипу, характер висипань, свербіж шкіри, стан слизових оболонок, наявність ознак ураження ЦНС, стан лімфатичних вузлів, наявність симптомів ураження дихальної та серцево-судинної системи, стан шлунково-кишкового тракту, сечовидільної системи)
4. Оцінити дані лабораторних загально клінічних обстежень та інструментальних досліджень.
5. Оцінити дані специфічних лабораторних обстежень.
6. Сформулювати діагноз за схемою: типова чи атипова форма хвороби, гостра чи хронічна форма, період перебігу (стадія), тяжкість хвороби, ускладнення основного захворювання.
7. На бланку відповідей вибрати необхідні препарати, їх дози та шлях введення

Діагностичні критерії:

1. Клінічні – Типова форма вітряної віспи

- Захворювання розпочинається гостро з підвищення температури тіла, висота якої визначається важкістю перебігу захворювання, та з появи висипу.
- Іноді за 1-5 днів до появи висипу спостерігаються продромальні явища у вигляді субфебрильної температури, в'ялості, відсутності апетиту та появи “реш-висипки” (скарлатиноподібної, короподібної).
- Вітрянковий висип з'являється одночасно з підвищенням температури чи на декілька годин пізніше. Спочатку утворюються невеликі плями, які швидко перетворюються на папули та везикули (однокамерні).
- Висипання розташовані на шкірі тулуба, обличчя, кінцівок, волосистої частини голови, рідше на слизових оболонках рота, дихальних шляхів, очей, зовнішніх статевих органів.
- Висип супроводжується свербінням.

- На слизових оболонках елементи висипки швидко мацеруються з утворенням поверхневих ерозій, які загоюються протягом 1-2 днів.
- На шкірі пухирці поступово стухають, підсихають та вкриваються кірочками. Після злуцнення кірочок на їх місці тривалий час зберігається легка пігментація, в рідких випадках – рубчики.
- Процес висипання відбувається поштовхами, з інтервалом в 1-2 дні, протягом 2-4 днів, в рідких випадках до 7 дня і більше. Спостерігається несправжній поліморфізм висипу.

Діагноз вітряної віспи ставлять за клінічними критеріями. У випадках складної клінічної діагностики використовують лабораторне обстеження.

Параклінічні дослідження:

1. Загальний аналіз крові: лейкопенія, відносний лімфоцитоз, нормальна ШОЕ.
2. РФА дозволяє виявити антиген вірусу в мазках – відбитках із вмісту везикул.
3. Для серологічного дослідження використовують парні сироватки. Діагностичним вважається наростання титру у 4 та більше разів протягом 10-14 діб (РНГА, ІФА, РІА РЗК).

Лікування

1. При легких та середньо-тяжких формах вітряної віспи в імунокомпетентних пацієнтів терапія спрямована на профілактику вторинних бактеріальних ускладнень. Для цього щоденно змінюють одяг, постільну білизну, змащують везикули 1% розчином діамантового зеленого або 1-2% розчином калію перманганату, після їжі необхідно прополоскати рот розчинами антисептиків.
2. Етіотропна терапія вітряної віспи – ацикловір. Показання до застосування ацикловіру:
 - вроджена вітряна віспа;
 - тяжкі форми вітряної віспи;
 - вітряна віспа, яка ускладнена ураженнями нервової системи, гепатитом, пневмонією, тромбоцитопенією;
 - діти з ВІЛ-інфекцією;
 - діти з вродженими імунодефіцитами;
 - хворі, які отримують кортикостероїдні препарати;
 - хворі, які мають онкогематологічні хвороби;
 - реципієнти органів, кісткового мозку.

Алгоритм діагностики та лікування гемоколіту, помірне зневоднення

1. Оцінити скарги
2. Оцінити дані анамнезу (особливості епіданамнезу, наявність контактів з інфекційними хворими, особливості початку хвороби, тривалість захворювання, наявність щеплення у дитини, ймовірні провокуючі фактори)
3. Оцінити результати огляду дитини (стан свідомості, наявність симптомів інтоксикації, температура тіла, стан шкірних покривів, наявність висипу, характер висипань, свербіж шкіри, тургор тканин, реакція шкірної складки на животі, стан великого тім'ячка, наявність гострої втрати маси тіла, стан слизових оболонок, наявність ознак ураження ЦНС, стан лімфатичних вузлів, наявність симптомів ураження дихальної та серцево-судинної системи, стан шлунково-кишкового тракту, сечовидільної системи, кількість та характер випорожнень)
4. Оцінити дані лабораторних загально-клінічних обстежень та інструментальних досліджень.
5. Оцінити дані специфічних лабораторних обстежень.
6. Сформулювати діагноз за схемою: типова чи атипова форма хвороби, гостра чи хронічна форма, період перебігу (стадія), тяжкість хвороби, ускладнення основного захворювання.
7. На бланку відповідей вибрати необхідні препарати, їх дози та шлях введення

Алгоритм дій лікаря первинної ланки

1. Чи є у дитини діарея? Якщо так, то запитайте: Як довго вона триває? Чи є домішок крові у випорожненнях?
2. Оцініть загальний стан дитини. Дитина: Летаргічна або непритомна? Неспокійна та дратівлива?
3. Оцініть, чи є "запалі" очі.
4. Запропонуйте дитині рідину. Дитина: Не може пити або п'є погано? П'є активно, жадібно?
5. Перевірте реакцію шкірної складки на животі. Оцініть, як швидко складка розправляється: Дуже повільно (довше 2 секунд)? Повільно?

