ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России



МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Под редакцией А.П. Фисенко

2-е издание

Москва 2026

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Под редакцией А.П. Фисенко

2-е издание

Москва, 2026

УДК 616.1/.9-07-085-053.2(07)
ББК 57.334/337-4-5я81
М54

Рецензенты:
Козлова Е.М., д.м.н., декан педиатрического факультета, профессор кафедры факультетской и поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО Приволжского исследовательского медицинского университета Минздрава России

Петряйкина Е.Е., д.м.н., доцент, директор Российской детской клинической больницы, заведующая кафедрой эндокринологии РНИМУ имени Н.И. Пирогова

Методические материалы в помощь практическому врачу / ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России: под ред. А.П. Фисенко. 2-е изд. — М.: Воронеж, ООО «ВИННЕР», 2026. — 76 с.

ISBN 978-5-94302-330-9

В книге представлены методические материалы, сформированные в виде четких алгоритмов ведения большого спектра заболеваний детского возраста и ориентированные на быстрое и эффективное принятие клинических решений.

УДК 616.1/.9-07-085-053.2(07)
ББК 57.334/337-4-5я81

ISBN 978-5-94302-330-9
9 785943 023309

© Коллектив авторов, 2026
© ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, 2026

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Фисенко А. П., д.м.н., профессор, директор ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, заслуженный врач России

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ ФГАУ «НМИЦ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ» МИНЗДРАВА РОССИИ

Адалимова Надежда Сергеевна, врач-невролог отделения психоневрологии и нейрореабилитации

Айсина Виктория Александровна, врач функциональной диагностики

Алексеева Екатерина Иосифовна, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, руководитель НИИ детской ревматологии, заведующая ревматологическим отделением с дневным стационаром, врач-ревматолог

Алексеева Елена Александровна, к.м.н., и.о. руководителя службы анестезиологии и реанимации, заведующая отделением анестезиологии-реанимации с операционным блоком и кабинетом переливания крови

Апросимова Светлана Ивановна, к.м.н., заместитель директора по организационно-методической работе

Бакрадзе Майя Джемаловна, д.м.н., профессор кафедры педиатрии и общественного здоровья, врач-инфекционист

Басаргина Елена Николаевна, д.м.н., главный научный сотрудник лаборатории разработки новых технологий диагностики и лечения болезней детского возраста

Басаргина Милана Александровна, д.м.н., начальник Центра комплексной медицинской помощи новорожденным и детям раннего детского возраста, профессор кафедры педиатрии и общественного здоровья

Боровик Татьяна Эдуардовна, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник лаборатории питания здорового и больного ребенка

Бушуева Татьяна Владимировна, д.м.н., доцент, главный научный сотрудник лаборатории питания здорового и больного ребенка

Галимова Альбина Альбертовна, к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории клинической иммунологии и нутрициологии Центра профилактической педиатрии, врач — аллерголог-иммунолог

Гандаева Лейла Ахатовна, к.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории редких наследственных болезней у детей, детский кардиолог

Гордеева Ирина Григорьевна, старший научный сотрудник, врач-педиатр лаборатории клинической иммунологии и нутрициологии

Горинова Юлия Викторовна, к.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории редких наследственных болезней у детей Медико-генетического центра

Давыдова Ирина Владимировна, д.м.н., главный научный сотрудник лаборатории неонатологии и проблем здоровья раннего детского возраста, профессор кафедры педиатрии и общественного здоровья

Дворяковская Татьяна Маратовна, д.м.н., заведующая лабораторией иммунопатологии детского возраста НИИ детской ревматологии, врач-ревматолог

Емельяшенков Евгений Евгеньевич, к.м.н., научный сотрудник лаборатории клинической иммунологии и нутрициологии

Ерешко Оксана Александровна, к.м.н., заведующая отделением аллергологии и иммунологии, доцент кафедры педиатрии и общественного здоровья

Звонкова Наталья Георгиевна, д.м.н., доцент, и.о. заведующего лабораторией питания здорового и больного ребенка

Илларионова Мария Сергеевна, врач-неонатолог отделения патологии новорожденных и детей раннего детского возраста с соматической реабилитацией

Кожевникова Ольга Викторовна, д.м.н., заведующая отделением инструментальной диагностики, профессор кафедры педиатрии и общественного здоровья

Комарова Ольга Викторовна, д.м.н., первый заместитель директора, и.о. руководителя Института подготовки медицинских кадров, врач-нефролог

Кретов Владимир Владимирович, заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии

Крехова Елизавета Антоновна, к.м.н., врач-ревматолог ревматологического отделения, доцент кафедры педиатрии и общественного здоровья

Кузенкова Людмила Михайловна, д.м.н., профессор, начальник центра детской психоневрологии, профессор кафедры педиатрии и общественного здоровья

Лазуренко Светлана Борисовна, д.п.н., академик РАО, начальник центра психолого-педагогической помощи в педиатрии

Лебедев Владислав Витальевич, м.н.с., врач функциональной диагностики

Лукоянова Ольга Леонидовна, д.м.н., доцент, главный научный сотрудник лаборатории питания здорового и больного ребенка, профессор кафедры педиатрии и общественного здоровья

Макарова Светлана Геннадиевна, д.м.н., заместитель директора по научной работе, и.о. начальника Центра профилактической педиатрии, профессор кафедры педиатрии и общественного здоровья

Милованова Анастасия Михайловна, к.м.н., и.о. заведующего нефрологическим отделением, врач-нефролог

Полякова Анастасия Сергеевна, к.м.н., ведущий научный сотрудник научно-методического отделения планирования и развития, доцент кафедры педиатрии и общественного здоровья

Потапов Александр Сергеевич, д.м.н., профессор, начальник Центра воспалительных заболеваний кишечника у детей, профессор кафедры педиатрии и общественного здоровья

Савельев Олег Павлович, врач — анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии

Сдвигова Наталья Андреевна, к.м.н., и.о. заведующего кардиологическим отделением, врач — детский кардиолог, врач-педиатр

Симонова Ольга Игоревна, д.м.н., доцент, заведующая пульмонологическим отделением, профессор кафедры педиатрии и общественного здоровья

Скворцова Вера Алексеевна, д.м.н., главный научный сотрудник лаборатории питания здорового и больного ребенка

Соколов Ина, к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории питания здорового и больного ребенка

Тихоновский Павел Андреевич, врач функциональной диагностики

Увакина Евгения Владимировна, заместитель директора по перспективному развитию, заведующая отделением психоневрологии и нейрореабилитации, врач-невролог

Усольцева Ольга Владимировна, к.м.н., врач-гастроэнтеролог гастроэнтерологического отделения, доцент кафедры педиатрии и общественного здоровья

Цыгин Алексей Николаевич, д.м.н., профессор, врач-нефролог, главный научный сотрудник лаборатории научных основ нефроурологии и репродуктивного здоровья

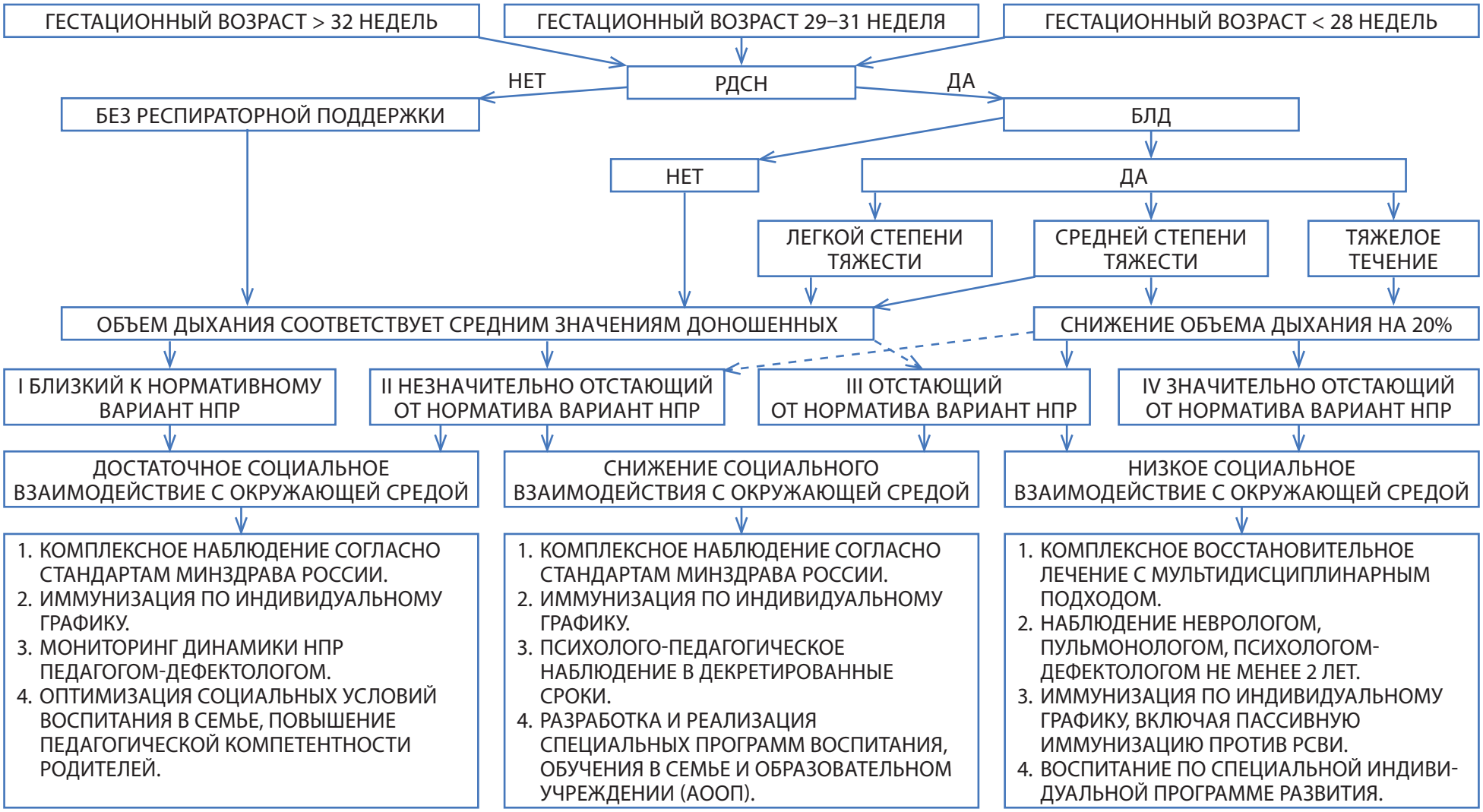
Ясаков Дмитрий Сергеевич, к.м.н, старший научный сотрудник научно-методического отделения планирования и развития

ОГЛАВЛЕНИЕ

Недоношенный ребенок с последствиями сочетанной перинатальной патологии. Алгоритм социальной адаптации 7
Аспирационный синдром. Алгоритм диагностики 8
Дисфагия. Алгоритм диагностики 9
Дисфагия. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Алгоритм лечения 10
Индивидуальный банк грудного молока. Алгоритм создания в многопрофильном стационаре 11
Классификация проявлений пищевой аллергии 12
Алгоритм выбора питания при клинически значимых реакциях на молоко и молочные смеси у детей грудного и раннего возраста 13
Воспалительные заболевания кишечника. Алгоритм диагностики лактазной недостаточности и аллергии на белки коровьего молока 14
Атопический дерматит. Алгоритм диетологического сопровождения. 15
Поэтапный алгоритм ведения детей с пищевой аллергией. 1-й этап 16
Поэтапный алгоритм ведения детей с пищевой аллергией. 2-й этап 17
Поэтапный алгоритм ведения детей с пищевой аллергией. 3-й этап 18
Тактика введения прикорма детям первого года жизни с пищевой аллергией 19
Аллергия к белку коровьего молока. Алгоритм выбора смеси 20
Аллергия на белки коровьего молока. Алгоритм поэтапного введения в рацион продуктов, содержащих белки коровьего молока при расширении рациона 21
Алгоритм введения яиц детям с пищевой аллергией 22
Острая крапивница и ангиоотек у детей. Алгоритм терапии 23
Хроническая крапивница у детей. Алгоритм терапии 24
Прогностические таблицы эффективности сублингвальной аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) у детей с весенним поллинозом и перекрестной пищевой аллергией при различных профилях сенсибилизации 25
Алгоритм ведения детей, получающих вегетарианские рационы 28
Галактоземия I типа. Алгоритм назначения диетотерапии 29
Детский церебральный паралич. Инструмент скрининга трудностей с кормлением/глотанием и недостаточности питания у детей с детским церебральным параличом (Feeding Nutrition Screening Tool, FNST) 30
Детский церебральный паралич. Алгоритм диетологического сопровождения и нутритивной поддержки 31
Хроническая сердечная недостаточность у детей 1 года жизни. Алгоритм нутритивной поддержки. 32
Оценка нутритивного риска у детей. Русскоязычная версия опросника STRONGkids 33
Острый средний отит. Алгоритм дифференциальной диагностики. 34

Острый средний отит. Алгоритм лечения в зависимости от возраста ребенка и тяжести течения . . . 39
Острый тонзиллит. Алгоритм лечения . . . 40
Острая пневмония. Алгоритм диагностики . . . 41
Острая пневмония. Алгоритм выбора стартового антибиотика . . . 42
Острые кишечные инфекции. Выбор пробиотиков . . . 48
H. pylori. Схема лечения . . . 49
Целиакия. Алгоритм диагностики. Критерии ESPGHAN . . . 50
Желчекаменная болезнь. Алгоритм ведения детей . . . 51
Язвенный колит. Тяжелое течение. Алгоритм диагностики и лечения . . . 52
Муковисцидоз. Алгоритм диагностики . . . 53
Муковисцидоз. Алгоритм дифференциальной диагностики по клиническим проявлениям . . . 54
Муковисцидоз. Алгоритм дифференциальной диагностики по инструментальным критериям . . . 55
Муковисцидоз. Алгоритм назначения питания детям 1 года жизни . . . 56
Муковисцидоз. Алгоритм назначения питания детям старше года . . . 57
Аутовоспалительные заболевания. Путь к диагнозу . . . 58
Системная красная волчанка. Алгоритм диагностики . . . 59
Системная красная волчанка. Диагностические критерии EULAR/ACR . . . 60
Юношеский артрит с системным началом. Алгоритм диагностики . . . 61
Юношеский артрит. Алгоритм диагностики . . . 62
Изолированная микрогематурия у детей. Диагностический алгоритм . . . 63
Синдром инфантильных эпилептических спазмов. Алгоритм ранней инструментальной диагностики . . . 64
Спинальная мышечная атрофия у детей. Алгоритм респираторной поддержки . . . 65
Ночные пробуждения. От симптома к диагнозу . . . 66
Нарушение дыхания во сне у детей. Алгоритм диагностики . . . 67
Дневная сонливость у подростков. От симптома к диагнозу . . . 68
Медицинский уход за ребенком. Рекомендации по замене трахеостомической трубки . . . 69
Алгоритм действий при трудной интубации трахеи . . . 70
Список литературы . . . 71

НЕДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СОЧЕТАННОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ. АЛГОРИТМ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ*



Сокращения: РДСН — респираторный дистресс-синдром новорожденного; БЛД — бронхолегочная дисплазия; НПР — нервно-психическое развитие; РСВИ — респираторно-синцитиальная вирусная инфекция.

