

Алгоритм диагностики и оказание медицинской помощи детям, больным ветряной оспой

1. Оцените жалобы
2. Оцените данные анамнеза (особенности эпиданамнеза, указание на контакты с инфекционными больными, особенности начала болезни, продолжительность болезни, вакцинопрофилактика, возможные провоцирующие факторы)
3. Оцените результаты осмотра ребенка (уровень сознания, наличие симптомов интоксикации, температура тела, состояние кожных покровов, наличие сыпи, характер сыпи, зуд кожи, состояние слизистых оболочек, наличие признаков поражения ЦНС, состояние лимфатических узлов, наличие симптомов поражения дыхательной и сердечно-сосудистой системы, состояние желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы)
4. Оцените данные лабораторных общеклинических обследований и инструментальных исследований.
5. Оцените данные специфических лабораторных обследований.
6. Сформулируйте диагноз за схемой: типичная или атипичная форма болезни, острая или хроническая форма, период течения (стадия), тяжесть болезни, осложнения основного заболевания.
7. На бланке ответов выбрать необходимые препараты, их дозы и пути введения

Диагностические критерии:

1. Клинические – Типичная форма ветряной оспы

- Заболевание начинается остро с повышения температуры тела, высота которой определяется тяжестью течения заболевания, и с появления сыпи.
- Иногда за 1-5 дней до появления сыпи наблюдаются продромальные явления в виде субфебрильной температуры, вялости, отсутствия аппетита и появления “реш-сыпи” (скарлатиноподобной, кореподобной).
- Ветряночная сыпь появляется одновременно с повышением температуры или на несколько часов позже. Сначала образуются небольшие пятна, которые быстро превращаются в папулы и везикулы (однокамерные).
- Высыпания размещены на коже туловища, лица, конечностей, волосистой части головы, реже на слизистых оболочках рта, дыхательных путей, глаз, наружных половых органах.

- Высыпания сопровождаются зудом.
- На слизистых оболочках элементы сыпи быстро мацерируются с образованием поверхностных эрозий, которые заживают в течение 1-2 дней.
- На коже пузыри постепенно подсыхают и покрываются корочками. После слущивания корочек на их месте длительное время сохраняется легкая пигментация, в редких случаях – рубцы.
- Процесс высыпания происходит волнообразно, с интервалом в 1-2 дня, в течение 2-4 дней, в редких случаях до 7 дней и больше. Наблюдается ложный полиморфизм сыпи.

Диагноз ветряной оспы ставят по клиническим критериям. В случаях сложной клинической диагностики используют лабораторное обследование.

Параклинические исследования:

1. Общий анализ крови: лейкопения, относительный лимфоцитоз, нормальная СОЭ.
2. РФА позволяет выявить антиген вируса в мазках - отпечатках из содержимого везикул.
3. Для серологического исследования используют парные сыворотки. Диагностическим считается нарастание титра в 4 и более раз в течение 10-14 суток (РНГА, ИФА, РИА РСК).

Лечение

1. При легких и среднетяжелых формах ветряной оспы у иммунокомпетентных пациентов терапия направлена на профилактику вторичных бактериальных осложнений. Для этого ежедневно меняют одежду, постельное белье, смазывают везикулы 1% раствором бриллиантового зеленого или 1-2% раствором калия перманганата, после еды полощут рот растворами антисептиков.
2. Этиотропная терапия ветряной оспы - ацикловир. Показания к применению ацикловира:

- врожденная ветряная оспа;
- тяжелые формы ветряной оспы;
- ветряная оспа, которая осложнена поражениями нервной системы, гепатитом, пневмонией, тромбоцитопенией;
- дети с ВИЧ-инфекцией;
- дети с врожденными иммунодефицитами;
- больные, получающие кортикостероидные препараты;
- больные с онкогематологическими болезнями;
- реципиенты органов, костного мозга.

Алгоритм диагностики и лечение гемоколита, умеренное обезвоживание

1. Оцените жалобы
2. Оцените данные анамнеза (особенности эпиданамнеза, указание на контакты с инфекционными больными, особенности начала болезни, продолжительность болезни, вакцинопрофилактика, возможные провоцирующие факторы)
3. Оцените результаты осмотра ребенка (уровень сознания, наличие симптомов интоксикации, температура тела, состояние кожных покровов, наличие сыпи, характер сыпи, зуд кожи, тургор ткани, реакцию кожной складки на животе, состояние большого родничка, наличие острой потери массы тела, состояние слизистых оболочек, наличие признаков поражения ЦНС, состояние лимфатических узлов, наличие симптомов поражения дыхательной и сердечно-сосудистой системы, состояние желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы, количество и характер испражнений, диурез)
4. Оцените данные лабораторных общеклинических обследований и инструментальных исследований.
5. Оцените данные специфических лабораторных обследований.
6. Сформулируйте диагноз за схемой: типичная или атипичная форма болезни, острая или хроническая форма, период течения (стадия), тяжесть болезни, осложнения основного заболевания.
7. На бланке ответов выбрать необходимые препараты, их дозы и пути введения