Дві з наступних ознаки свідчать про ТЯЖКЕ ЗНЕВОДНЕННЯ:

- 1) Летаргічна або непритомна
- 2) "Запалі" очі
- 3) Не може пити або п'є погано
- 4) Шкірна складка розправляється дуже повільно

Якщо у дитини немає інших тяжких класифікацій:

1. Дайте дитині рідину, як при тяжкому зневодненні (План В)
2. Якщо у дитини є ще й інші тяжкі класифікації:
ТЕРМІНОВО направите дитину до стаціонару з матір'ю; по дорозі продовжуйте лікування згідно з Планом В Порадьте матері продовжувати годування груддю

Дві з наступних ознаки свідчать про ПОМІРНЕ ЗНЕВОДНЕННЯ:

- 1) Неспокійна, дратівлива
- 2) "Запалі" очі
- 3) Активно і жадібно п'є
- 4) Шкірна складка розправляється повільно

1. Дайте дитині рідину, їжу та цинк згідно з рекомендаціями Плану Б
2. Якщо у дитини є ще й інші тяжкі класифікації:
ТЕРМІНОВО направите дитину до стаціонару з матір'ю; під час транспортування давайте дитині ОРС дрібними частими порціями.
Порадьте матері продовжувати годування груддю

Менше двох ознак зневоднення або їх відсутність свідчать про НЕМАЄ ЗНЕВОДНЕННЯ

1. Дайте дитині рідину, їжу та цинк згідно з планом лікування діареї в домашніх умовах (План А)
2. Проінформуйте матір про стани, що потребують негайного повторного звернення Повторний огляд через 3 дні за відсутності покращення

Якщо немає можливості проведення Плану Б направте до стаціонару

За наявності крові у випорожненнях (ГЕМОКОЛІТ)
дайте першу дозу цефтриаксону внутрішньо м'язово та **НАПРАВТЕ** дитину до стаціонару

Лікування за планами А,Б,В в залежності від стану дитини

План Б: ЛІКУЙТЕ ПОМІРНЕ ЗНЕВОДНЕННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ОРАЛЬНИХ РЕГІДРАТАЦІЙНИХ СОЛЕЙ (ОРС)

Дайте дитині рекомендований об'єм ОРС протягом 4-х годин

ВИЗНАЧТЕ ОБ'ЄМ ОРС, ЯКИЙ НЕОБХІДНО ДАТИ ПРОТЯГОМ ПЕРШИХ 4-Х ГОДИН

МАСА ТІЛА	< 6 кг	6 - <10 кг	10 - <12 кг	12 - 19 кг
ВІК	До 4 місяців	Від 4 до 12 місяців	Від 12 місяців до 2-х років	Від 2 до 5 років
мл	200 -450	450 - 800	800 - 960	960 - 1600

* Орієнтуйтеся на вік тільки в тому випадку, якщо вам невідома маса тіла дитини. Приблизно, необхідний об'єм ОРС (в мл) також можна обчислити, якщо масу тіла дитини (в кг) помножити на 75.

-Якщо дитина хоче ще ОРС, дайте їй ще.

-Для дітей молодше 6 місяців, котрі знаходяться не на грудному вигодовуванні, давайте

також додатково 100-200 мл чистої води під час цього періоду, якщо ви використовуєте стандартний розчин ОРС. В цьому немає потреби, якщо ви використовуєте розчин зі зниженою осмолярністю.

ЧЕРЕЗ 4 ГОДИНИ:

-Повторно оцініть стан дитини, оцініть ступінь зневоднення.

-Оберіть відповідний план продовження лікування (у випадку прогресування зневоднення -

перейти до плану В; якщо стан дитини залишається стабільним, але без погіршення -

продовжуйте лікування за планом Б. Якщо стан дитини нормалізувався та немає ознак

зневоднення, вважається, що дитина повністю регідратована. У випадку, якщо залишаються

прояви гострої кишкової інфекції, необхідно проведення регідrataції за планом А).