** Печатается по*: Павлюкова Е.В. Особенности развития недоношенных детей с последствиями сочетанной перинатальной патологии в раннем возрасте. Автореферат канд. дис. М., 2018.

АСПИРАЦИОННЫЙ СИНДРОМ. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ [1–6]

1. Сбор анамнеза.
2. Наблюдение за кормлением ребенка.
3. Осмотр бутылочки и соски, оценка размера отверстия.
4. Аускультативная проба: аускультация до и сразу после кормления.
5. Выявление гастроэзофагеального рефлюкса.
6. pH-метрия позволяет выявить рефлюкс.
7. Анализ рентгенограмм грудной клетки.
8. Не следует делать бронхоскопию, компьютерную томографию и сцинтиграфию.

Предложенный нами диагностический алгоритм позволяет оптимизировать выявление и своевременное начало лечения пациентов с аспирационным синдромом, что позволит минимизировать применение антибактериальных препаратов и снизить полипрагмазию.

- **ПРИ РАЗВИТИИ АСПИРАЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ** показаны защищенные пенициллины, цефалоспорины III поколения, возможно с аминогликозидами (у этих детей обычна грамотрицательная флора).
- Вне обострения, даже при обилии хрипов антибиотики не показаны.
- При выраженной обструкции «по требованию» вводят β-агонисты.
- Ингаляционные стероиды не показаны.
- Хирургическая коррекция:
  - при трахеопищеводном свище, аномалиях больших сосудов, ахалазии пищевода;
  - при незаращении неба, грыжепищеводного отверстия диафрагмы возможно отложить операцию до оптимального возраста, если аспирация небольшая;
  - при патологии центральной нервной системы, сердца, органов дыхания (BRUE высокого риска).
- У детей с гастроэзофагеальным рефлюксом, дисфагией используют более густую пищу, вертикальное положение во время и после кормления, гипоаллергенные смеси, прокинетики.

ДИСФАГИЯ. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ [7–17]

Выявление дисфагии (R13)

- Расспрос матери о кормлении — поперхиваниях, кашле, поиске ребенком удобной позиции. Эти симптомы усиливаются при ОРВИ, переходе на соску.
- Наблюдение за кормлением, аускультация до и сразу после кормления.
- Выявление ГЭР (срыгивания, их частота и время, мокрая подушка).
- Исключение других причин дисфагии — аномалии челюсти, стридор и др.

Обследование на дисфагию обязательно у детей 1-го года жизни:

- с пневмонией, особенно повторной;
- необъяснимым кашлем, бронхитом, обструкцией;
- эпизодами апноэ, нарушением дыхания, тонуса мышц;
- патологией ЦНС, нервно-мышечными болезнями.

Дополнительные исследования при неясности диагноза

- Рентген грудной клетки — пневмония в верхних долях.
- Выявление ГЭР (ЭГДС, УЗИ, рентгеноконтрастное исследование).
- Обнаружение «нагруженных» липидами макрофагов в БАЛ.

Сокращения: ОРВИ — острая респираторная вирусная инфекция; ГЭР — гастроэзофагеальный рефлюкс; ЦНС — центральная нервная система; ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия; УЗИ — ультразвуковое исследование; БАЛ — бронхоальвеолярный лаваж.

ДИСФАГИЯ. ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ [18–21]

Комплекс лечебных мер при дисфагии включает:

- подбор позиции кормления — обычно вертикальной
- уменьшение отверстия соски — снижение пищевого потока
- кормление с ложки небольшими порциями
- введение густой пищи (специальная смесь или ложка каши в жидкую смесь или сцеженное грудное молоко)
- уменьшение объема пищи на один глоток

При наличии гастроэзофагеального рефлюкса к этому добавляют:

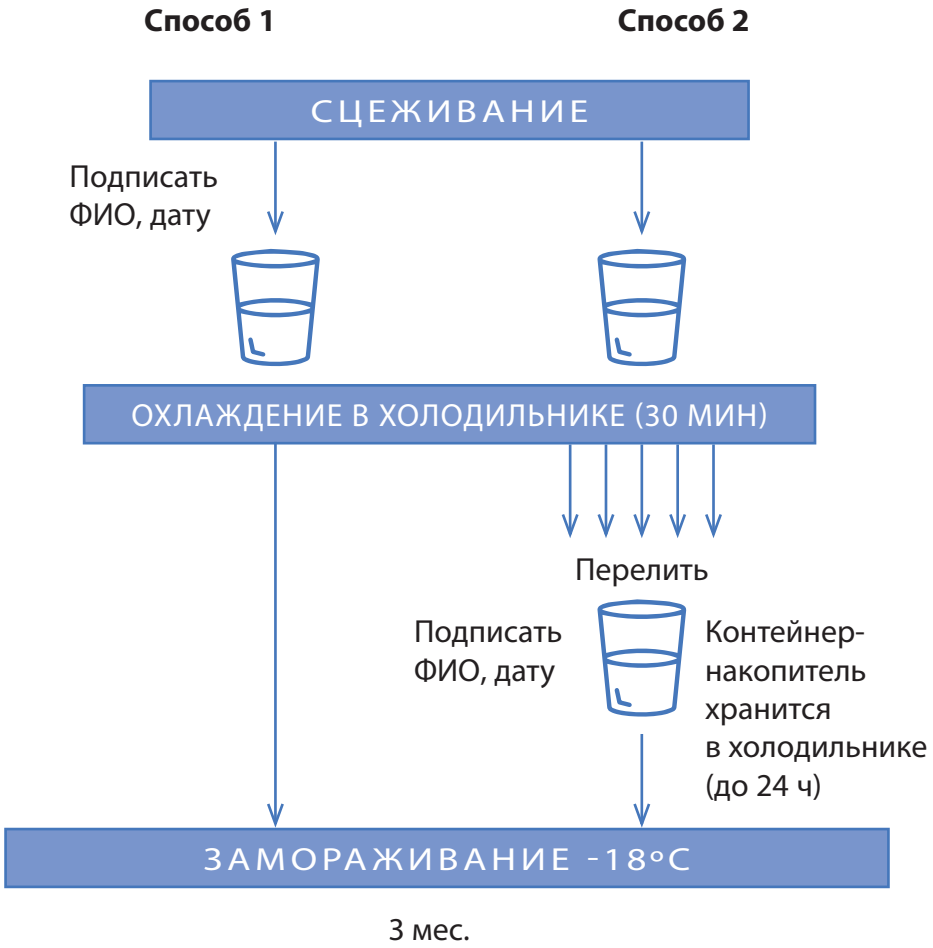
- сон с поднятым на 30° головным концом кроватки
- «антирефлюксные» препараты: антацид (Фосфалюгель), *домперидон*
- в тяжелых случаях — ингибиторы протонной помпы

При наличии умеренной обструкции у большинства детей с аспирацией применение **β-агонистов** нежелательно
Ингаляционные стероиды показаны только при массивной аспирации

Антибиотики (обычно *амоксициллин/клавуланат*) показаны при наличии лихорадки, системных симптомов и реакции крови.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ БАНК ГРУДНОГО МОЛОКА. АЛГОРИТМ СОЗДАНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ [22, 23]

ТЕХНОЛОГИЯ СОЗДАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО БАНКА ГРУДНОГО МОЛОКА



ОПТИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ХРАНЕНИЯ ГРУДНОГО МОЛОКА В СТАЦИОНАРЕ

Хранение	Температура	Оптимальная продолжительность хранения
Комнатная температура	23–25°С	2 ч
Холодильник	4±2°С	24 ч
Морозильник	ниже -18°С	3 мес

РАЗМОРАЖИВАНИЕ

- Для медленного размораживания сцеженного молока поместить емкость в холодильник (при Т 4±2°С) до полного оттаивания с последующим доведением температуры молока до температуры кормления путем помещения емкости с молоком в теплую проточную воду (при Т не выше +37+40°С) на 20 минут.
- Для быстрого размораживания сцеженного молока поставить емкость в теплую проточную воду (при Т не выше +37+40°С) на 20 минут.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ* [24]

Патология	Особенности развития клинических проявлений	Возраст	Прогноз
IgE-опосредованные реакции			
Оральный аллергический синдром (пищевая аллергия, обусловленная сенсибилизацией к пыльце)	Зуд, легкий отек ограничивается полостью рта	Начало проявлений после установления поллиноза (у детей реже, чем у взрослых)	Возможно как персистирование, так и зависимость от сезона
Крапивница/ангиоотек	При приеме внутрь или при контакте	Дети страдают чаще	Зависит от причинно-значимого аллергена
Риноконъюнктивит/ Астма	Может сопровождать проявления ПА (редко). Проявления возможны при вдыхании аэрозоля аллергена	У младенцев и детей чаще, чем у взрослых (исключение — профессиональные заболевания)	Зависит от причинно-значимого аллергена
Гастроинтестинальные симптомы	Тошнота, рвота, боли в животе и диарея, вызванные приемом пищи	Любой	Зависит от причинно-значимого аллергена
Анафилаксия	Быстрая прогрессирующая мультисистемная реакция	Любой	Зависит от причинно-значимого аллергена
Анафилаксия при пищевой аллергии, индуцированная физической нагрузкой	Пища провоцирует анафилаксию только в случае дальнейшей физической нагрузки	Дети, подростки	Персистирует
Смешанные IgE-опосредованные и клеточные реакции			
Атопический дерматит	Ассоциируется с пищевой аллергией у 30–40% детей со среднетяжелым и тяжелым АтД	У детей младшего возраста чаще	Обычно разрешается к более старшему возрасту
Эозинофильная гастроинтестинальная патология	Симптоматика зависит от уровня ЖКТ, вовлеченного в процесс, и степени эозинофильного воспаления	Любой	Чаще персистирует
Проявления, опосредованные клеточными реакциями			
Индуцированный пищей проктит, проктоколит	Слизь и кровь в стуле	Преимущественно младенцы	Обычно разрешается к более старшему возрасту
Индуцированная пищей энтеропатия	Хронические проявления: рвота, диарея, отставание в росте, вялость. При повторном введении после элиминации: рвота, диарея, гипотензия в течение 2 ч после приема	Преимущественно младенцы	Обычно разрешается к более старшему возрасту

* — EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines, 2014.

Сокращения: ПА — пищевая аллергия; АтД — атопический дерматит; ЖКТ — желудочно-кишечный тракт.

