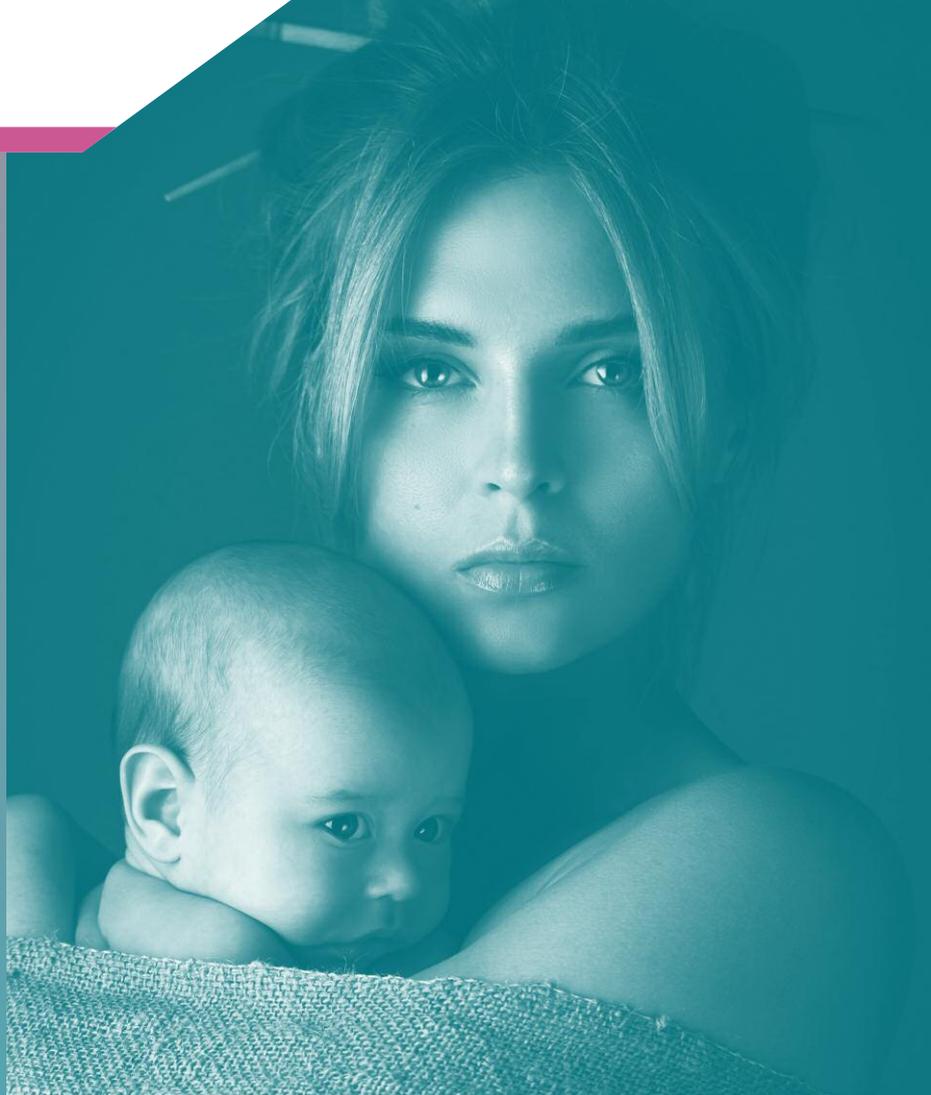


Алгоритмы ведения детей в возрасте от 8 до 60 дней с лихорадкой

Кому будет
интересно:
#педиатр

Разработка алгоритмов ведения маленьких пациентов с лихорадкой началась в 1970-х годах и продолжается по настоящее время. Этот вопрос возник у клиницистов в связи с быстрым (на тот момент) прогрессированием у новорожденных инфекционных заболеваний, вызванных стрептококком группы В, при отсутствии явной клинической картины и изменений лабораторных маркеров. Такие наблюдения спровоцировали всплеск госпитализаций, не всегда оправданных, и назначение противомикробного лечения всем детям с лихорадкой в возрасте до 60 дней. Однако важное исследование 1983 г., проведенное De Angelis и соавт., продемонстрировало наличие ятрогенных осложнений у госпитализированных детей и послужило толчком для разработки новых клинических стратегий. В дальнейшем проводились многочисленные работы по наблюдению за подобными пациентами, итогом работ стали рекомендации Американской академии педиатрии. В документе внимание уделено некоторым аспектам ведения детей с лихорадочным синдромом.