Алгоритм действий врача первичного звена

1. Есть ли у ребенка диарея? Если да, то спросите: Как долго она длится? Есть примеси крови в кале?
2. Оцените общее состояние ребенка. Ребенок: летаргический или в сознании? Беспокойный и раздражительный?
3. Оцените "запавшие" ли глаза.
4. Предложите ребенку жидкость. Ребенок: Не может пить или пьет плохо? Пьет ли активно, жадно?
5. Проверьте реакцию кожной складки на животе. Оцените, как быстро складка расправляется: Очень медленно (более 2 секунд)? Медленно?

Два из следующих признаков свидетельствуют о тяжелом ОБЕЗВОЖИВАНИИ:

- 1) летаргический или в сознании
- 2) "Запавшие" глаза
- 3) Не может пить или пьет плохо
- 4) Кожная складка расправляется очень медленно

Если у ребенка нет других тяжелых классификаций:

1. Дайте ребенку жидкость, как при тяжелом обезвоживании (План В)
2. Если у ребенка есть еще и другие тяжелые классификации: **СРОЧНО** направьте ребенка в стационар с матерью, в дороге продолжайте лечение согласно Плану В. Посоветуйте матери продолжать кормление грудью

Два из следующих признаков свидетельствуют об УМЕРЕННОМ ОБЕЗВОЖИВАНИИ:

- 1) Беспокойная, раздражительная
- 2) "Запавшие" глаза
- 3) Активно и жадно пьет
- 4) Кожная складка расправляется медленно

1. Дайте ребенку жидкость, еду и цинк согласно рекомендациям Плана Б
2. Если у ребенка есть еще и другие тяжелые классификации: **СРОЧНО** направьте ребенка в стационар с матерью; при транспортировке давайте ребенку ОРС мелкими частыми порциями. Посоветуйте матери продолжать кормление грудью

Менее двух признаков обезвоживания или их отсутствие свидетельствуют о НЕТ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ

1. Дайте ребенку жидкость, еду и цинк согласно плану лечения диареи в домашних условиях (План А)
2. Проинформируйте мать о состояниях, требующих немедленного повторного обращения. Повторный осмотр через 3 дня при отсутствии улучшения

Если нет возможности проведения Плана Б - направьте в стационар
При наличии крови в кале (гемоколита) дайте первую дозу цефтриаксона внутримышечно и **НАПРАВЬТЕ** ребенка в стационар

Лечение по планам А, Б, В в зависимости от состояния ребенка

План Б: ЛЕЧИТЕ УМЕРЕННОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ С ПОМОЩЬЮ

Оральных регидратационных СОЛЕЙ (ОРС)

Дайте ребенку рекомендованный объем ОРС в течение 4х часов

Определите ОБЪЕМ ОРС, КОТОРЫЙ НЕОБХОДИМО ДАТЬ в течение первых 4х ЧАСОВ

| МАССА ТЕЛА | < 6 кг | 6 - <10 кг | 10 - <12 кг | 12 - 19 кг |
|------------|--------------|--------------------|--------------------------|---------------|
| ВОЗРАСТ | До 4 месяцев | От 4 до 12 месяцев | От 12 месяцев до 2-х лет | От 2 до 5 лет |
| мл | 200 -450 | 450 - 800 | 800 - 960 | 960 - 1600 |

* Ориентируйтесь на возраст только в том случае, если вам неизвестна масса тела ребенка. Предположительно, необходимый объем ОРС (в мл) можно вычислить, если массу тела ребенка (в кг) умножить на 75.

- Если ребенок хочет еще ОРС, дайте ей еще.

- Для детей младше 6 месяцев, которые находятся не на грудном вскармливании, давайте

также дополнительно 100-200 мл чистой воды во время этого периода, если вы

используете стандартный раствор ОРС. В этом нет необходимости, если вы используете раствор с пониженной осмолярностью.

ЧЕРЕЗ 4 ЧАСА:

- Повторно оцените состояние ребенка, оцените степень обезвоживания.

- Выберите соответствующий план продолжения лечения (в случае прогрессирования обезвоживания перейти к плану В; если состояние ребенка остается стабильным, но без ухудшения продолжайте лечение по плану Б. Если состояние ребенка нормализовалось и нет признаков обезвоживания, считается, что ребенок полностью регидратирован. В случае, если остаются проявления острой кишечной инфекции, необходимо проведение регидратации по плану А).