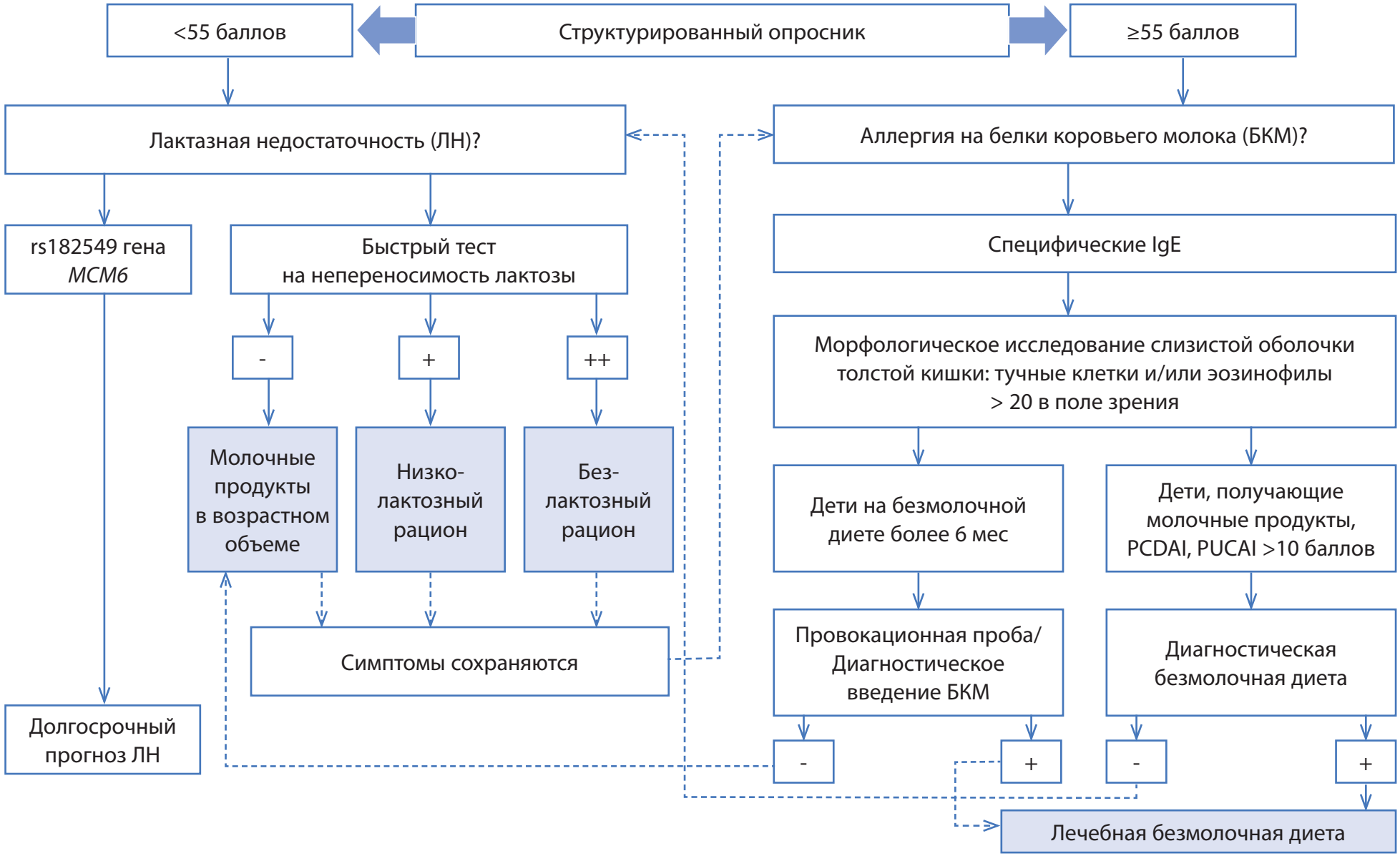
АЛГОРИТМ ВЫБОРА ПИТАНИЯ ПРИ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ РЕАКЦИЯХ НА МОЛОКО И МОЛОЧНЫЕ СМЕСИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА [25]



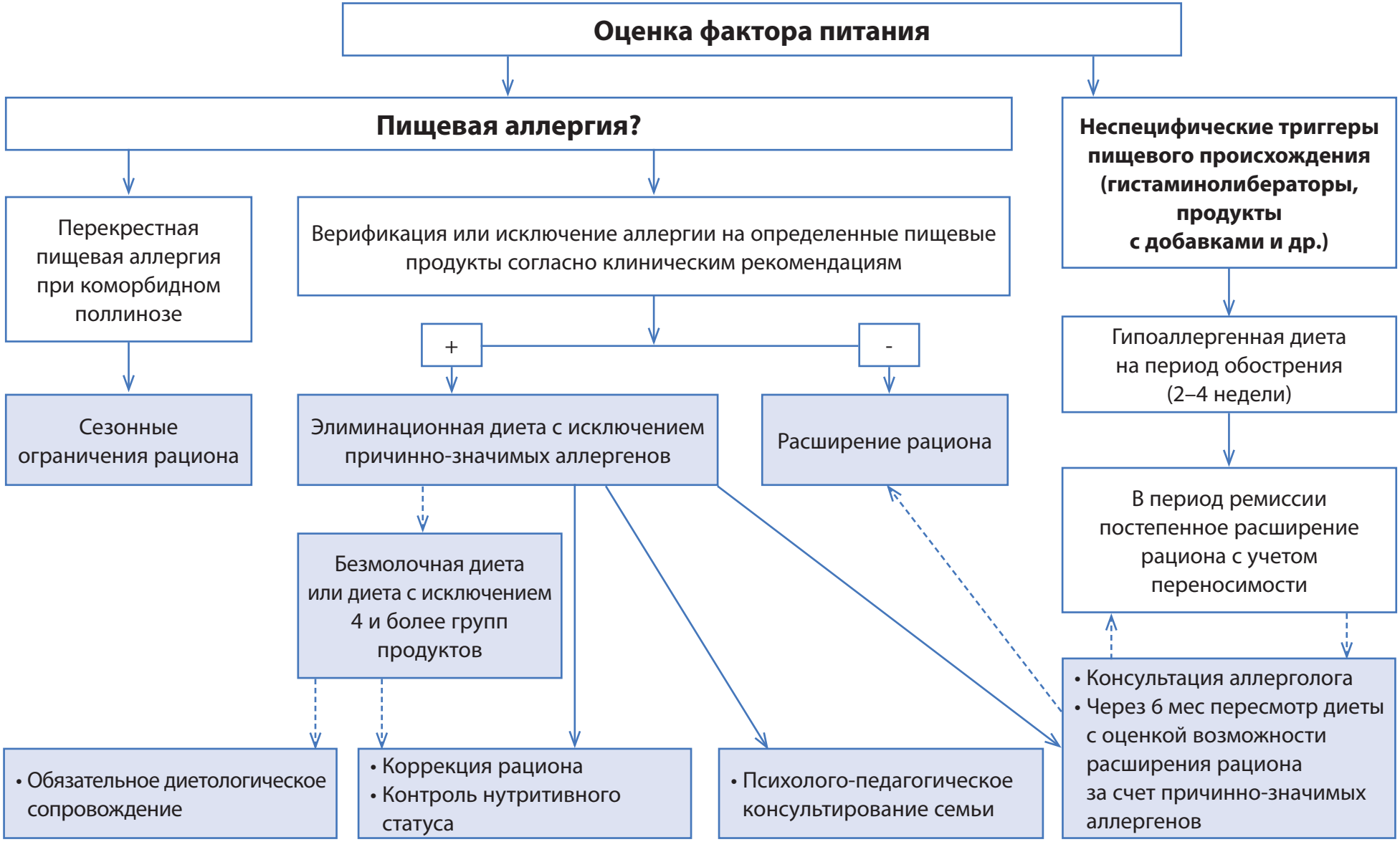
*при анафилаксии — АКС.

Сокращения: ВГС — высокогидролизованная смесь; АКС — аминокислотная смесь.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И АЛЛЕРГИИ НА БЕЛКИ КОРОВЬЕГО МОЛОКА [26]

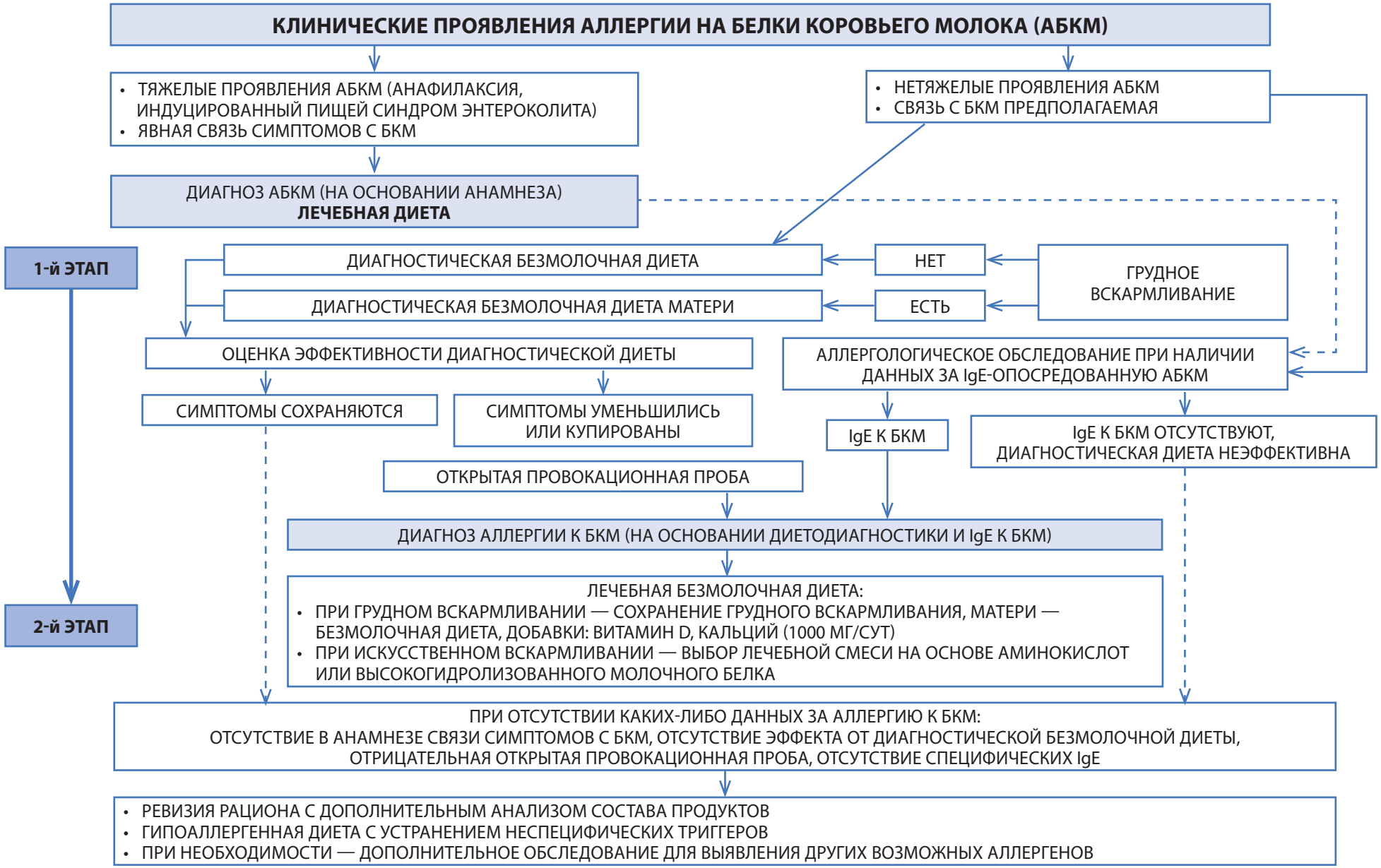


АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ. АЛГОРИТМ ДИЕТОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ*

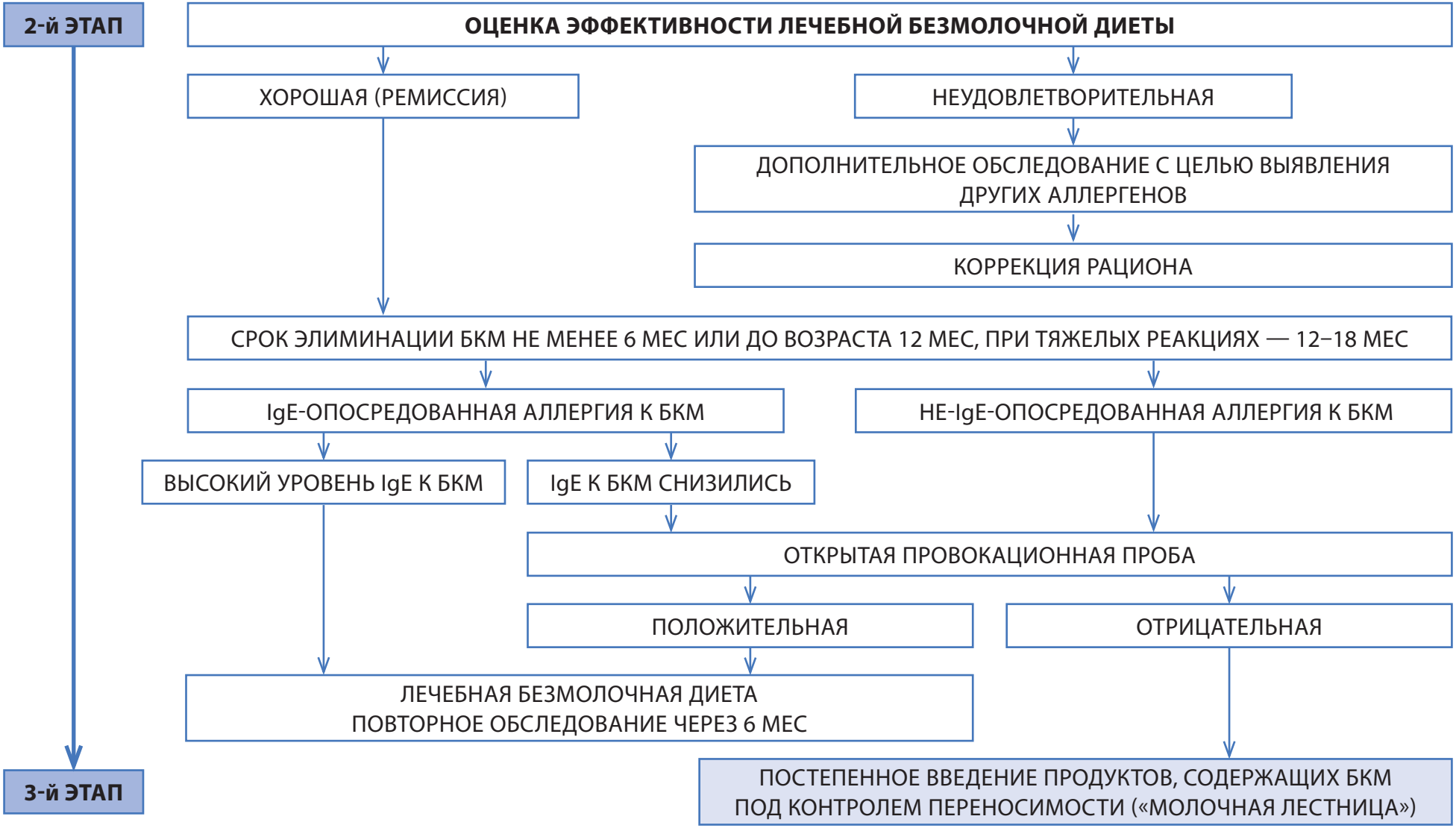


* *Адаптировано из*: Емельяшенков Е.Е. Нутритивный статус и пищевое поведение детей с тяжелым течением атопического дерматита, 2023. 167 с. EDN FLNHRD

ПОЭТАПНЫЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ. 1-Й ЭТАП [24]



ПОЭТАПНЫЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ. 2-Й ЭТАП [24]



ПОЭТАПНЫЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ. 3-Й ЭТАП [24]



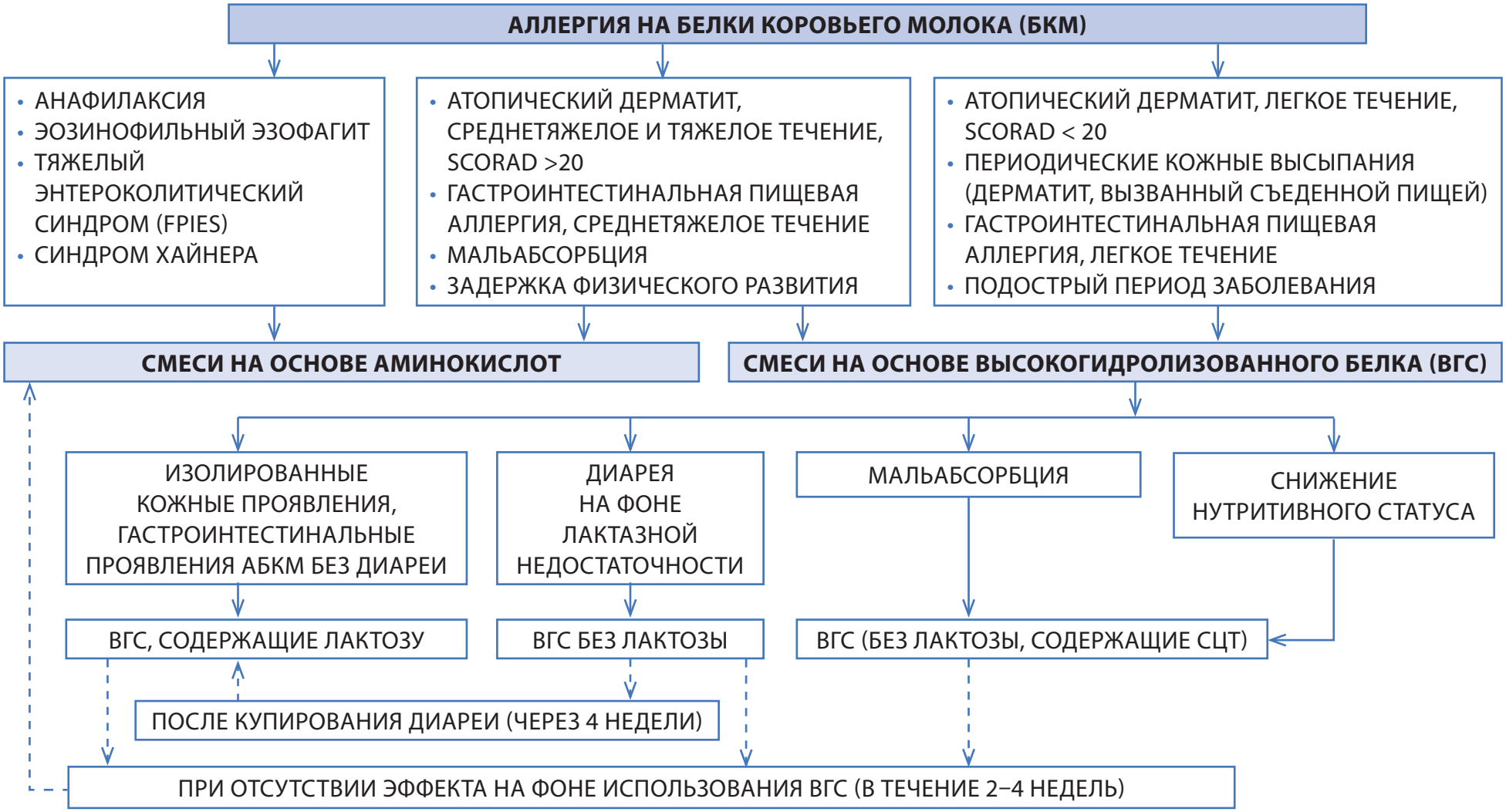
* Открытая провокационная проба может быть проведена со смесью на основе частично гидролизованного молочного белка.

ТАКТИКА ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ [24]



* При аллергии на белки коровьего молока введение продуктов, содержащих молочные белки, может быть рассмотрено только по рекомендации аллерголога и не ранее возраста 12 месяцев. При аллергии на куриное яйцо или глютен введение продуктов, содержащих эти белки, — только под контролем аллерголога и не ранее 2 лет.

АЛЛЕРГИЯ К БЕЛКУ КОРОВЬЕГО МОЛОКА. АЛГОРИТМ ВЫБОРА СМЕСИ [24, 25, 27]



Сокращения: СЦТ — среднецепочечные триглицериды.

АЛЛЕРГИЯ НА БЕЛКИ КОРОВЬЕГО МОЛОКА. АЛГОРИТМ ПОЭТАПНОГО ВВЕДЕНИЯ В РАЦИОН ПРОДУКТОВ, СОДЕРЖАЩИХ БЕЛКИ КОРОВЬЕГО МОЛОКА ПРИ РАСШИРЕНИИ РАЦИОНА [24, 27]

Общие принципы:
- В домашних условиях — при не-IgE-опосредованных формах и отдельных IgE-опосредованных формах пищевой аллергии (по решению врача).
- В условиях стационара — при анафилаксии в анамнезе и высоком риске системных реакций.

Расширение рациона проводится при одновременном соблюдении всех условий:
1. Безмолочная диета не менее 6 мес — при легком/среднетяжелом течении, не менее 12–18 мес — при тяжелом).
2. Стойкая клиническая ремиссия (отсутствие кожных, ЖКТ и респираторных симптомов).
3. Ребенок клинически здоров (без катаральных признаков).
4. После перенесенной инфекции прошло ≥ 7 дней.
5. Ребенок не находится на этапе активного расширения рациона за счет других продуктов.

Общие правила введения:
- 1 новый продукт или 1 новая доза в день.
- Повышение дозы — при полной переносимости предыдущей.
- Каждая доза употребляется не менее 3 раз в неделю.
- С учетом возможных отсроченных реакций — не менее 3 суток на каждой дозе.
- Учитывая, что симптомы могут проявиться через 2–3 дня, рекомендуется оставаться на каждой дозе как минимум 3 дня перед тем, как переходить на следующий уровень.
- Интервал между ступенями — 1–3 месяца (может быть сокращен при хорошей переносимости).
- При реакции — возврат к последней переносимой дозе: легкая реакция → повторная попытка ≥ через 3 мес; выраженная реакция → ≥ через 6 мес.
- Используется один и тот же рецепт на ступени с фиксированным содержанием молочного белка.
- Продукт вводится в первой половине дня.
- На фоне ОРИ расширение дозы приостанавливается до полного выздоровления, при этом ранее введенные дозы сохраняются.

Ступень 6.	**Цельное молоко**
Способ приготовления	Пастеризованное молоко 3,2%, 100–200 мл
Схема увеличения	1 ч. л. (≈ 5 мл) → … → 200 мл
Эквивалент белка на порцию	1 ч.л. ~0,15–0,17 г

Ступень 5.	**Кисломолочные продукты**
Способ приготовления	Йогурт/сметана, 125 мл
Схема увеличения	1 ч. л. (≈ 5 мл) →… → 125 мл
Эквивалент белка на порцию	1 ч.л ~ 0,1–0,2 г

Ступень 4.	**Твердый сыр**
Способ приготовления	Твердый сыр (чеддер, пармезан) — 15 г
Схема увеличения	1 г → 3 г → 5 г → 10 г → 15 г
Эквивалент белка на порцию	1 г ~ 0,25 г – 0,35 г; 15 ~ 3,8–5,4 г

Ступень 3.	**Панкейки /блины**
Способ приготовления	Слегка приготовленное изделие (обжарка при высокой температуре 3–5 мин; 200 мл молока 3,2% на 10 шт.)
Схема увеличения	1/4 → 1/2 → 1 → 2
Эквивалент белка на порцию	1 шт ~ 1200–1400 мг (1,2–1,4 г) белка

Ступень 2.	**Маффин/кекс**
Способ приготовления	Длительно приготовленное изделие в духовом шкафу (не менее 30 мин при 180°С; 200 мл молока 3,2% на 10 шт.)
Схема увеличения	1/8 → 1/4 → 1/2 → 1
Эквивалент белка на порцию	1 шт ~ 640 мг (0,64 г) белка

Ступень 1.	**Сухое печенье**
Способ приготовления	Длительно приготовленное изделие в духовом шкафу (не менее 30 мин при 180°С; 20 мл молока 3,2% на 20 шт.)
Схема увеличения	1/4 → 1/2 → 1 → 2 → 3
Эквивалент белка на порцию	1 шт ~ 35 мг (0,35 г) белка

АЛГОРИТМ ВВЕДЕНИЯ ЯИЦ ДЕТЯМ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ [24–28]

Общие принципы:
- В домашних условиях — при не-IgE-опосредованных формах и отдельных IgE-опосредованных формах пищевой аллергии (по решению врача).
- В условиях стационара — при анафилаксии в анамнезе и высоком риске системных реакций.

Расширение рациона проводится при одновременном соблюдении всех условий:
1. Диета с исключением яиц не менее 6 мес — при легком/среднетяжелом течении, не менее 12–18 мес — при тяжелом).
2. Стойкая клиническая ремиссия (отсутствие кожных, ЖКТ и респираторных симптомов).
3. Ребенок клинически здоров (без катаральных признаков).
4. После перенесенной инфекции прошло ≥ 7 дней.
5. Ребенок не находится на этапе активного расширения рациона за счет других продуктов.

Общие правила введения:
- 1 новый продукт или 1 новая доза в день.
- Повышение дозы — при полной переносимости предыдущей.
- Каждая доза употребляется не менее 3 раз в неделю.
- С учетом возможных отсроченных реакций — не менее 3 суток на каждой дозе.
- Учитывая, что симптомы могут проявиться через 2–3 дня, рекомендуется оставаться на каждой дозе как минимум 3 дня перед тем, как переходить на следующий уровень.
- Интервал между ступенями — 1–3 месяца (может быть сокращен при хорошей переносимости).
- При реакции — возврат к последней переносимой дозе: легкая реакция → повторная попытка ≥ через 3 мес; выраженная реакция → ≥ через 6 мес.
- Используется один и тот же рецепт на ступени с фиксированным содержанием яиц.
- Продукт вводится в первой половине дня.
- На фоне ОРИ расширение дозы приостанавливается до полного выздоровления, при этом ранее введенные дозы сохраняются.

Ступень 4.	**Глазунья/пашот/яйцо всмятку**
Способ приготовления	Минимально обработанное яйцо
Схема увеличения	1/8 → 1/4 → 1/2 → 1
Эквивалент белка на порцию	1 яйцо ~ 6000–6500 мг (6,0–6,5 г) белка

Ступень 3.	**Отварное яйцо**
Способ приготовления	Слегка приготовленное изделие (1 яйцо средних размеров, сваренное вкрутую не менее 10 мин после закипания)
Схема увеличения	1/8 → 1/4 → 1/2 → 1
Эквивалент белка на порцию	1 яйцо ~ 6000–6500 мг (6,0–6,5 г) белка

Ступень 2.	**Блины/вафли**
Способ приготовления	Слегка приготовленное изделие (обжарка при высокой температуре 3-5 мин; 1 среднее яйцо на 6 блинов, 4 вафли
Схема увеличения	Блины 1/2 → 1→ 2; вафля
Эквивалент белка на порцию	1 блин 1,0–1,1 г белка; 1 вафля 1,5–1,6 г белка

Ступень 1.	**Маффин**
Способ приготовления	Длительно приготовленное изделие в духовом шкафу (не менее 30 мин при 180°С; 1 среднее яйцо на 6 шт.)
Схема увеличения	1/8 → 1/4 → 1/2 → 1
Эквивалент белка на порцию	1 маффин ~ 1000 мг (1,0 г) белка

ОСТРАЯ КРАПИВНИЦА И АНГИООТЕК У ДЕТЕЙ. АЛГОРИТМ ТЕРАПИИ [29]



Сокращения: АГП I — антигистаминные препараты первого поколения; АГП II — антигистаминные препараты второго поколения; ГКС — глюкокортикостероиды системного действия.

ХРОНИЧЕСКАЯ КРАПИВНИЦА У ДЕТЕЙ. АЛГОРИТМ ТЕРАПИИ [30, 31]



Сокращения: АГП I — антигистаминные препараты первого поколения; ВК — врачебная комиссия; АГП II — антигистаминные препараты второго поколения; ЭК — этический комитет.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ТАБЛИЦЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ СУБЛИНГВАЛЬНОЙ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ (АСИТ) У ДЕТЕЙ С ВЕСЕННИМ ПОЛЛИНОЗОМ И ПЕРЕКРЕСТНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФИЛЯХ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ*

А) ПРОФИЛЬ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ 1 (rBet v1)

Доза препарата	**Максимальная (4 нажатия)****			**Высокая (3 нажатия)**		
Кратность приема	Ежедневно	Через день	3 и менее раз в неделю	Ежедневно	Через день	3 и менее раз в неделю
Высокая эффективность АСИТ в отношении симптомов поллиноза*** (3–4 балла по схеме А.Д. Адо)	51,67%	25,00%	0,00%	3,33%	1,67%	0,00%
Эффективность АСИТ в отношении симптомов перекрестной пищевой аллергии	48,33%	25,00%	0,00%	3,33%	0,00%	0,00%

* После 2 курсов АСИТ стандартизованным по аллергену препаратом (Сталораль «Аллерген пыльцы березы») согласно инструкции.
** Доза препарата: максимальная (4 нажатия), высокая (3 нажатия).
*** Схема А.Д. Адо для оценки клинической эффективности АСИТ при поллинозе: 3 балла — легкие проявления, купирующиеся назначением симптоматической терапии, 4 балла — отсутствие симптомов и потребности в медикаментозной терапии.