-Почніть годувати дитину

Алгоритм діагностики та надання медичної допомоги при дифтерії мигдаликів

1. Оцінити скарги
2. Оцінити дані анамнезу (особливості епіданамнезу, наявність контактів з інфекційними хворими, особливості початку хвороби, тривалість захворювання, наявність щеплення у дитини, ймовірні провокуючі фактори)
3. Оцінити результати огляду дитини (стан свідомості, наявність симптомів інтоксикації, температура тіла, нежить, кашель, стан шкірних покривів, наявність висипу, характер висипань, стан слизових оболонок, наявність нальоту на мигдаликах, характеристика нальоту, стан лімфатичних вузлів, наявність ознак ураження ЦНС, наявність симптомів ураження дихальної та серцево-судинної системи, стан шлунково-кишкового тракту, сечовидільної системи)
4. Оцінити дані лабораторних загально-клінічних обстежень та інструментальних досліджень.
5. Оцінити дані специфічних лабораторних обстежень.
6. Сформулювати діагноз за схемою: типова чи атипова форма хвороби, гостра чи хронічна форма, період перебігу (стадія), тяжкість хвороби, ускладнення основного захворювання.
7. На бланку відповідей вибрати необхідні препарати, їх дози та шлях введення

Алгоритм дій лікаря

Критерії постановки діагнозу.

При підозрі на дифтерію слід призначити наступне:

- Загальний аналіз крові;
- Бактеріоскопія секрету ротоглотки і носових ходів – наявність або відсутність бактерій морфологічно подібних до коринебактерій дифтерії;
- Бактеріологічна діагностика слизу з ротоглотки, з носу – виділення культури коринебактерій дифтерії та визначення її токсичних властивостей;
- РПГА крові з дифтерійним діагностикомом – зростання титру анитоксичних антитіл у сироватці крові у динаміці хвороби;
- РНА з дифтерійним антигеном – виявлення дифтерійного токсину у сироватці крові;
- РПГА крові з еритроцитарним діагностикомом до введення ПДС – визначення рівню дифтерійного токсину в сироватці крові;
- Коагулограма;

- Загальний аналіз сечі;
- ЕКГ;
- Консультації отоларингологом, кардіологом, неврологом.
Госпіталізувати хвору дитину у окремий ізольований бокс.

Лікування

1. Госпіталізації підлягають усі хворі в залежності від тяжкості до боксованого або реанімаційного відділення інфекційного стаціонару.
2. Дієта – вітамінізована, калорійна, ретельно оброблена їжа.
3. Специфічна терапія – введення протидифтерійної сироватки (ПДС), доза та кратність введення залежить від ступеню тяжкості та клінічної форми дифтерії.
Після встановлення діагнозу дифтерія, або вірогідній підозрі на неї, ПДС вводиться в перші дві години після госпіталізації.
4. ПДС не вводиться дітям, у яких діагноз дифтерія встановлений після 7 дня захворювання і відсутні симптоми інтоксикації та нашарування на мигдаликах.
ПДС вводиться тільки після постановки внутрішньо шкіряної проби.

Доза ПДС в залежності від тяжкості дифтерії

Тяжкість стану	Перша доза ПДС (в тис. МО)
Легка форма дифтерії	20000-40000
Середньо тяжка форма	50000-80000
Тяжка форма	90000-120000
Дуже тяжка форма (ІТШ, ДВЗ-синдром)	120000-150000

- При легкій формі дифтерії вся доза ПДС вводиться одноразово внутрішньо м'язово і складає 20 000 – 40 000 МО.
- Повторне введення сироватки в цій самій дозі можливе при збереженні через добу симптомів інтоксикації та збереженні чи поширенні нашарувань на мигдаликах.
- При легкій формі дифтерії в умовах стаціонару, коли постановка діагнозу дифтерії викликає труднощі, можливе спостереження за хворим протягом 8-24 годин до кінцевого встановлення діагнозу без введення ПДС.
- При середньо тяжкій формі дифтерії перша доза ПДС становить 50 000 – 80 000 МО, через 24 години при необхідності вводиться повторна доза.
- При тяжкій формі дифтерії курсова доза ПДС складає 90 000 – 120 000 МО, 120 000 – 150 000МО.
Перша доза має складати 2/3 курсової.
У добу госпіталізації вводять $\frac{3}{4}$ курсової дози. Кратність введення ПДС складає 12 годин, якщо вся доза сироватки вводилась внутрішньовенно,

інтервал складає 8 годин.

При дуже тяжких формах захворювання показане внутрішньовенне крапельне введення сироватки.

Половину розрахованої дози вводять внутрішньовенно, другу половину – внутрішньо м'язово.

5. Антибактеріальна терапія: при легких формах – еритроміцин, рифампіцин в середину, при середньо тяжких та тяжких – парентеральні напівсинтетичні антибіотики пеніцилінового та цефалоспоринового ряду.
Тривалість курсу антибактеріальної терапії складає 10-14 днів.
6. Місцева санація ротоглотки – полоскання та зрошення ротоглотки дезінфікуючими розчинами.
7. Дезінтоксикаційну терапію глюкозо-сольовими та колоїдними розчинами при середньо тяжкій та тяжкій формах з обліком добової потреби в рідині і патологічних витрат.
Глюкокортикостероїди – при середньо тяжкій формі у дозі 2-3 мг/кг по преднізолону;
при тяжкій формі у дозі 10-20 мг/кг по преднізолону.