- Начните кормить ребенка

Алгоритм диагностики и оказание медицинской помощи при дифтерии миндалин

1. Оцените жалобы
2. Оцените данные анамнеза (особенности эпиданамнеза, указание на контакты с инфекционными больными, особенности начала болезни, продолжительность болезни, вакцинопрофилактика, возможные провоцирующие факторы)
3. Оцените результаты осмотра ребенка (уровень сознания, наличие симптомов интоксикации, температура тела, кашель, насморк, состояние кожных покровов, наличие сыпи, характер сыпи, зуд кожи, состояние слизистых оболочек, наличие налета на миндалинах, характер налета, наличие признаков поражения ЦНС, состояние лимфатических узлов, наличие симптомов поражения дыхательной и сердечно-сосудистой системы, состояние желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы)
4. Оцените данные лабораторных общеклинических обследований и инструментальных исследований.
5. Оцените данные специфических лабораторных обследований.
6. Сформулируйте диагноз за схемой: типичная или атипичная форма болезни, острая или хроническая форма, период течения (стадия), тяжесть болезни, осложнения основного заболевания.
7. На бланке ответов выбрать необходимые препараты, их дозы и пути введения

Алгоритм действий врача

При подозрении на дифтерию следует назначить следующее:

- Общий анализ крови;
- Бактериоскопия слизи из ротоглотки и носовых ходов - наличие или отсутствие бактерий морфологически подобных коринебактериям дифтерии;
- Бактериологическая диагностика слизи из ротоглотки, из носа - выделение культуры коринебактерий дифтерии и определение ее токсических свойств;
- РПГА крови с дифтерийным диагностикумом - рост титра антитоксических антител в сыворотке крови в динамике болезни;
- РНА с дифтерийным антигеном - выявление дифтерийного токсина в сыворотке крови;
- РПГА крови с эритроцитарным диагностикумом до введения ПДС - определение уровня дифтерийного токсина в сыворотке крови;

- Коагулограмма;
- Общий анализ мочи
- ЭКГ;
- Консультации отоларингологом, кардиологом, неврологом.

Госпитализировать больного ребенка в отдельный изолированный бокс.

Лечение

1. Госпитализации подлежат все больные в зависимости от тяжести в боксированное или реанимационное отделение инфекционного стационара.
2. Диета - витаминизированная, калорийная, тщательно обработанная пища.
3. Специфическая терапия - введение противодифтерийной сыворотки (ПДС), доза и кратность введения зависит от степени тяжести и клинической формы дифтерии.

После установления диагноза дифтерия, или вероятном подозрении на нее, ПДС вводится в первые 2 часа после госпитализации.

4. ПДС не вводится детям, у которых диагноз дифтерия установлен после 7 дня заболевания и отсутствуют симптомы интоксикации и налеты на миндалинах.

ПДС вводится только после постановки внутрикожной пробы.

Доза ПДС в зависимости от тяжести дифтерии

| Тяжесть состояния | Первая доза ПДС (в тыс. МЕ) |
|--|-----------------------------|
| Легкая форма дифтерии | 20000-40000 |
| Среднетяжелая форма | 50000-80000 |
| Тяжелая форма | 90000-120000 |
| Очень тяжелая форма (ИТШ, ДВС-синдром) | 120000-150000 |

- При легкой форме дифтерии вся доза ПДС вводится однократно и составляет 20 000 - 40 000 МЕ.

- Повторное введение сыворотки в этой же дозе возможно при сохранении через сутки симптомов интоксикации и сохранении или распространении налетов на миндалинах.

- При легкой форме дифтерии в условиях стационара, когда постановка диагноза дифтерии вызывает трудности, возможно наблюдение за больным в течение 8-24 часов до окончательного установления диагноза без введения ПДС.

- При среднетяжелой форме дифтерии первая доза ПДС составляет 50 000 - 80 000 МЕ, через 24 часа при необходимости вводится повторная доза.

- При тяжелой форме дифтерии курсовая доза ПДС составляет 90 000 - 120 000 МЕ, 120000 - 150000 МЕ.

Первая доза должна составлять 2/3 курсовой.

В первые сутки госпитализации вводят $\frac{3}{4}$ курсовой дозы. Кратность введения ПДС составляет 12ч, если вся доза сыворотки вводилась внутривенно, интервал составляет 8ч.

При очень тяжелых формах заболевания показано внутривенное капельное введение сыворотки.

Половину рассчитанной дозы вводят внутривенно, вторую половину - внутримышечно.

5. Антибактериальная терапия: при легких формах - эритромицин, рифампицин внутрь, при среднетяжелых и тяжелых - парентеральный полусинтетический антибиотик пенициллинового и цефалоспоринового ряда. Продолжительность курса антибактериальной терапии составляет 10-14 дней.

6. Местная санация ротоглотки – полоскание и орошение ротоглотки дезинфицирующими растворами.