Печатается по: Ерешко О.А. Эффективность сублингвальной аллергенспецифической иммунотерапии при поллинозе и перекрестной пищевой аллергии у детей. Дисс... канд. мед. наук. М., 2020.

Б) ПРОФИЛЬ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ 2 (rBet v1 + rBet v6)

Доза препарата	Максимальная (4 нажатия)**			Высокая (3 нажатия)		
Кратность приема	Ежедневно	Через день	3 и менее раз в неделю	Ежедневно	Через день	3 и менее раз в неделю
Высокая эффективность АСИТ в отношении симптомов поллиноза*** (3–4 балла по схеме А.Д. Адо)	39,02%	29,27%	0,00%	2,44%	7,32%	0,00%
Эффективность АСИТ в отношении симптомов перекрестной пищевой аллергии	36,59%	26,83%	0,00%	2,44%	4,88%	0,00%

В) ПРОФИЛЬ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ 3 (rBet v1 + rBet v2)

Доза препарата	Максимальная (4 нажатия)**			Высокая (3 нажатия)		
Кратность приема	Ежедневно	Через день	3 и менее раз в неделю	Ежедневно	Через день	3 и менее раз в неделю
Высокая эффективность АСИТ в отношении симптомов поллиноза*** (3–4 балла по схеме А.Д. Адо)	33,33%	0,00%	0,00%	16,67%	0,00%	0,00%
Эффективность АСИТ в отношении симптомов перекрестной пищевой аллергии	25,00%	0,00%	0,00%	8,33%	0,00%	0,00%

Г) ПРОФИЛЬ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ 4 (rBet v1 + rBet v2+ rBet v6)

Доза препарата	Максимальная (4 нажатия)**			Высокая (3 нажатия)		
Кратность приема	Ежедневно	Через день	3 и менее раз в неделю	Ежедневно	Через день	3 и менее раз в неделю
Высокая эффективность АСИТ в отношении симптомов поллиноза*** (3–4 балла по схеме А.Д. Адо)	40,00%	10,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Эффективность АСИТ в отношении симптомов перекрестной пищевой аллергии	20,00%	10,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Д) ПРОФИЛЬ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ 5 (rBet v1 + rBet v2+ rBet v4+ rBet v6)

Доза препарата	Максимальная (4 нажатия)**			Высокая (3 нажатия)		
Кратность приема	Ежедневно	Через день	3 и менее раз в неделю	Ежедневно	Через день	3 и менее раз в неделю
Высокая эффективность АСИТ в отношении симптомов поллиноза*** (3–4 балла по схеме А.Д. Адо)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Эффективность АСИТ в отношении симптомов перекрестной пищевой аллергии	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ВЕГЕТАРИАНСКИЕ РАЦИОНЫ* [24, 25]

КОНСУЛЬТАЦИЯ ПЕДИАТРА/ДИЕТОЛОГА
- АНАМНЕЗ ЖИЗНИ
- АНАМНЕЗ ПИТАНИЯ (СОСТАВ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ, ЭТАПЫ ПЕРЕХОДА)
- РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДЫДУЩИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ, НАБЛЮДЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТАМИ
- ОЦЕНКА АКТУАЛЬНОГО РАЦИОНА*

* Для детей на грудном вскармливании от матерей на вегетарианских типах питания — анализ рациона матери

АНАЛИЗ ПРИЧИН И МОТИВА ВЫБОРА ВЕГЕТАРИАНСКОГО ТИПА ПИТАНИЯ

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И НУТРИТИВНОГО СТАТУСА
- АНТРОПОМЕТРИЯ
- ОЦЕНКА СОСТАВА ТЕЛА
- КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ
- ОЦЕНКА КРОВИ НА УРОВНИ ФЕРРИТИНА, ВИТАМИНА B_{12}, ЦИНКА, ГОМОЦИСТЕИНА

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ СЕМЬИ
- ИЗУЧЕНИЕ МЕЖЛИЧНОСТНОЙ СИТУАЦИИ В СЕМЬЕ
- ВЫЯВЛЕНИЕ СТИЛЯ ВОСПИТАНИЯ РЕБЕНКА В СЕМЬЕ
- ОЦЕНКА ПОЗНАВАТЕЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА
- ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТИРОВАННОСТИ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУППЫ НУТРИТИВНОГО РИСКА

ГРУППА ВЫСОКОГО НУТРИТИВНОГО РИСКА
- ДЕТИ В ВОЗРАСТЕ ДО 3 ЛЕТ
- ВЕГАНЫ
- НАЛИЧИЕ КАКИХ-ЛИБО ОТКЛОНЕНИЙ В РЕЗУЛЬТАТАХ АНТРОПОМЕТРИИ И БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ
- ВЫЯВЛЕННАЯ АНЕМИЯ
- ДЕФИЦИТЫ ЖЕЛЕЗА, ВИТАМИНА B_{12}, ЦИНКА
- ОТКЛОНЯЮЩИЙСЯ ВАРИАНТ ИЛИ ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА
- РЕЛИГИОЗНЫЙ МОТИВ ВЫБОРА ВЕГЕТАРИАНСКОГО ТИПА ПИТАНИЯ

ГРУППА НИЗКОГО НУТРИТИВНОГО РИСКА
- НОРМАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНТРОПОМЕТРИИ И БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ
- АДЕКВАТНЫЙ СТАТУС ЖЕЛЕЗА, ВИТАМИНА B_{12}, ЦИНКА
- НОРМАТИВНЫЙ ВАРИАНТ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА
- ПРИЧИНА ВЫБОРА ВЕГЕТАРИАНСКОГО ТИПА ПИТАНИЯ — ИДЕЯ О ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИИ

- КОРРЕКЦИЯ РАЦИОНА МАТЕРИ/РЕБЕНКА
- КОРРЕКЦИЯ СТАТУСА ЖЕЛЕЗА, ВИТАМИНА B_{12} И ЦИНКА

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОСТАВЛЕНИЮ РАЦИОНА И САПЛЕМЕНТАЦИИ

- НАБЛЮДЕНИЕ У ПЕДИАТРА И ДИЕТОЛОГА

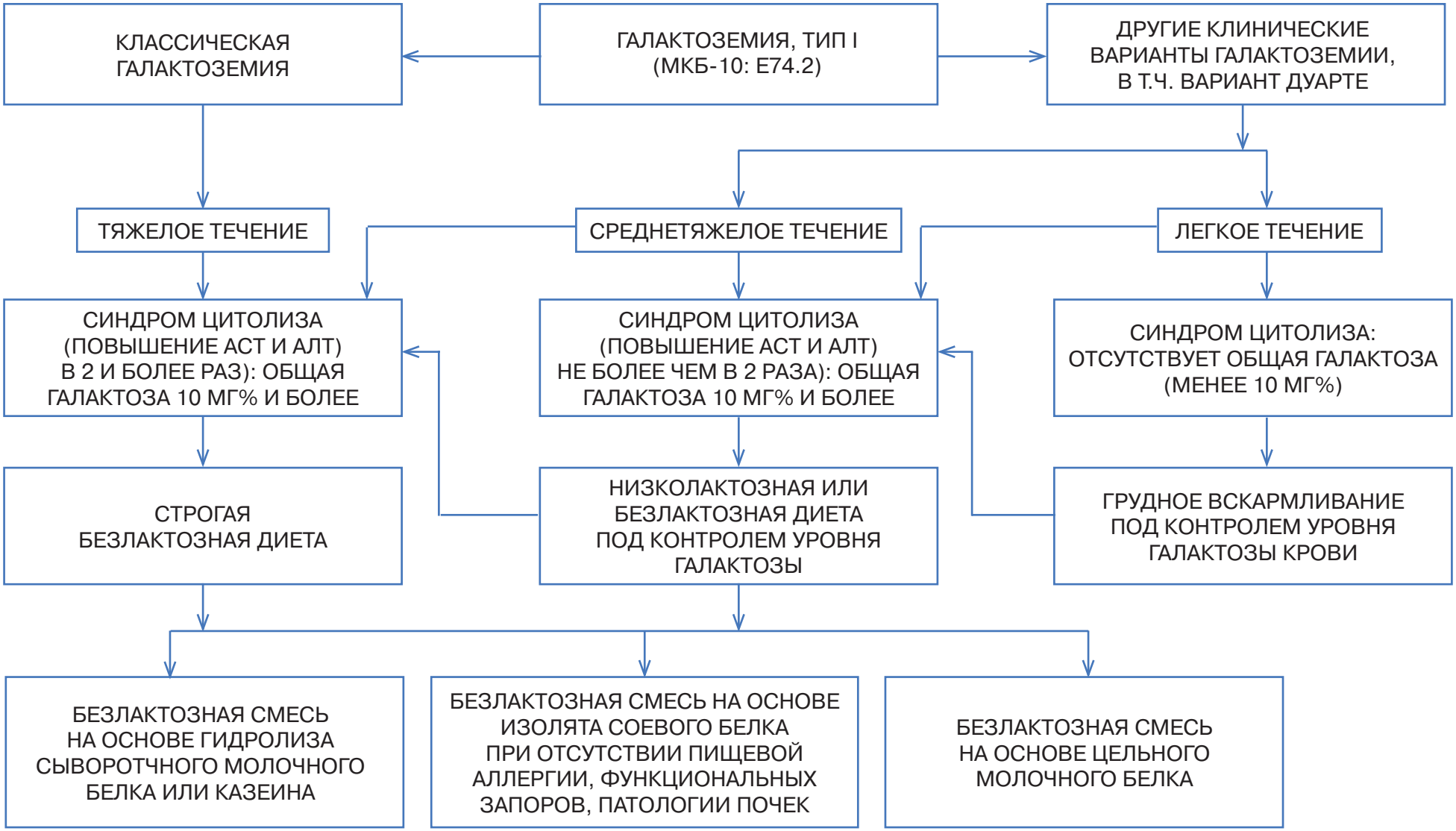
ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 3 ЛЕТ ПРИ ОТСУТСТВИИ ВЫЯВЛЕННЫХ ОТКЛОНЕНИЙ:
- КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ И УРОВНЯ ФЕРРИТИНА 1 РАЗ В 6 МЕСЯЦЕВ
- КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ВИТАМИНА B_{12} 1 РАЗ В 6 МЕСЯЦЕВ

ДЛЯ ДЕТЕЙ С ВЫЯВЛЕННЫМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ:
- КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ 1 РАЗ В МЕСЯЦ ДО НОРМАЛИЗАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
- КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ФЕРРИТИНА 1 РАЗ В 6 МЕСЯЦЕВ
- КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ВИТАМИНА B_{12} 1 РАЗ В МЕСЯЦ ДО НОРМАЛИЗАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
- ПЕРИОДИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ СЕМЬИ СПЕЦИАЛИСТАМИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

- НАБЛЮДЕНИЕ У ПЕДИАТРА И ДИЕТОЛОГА
- КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ И УРОВНЯ ФЕРРИТИНА 1 РАЗ В ГОД
- КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ВИТАМИНА B_{12} 1 РАЗ В ГОД
- ПЕРИОДИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ СЕМЬИ СПЕЦИАЛИСТАМИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ПЕДИАТРА

* *Печатается по*: Вегетарианство и дети. Под ред. А.П. Фисенко, С.Г. Макаровой, Д.С. Ясакова. — М.: Полиграфист и издатель, 2022. — 244 с.

ГАЛАКТОЗЕМИЯ I ТИПА. АЛГОРИТМ НАЗНАЧЕНИЯ ДИЕТОТЕРАПИИ [32]



Сокращения: АЛТ/АСТ — аланинаминотрансфераза/аспартатаминотрансфераза.

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ. ИНСТРУМЕНТ СКРИНИНГА ТРУДНОСТЕЙ С КОРМЛЕНИЕМ/ГЛОТАНИЕМ И НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (FEEDING NUTRITION SCREENING TOOL, FNST) [33, 34]

Правильное питание необходимо пациентам с детским церебральным параличом (ДЦП), чтобы они смогли реализовать свой потенциал роста и развития. Однако некоторые дети с ДЦП могут испытывать трудности с набором веса или иметь недостаточную массу тела для своего роста и возраста. Отставание в весе может быть вызвано рядом причин, включая проблемы с потреблением достаточного количества питательных веществ (пищи и жидкостей) для удовлетворения индивидуальных потребностей. ДЦП может влиять на работу мышц рта, лица и глотки, что в свою очередь может вызывать трудности с безопасным потреблением достаточного количества пищи и жидкости. По этим причинам некоторым детям с ДЦП может быть полезно обращение к диетологу по вопросам питания или к логопеду по поводу трудностей с кормлением.

Эти скрининговые вопросы предназначены:
- для детей в возрасте от 2 до 19 лет с детским церебральным параличом
- для того, чтобы помочь определить, есть ли у ребенка какие-либо трудности с приемом пищи и/или глотанием
- для заполнения родителями или основными опекунами, которые хорошо знают ребенка

Следующие четыре вопроса помогут определить, нуждается ли ваш ребенок в консультации диетолога (по вопросам питания) и/или логопеда (по поводу трудностей с кормлением).