Алгоритм діагностики та лікування ускладненого кору

1. Оцінити скарги
2. Оцінити дані анамнезу (особливості епіданамнезу, наявність контактів з інфекційними хворими, особливості початку хвороби, тривалість захворювання, наявність щеплення у дитини, ймовірні провокуючі фактори)
3. Оцінити результати огляду дитини (стан свідомості, наявність симптомів інтоксикації, температура тіла, нежить, кашель, стан шкірних покривів, наявність висипу, характер та етапність висипань, стан слизових оболонок, наявність нальоту на мигдаликах, характеристика нальоту, стан лімфатичних вузлів, наявність ознак ураження ЦНС, наявність симптомів ураження дихальної та серцево-судинної системи, стан шлунково-кишкового тракту, сечовидільної системи)
4. Оцінити дані лабораторних загально-клінічних обстежень та інструментальних досліджень.
5. Оцінити дані специфічних лабораторних обстежень.
6. Сформулювати діагноз за схемою: типова чи атипова форма хвороби, гостра чи хронічна форма, період перебігу (стадія), тяжкість хвороби, ускладнення основного захворювання.
7. На бланку відповідей вибрати необхідні препарати, їх дози та шлях введення

Алгоритм дій лікаря первинної ланки

Якщо у дитини є лихоманка (в анамнезі та на момент огляду температура тіла $37,5^{\circ}\text{C}$ або вище), то запитайте:

1. Як довго?
2. Якщо більше 5 днів, чи була вона кожного дня?
3. Чи хворіла дитина на кір протягом останніх 3 місяців?

Подивіться та оцініть:

- Чи є ригідність потиличних м'язів
- Чи є петехіальний висип
- Чи є інші очевидні причини лихоманки (локальна болючість, виразки у роті, обмеження рухів кінцівок, набряк шкіри, опіки, у більш старших дітей – біль внизу живота або біль при сечовиділенні)
- Чи є нежить
- Чи є у дитини кір (генералізованій висип та одна з наступних ознак: кашель, нежить або почервоніння очей)

Якщо у дитини є ознаки кору зараз подивіться:

- Чи є виразки у роті
- Чи є гнійні виділення з очей
- Чи є помутніння рогівки

Класифікуйте КІР:

- Якщо є ознаки кору або дитина хворіла на кір протягом останніх 3 місяців: **КІР**
- Якщо є гнійні виділення з очей або виразки у роті або інші ускладнення кору (пневмонія, стридор, діарея, інфекція вуха): **УСКЛАДНЕНИЙ КІР**
- Якщо є будь-яка із загальних ознак небезпеки **АБО** помутніння рогівки **АБО** глибокі та множинні виразки у роті: **ТЯЖКИЙ УСКЛАДНЕНИЙ КІР**

Лікування за класифікаціями кору

При класифікації: **УСКЛАДНЕНИЙ КІР**

1. Дайте вітамін А
2. При гнійних виділеннях з очей використовуйте очні краплі
3. При виразках у роті обробіть слизову рота 1% водним розчином метиленового синього
4. Проінформуйте матір про стани, що потребують негайного повторного звернення
5. Повторний огляд через 3 дні

**Алгоритм діагностики невідкладного стану та
вибір медикаментів для надання екстреної
допомоги**

1. Оцінити скарги
2. Оцінити дані анамнезу (особливості епіданамнезу, наявність контактів з інфекційними хворими, особливості початку хвороби, тривалість захворювання, наявність щеплення у дитини, ймовірні провокуючі фактори)
3. Оцінити результати огляду дитини (стан свідомості, наявність симптомів інтоксикації, температура тіла, стан шкірних покривів, наявність висипу, характер висипань, некротичні елементи шкіри, тургор тканин, стан великого тім'ячка, наявність гострої втрати маси тіла, стан слизових оболонок, наявність ознак ураження ЦНС, наявність судом, стан лімфатичних вузлів, наявність симптомів ураження дихальної, задишка, участь допоміжних м'язів у диханні, стан серцево-судинної системи, ЧСС, характеристика пульсу, капілярне наповнення, артеріальний тиск, стан шлунково-кишкового тракту, сечовидільної системи, кількість та характер випорожнень, діурез)
4. Оцінити дані лабораторних загально-клінічних обстежень та інструментальних досліджень.
5. Оцінити дані специфічних лабораторних обстежень.
6. Сформулювати діагноз за схемою: типова чи атипова форма хвороби, гостра чи хронічна форма, період перебігу (стадія), тяжкість хвороби, ускладнення основного захворювання.
7. На бланку відповідей вибрати необхідні препарати, їх дози та шлях введення

Алгоритм надання медичної допомоги дітям з тяжкими формами менінгококемії на першому етапі надання стаціонарної допомоги (ЦРЛ, соматичне відділення)