Возможности ухода за младенцами в стационаре

Крайне важны связь матери и ребенка и сохранение грудного вскармливания даже в условиях больницы.

Изменение бактериального спектра

С 1980-х годов произошли изменения бактериального состава благодаря многим факторам, например, улучшению пренатального скрининга на стрептококк и активной иммунизации против *Streptococcus pneumoniae*. Усиленная обработка пищевых продуктов, возможно, привела к снижению инфицированности *Listeria monocytogenes* в этой возрастной группе. Современные исследования показывают, что наиболее распространенным микроорганизмом, вызывающим бактериемию, стала кишечная палочка, в то время как стрептококки группы В остаются наиболее распространенной причиной менингита у детей. Сегодня наблюдается сдвиг от грамположительной палитры микробиоты к грамотрицательной, что обуславливает замену диагностических тестов, необходимых для принятия решений о ведении пациентов и выбора противомикробных препаратов.

Маркеры воспаления

Из-за смены микробного состава уже не так важны показатели количества лейкоцитов и нейтрофилов. Более современным подходом считается определение С-реактивного белка (СРБ), маркеров воспаления (МВ), вырабатываемых в ответ на инфекцию, и множество других показателей – например, прокальци-тонина. Его уровень растет в ответ на повреждение тканей, он более специфичен в отношении бактериальных инфекций, чем другие маркеры, и быстрее достигает аномальных значений. Прокальцитонин может стать наиболее точным показателем для стратификации риска.

Рекомендовано условно разделить пациентов с лихорадкой на 3 возрастные категории, подходы к ведению которых могут несколько отличаться

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 8 ДО 21 ДНЯ С ЛИХОРАДКОЙ ВЫШЕ 38°C



8–21 ДЕНЬ

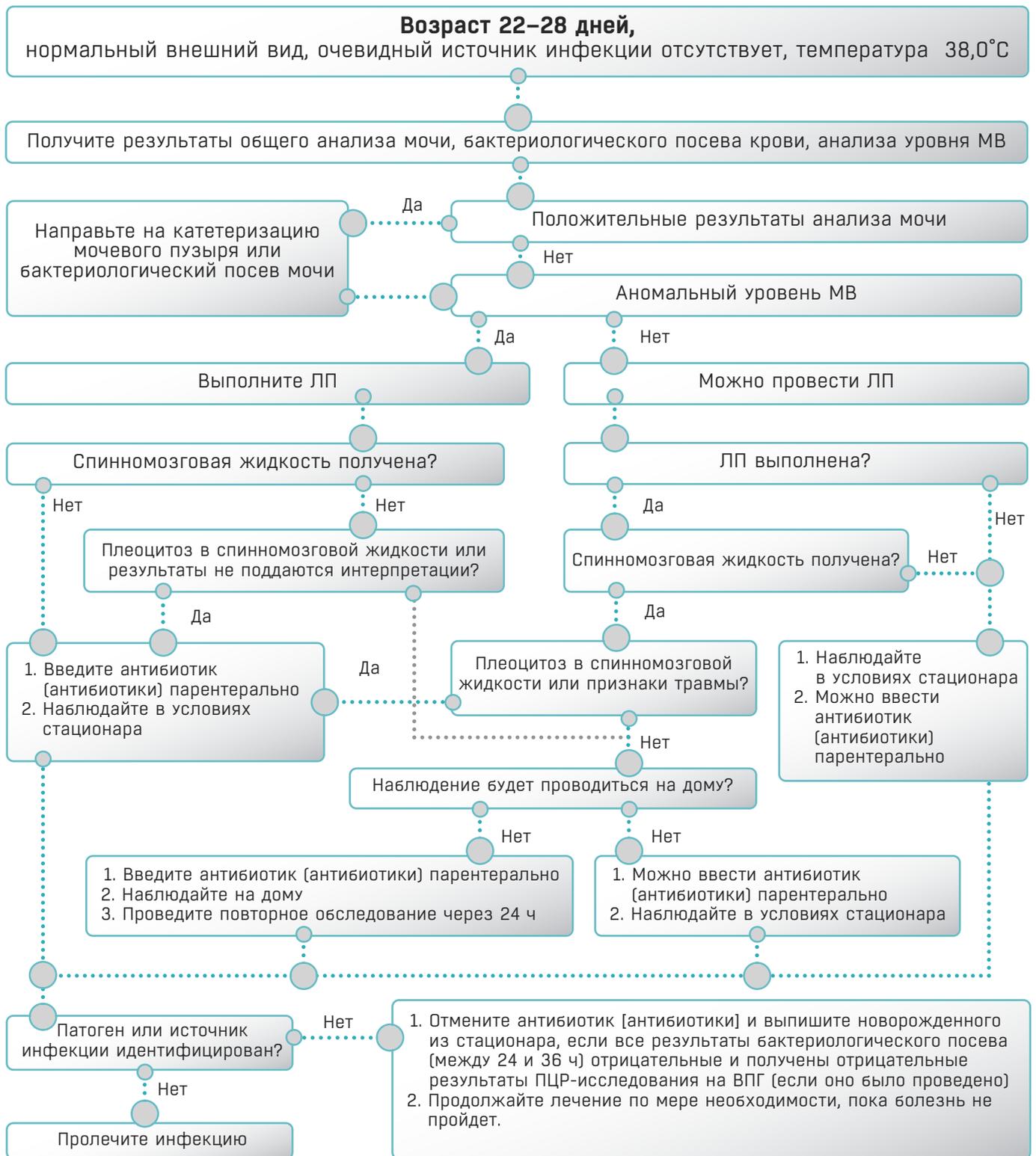
Лабораторные показатели воспаления у этой группы пациентов считаются повышенными при следующих показателях:

