

ПРОТОКОЛ
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СЕРОЗНИХ МЕНІНГІТІВ
У ДІТЕЙ

ШИФР МКХ-10 -

G 02.0 Менінгіт при вірусних хворобах

Менінгіт (викликаний вірусом):

Ентеровірусний (А 87.0+)

Епідемічного паротиту (В 26.1+)

Простого герпесу (В 00.3+)

Вітряної віспи (В 01.0+)

Оперізуючого герпесу (В 02.1+)

Аденовірусний (А 87.1+)

Кору (В 05.1+)

Краснухи (В 06.0+)

Інфекційного моноклеозу (В 27.-+)

G 03.0 Непіогенний менінгіт (небактеріальний).

Серозні менінгіти – це група захворювань ЦНС, в основі виникнення яких лежить серозне запалення оболонок мозку, переважно вірусної, рідше – бактеріальної, грибкової чи паразитарної етіології.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

Загальноінфекційний синдром:

- його клінічні прояви переважно залежать від характеру та властивостей збудника;
- підвищення температури тіла до 38 - 39,5 °С;
- сильний головний біль;

- головокружіння;
- млявість;
- адинамія;
- апатія.

Менінгеальний синдром:

- у 10 - 15% хворих може бути відсутнім при наявності запальних змін у лікворі;
- нерідко виявляється дисоціація менінгеального симптомокомплексу, деякі симптоми можуть бути відсутніми;
- менінгеальні симптоми - ригідність м'язів потилиці та верхній симптом Брудзинського. Часто зорова та тактильна гіперестезія;
- гідроцефально-гіпертензійний синдром - головний біль, повторна, іноді багаторазова блювота, яка не пов'язана із прийомом їжі.

Додаткові клінічні критерії:

При ентеровірусному менінгіті: катаральні явища в ротоглотці, герпангіна, біль у скелетних м'язах (плевродинія); екзантема поліморфного характеру; діарейний синдром, весняно-літня сезонність.

При аденовірусному менінгіті: катаральні явища у вигляді закладеності носу, нежиті, кашлю, змін в ротоглотці, ураження очей (кон'юнктивіт, склерит); лімфаденопатія; мезаденіт, діарея.

При паротитному менінгіті: збільшення навколоушних слинних залоз (підщелепної, підборідної) в даний час або декілька днів тому назад; гіперемійований, набряклий проток слинної залози на слизовій щік (симптом Мурсона); біль в животі, панкреатит; відсутність щеплень проти епідемічного паротиту.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

1. Загальний аналіз крові - помірна лейкопенія, іноді невеликий лімфоцитоз, зсув формули вліво, ШОЕ нормальна;
2. Аналіз ліквору - плеоцитоз в межах декількох десятків-сотен лімфоцитів, вміст білку нормальний, або трохи підвищений (0,4 - 1 г/л), рівень

глюкози нормальний, за винятком туберкульозного менінгіту, при якому зниження вмісту глюкози є патогномічною ознакою;

3. ПЛР ліквору, крові – наявність нуклеїнової кислоти збудника;
4. Вірусологічні дослідження крові, ліквору - виділення збудника із крові, ліквору методом зараження лабораторних тварин чи культури тканин;
5. Бактеріологічні посіви ліквору, крові, слизу з носогорла, шляхом посіву на селективні живильні середовища - для виділення збудника;
6. Серологічні методи РНГА, РЗК, РН з метою виявлення специфічних антитіл і наростання їхнього титру у 4 і більше разів. РІФ, ІФА для визначення вірусного антигену.

ЛІКУВАННЯ

1. *Етіотропна терапія.* При менінгітах, які викликані вірусом простого герпесу, вітряної віспи, оперізувального герпесу показано призначення ацикловіру, або його похідних в разовій дозі 10 – 15 мг/кг 3 рази на добу протягом 5 - 7 днів внутрішньовенно.
2. *Режим.* Суворий ліжковий режим до покращення загального стану, зниження температури тіла, покращення показників ліквору, в середньому на 7-10 днів. Після цього – напівліжковий режим на 5-7 днів з наступним вільним режимом.
3. *Харчування.* Дітям першого року після стабілізації гемодинаміки - зціджене грудне молоко або адаптовані молочні суміші при зменшенні об'єму годування в першу добу до 1/2 - 1/3 вікової норми з наступним збільшенням до норми протягом 2-3 днів. При порушенні ковтання – харчування через зонд.

Дітям старшого віку – дієта з вживанням парової їжі 5-6 разів на день, дрібно, невеликими порціями – стіл № 5 за Певзнером.

Питний режим відповідає добовій потребі в рідині з урахуванням розчинів, введених внутрішньовенно – соки, морси, мінеральна вода.

4. Патогенетична терапія:

- а). Дегідратація (при наявності гіпертензійно-гідроцефального синдрому):

розчин сірчанонокислої магнезії 25% в/м;

фуросемід 1% в/в або в/м у дозі 1-3 мг/кг, ацетазоламід через рот.

б). Дезінтоксикація. При середньому ступеню тяжкості можна обмежитися ентеральним прийомом рідини в об'ємі фізіологічної добової потреби.

При тяжкому перебігу об'єм в/в інфузії в першу добу не повинен перебільшувати $\frac{1}{2}$ ФП (фізіологічної потреби). Загальний добовий об'єм рідини $-\frac{2}{3}$ ФП при умовах нормального діурезу та відсутності дегідратації. З другої доби підтримувати нульовий водяний баланс, забезпечити діурез у кількості не менш, ніж $\frac{2}{3}$ від загального об'єму отриманої рідини.