1. Оксигенотерапія зволеним киснем із FiO_2 0,35-0,4.[С]
2. Забезпечення прохідності дихальних шляхів та адекватного дихання (оксигенотерапія, допоміжна вентиляція за допомогою маски, інтубація трахеї та ШВЛ). При збереженій свідомості, відсутності шоку, судом та ознак ГРДС – показана оксигенотерапія зволеним киснем із FiO_2 0,35-0,4. [А]
3. Забезпечення венозного доступу. При легких та середньотяжких формах захворювання – периферичного, при тяжких – центрального. При блискавичних формах МІ необхідно забезпечити 2 або більше венозних доступи одночасно. [А]
4. Показання для оксигенотерапії – початкові ознаки шоку, переведення на ШВЛ – швидке наростання симптомів з ознаками декомпенсації гемодинамічних показників (наприклад $O_{SH} \geq 8$ балів). При наявності стійкого до інфузійної терапії шоку, ознак прогресуючого підвищення внутрішньочерепного тиску, ГРДС – показана інтубація трахеї та ШВЛ. Інтубація трахеї здійснюється після попередньої преоксигенації,

премедикації 0,1% розчином атропіну сульфату в дозі 0,1 мл/рік життя (не більше 1,0 мл) внутрішньовенно та сибазону 0,3-

0,5 мг/кг маси тіла внутрішньовенно, під наркозом 20% натрію оксибутиратом 100-150 мг/кг внутрішньовенно. При наявності шоку, за відсутності судом та НГМ препаратом вибору є кетамін 2 мг/кг в/в. У будь-якому випадку інтубація трахеї має здійснюватися на фоні гемодинамічної підтримки у вигляді інфузії плазмозамінювачів. [B]

5. Інфузійна терапія сольовими розчинами (ізотонічний розчин хлориду натрію, натрію хлорид + калію хлорид + кальцію хлориду дигідрат + натрію лактат), розчинами гідроксіетилкрохмалю (ГЕК Ш покоління - 130/0,4). [A]

6. При легких та середньотяжких формах менінгококемії, стабільній гемодинаміці, відсутності ознак тяжкої внутрішньочерепної гіпертензії об'єм інфузій ґрунтується на визначенні фізіологічної потреби в рідині.

При наявності менінгіту і НГМ, та задовільних показниках центральної гемодинаміки загальний сумарний об'єм рідини в першу добу становить 75% від фізіологічних потреб організму. [B]

7. Внутрішньовенне введення цефотаксиму в дозі 150мг/кг/добу або цефтриаксону в дозі 100 мг/кг/добу. Одночасне застосування цефтриаксону з розчинами, що містять у своєму складі кальцій, протипоказано навіть через різні інфузійні лінії. Повинно пройти не менше 48 годин між введенням останньої дози цефтриаксону і введенням препаратів, що містять кальцій (розчин Рингера тощо).

При легких та середньотяжких формах менінгококемії можливе застосування бензилпеніциліну в дозі 300-500 тис. Од/кг/добу, при підвищеній чутливості до бета-лактамних антибіотиків – левоміцетину сукцинату в дозі 100мг/кг/добу [A].

8. Інотропна та симпатоміметична підтримка гемодинаміки при рідинно-рефрактерному шоці (допамін, добутамін, норепінефрин, епінефрин). [A]

9. При підозрі або наявності ознак недостатності наднирників та/або рефрактерності до введення симпатоміметиків – глюкокортикостероїди (преднізолон, гідрокортизон) внутрішньовенно в дозі 10 мг/кг у вигляді добової інфузії або фракційно (розрахунок дози за преднізолоном). [B]

10. Корекція гіпо- чи гіперглікемії (рівень глюкози необхідно утримувати у межах 3,5-8,3 ммоль/л) [A]

11. Лікування гіпертермічного синдрому (парацетамол, ібупрофен) – через рот [A], метамізол натрію 50% в/в 0,1 мл/рік життя [C].

12. Протисудомна терапія (діазепам 0,3-0,5мг/кг, натрію оксибутират 50-100мг/кг, фенітоїн в дозі 15-20мг/кг на протязі однієї години). [A]

13. При наростанні внутрішньочерепної гіпертензії, набряку головного мозку забезпечується[A]:

- розташування ліжка з припіднятою головою на 30 0 ;
- контроль за осмолярністю плазми крові (300-310 мосмоль/л); - нормоглікемії; - ШВЛ, що забезпечує нормовентиляцію (PaCO₂ 36-40 мм рт. ст.) та адекватну оксигенацію (SaO₂ 99%);
- контроль температури тіла та судом;

- ефективний серцевий викид або незначне підвищення артеріального тиску;
- за умови стабільної гемодинаміки введення манітолу та фуросеміду (торасеміду).