Пожалуйста, ответьте на эти вопросы о вашем ребенке:

1. Считаете ли вы, что у вашего ребенка недостаточный вес? Да ☐ Нет ☐ Не уверен ☐

2. Есть ли у вашего ребенка проблемы с набором веса? Да ☐ Нет ☐ Не уверен ☐

3. Считаете ли вы, что у вашего ребенка есть какие-либо проблемы **с приемом пищи** по сравнению с другими детьми такого же возраста? Оцените их по шкале от 0 до 10.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Нет проблем — Серьезные проблемы

4. Считаете ли вы, что у вашего ребенка есть какие-либо проблемы **с питьем** по сравнению с другими детьми такого же возраста? Оцените их по шкале от 0 до 10?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Нет проблем — Серьезные проблемы

Результат:

Теперь, когда вы ответили на вопросы, поставьте по 1 баллу за каждый из следующих ответов:

☐ 1. Да или не уверен

☐ 2. Да или не уверен

☐ 3. Оценка 7 или выше

☐ 4. Оценка 7 или выше

Оценка:

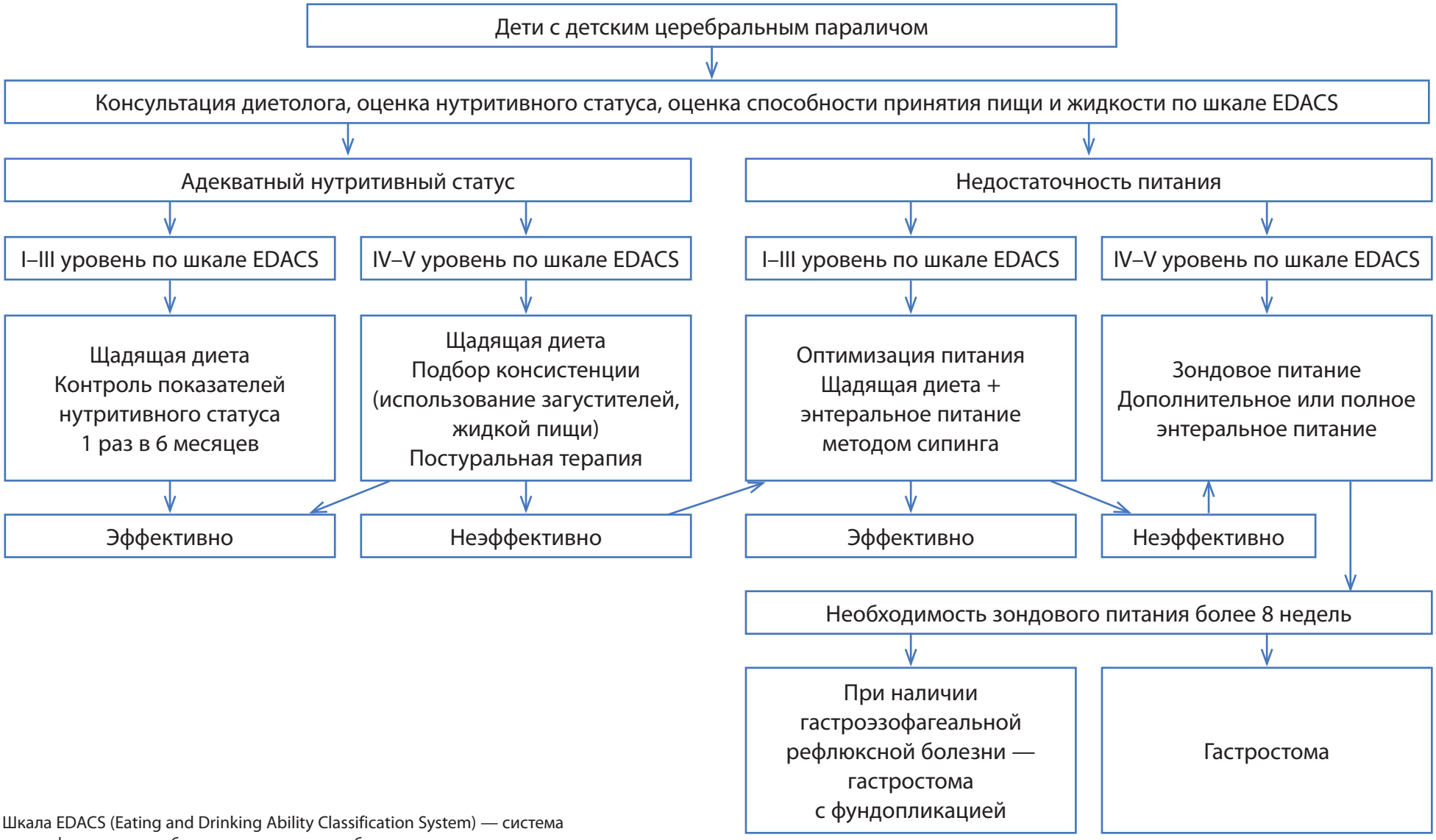
Общий балл 3 или более означает, что у ребенка могут быть трудности с кормпением/глотанием, которые влияют на безопасность кормления, или у него могут быть значительные трудности с набором веса.

При оценке 3 или 4 балла, обсудите свои опасения по поводу кормления ребенка и/или набора веса с вашим лечащим врачом. Вашему ребенку может быть полезна консультация специалиста по питанию или логопеда для проведения полного обследования или получения нутритивной поддержки.

Для медицинских работников:

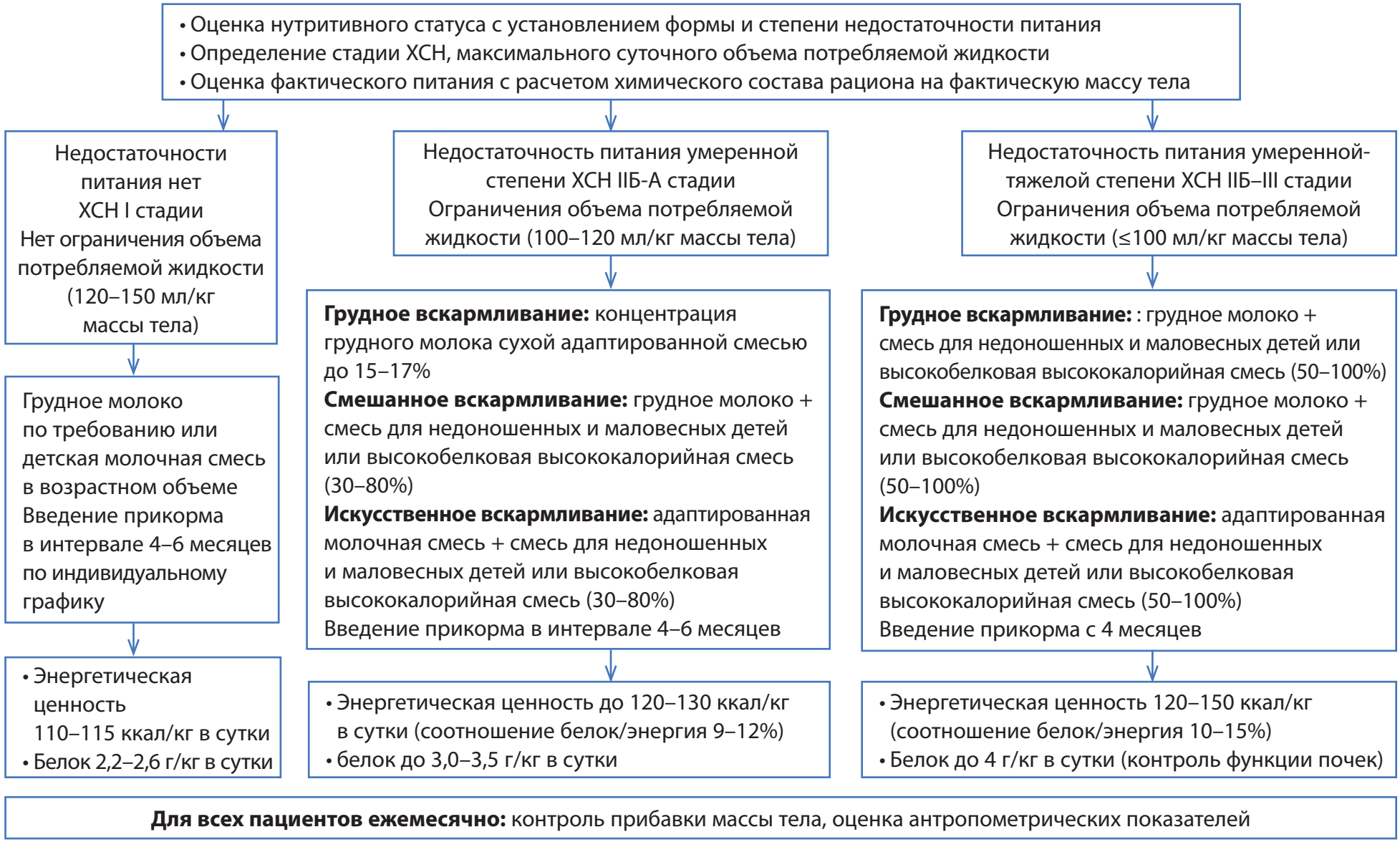
При оценке 3 или 4 балла:
- рассмотрите возможность консультации врача-диетолога для всесторонней оценки нутритивного статуса и/или логопеда для комплексной оценки навыков приема пищи.

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ. АЛГОРИТМ ДИЕТОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ И НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ [35, 36]



Шкала EDACS (Eating and Drinking Ability Classification System) — система классификации способности человека с церебральным параличом к приему пищи и питью.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ. АЛГОРИТМ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ [37, 38]



Сокращения: ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО РИСКА У ДЕТЕЙ. РУССКОЯЗЫЧНАЯ ВЕРСИЯ ОПРОСНИКА STRONGKIDS [39]

- Для оценки риска недостаточности питания детей (в возрасте 1 мес–18 лет) опрос проводится в первые 24 часа поступления в стационар.
- Скрининговый опросник нутритивного риска состоит из 4 пунктов, первые 2 пункта заполняются медицинским персоналом самостоятельно, вторые 2 пункта заполняются на основании данных анамнеза, собранного у родителей.
- Каждый пункт содержит вопросы, положительный ответ на которые оценивается в 1–2 балла; максимальная сумма баллов 5.
- При сомнении ответ считать отрицательным (0 баллов).

Субъективная клиническая оценка		
Можно ли на основании субъективной клинической оценки сказать, что у пациента есть недостаточность питания (недостаточная выраженность подкожно-жировой клетчатки и/или мышечной массы и/или исхудавшее лицо)?	Нет ◯	Да=1 балл ◯

Заболевания высокого риска		
Есть ли у пациента заболевание, связанное с риском развития недостаточности питания (смотри Таблицу далее) или пациенту планируется обширное хирургическое вмешательство?	Нет ◯	Да=2 балла ◯

Недостаточное поступление и потеря питательных веществ		
Имеется ли хотя бы одно из следующих проявлений? • Выраженная диарея (≥5 раз в день) и/или рвота (>3 раз в день) в течение последних 3 дней • Уменьшение потребления пищи в течение нескольких дней до госпитализации (за исключением голодания, связанного с различными манипуляциями или перед хирургическим вмешательством) • Ребенок на момент поступления уже получает назначенную нутритивную поддержку • Невозможность удовлетворить физиологические потребности в пищевых веществах из-за боли.	Нет ◯	Да=1 балл ◯

Потеря массы тела или недостаточная прибавка массы тела		
Имеется ли потеря веса (у детей любого возраста) или отсутствие прибавки массы тела (у детей до 1 года) в течение последних недель-месяцев?	Нет ◯	Да=1 балл ◯
СУММА БАЛЛОВ (максимум 5 баллов)		

Заболевания, связанные с высоким риском недостаточности питания			
Нервная анорексия, задержка умственного развития/умственная отсталость, метаболические болезни, нейромышечные заболевания, целиакия, муковисцидоз,	рак, хроническое сердечно-сосудистое заболевание, хроническое заболевание почек, хроническое заболевание печени, панкреатит,	травма, ожоги, планируемое обширное хирургическое вмешательство, воспалительные заболевания кишечника, СПИД, синдром короткой кишки,	недоношенность (до скорректированного возраста 6 месяцев), бронхолегочная дисплазия (максимальный возраст до 2 лет), другое (устанавливает врач).

Риск недостаточности питания и необходимость мероприятий		
Сумма баллов	**Риск**	**Действия врача и дальнейшее наблюдение**
4–5 баллов	Высокий ◯	• Консультация врача и диетолога для уточнения диагноза. • Назначение индивидуальной нутритивной поддержки и дальнейшее наблюдение. • Начать использование специализированных смесей методом сипинга.
1–3 балла	Средний ◯	• Обсудите с диетологом возможную коррекцию питания пациента. • Взвешивание два раза в неделю. • Повторная оценка нутритивного риска через неделю.
0 баллов	Низкий ◯	• Нет необходимости в коррекции питания. • Регулярно взвешивать на протяжении госпитализации. • Повторная оценка нутритивного риска через неделю.

ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ. АЛГОРИТМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ [40–47]

Патология	Диагностические критерии				
	Жалобы	Отоскопические признаки	Локальные признаки	Тимпано-грамма	Компьютерная томография височных костей
Острый средний отит, стадия тубоотита	Заложенность уха Шум в ухе Периодическая боль и дискомфорт в ухе Может протекать без жалоб	Втяжение барабанной перепонки Инъекция сосудов барабанной перепонки по ходу рукоятки молоточка Укорочение светового конуса	Нет	Тип С	Снижения пневматизации нет, деструкции нет
Острый средний отит, катаральное воспаление	Боль в ухе Ухудшение общего самочувствия Субфебрильная температура	Барабанная перепонка гиперемирована, утолщена Опознавательные знаки определяются с трудом или не определяются	Нет	Тип С или тип А	Утолщение слизистой оболочки барабанной полости, возможно, клеток сосцевидного отростка; деструкции нет

Патология	Диагностические критерии				
	Жалобы	Отоскопические признаки	Локальные признаки	Тимпано-грамма	Компьютерная томография височных костей
Острый средний отит, доперфоратив-ная стадия	Боль в ухе Ухудшение общего самочувствия Фебрильная температура	Барабанная перепонка гиперемирована, утолщена Опознавательные знаки определяются с трудом или не определяются Гиперемия барабанной перепонки Инфильтрация барабанной перепонки Выбухание барабанной перепонки Нечеткость опознавательных пунктов	Может присутствовать региональный лимфаденит	Тип В	Снижение пневматизации полостей среднего уха, деструкции нет
Острый средний отит, перфоративная стадия	Гноетечение Боль в ухе может уменьшиться Фебрильная или субфебрильная температура	Гноетечение Возможен пульсирующий рефлекс Инфильтрация барабанной перепонки Перфорация барабанной перепонки (может не визуализироваться) Нечеткость опознавательных пунктов Гиперемия барабанной перепонки	Может присутствовать региональный лимфаденит	Тип В или неинфор-мативна	Снижение пневматизации полостей среднего уха, возможен мягкотканный субстрат вдоль стенок наружного слухового прохода, деструкции нет

Патология	Диагностические критерии				
	Жалобы	Отоскопические признаки	Локальные признаки	Тимпанограмма	Компьютерная томография височных костей
Мастоидит	Выраженная боль в ухе Головная боль Ухудшение общего самочувствия Возможно головокружение Фебрильная температура	Нависание задневерхней стенки наружного слухового прохода Гиперемия барабанной перепонки Инфильтрация барабанной перепонки Выбухание барабанной перепонки / перфорация барабанной перепонки / гноетечение / пульсирующий рефлекс Нечеткость опознавательных пунктов	Оттопыренность ушной раковины Сглаженность заушной складки Гиперемия кожи заушной области Болезненность и флюктуация при пальпации заушной области	Тип В или неинформативна	Снижение пневматизации полостей среднего уха, возможен мягкотканный субстрат вдоль стенок наружного слухового прохода, имеется деструкция костных структур
Буллезный мирингит	Резкая, пульсирующая боль в ухе, часто односторонняя Снижение слуха (кондуктивная, смешанная или сенсоневральная тугоухость) Кратковременные выделения из уха (при вскрытии пузырьков часто сукровичное отделяемое)	Гиперемия барабанной перепонки Булла (пузырек) на барабанной перепонке или на коже глубоких отделов наружного слухового прохода (заполненные кровью, серозным или серозно-геморрагическим отделяемым) Нечеткость опознавательных пунктов	Нет	Тип В	Снижения пневматизации нет, деструкции нет

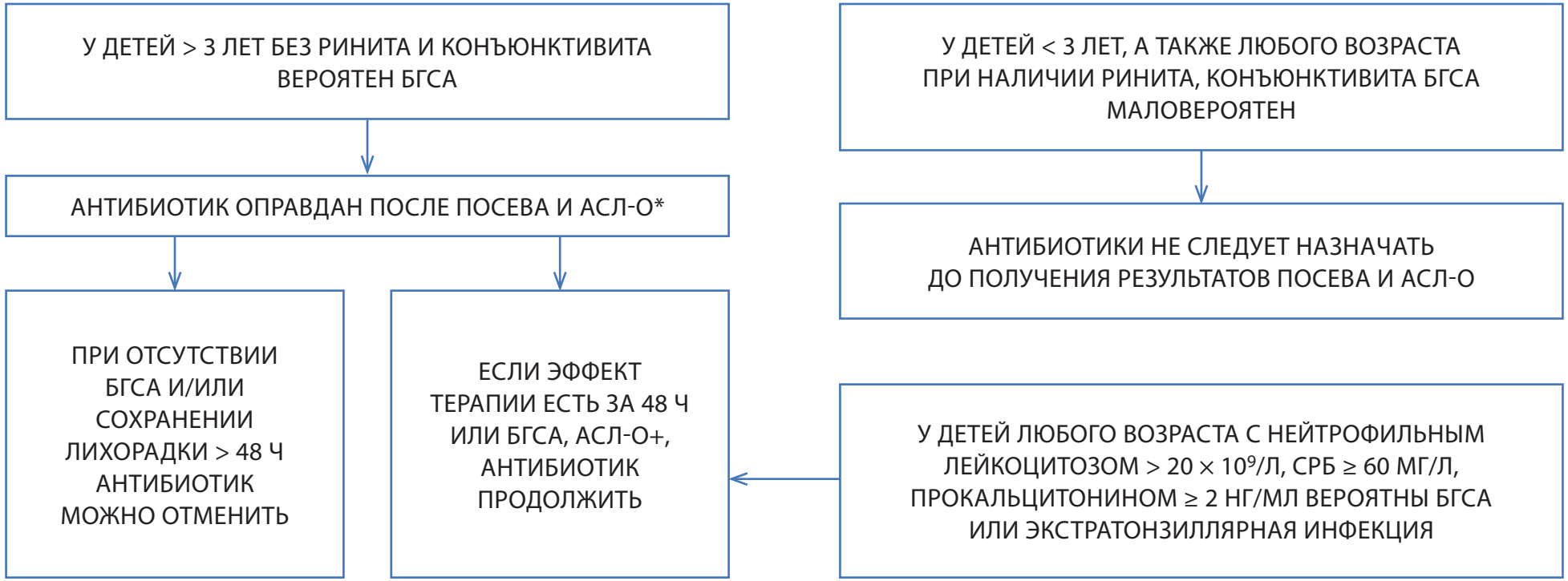
Патология	Диагностические критерии				
	Жалобы	Отоскопические признаки	Локальные признаки	Тимпано-грамма	Компьютерная томография височных костей
Экссудативный средний отит	Снижение слуха Чувство полноты в ухе Пощелкивание при глотании Аутофония	Помутнение и утолщение барабанной перепонки Цвет барабанной перепонки зависит от характера экссудата (прозрачный, желтый, коричневый, синий) Наличие экссудата в барабанной полости / уровень жидкости, который меняет свои границы при перемене положения тела Сглаженность опознавательных знаков Втяжение барабанной перепонки / втяжение барабанной перепонки в надбарабанное пространство (образование ретракционных карманов) Снижение подвижности (при пневматической отоскопии)	Нет	Тип В	Снижение пневматизации полостей среднего уха, деструкции нет
Хронический гнойный средний отит: мезотимпанит, обострение	Снижение слуха Отделяемое из уха	Центральная перфорация Омозолелые края перфорации Отечная слизистая оболочка медиальной стенки Слизисто-гнойное отделяемое	Нет	Неинфор-мативна	Снижение пневматизации полостей среднего уха, деструкции нет

Патология	Диагностические критерии				
	Жалобы	Отоскопические признаки	Локальные признаки	Тимпанограмма	Компьютерная томография височных костей
Хронический гнойный средний отит: мезотимпанит, ремиссия	Снижение слуха	Перфорация в задних квадрантах, отделяемого нет Тимпаносклероз Кальцинаты барабанной перепонки Рукоятка молоточка сращена с медиальной стенкой	Нет	Неинформативна	Снижения пневматизации нет, признаки тимпаносклероза, деструкции нет
Хронический гнойный средний отит: эпитимпанит	Снижение слуха Отделяемое из уха	Краевая перфорация Эпидермальные массы Слизисто-гнойное отделяемое	Нет	Неинформативна	Снижение пневматизации полостей среднего уха, признаки деструкции
Наружный отит	Боль и зуд в ухе Ощущение заложенности в ухе В некоторых случаях снижение слуха Отделяемое из уха слизистого или гнойного характера Болезненность при надавливании на козелок, при оттягивании ушной раковины	Диффузный отек, покраснение, инфильтрация стенок наружного слухового прохода, в некоторых случаях с наличием отделяемого в нем	Может присутствовать отек ушной раковины Может присутствовать региональный лимфаденит	Неинформативна	Снижения пневматизации полостей среднего уха нет, возможен мягкотканный субстрат вдоль стенок наружного слухового прохода, деструкции нет

ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА РЕБЕНКА И ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ [40–47]



ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ [48–52]



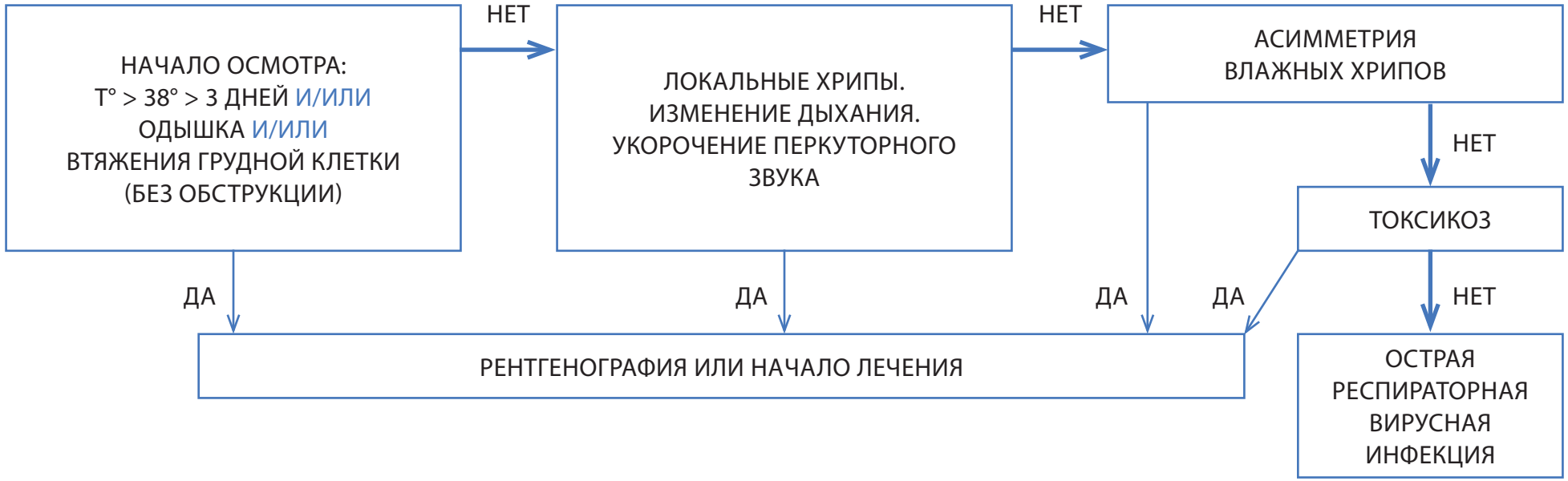
* Отсрочка назначения антибиотика на 1–2 дня до получения анализов не увеличивает риск ревматизма.

Сокращения: БГСА — бета-гемолитический стрептококк группы А; АСЛ-О — антистрептолизин-О.

ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ [53–61]

Общие симптомы тяжести — стратегия ВОЗ:

- отказ от еды и питья, срыгивания, рвота;
- раздражимость, апатия, безутешность плача, трудность глазного контакта;
- медленное наполнение капилляров ногтевого ложа, тахикардия;
- центральный цианоз.



ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ. АЛГОРИТМ ВЫБОРА СТАРТОВОГО АНТИБИОТИКА [53–61]

Дети в возрасте до 5 лет (85% пневмоний типичные, пневмококковые): амоксициллин или амоксициллин/клавуланат 50 мг/кг/сут, в группах риска резистентности — 90 мг/кг/сут.
Курс 5–7 дней или 2 дня после падения Т°.

Дети в возрасте старше 5 лет:

- у 50% пневмония типичная, пневмококковая — см. дети до 5 лет
- у 50% пневмония атипичная: показаны макролиды, предпочтительно джозамицин.

Курс — 7 дней, подростки — 2 нед.

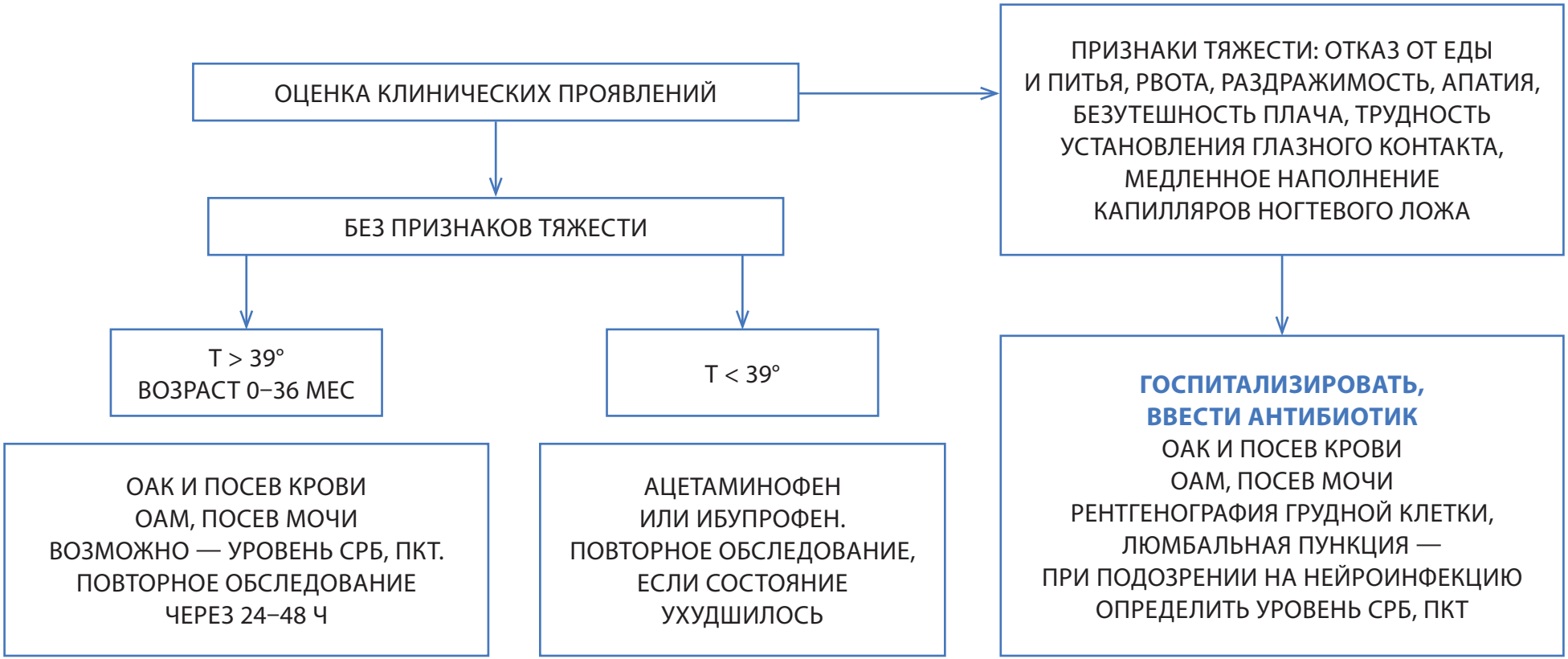
При неясной этиологии пневмония рассматривается как типичная и показан амоксициллин. Если нет эффекта в течение 1–2 сут — проводят замену на макролид. Возможно ввести оба препарата сразу.

