

**ПРОТОКОЛ  
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЬОЗУ У  
ДІТЕЙ**

**ШИФР МКХ-10 – \_\_\_\_\_**

А 28.2 Ентероінтестинальний ієрсиніоз

**Псевдотуберкульоз** (далекосхідна скарлатиноподібна лихоманка) – гостре інфекційне захворювання, яке викликається *Yersinia pseudotuberculosis* і характеризується вираженим поліморфізмом клінічних симптомів з перевагою токсико-алергічного синдрому, скарлатиноподібного висипу, ураженням шлунково-кишкового тракту, печінки, нерідко має затяжний рецидивуючий перебіг.

**Клінічні форми псевдотуберкульозу:**

Типові форми:

- скарлатиноподібна; абдомінальна; артралгічна; жовтянична; комбінована; генералізована (тифоподібна, мононуклеозоподібна); септична.

Атипові форми:

- катаральна; стерта; субклінічна.

За тяжкістю:

- легка; середньотяжка; тяжка.

За перебігом:

- гладкий; із загостреннями і рецидивами; із ускладненнями.

**ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:**

**КЛІНІЧНІ:**

- інкубаційний період від 3 до 18 днів;
- початок гострий;
- температура тіла – фебрильна, хвилеподібна, середня тривалість 7-11 днів;
- інтоксикаційний синдром;
- ентерит, рідше – гастроентерит, ентероколіт;

- екзантема – дрібнокрапчаста (скарлатиноподібна), велико плямисто-папульозна, петехіально-геморагічна, вузловата еритема.
- висип з'являється на 2-4 день, розташований на гіперемійованому фоні, розміщений на обличчі (включаючи носогубний трикутник), тулубі, розгинальній поверхні кінцівок, навколо суглобів;
- симптом “рукавичок”, “шкарпеток”, “капюшона”;
- “малиновий” язик;
- білий дермографізм;
- пластинчасте лущення на долонях та стопах;
- збільшення розмірів печінки;
- збільшення розмірів селезінки;
- гіперемія кон'юнктив та ін'єкція судин склер;
- біль у суглобах - мігруюча артралгія, переважно уражаються променево-зап'ястковий, ліктьовий, колінний та міжфаланговий суглоби, суглоби набряклі та болючі;
- біль у м'язах;
- незначні катаральні прояви;
- гострий тонзиліт;
- може бути розвиток гепатиту;
- може бути абдомінальний синдром;
- можливий розвиток міокардиту;
- можуть бути симптоми подразнення очеревини;
- можливий розвиток “інфекційно-токсичної нирки”;
- У 16 – 22% хворих можливий розвиток рецидивів у вигляді загострення симптомів хвороби, появи алергічних та суглобових симптомів, вузлуватої еритеми.

#### **Критерії тяжкості:**

*Легка форма:*

- А) симптоми інтоксикації слабо виражені;
- Б) температура тіла субфебрильна;
- В) висип незначний, локалізується у складках шкіри та навколо суглобів;
- Г) печінка збільшена незначно.

*Середньо-тяжка форма:*

- А) температура тіла фебрильна;
- Б) симптоми інтоксикації виражені;
- В) виражений біль у животі;
- Г) ентерит або ентероколіт;
- Д) печінка виступає на 3-5 см, болюча при пальпації;
- Е) висип інтенсивний, може бути геморагічного характеру.

*Тяжка форма:*

- А) симптоми інтоксикації різко виражені;
- Б) температура тіла висока;
- В) може бути менінгеальний синдром;
- Г) гепатит;
- Д) висип поліморфний, рясний;
- Е) ураження шлунково-кишкового тракту, псевдоапендикулярна форма;
- Ж) поліартрит;
- З) сепсис

**ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:**

1. Загальний аналіз крові - лейкоцитоз, нейтрофіліоз із паличкоядерним зсувом, еозинофілія, прискорена ШОЕ.
2. Бактеріологічний метод – виявлення збудника у фекаліях та інших фізіологічних середовищах організму (сеча, кров, харкотиння, вміст абсцесів).
3. Серологічний метод - реакція аглютинації та непрямой гемаглютинації - на 3-4 тижні та у динаміці хвороби. Діагностичним вважається титр 1:200 і вище.
4. Імуноферментний аналіз (по можливості)- визначення антитіл класу IgM у гострій фазі.

## ЛІКУВАННЯ

Легку форму захворювання можна лікувати вдома симптоматично, без застосування антибактеріальних препаратів.

*Обов'язковій госпіталізації підлягають:*

- діти із середньо-тяжкою формою;

- діти з тяжкою формою;

1. Режим – при легкій формі – напівліжковий; при середньотяжкій – напівліжковий; при тяжкій – суворий ліжковий режим;

2. Дієта: при вираженому ураженні гепатобіліарної системи – стіл № 5 по Певзнеру; при перевазі кишкових розладів – стіл № 4 по Певзнеру, при всіх інших формах – стіл № 15 по Певзнеру;

3. Етіотропна терапія:

Антибіотикотерапія: антибіотик вибору – левоміцетин; антибіотики резерву – цефалоспорини III - IV покоління. При тяжких формах хвороби можливо поєднання одного з названих антибіотиків з аміноглікозидами. Середня тривалість курсу 14 днів, антибіотики призначають парентерально.

4. Дезінтоксикаційна терапія – при легкій формі – значна кількість лужного **пиття**, при середньотяжкій та тяжкій формах - введенням глюкозо-сольових розчинів.

5. При вираженому ураженні суглобів – нестероїдні протизапальні препарати.

## УСКЛАДНЕННЯ:

(лікування згідно відповідних протоколів)

Кардит;

Дизкінезія жовчовивідних шляхів;

Запалення жовчовивідних шляхів;

Гостра ниркова недостатність;

Гостра печінкова недостатність;

ДВЗ – синдром.