7. Дезинтоксикационная терапия глюкозо-солевыми и коллоидными растворами при среднетяжелой и тяжелой формах с учетом суточной потребности в жидкости и патологических потер.

8. Глюкокортикостероиды – при среднетяжелой форме в дозе 2-3 мг/кг по преднизолону;
при тяжелой форме в дозе 10-20 мг/кг по преднизолону.

Алгоритм диагностики и лечение осложненной кори

1. Оцените жалобы
2. Оцените данные анамнеза (особенности эпиданамнеза, указание на контакты с инфекционными больными, особенности начала болезни, продолжительность болезни, вакцинопрофилактика, возможные провоцирующие факторы)
3. Оцените результаты осмотра ребенка (уровень сознания, наличие симптомов интоксикации, температура тела, насморк, кашель, состояние кожных покровов, наличие сыпи, характер и этапность сыпи, зуд кожи, состояние слизистых оболочек, наличие налета на миндалинах, характеристика налета, наличие признаков поражения ЦНС, состояние лимфатических узлов, наличие симптомов поражения дыхательной и сердечно-сосудистой системы, состояние желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы)
4. Оцените данные лабораторных общеклинических обследований и инструментальных исследований.
5. Оцените данные специфических лабораторных обследований.
6. Сформулируйте диагноз за схемой: типичная или атипичная форма болезни, острая или хроническая форма, период течения (стадия), тяжесть болезни, осложнения основного заболевания.
7. На бланке ответов выбрать необходимые препараты, их дозы и пути введения

Алгоритм действий врача первичного звена

Если у ребенка есть лихорадка (в анамнезе и на момент осмотра температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$ или выше), то спросите:

1. Как долго?
2. Если более 5 дней, была ли она каждый день?
3. Болел ребенок корью в течение последних 3 месяцев?

Посмотрите и оцените:

- Есть ли ригидность затылочных мышц
- Есть ли петехиальная сыпь

- Есть ли другие очевидные причины лихорадки (локальная болезненность, язвы во рту, ограничение движений конечностей, отек кожи, ожоги, у более старших детей - боль внизу живота или боль при мочеиспускании)
- Есть ли насморк
- Есть ли у ребенка корь (генерализованная сыпь и одна из следующих признаков: кашель, насморк или покраснение глаз)

Если у ребенка есть признаки кори сразу посмотрите:

- Есть ли язвы во рту
- Есть ли гнойные выделения из глаз
- Есть ли помутнение роговицы

Классифицируйте **КОРЬ**:

- Если есть признаки кори или ребенок болел корью в течение последних 3 месяцев: **КОРЬ**
- Если есть гнойные выделения из глаз или язвы во рту или другие осложнения кори (пневмония, стридор, диарея, инфекция уха):

ОСЛОЖНЕННАЯ КОРЬ

- Если есть какая-либо из общих признаков опасности **ИЛИ** помутнение роговицы **ИЛИ**

глубокие и множественные язвы во рту: **ТЯЖЕЛАЯ ОСЛОЖНЕННАЯ КОРЬ**

Лечение по классификациям кори

При классификации: ОСЛОЖНЕННАЯ КОРЬ

1. Дайте витамин А
2. При гнойных выделениях из глаз используйте глазные капли
3. При язвах во рту обработайте слизистую рта 1% водным раствором метиленового синего
4. Проинформируйте мать о состояниях, требующих немедленного повторного обращения
5. Повторный осмотр через 3 дня

Алгоритм диагностики неотложного состояния и выбор медикаментов для оказания экстренной помощи

1. Оцените жалобы
2. Оцените данные анамнеза (особенности эпиданамнеза, указание на контакты с инфекционными больными, особенности начала болезни, продолжительность болезни, вакцинопрофилактика, возможные провоцирующие факторы)
3. Оцените результаты осмотра ребенка (уровень сознания, наличие симптомов интоксикации, температура тела, состояние кожных покровов, наличие сыпи, характер сыпи, некротические элементы кожи, тургор ткани, состояние слизистых оболочек, наличие признаков поражения ЦНС, наличие судорог, состояние лимфатических узлов, наличие симптомов поражения дыхательной и сердечно-сосудистой системы, одышка, участие вспомогательной мускулатуры при дыхании, ЧСС, характеристика пульса, артериальное давление, капиллярное наполнение, состояние желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы, характер испражнений, диурез)
4. Оцените данные лабораторных общеклинических обследований и инструментальных исследований.
5. Оцените данные специфических лабораторных обследований.
6. Сформулируйте диагноз за схемой: типичная или атипичная форма болезни, острая или хроническая форма, период течения (стадия), тяжесть болезни, осложнения основного заболевания.
7. На бланке ответов выбрать необходимые препараты, их дозы и пути введения

