

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Кривцун С.І., Кругляк С.І., Бинда Т.П., Хоменко О.І.

Управління охорони здоров'я облдержадміністрації, КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди», Сумський державний університет, м. Суми

Менінгококова інфекція (МІ) – тяжке інфекційне захворювання, яке в структурі дитячої смертності від інфекційних захворювань займає одне з перших місць.

За останні 5 років в області захворіло на менінгококову інфекцію 98 дітей у віці до 14 років. З них до 1 року – 26 дітей, 1-2 років – 23, 3-6 років – 27, 7-14 років – 22. Серед перехворілих з менінгококовим менінгітом було 29 дітей, з менінгококцемією – 31, з менінгококовим менінгітом та менінгококцемією – 23, назофарингітом – 5. З 2004 по 2008 рік у Сумській області померло 7 дітей, з них від менінгококового менінгіту – 1, від менінгококцемії – 4, від менінгококового менінгіту та менінгококцемії – 2. Віковий склад померлих був наступним: до 1 року – 1 дитина, 1-3 роки - 3, старше 3 років – 3.

Серед причин, які могли вплинути на несприятливий перебіг менінгокової інфекції, слід виділити наступні: пізні звернення батьків дітей з МІ за медичною допомогою, недостатнє надання медичної допомоги дітям з МІ на догоспітальному етапі, смерть дітей з МІ в середньому наступила впродовж першої доби від початку захворювання; пізня госпіталізація дітей з МІ після звернення за медичною допомогою, не виведення зі стану шоку дітей з МІ при переведенні в інший стаціонар. У переважної більшості дітей з МІ безпосередньою причиною смерті був крововилив у наднирники.

51

Важливим терапевтичним заходом, що сприяє зниженню летальності при МІ, є якомога раннє призначення антибактеріальної терапії на догоспітальному етапі. Навіть при підозрі на МІ на догоспітальному етапі показано призначення антибіотиків. Це пов'язано з тим, що менінгококи в крові хворого знаходяться у фазі швидкого росту і затримка в призначенні антибіотика, навіть на декілька годин, може призвести до летального наслідку. Згідно деяких джерел, стартовим антибіотиком при МІ має бути пеніцилін. Однак дослідження, що були проведені співробітниками Британського королівського коледжу педіатрії та здоров'я дітей разом з дитячим відділенням Лондонського імперського коледжу, показали, що у дітей, які отримували пеніцилін догоспітально, МІ перебігала більш тяжко, частіше спостерігалися її несприятливі наслідки. На сьогодні в практичних рекомендаціях у Великій Британії та інших розвинутих країнах Європи в якості антибіотиків, що рекомендуються застосовувати на догоспітальному етапі при МКК, є цефалоспорины 3 покоління – цефтріаксон та цефотаксим. Однак у 2007 р. Американське агентство по контролю за продуктами та ліками (FDA) повідомило про зміни у розділі „безпека” в інструкції до цефтріаксону (Roscephine, Roche Pharmaceuticals, Inc). Було додано описання можливого ризику, який пов'язаний з одночасним застосуванням цефтріаксону та препаратів кальцію. Описані випадки смертельних реакцій в результаті випадіння кальцій-цефтріаксонового преципітату в легенях та нирках у новонароджених дітей. Деякі з цих випадків мали місце при введенні цефтріаксону і препаратів кальцію різними шляхами і в різний час. Внаслідок ризику випадіння дрібних часток осаду цефтріаксону не можна його змішувати з розчинами, що містять кальцій, типу розчину Рінгера. Одночасне застосування цефтріаксону з кальцієм протипоказано навіть через різні інфузійні лінії. Повинно пройти не менше 48 годин між отриманням

останньої дози цефтріаксону і введенням препаратів, що містять кальцій. Враховуючи вищевикладене, цефотаксим повинен бути антибіотиком першої лінії при менінгококовому сепсисі у випадках, коли на госпітальному етапі передбачається застосування препаратів кальцію. Однак цефтріаксон можна розглядати як антибіотик першої лінії у дітей при менінгококовому менінгіті або в якості препарату для продовження терапії менінгококового сепсису після гострої фази, коли введення препаратів кальцію більше не потрібне.