Алгоритм надання екстренної допомоги при менінгококемії, інфекційно-токсичному шоці у дитини 3 років

1. Оцінити скарги
2. Оцінити дані анамнезу (особливості епіданамнезу, наявність контактів з інфекційними хворими, особливості початку хвороби, тривалість захворювання, наявність щеплення у дитини, ймовірні провокуючі фактори)

3. Оцінити результати огляду дитини (стан свідомості, наявність симптомів інтоксикації, температура тіла, стан шкірних покривів, наявність висипу, характер висипань, некротичні елементи шкіри, тургор тканин, стан великого тім'ячка, наявність гострої втрати маси тіла, стан слизових оболонок, наявність ознак ураження ЦНС, наявність судом, стан лімфатичних вузлів, наявність симптомів ураження дихальної, задишка, участь допоміжних м'язів у диханні, стан серцево-судинної системи, ЧСС, характеристика пульсу, капілярне наповнення, артеріальний тиск, стан шлунково-кишкового тракту, сечовидільної системи, кількість та характер випорожнень, діурез)
4. Оцінити дані лабораторних загально-клінічних обстежень та інструментальних досліджень.
5. Оцінити дані специфічних лабораторних обстежень.
6. Сформулювати діагноз за схемою: типова чи атипова форма хвороби, гостра чи хронічна форма, період перебігу (стадія), тяжкість хвороби, ускладнення основного захворювання.
7. На бланку відповідей вибрати необхідні препарати, їх дози та шлях введення

Алгоритм надання медичної допомоги дітям з менінгококемією на догоспітальному етапі:

1. Оксигенотерапія зволеним киснем із FiO_2 0,35-0,4.[С]
2. За наявністю показань забезпечити прохідність дихальних шляхів та адекватне дихання (введення повітроводу, оксигенотерапія, допоміжна вентиляція за допомогою маски, при можливості - інтубація трахеї та ШВЛ). [А]
3. При наявності ознак шоку у термін 3-5 хвилин за допомогою катетерів типу «Вазофікс» або «Венфлон» забезпечити надійний венозний доступ та розпочати інфузійну терапію ізотонічними сольовими розчинами (0,9% розчин хлориду натрію або розчин натрію хлорид + калію хлорид + кальцію хлориду дигідрат + натрію лактат) в обсязі 20 мл/кг маси тіла за 20 хвилин. [А]
4. Антибактеріальна терапія – цефотаксим в разовій дозі 75 мг/кг або цефтриаксон в разовій дозі 50 мг/кг внутрішньовенно крапельно. При підвищеній чутливості до бета-лактамних антибіотиків – левоміцетину сукцинат в разовій дозі 25 мг/кг внутрішньовенно струминно [А].
На догоспітальному етапі цефотаксим повинен бути антибіотиком першої лінії у випадках, коли на госпітальному етапі передбачається застосування розчинів, що містять у своєму складі кальцій (розчин Рингера тощо). Цефтриаксон можна розглядати антибіотиком першої лінії на догоспітальному етапі у тому випадку, коли введення препаратів кальцію при подальшій терапії не потрібне.
5. Глюкокортикостероїди тільки внутрішньовенно (преднізолон, гідрокортизон) в дозі 10 мг/кг (розрахунок дози за преднізолоном). [В]

6. Антипіретична терапія (у разі необхідності) - (парацетамол 10-15 мг/кг, ібупрофен 5-10 мг/кг через рот [А], метамізол натрію 50% в/в 0,1 мл/рік життя [С]).

7. Протисудомна терапія (у разі необхідності) – діазепам в дозі 0,3-0,5 мг/кг маси тіла одноразово (не більше 10 мг на одне введення). [А]

Алгоритм діагностики та лікування секреторної діареї, помірне зневоднення

1. Оцінити скарги
2. Оцінити дані анамнезу (особливості епіданамнезу, наявність контактів з інфекційними хворими, особливості початку хвороби, тривалість захворювання, наявність щеплення у дитини, ймовірні провокуючі фактори)
3. Оцінити результати огляду дитини (стан свідомості, наявність симптомів інтоксикації, температура тіла, стан шкірних покривів, наявність висипу, характер висипань, свербіж шкіри, тургор тканин, реакція шкірної

складки на животі, стан великого тім'ячка, наявність гострої втрати маси тіла, стан слизових оболонок, наявність ознак ураження ЦНС, стан лімфатичних вузлів, наявність симптомів ураження дихальної та серцево-судинної системи, стан шлунково-кишкового тракту, сечовидільної системи, кількість та характер випорожнень)

4. Оцінити дані лабораторних загально-клінічних обстежень та інструментальних досліджень.
5. Оцінити дані специфічних лабораторних обстежень.
6. Сформулювати діагноз за схемою: типова чи атипова форма хвороби, гостра чи хронічна форма, період перебігу (стадія), тяжкість хвороби, ускладнення основного захворювання.
7. На бланку відповідей вибрати необхідні препарати, їх дози та шлях введення

Алгоритм дій лікаря первинної ланки

1. Чи є у дитини діарея? Якщо так, то запитайте: Як довго вона триває? Чи є домішок крові у випорожненнях?