Алгоритм оказания медицинской помощи детям с тяжелыми формами менингококкемии на первом этапе оказания стационарной помощи (ЦРБ, соматическое отделение)

1. Оксигенотерапия увлажненным кислородом с FiO_2 0,35-0,4. [С]
2. Обеспечение проходимости дыхательных путей и адекватного дыхания (оксигенотерапия, вспомогательная вентиляция с помощью маски, интубация трахеи и ИВЛ). При сохраненном сознании, отсутствии шока, судорог и признаков ОРДС - показана оксигенотерапия увлажненным кислородом с FiO_2 0,35-0,4. [А]
3. Обеспечение венозного доступа. При легких и среднетяжелых формах заболевания - периферического, при тяжелых - центрального. При молниеносных формах МИ необходимо обеспечить 2 или более венозных доступа одновременно. [А]

4. Показания для оксигенотерапии - начальные признаки шока, перевод на ИВЛ - быстрое нарастание симптомов с признаками декомпенсации гемодинамических показателей (например ОШГ ≥ 8 баллов).

При наличии устойчивого к инфузионной терапии шока, признаков прогрессирующего повышения внутричерепного давления, ОРДС - показана интубация трахеи и ИВЛ. Интубация трахеи осуществляется после предварительной преоксигенации, премедикации 0,1% раствором атропина сульфата в дозе 0,1 мл / год жизни (не более 1,0 мл) внутривенно и сибазона 0,3

0,5 мг / кг массы тела внутривенно, под наркозом 20% натрия оксибутиратом 100-150 мг / кг. При наличии шока, при отсутствии судорог и НГМ препаратом выбора является кетамин 2 мг / кг в / в. В любом случае интубация трахеи должна осуществляться на фоне гемодинамической поддержки в виде инфузии плазмозаменителей. [B]

5. Инфузионная терапия солевыми растворами (изотонический раствор хлорида натрия, натрия хлорид + калия хлорид + кальция хлорида дигидрат + натрия лактат), растворами ГЭК (ГЭК III поколения - 130 / 0,4). [A]

6. При легких и среднетяжелых формах менингококкемии, стабильной гемодинамики, отсутствии признаков тяжелой внутричерепной гипертензии объем инфузий основывается на определении физиологической потребности в жидкости.

При наличии менингита и НГМ, и удовлетворительных показателях центральной гемодинамики общий суммарный объем жидкости в первые сутки составляет 75% от физиологических потребностей организма. [B]

7. Введение цефотаксима в дозе 150 мг / кг / сут или цефтриаксона в дозе 100 мг / кг / сут. Одновременное применение цефтриаксона с растворами, содержащими в своем составе кальций, противопоказано даже через разные инфузионные линии. Должно пройти не менее 48 часов между введением последней дозы цефтриаксона и введением препаратов, содержащих кальций (раствор Рингера и т.д.).

При легких и среднетяжелых формах менингококкемии возможно применение бензилпенициллина в дозе 300-500 тыс. ЕД / кг / сут, при повышенной чувствительности к бета-лактамам антибиотикам - левомицетина сукцинат в дозе 100 мг / кг / сут [A].

8. Инотропная и симпатомиметическая поддержка гемодинамики при жидкостно-рефрактерном шоке (допамин, добутамин, норэпинефрин, эпинефрин). [A]

9. При подозрении или наличии признаков недостаточности надпочечников и / или рефрактерности к введению симпатомиметиков - глюкокортикостероиды (преднизолон, гидрокортизон) внутривенно в дозе 10 мг / кг в виде суточной инфузии или фракционно (расчет дозы по преднизолону). [B]

10. Коррекция гипо- или гипергликемии (уровень глюкозы необходимо удерживать в пределах 3,5-8,3 ммоль / л) [A]

11. Лечение гипертермического синдрома (парацетамол, ибупрофен) - через рот [А], метамизол натрия 50% в / в 0,1 мл / год жизни [С].

12. Противосудорожная терапия (диазепам 0,3-0,5мг / кг, натрия оксибутират 50-100мг / кг, фенитоин в дозе 15-20 мг / кг в течение одного часа). [А]

13. При нарастании внутричерепной гипертензии, отека головного мозга обеспечивается [А]:

- положение кровати с приподнятой головой на 30° ;
- контроль за осмолярностью плазмы крови (300-310 мосмоль / л); - нормогликемией; - ИВЛ, обеспечивает нормовентиляцию (PaCO₂ 36-40 мм рт. ст.) и адекватную оксигенацию (SaO₂ 99%);
- контроль температуры тела и судорог;
- эффективный сердечный выброс или незначительное повышение артериального давления;
- при условии стабильной гемодинамики введение маннитола и фуросемида (торасемида).