- 1) прокальцитонин >0,5 нг/мл;
- 2) СРБ>20 мг/л
- 3) абсолютное число нейтрофилов (>4 тыс/мкл в сочетании с данными по прокальцитонину или >5,2 тыс/мкл изолированно).

Детям этой возрастной группы рекомендовано провести обследование на наличие септических осложнений, назначить парентеральные противомикробные препараты и наблюдать детей в стационаре. В ликворе важно подсчитать количество клеточных элементов, провести окраску бактериальной культуры по Граму, исследовать концентрацию глюкозы, белка.

Следует учитывать вероятность наличия инфекции вируса простого герпеса (ВПГ) в случае, если у матери наблюдается ВПГ-ассоциированное поражение гениталий или появление лихорадки за 48 ч до и через 48 ч после родов, а также у младенцев с пузырьковыми высыпаниями, судорогами, гипотермией, язвами на слизистых оболочках, плеоцитозом ликвора при отсутствии положительного результата окрашивания по Граму, лейкопенией, тромбоцитопенией или повышенным уровнем аланинаминотрансферазы. Для уточнения диагноза стоит провести полимеразную цепную реакцию (ПЦР) ликвора и крови, ПЦР отделяемого с поверхности слизистой оболочки рта, носоглотки, конъюнктивы и заднего прохода и уточнить уровень аланинаминотрансферазы.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 22 ДО 28 ДНЕЙ С ЛИХОРАДКОЙ ВЫШЕ 38 С