2. Оцініть загальний стан дитини. Дитина: Летаргічна або непритомна? Неспокійна та дратівлива?

3. Оцініть, чи є "запалі" очі.

4. Запропонуйте дитині рідину. Дитина: Не може пити або п'є погано? П'є активно, жадібно?

5. Перевірте реакцію шкірної складки на животі. Оцініть, як швидко складка розправляється: Дуже повільно (довше 2 секунд)? Повільно?

Дві з наступних ознаки свідчать про ТЯЖКЕ ЗНЕВОДНЕННЯ:

- 1) Летаргічна або непритомна
- 2) "Запалі" очі
- 3) Не може пити або п'є погано
- 4) Шкірна складка розправляється дуже повільно

Якщо у дитини немає інших тяжких класифікацій:

1. Дайте дитині рідину, як при тяжкому зневодненні (План В)

2. Якщо у дитини є ще й інші тяжкі класифікації:

ТЕРМІНОВО направте дитину до стаціонару з матір'ю; по дорозі продовжуйте лікування згідно з Планом В Порадьте матері продовжувати годування груддю

Дві з наступних ознаки свідчать про ПОМІРНЕ ЗНЕВОДНЕННЯ:

- 1) Неспокійна, дратівлива
- 2) "Запалі" очі
- 3) Активно і жадібно п'є
- 4) Шкірна складка розправляється повільно

1. Дайте дитині рідину, їжу та цинк згідно з рекомендаціями Плану Б
2. Якщо у дитини є ще й інші тяжкі класифікації:
ТЕРМІНОВО направте дитину до стаціонару з матір'ю; під час транспортування давайте дитині ОРС дрібними частими порціями.
Порадьте матері продовжувати годування груддю

Менше двох ознак зневоднення або їх відсутність свідчать про НЕМАЄ ЗНЕВОДНЕННЯ

1. Дайте дитині рідину, їжу та цинк згідно з планом лікування діареї в домашніх умовах (План А)
2. Проінформуйте матір про стани, що потребують негайного повторного звернення. Повторний огляд через 3 дні за відсутності покращення
Якщо немає можливості проведення Плану Б направте до стаціонару

Лікування за планами А,Б,В в залежності від стану дитини

План А: ЛІКУЙТЕ ДІАРЕЮ АМБУЛАТОРНО (ВДОМА)

Проінформуйте матір про 3 правила лікування вдома:

1. Давайте додатковий об'єм рідини
2. Дайте цинк (дітям віком від 2 місяців до 5 років)
3. Продовжуйте годування
4. Коли повторно звернутися за медичною допомогою.

**ДАВАЙТЕ ДОДАТКОВИЙ ОБ'ЄМ РІДИНИ (стільки, скільки дитина вип'є)
ПОРАДЬТЕ МАТЕРІ:**

часто годувати груддю, збільшити тривалість кожного годування.

Якщо дитина знаходиться виключно на грудному вигодовуванні, давайте ОРС або чисту воду додатково до грудних годувань.

Якщо дитина не знаходиться на виключно грудному вигодовуванні, додатково до годування давайте ОРС або чисту воду, вживати рідку їжу (рисовий відвар, суп, компот із яблук та груш, після 2 років можна дати чай) .

При погіршенні стану дитини негайне повторне звернення
**НАВЧИТЬ МАТЕРІ ГОТУВАТИ ОРС ТА ДАВАТИ ЙОГО ДИТИНІ.
ПОЯСНІТЬ МАТЕРІ, ЯКИЙ ОБ'ЄМ РІДИНИ НЕОБХІДНО ДАВАТИ ДИТИНІ ДОДАТКОВО:**

До 2 років	Від 50 до 100 мл після кожного рідкого випорожнення
2 роки та старше	Від 100 до 200 мл після кожного рідкого випорожнення

Дайте цинк (дитині, віком 2 місяці - 5 років життя)

2-6 місяців	10 мг протягом 14 днів
6 місяців та старше	20 мг протягом 14 днів

Скажіть матері:

Давати дитині рідину маленькими частими ковтками з чашки.

Якщо у дитини блювота, почекайте 10 хвилин, та продовжуйте далі, але більш повільно.

Продовжуйте давати рідину додатково до зникнення діареї.

ПРОДОВЖУЙТЕ ГОДУВАННЯ

ПРОІНФОРМУЙТЕ, КОЛИ НЕОБХІДНО ПОВТОРНО ЗВЕРНУТИСЯ ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

План Б: ЛІКУЙТЕ ПОМІРНЕ ЗНЕВОДНЕННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ОРАЛЬНИХ РЕГІДРАТАЦІЙНИХ СОЛЕЙ (ОРС)

Дайте дитині рекомендований об'єм ОРС протягом 4-х годин

ВИЗНАЧТЕ ОБ'ЄМ ОРС, ЯКИЙ НЕОБХІДНО ДАТИ ПРОТЯГОМ ПЕРШИХ 4-Х ГОДИН

МАСА ТІЛА	< 6 кг	6 - <10 кг	10 - <12 кг	12 - 19 кг
ВІК	До 4 місяців	Від 4 до 12 місяців	Від 12 місяцев до 2-х років	Від 2 до 5 років
МЛ	200 -450	450 - 800	800 - 960	960 - 1600

* Орієнтуйтеся на вік тільки в тому випадку, якщо вам невідома маса тіла дитини. Приблизно, необхідний об'єм ОРС (в мл) також можна обчислити, якщо масу тіла дитини (в кг) помножити на 75.