Алгоритм оказания экстренной помощи при менингококкемии, инфекционно-токсическом шоке у ребенка 3 лет

1. Оцените жалобы
2. Оцените данные анамнеза (особенности эпиданамнеза, указание на контакты с инфекционными больными, особенности начала болезни, продолжительность болезни, вакцинопрофилактика, возможные провоцирующие факторы)
3. Оцените результаты осмотра ребенка (уровень сознания, наличие симптомов интоксикации, температура тела, состояние кожных покровов, наличие сыпи, характер сыпи, некротические элементы кожи, тургор ткани, состояние слизистых оболочек, наличие признаков поражения ЦНС, наличие судорог, состояние лимфатических узлов, наличие симптомов поражения дыхательной и сердечно-сосудистой системы, одышка, участие вспомогательной мускулатуры при дыхании, ЧСС, характеристика пульса, артериальное давление, капиллярное наполнение, состояние желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы, характер испражнений, диурез)
4. Оцените данные лабораторных общеклинических обследований и инструментальных исследований.
5. Оцените данные специфических лабораторных обследований.
6. Сформулируйте диагноз за схемой: типичная или атипичная форма болезни, острая или хроническая форма, период течения (стадия), тяжесть болезни, осложнения основного заболевания.
7. На бланке ответов выбрать необходимые препараты, их дозы и пути введения

Алгоритм оказания медицинской помощи детям с менингококкемией на догоспитальном этапе:

1. Оксигенотерапия увлажненным кислородом с FiO_2 0,35-0,4. [С]
2. При наличии показаний обеспечить проходимость дыхательных путей и адекватное дыхание (введение воздуховода, оксигенотерапия, вспомогательная вентиляция с помощью маски, при возможности - интубация трахеи и ИВЛ). [А]
3. При наличии признаков шока в срок 3-5 минут с помощью катетеров типа «Вазофикс» или «Венфлон» обеспечить надежный венозный доступ и начать инфузионную терапию изотоническими солевыми растворами (0,9% раствор

хлорида натрия или раствор натрия хлорид + калия хлорид + кальция хлорида дигидрат + натрия лактат) в объеме 20 мл / кг массы тела за 20 минут. [А]

4. Антибактериальная терапия - цефотаксим в разовой дозе 75 мг / кг или цефтриаксон в разовой дозе 50 мг / кг внутривенно капельно. При повышенной чувствительности к бета-лактамам антибиотикам - левомицетина сукцинат в разовой дозе 25 мг / кг внутривенно струйно [А].

На догоспитальном этапе цефотаксим должен быть антибиотиком первой линии в случаях, когда на госпитальном этапе предусматривается применение растворов, содержащих в своем составе кальций (раствор Рингера и т.д.). Цефтриаксон можно рассматривать антибиотиком первой линии на догоспитальном этапе в том случае, когда введение препаратов кальция при дальнейшей терапии не требуется.

5. ГКС только внутривенно (преднизолон, гидрокортизон) в дозе 10 мг / кг (расчет дозы по преднизолону). [В]

6. жаропонижающая терапия (при необходимости) - (парацетамол 10-15 мг / кг, ибупрофен 5-10 мг / кг через рот [А], метамизол натрия 50% в / в 0,1 мл / год жизни [С].

7. Противосудорожная терапия (в случае необходимости) - диазепам в дозе 0,3-0,5 мг / кг массы тела однократно (не более 10 мг на одно введение). [А]

Алгоритм диагностики и лечение секреторной диареи, умеренное обезвоживание

1. Оцените жалобы
2. Оцените данные анамнеза (особенности эпиданамнеза, указание на контакты с инфекционными больными, особенности начала болезни, продолжительность болезни, вакцинопрофилактика, возможные провоцирующие факторы)
3. Оцените результаты осмотра ребенка (уровень сознания, наличие симптомов интоксикации, температура тела, состояние кожных покровов, наличие сыпи, характер сыпи, зуд кожи, тургор ткани, реакцию кожной складки на животе, состояние большого родничка, наличие острой потери массы тела, состояние слизистых оболочек, наличие признаков поражения ЦНС, состояние лимфатических узлов, наличие симптомов поражения

дыхательной и сердечно-сосудистой системы, состояние желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы, количество и характер испражнений, диурез)

4. Оцените данные лабораторных общеклинических обследований и инструментальных исследований.
5. Оцените данные специфических лабораторных обследований.
6. Сформулируйте диагноз за схемой: типичная или атипичная форма болезни, острая или хроническая форма, период течения (стадия), тяжесть болезни, осложнения основного заболевания.
7. На бланке ответов выбрать необходимые препараты, их дозы и пути введения

Алгоритм действий врача первичного звена

1. Есть ли у ребенка диарея? Если да, то спросите: Как долго она длится? Есть примеси крови в кале?
2. Оцените общее состояние ребенка. Ребенок: летаргический или в сознании? Беспокойный и раздражительный?
3. Оцените "запавшие" ли глаза.
4. Предложите ребенку жидкость. Ребенок: Не может пить или пьет плохо? Пьет активно, жадно?
5. Проверьте реакцию кожной складки на животе. Оцените, как быстро складка расправляется: Очень медленно (более 2 секунд)? Медленно?