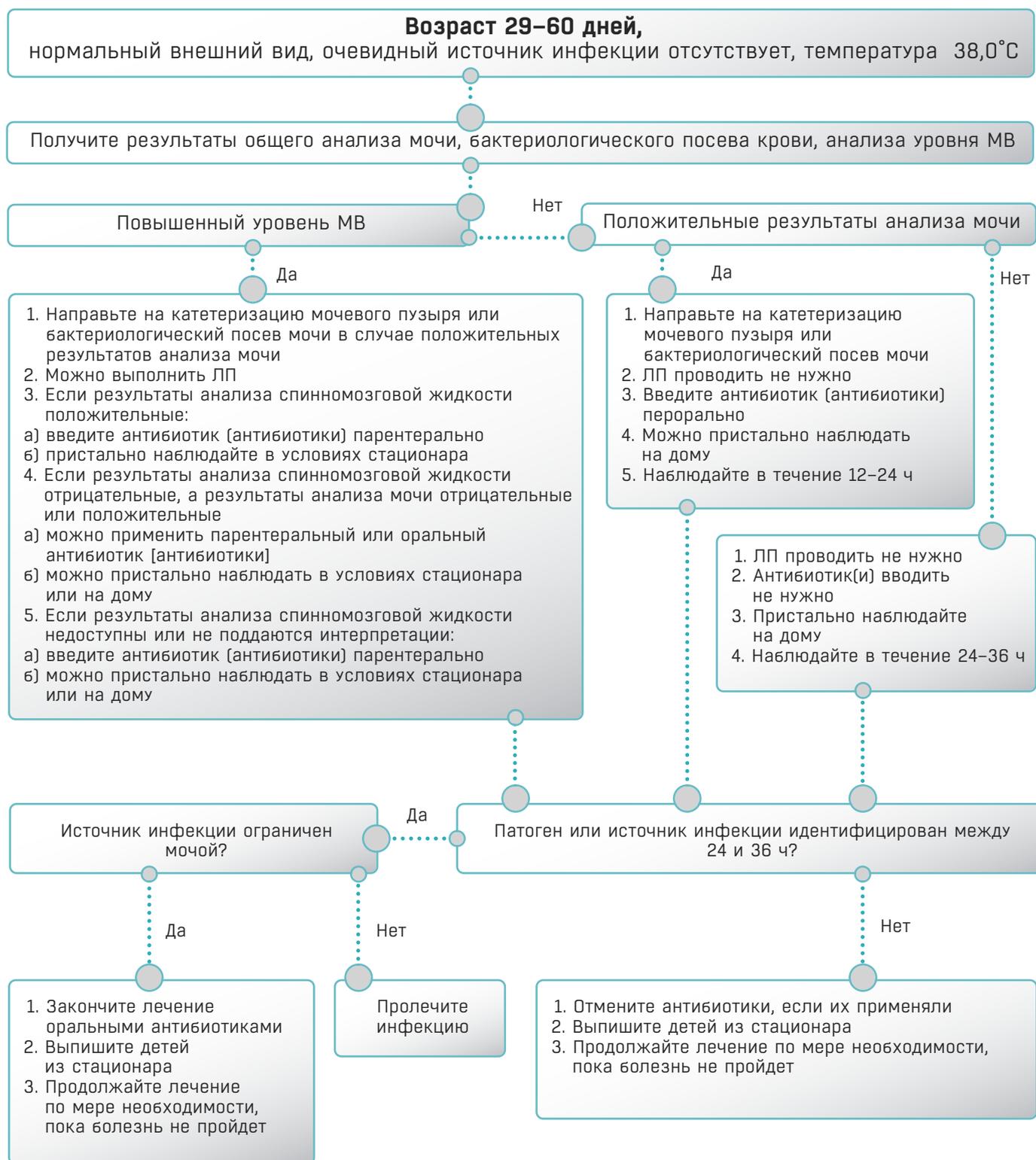
22–28 ДНЕЙ

Необходимо исследовать уровень прокальцитонина (аномальным считается уровень $>0,5$ мг/мл), СРБ (>20 мг/л), уровень нейтрофилов (>4 тыс/мкл в сочетании с данными по прокальцитонину или $>5,2$ тыс/мкл изолированно). Перед введением противомикробных средств стоит провести люмбальную пункцию (ЛП), поскольку интерпретация состава ликвора после введения противомикробных средств может быть затруднена. В нескольких исследованиях показано, что риск развития менингита у детей в возрасте от 22 до 28 дней ниже, чем у детей в возрасте до 22 дней,

поэтому в некоторых случаях клиницисты могут отложить пункцию и назначить противомикробные препараты, признавая потенциальный риск развития менингита.

Ребенок может лечиться дома, если родители и врач могут обеспечить следующие условия: возможность круглосуточной телефонной связи, транспортную доступность стационара, готовность родителей наблюдать ребенка и незамедлительно сообщать об изменениях в состоянии его здоровья.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 29 ДО 60 ДНЕЙ С ЛИХОРАДКОЙ ВЫШЕ 38 С



28–60 ДНЕЙ

Лабораторные показатели этого возраста схожи с предыдущим возрастным интервалом. Варианты ведения пациентов могут быть следующими:

- 1) наблюдать ребенка в течение определенного времени и в зависимости от клинического состояния повторить ЛП и/или продублировать другие лабораторные показатели;
- 2) начать эмпирическое введение противомикробных препаратов и провести повторную оценку состояния через 24 ч на основе клинической реакции ребенка и результатов посева крови;
- 3) если в ликворе содержится кровь или ранее принимались противомикробные препараты, картину можно дополнить ПЦР-исследованием.

Большинство детей в возрасте от 29 до 60 дней с нормальными лабораторными результатами могут наблюдаться дома. Однако, если нет возможности наблюдения за ребенком, его стоит госпитализировать.