-Якщо дитина хоче ще ОРС, дайте їй ще.

-Для дітей молодше 6 місяців, котрі знаходяться не на грудному вигодовуванні, давайте

також додатково 100-200 мл чистої води під час цього періоду, якщо ви використовуєте стандартний розчин ОРС. В цьому немає потреби, якщо ви використовуєте розчин зі зниженою осмолярністю.

ЧЕРЕЗ 4 ГОДИНИ:

-Повторно оцініть стан дитини, оцініть ступінь зневоднення.

-Оберіть відповідний план продовження лікування (у випадку прогресування зневоднення -

перейти до плану В; якщо стан дитини залишається стабільним, але без погіршення -

продовжуйте лікування за планом Б. Якщо стан дитини нормалізувався та немає ознак

зневоднення, вважається, що дитина повністю регідратована. У випадку, якщо залишаються

прояви гострої кишкової інфекції, необхідно проведення регідrataції за планом А).

-Почніть годувати дитину

Алгоритм діагностики та лікування гострого тонзилофарингіту, не бактеріального

1. Оцінити скарги
2. Оцінити дані анамнезу (особливості епіданамнезу, наявність контактів з інфекційними хворими, особливості початку хвороби, тривалість захворювання, наявність щеплення у дитини, ймовірні провокуючі фактори)

3. Оцінити результати огляду дитини (стан свідомості, наявність симптомів інтоксикації, температура тіла, нежить, кашель, стан шкірних покривів, наявність висипу, характер висипань, стан слизових оболонок, наявність нальоту на мигдаликах, характеристика нальоту, стан лімфатичних вузлів, наявність ознак ураження ЦНС, наявність симптомів ураження дихальної та серцево-судинної системи, стан шлунково-кишкового тракту, сечовидільної системи)
4. Оцінити дані лабораторних загальноклінічних обстежень та інструментальних досліджень.
5. Оцінити дані специфічних лабораторних обстежень.
6. Сформулювати діагноз за схемою: типова чи атипова форма хвороби, гостра чи хронічна форма, період перебігу (стадія), тяжкість хвороби, ускладнення основного захворювання.
7. На бланку відповідей вибрати необхідні препарати, їх дози та шлях введення

Алгоритм дій лікаря первинної ланки

А. Запитайте:

- чи є біль у горлі?
- чи може дитина пити, ковтати?
- чи є у дитини кашель та/або нежить?
- у дитини температура тіла 37,5°C або вище?

Б. Подивіться та оцініть:

- чи є наліт у горлі?
- чи є болючість передньошийних лімфатичних вузлів?

Класифікуйте проблему з горлом.

А. Дитина не може пити, ковтати – класифікується як **Абсцес глотки** за наявності скарги «біль у горлі»

Б. Наліт у горлі **та**

болючість передньошийних лімфатичних вузлів **та**

температура тіла дитини 37,5°C або вище **та**

відсутність кашлю, нежиті

- Класифікується як Гострий тонзилофарингіт ймовірно бактеріальний.

В. Наліт у горлі **або**

болючість передньошийних лімфатичних вузлів **та**

наявність кашлю/нежиті

- Класифікується як Гострий фарингіт.

Г. Немає нальоту у горлі **та**

немає болючості передньошийних лімфатичних вузлів

- Класифікується як немає проблем

Якщо у дитини **гострий фарингіт**

- При нальоті у горлі – взяти мазок на дифтерію із глотки та носа;
- Дайте одну дозу парацетамолу або ібупрофену при болі;
- Пом'якшіть горло за допомогою безпечного засобу;
- Проінформуйте матір про стани, що потребують негайного повторного звернення;
- Проконсультуйте матір щодо догляду за дитиною;
- Повторний огляд через 5 днів за відсутності покращення.

Якщо у дитини **гострий тонзилофарингіт ймовірно бактеріальної етіології**

- Взяти мазок на дифтерію із глотки та носа;
- При підозрі на дифтерію – **ТЕРМІНОВО** направити до стаціонару;
- Дайте амоксицилін орально протягом 10 днів;
- Дайте одну дозу парацетамолу або ібупрофену при болі;
- Пом'якшіть горло за допомогою безпечного засобу;
- Проінформуйте матір про стани, що потребують негайного повторного звернення;
- Повторний огляд через 2 дні.