Два из следующих признаков свидетельствуют о тяжелом ОБЕЗВОЖИВАНИИ:

- 1) летаргический или в сознании
- 2) "запавшие" глаза
- 3) Не может пить или пьет плохо
- 4) Кожная складка расправляется очень медленно

Если у ребенка нет других тяжелых классификаций:

1. Дайте ребенку жидкость, как при тяжелом обезвоживании (План В)

2. Если у ребенка есть еще и другие тяжелые классификации: СРОЧНО направьте ребенка в стационар с матерью, в дороге продолжайте лечение согласно Плану В. Посоветуйте матери продолжать кормление грудью

Два из следующих признаков свидетельствуют об УМЕРЕННОМ ОБЕЗВОЖИВАНИИ:

- 1) Беспокойный, раздражительный
- 2) "запавшие" глаза
- 3) Активно и жадно пьет
- 4) Кожная складка расправляется медленно

1. Дайте ребенку жидкость, еду и цинк согласно рекомендациям Плана Б

2. Если у ребенка есть еще и другие тяжелые классификации: СРОЧНО направьте ребенка в стационар с матерью; при транспортировке давайте ребенку ОРС мелкими частыми порциями. Посоветуйте матери продолжать кормление грудью

Менее двух признаков обезвоживания или их отсутствие свидетельствуют о НЕТ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ

1. Дайте ребенку жидкость, еду и цинк согласно плану лечения диареи в домашних условиях (План А)
2. Проинформируйте мать о состояниях, требующих немедленного повторного обращения. Повторный осмотр через 3 дня при отсутствии улучшения

Если нет возможности проведения Плана Б направьте в стационар

Лечение по планам А, Б, В в зависимости от состояния ребенка

План А: ЛЕЧИТЕ диарею АМБУЛАТОРНО (ДОМА)

Проинформируйте мать о 3-х правилах лечения дома:

1. Давайте дополнительный объем жидкости
2. Дайте цинк (детям в возрасте от 2 месяцев до 5 лет)
3. Продолжайте кормления
4. Когда повторно обратиться за медицинской помощью.

ДАВАЙТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ (столько, сколько ребенок выпьет)

совет МАТЕРИ: часто кормить грудью, увеличить продолжительность каждого кормления. Если ребенок находится исключительно на грудном

вскармливания, давайте ОРС или чистую воду дополнительно к грудным кормлениям. Если ребенок не находится на исключительно грудном вскармливании, дополнительно к кормлению давайте ОРС или чистую воду, употреблять жидкую пищу (рисовый отвар, суп, компот из яблок и груш, после 2 лет можно дать чай).

При ухудшении состояния ребенка - немедленное повторное обращение
НАУЧИТЕ МАТЬ ГОТОВИТЬ ОРС И ДАВАТЬ ЕГО РЕБЕНКУ.
ОБЪЯСНИТЕ МАТЕРИ, какой объем жидкости необходимо ДАВАТЬ РЕБЕНКУ ДОПОЛНИТЕЛЬНО:

| | |
|-----------------|--|
| До 2 лет | От 50 до 100 мл после каждого жидкого стула |
| 2 года и старше | От 100 до 200 мл после каждого жидкого стула |

Дайте цинк (ребенку в возрасте 2 месяца - 5 лет жизни)

| | |
|------------------|-------------------------|
| 2-6 месяцев | 10 мг в течение 14 дней |
| 6 месяцев старше | 20 мг в течение 14 дней |

Скажите матери:

Давать ребенку жидкость маленькими частыми глотками из чашки.

Если у ребенка рвота, подождите 10 минут, и продолжайте дальше, но более медленно.

Продолжайте давать жидкость дополнительно до исчезновения диареи.

ПРОДОЛЖАЙТЕ КОРМЛЕНИЕ

Проинформируйте, **КОГДА НЕОБХОДИМО ПОВТОРНО** обратиться за медицинской **ПОМОЩЬЮ**

План Б: ЛЕЧИТЕ УМЕРЕННОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ С ПОМОЩЬЮ Оральных регидратационных СОЛЕЙ (ОРС)

Дайте ребенку рекомендованный объем ОРС в течение 4х часов

Определите **ОБЪЕМ ОРС, КОТОРЫЙ НЕОБХОДИМО ДАТЬ** течение первых 4х **ЧАСОВ**

| | | | | |
|------------|--------------|--------------------|------------------|---------------|
| МАССА ТЕЛА | < 6 кг | 6 - <10 кг | 10 - <12 кг | 12 - 19 кг |
| ВОЗРАСТ | До 4 месяцев | От 4 до 12 месяцев | От 12 месяцев до | От 2 до 5 лет |

| | | | | |
|----|----------|-----------|-----------|------------|
| | | | 2-х лет | |
| мл | 200 -450 | 450 - 800 | 800 - 960 | 960 - 1600 |

* Ориентируйтесь на возраст только в том случае, если вам неизвестна масса тела ребенка. Примерно, необходимый объем ОРС (в мл) можно вычислить, если массу тела ребенка (в кг) умножить на 75.

- Если ребенок хочет еще ОРС, дайте ему еще.

- Для детей младше 6 месяцев, которые находятся не на грудном вскармливании, давайте

также дополнительно 100-200 мл чистой воды во время этого периода, если вы

используете стандартный раствор ОРС. В этом нет необходимости, если вы используете раствор с пониженной осмолярностью.

ЧЕРЕЗ 4 ЧАСА:

- Повторно оцените состояние ребенка, оцените степень обезвоживания.

- Выберите соответствующий план продолжения лечения (в случае прогрессирования обезвоживания перейти к плану В; если состояние ребенка остается стабильным, но без ухудшения продолжайте лечение по плану Б. Если состояние ребенка нормализовалось и нет признаков обезвоживания, считается, что ребенок полностью регидратирован. В случае, если остаются проявления острой кишечной инфекции, необходимо проведение регидратации по плану А).

- Начните кормить ребенка

Алгоритм диагностики и лечение острого тонзиллофарингита, не бактериального

1. Оцените жалобы
2. Оцените данные анамнеза (особенности эпиданамнеза, указание на контакты с инфекционными больными, особенности начала болезни, продолжительность болезни, вакцинопрофилактика, возможные провоцирующие факторы)
3. Оцените результаты осмотра ребенка (уровень сознания, наличие симптомов интоксикации, температура тела, кашель, насморк, состояние кожных покровов, наличие сыпи, характер сыпи, зуд кожи, состояние слизистых оболочек, наличие налета на миндалинах, характер налета, наличие признаков поражения ЦНС, состояние лимфатических узлов, наличие симптомов поражения дыхательной и сердечно-сосудистой системы, состояние желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы)
4. Оцените данные лабораторных общеклинических обследований и инструментальных исследований.
5. Оцените данные специфических лабораторных обследований.
6. Сформулируйте диагноз за схемой: типичная или атипичная форма болезни, острая или хроническая форма, период течения (стадия), тяжесть болезни, осложнения основного заболевания.
7. На бланке ответов выбрать необходимые препараты, их дозы и пути введения

Алгоритм действий врача первичного звена

А. Спросите:

- есть ли боль в горле?
- может ли ребенок пить, глотать?
- есть ли у ребенка кашель и / или насморк?
- у ребенка температура тела 37,5°C или выше?

Б. Посмотрите и оцените:

- есть ли налет в горле?
- есть ли болезненность переднешейных лимфатических узлов?

Классифицируйте проблему с горлом.

А. Ребенок не может пить, глотать - классифицируется как Абсцесс глотки при наличии жалобы «боль в горле»

Б. Налет в горле и
болезненность переднешейных лимфатических узлов и
температура тела ребенка 37,5°C или выше и
отсутствие кашля, насморка
классифицируется как **Острый тонзиллофарингит, вероятно бактериальный.**

В. Налет в горле или
болезненность переднешейных лимфатических узлов и
наличие кашля / насморка
Классифицируется как **острый фарингит.**

Г. Нет налета в горле и
нет болезненности переднешейных лимфатических узлов
Классифицируется как **нет проблем**

Если у ребенка **острый фарингит**

- При налете в горле - взять мазок на дифтерию из глотки и носа;
- Дайте одну дозу парацетамола или ибупрофена при боли;
- Смягчите горло с помощью безопасного средства;
- Проинформируйте мать о состояниях, требующих немедленного повторного обращения;
- Проконсультируйте мать по уходу за ребенком;
- Повторный осмотр через 5 дней при отсутствии улучшения.

Если у ребенка **острый тонзилофарингит, вероятно бактериальной этиологии**

- Взять мазок на дифтерию из глотки и носа;
- При подозрении на дифтерию - СРОЧНО направить в стационар;
- Дайте амоксициллин орально в течение 10 дней;
- Дайте одну дозу парацетамола или ибупрофена при боли;
- Смягчите горло с помощью безопасного средства;
- Проинформируйте мать о состояниях, требующих немедленного повторного обращения;
- Повторный осмотр через 2 дня.