Пневмония тяжелая — в/в ампициллин, амоксициллин/клавуланат или цефтриаксон, затем при падении Т° — переход на оральный препарат.

При аллергии к пенициллинам назначают цефалоспорины.

При аллергии ко всем β-лактамам назначают макролиды.

ОСТРОЛИХОРАДЯЩИЙ РЕБЕНОК В ВОЗРАСТЕ 3–36 МЕС [62–66]



Обычно назначают цефтриаксон 50 мг/кг/веса.

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БАКТЕРИЕМИИ ВАЖНО ВНИМАНИЕ К ОБЩИМ СИМПТОМАМ

БАКТЕРИЕМИЯ

Внешний вид и поведение ребенка важнее, чем уровень Т°!

- Клиническое впечатление: «больной ребенок»
- Резкое нарушение общего состояния
- Раздражительность (крик при прикосновении)
- Вялость, сонливость
- Отсутствие глазного контакта
- Отказ от еды и питья
- Бледность, центральный цианоз
- Упорная рвота
- Тахикардия, глухость тонов сердца
- Позднее заполнение капилляров ногтевого ложа
- Дегидратация

ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

- Внешний вид не очень больного ребенка
- Общее состояние нарушено мало
- Капризный, но реакция на осмотр умеренная
- Доступен глазной контакт
- Нет сонливости
- Аппетит снижен, но ест, пьет
- Цвет кожи обычный
- Пульс соответствует Т°
- Нет расстройств микроциркуляции

ТРЕВОЖНЫЕ СИМПТОМЫ — СКРЫТАЯ БАКТЕРИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ, СОПУТСТВУЮЩАЯ ЛИХОРАДКЕ

- Внешний вид и поведение ребенка значительно важнее, чем показания термометра!
- Резкое нарушение общего состояния
- Раздражительность (крик при прикосновении)
- Вялость, сонливость
- Отсутствие глазного контакта
- Отказ от еды и питья
- Резкая бледность, центральный цианоз
- Непрекращающаяся рвота
- Срочная госпитализация в ОРИТ, введение антибиотика при задержке госпитализации

Жалобы — «ОБЕСПОКОЕННЫЕ РОДИТЕЛИ»
Клиническое впечатление — «БОЛЬНОЙ РЕБЕНОК»
Приглушение сердечных тонов, тахикардия, нарушение микроциркуляции и наполнения ногтевого ложа, дегидратация

Количество лейкоцитов в крови > 20×10^9/л
Абсолютное число нейтрофилов в крови > 10×10^9/л
Абсолютное число п/я нейтрофилов в крови > $1,5 \times 10^9$/л
СРБ > 70 мг/мл
ПКТ > 2 нг/мл

ПРИ ЛИХОРАДКЕ БЕЗ ОЧАГА ИНФЕКЦИИ С ПРИЗНАКАМИ ТЯЖЕСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

- Общий анализ крови (+ посев крови на стерильность при возможности)
- СРБ, прокальцитонин
- Общий анализ мочи + посев мочи на стерильность (обязательно)
- Люмбальная пункция с анализом ликвора при подозрении на менингит
- Рентген грудной клетки

При бактериемии обычны:

- лейкоциты > 20×10^9/л, нейтрофилы > 10×10^9/л, п/я нейтрофилы > $1{,}5 \times 10^9$/л
- СРБ > 70 мг/л, прокальцитонин > 2 нг/мл

Однако:

- у 20% детей с бактериемией лейкоцитоз < 15×10^9/л
- В 1–2-й день болезни СРБ может быть низким, высокий СРБ обычно сопровождает лейкоцитоз выше 15×10^9/л
- ПКТ надежнее: его уровень превышает 2 нг/мл в ранние сроки бактериальной инфекции и редко — при вирусных инфекциях, даже при лейкоцитозе 15–25 $\times 10^9$/л.

ПОКАЗАНИЯ К ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ЛИХОРАДКОЙ БЕЗ ОЧАГА ИНФЕКЦИИ

Основной показатель — наличие симптомов тяжести

При отсутствии эффекта антибиотика через 1–2 дня его отменяют

- При лейкоцитозе > 15 × 10^9/л, нейтрофилезе > 10 × 10^9/л или п/я > 1,5 × 10^9/л показаны антибиотики, «ждать» можно у «не токсично выглядящих» детей с нормальным уровнем прокальцитонина.
- При лейкоцитозе < 15 × 10^9/л, нейтрофилезе < 10 × 10^9/л и п/я < 1,5 × 10^9/л антибиотики показаны при СРБ > 70 мг/л и/или ПКТ > 2 нг/мл.
- Детям с Т° > 40° (0–2 месяца > 39°) при лейкоцитозе 10–15 × 10^9/л и СРБ 30–70 мг/л или чье наблюдение затруднено, вводят антибиотик с последующей оценкой состояния.
- При нормальных маркерах воспаления антибиотик не вводят.

ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА

Дети до 3 мес: амоксициллин/клавуланат 90 мг/кг/сут в/в или в/м, в/в цефтриаксон 80 мг/кг/сут + ампициллин, активный в отношении листерий.

Дети старше 3 мес: цефтриаксон или амоксициллин/клавуланат в/в.

Сокращения: ОАК — общий анализ крови; ОАМ — общий анализ мочи; ПКТ — прокальцитонин; СРБ — С-реактивный белок; ОРИТ — отделение реанимации и интенсивной терапии.

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ. ВЫБОР ПРОБИОТИКОВ [1]

Показания к назначению пробиотиков	Срок назначения	Длительность курса терапии	Выбор пробиотика
Острый период ОКИ	При появлении первых симптомов заболевания	4 нед	*Lactobacillus GG*, Saccharomyces boulardii*, Lactobacillus reuteri штамм DSM 17938, Lactobacillus acidophilus*
Проведение антибактериальной терапии	Одновременно с назначением антибактериальной терапии**	4 нед после окончания курса антибактериальной терапии	*Bifidobacterium animalis subsp lactis BB12, Lactobacillus GG, Saccharomyces boulardii*
Периоды репарации и реконвалесценции ОКИ	С начала периодов репарации и реконвалесценции	На весь период репарации и реконвалесценции	Прочие пробиотические штаммы, в том числе в составе комплексных препаратов
Постинфекционный синдром избыточного бактериального роста	С момента установления постинфекционного синдрома избыточного роста (как клинически, так и микробиологически)	Определяется совокупностью клинических и лабораторных данных, продолжается до купирования клинических проявлений постинфекционного синдрома избыточного роста	Штаммспецифичный в зависимости от формы и степени нарушений

* — у детей, согласно рекомендациям рабочей группы ESPGHAN (2014); ** — при выборе пробиотического препарата следует учитывать штаммовые свойства пробиотических лекарственных средств (чувствительность и резистентность к антибактериальным лекарственным средствам).

Сокращения: ОКИ — острая кишечная инфекция.

H. PYLORI. СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ [67]

Возможные схемы антихеликобактерной терапии

Кларитромицин (таблетки разрешены по Инструкции с 12 лет)**	# Метронидазол**	Рекомендуемая схема лечения (14 дней)
Пациенты без аллергии к пенициллинам		
Чувствительность	Чувствительность	ИПН + Амоксициллин**+Кларитромицин**(таблетки с 12 лет)
Резистентность	Чувствительность	ИПН + Амоксициллин**+ #Метронидазол**
Чувствительность	Резистентность	ИПН + Амоксициллин** + Кларитромицин**(таблетки с 12 лет)
Двойная резистентность или нет информации о чувствительности/резистентности		**≥ 8 лет:** Висмута трикалия дицитрат**+ ИПН + #Метронидазол**+ #Тетрациклин **< 8 лет:** Висмута трикалия дицитрат** + ИПН + Амоксициллин** + #Метронидазол** (с высокой дозой амоксициллина**) #Висмута трикалия дицитрат** + ИПН + Амоксициллин** + #Фуразолидон
Пациенты с аллергией к пенициллинам		
Чувствительность	Чувствительность	ИПН + #Метронидазол** + Кларитромицин**(таблетки с 12 лет**)
Резистентность	Чувствительность	**≥ 8 лет:** #Висмута трикалия дицитрат**+ ИПН + #Метронидазол**+ #Тетрациклин **< 8 лет:** #Висмута трикалия дицитрат**+ ИПН + #Метронидазол**+ #Фуразолидон
Чувствительность	Резистентность	**≥ 8 лет:** #Висмута трикалия дицитрат**+ ИПН + Кларитромицин** (таблетки с 12 лет) + #Тетрациклин #Висмута трикалия дицитрат**+ ИПН + #Метронидазол**[2]+ #Тетрациклин **< 8 лет:** #Висмута трикалия дицитрат**+ ИПН + Кларитромицин** (таблетки с 12 лет) + #Фуразолидон

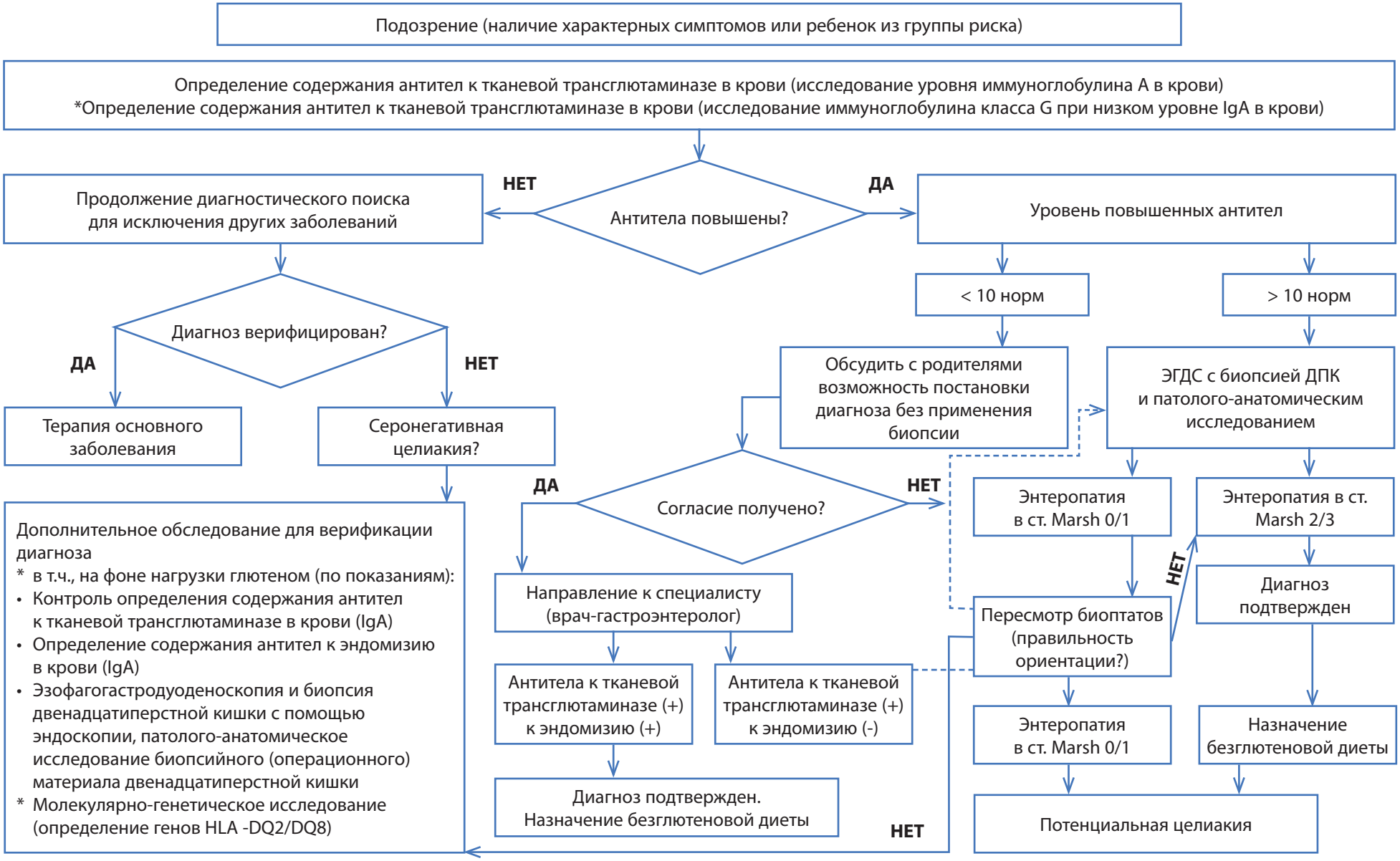
Дозы препаратов для лечения инфекции *H. pilori* у детей

Препарат	**Масса тела (кг)**	**Утренняя доза (мг)**	**Вечерняя доза (мг)**
Двойная резистентность или нет информации о чувствительности/резистентности		**≥ 8 лет:** #Висмута трикалия дицитрат**+ ИПН + #Метронидазол**+ #Тетрациклин **< 8 лет:** #Висмута трикалия дицитрат**+ ИПН + #Метронидазол**+ #Фуразолидон	
Эзомепразол** или Омепразол**[1,2]	15–24	20	20
	25–34	30	30

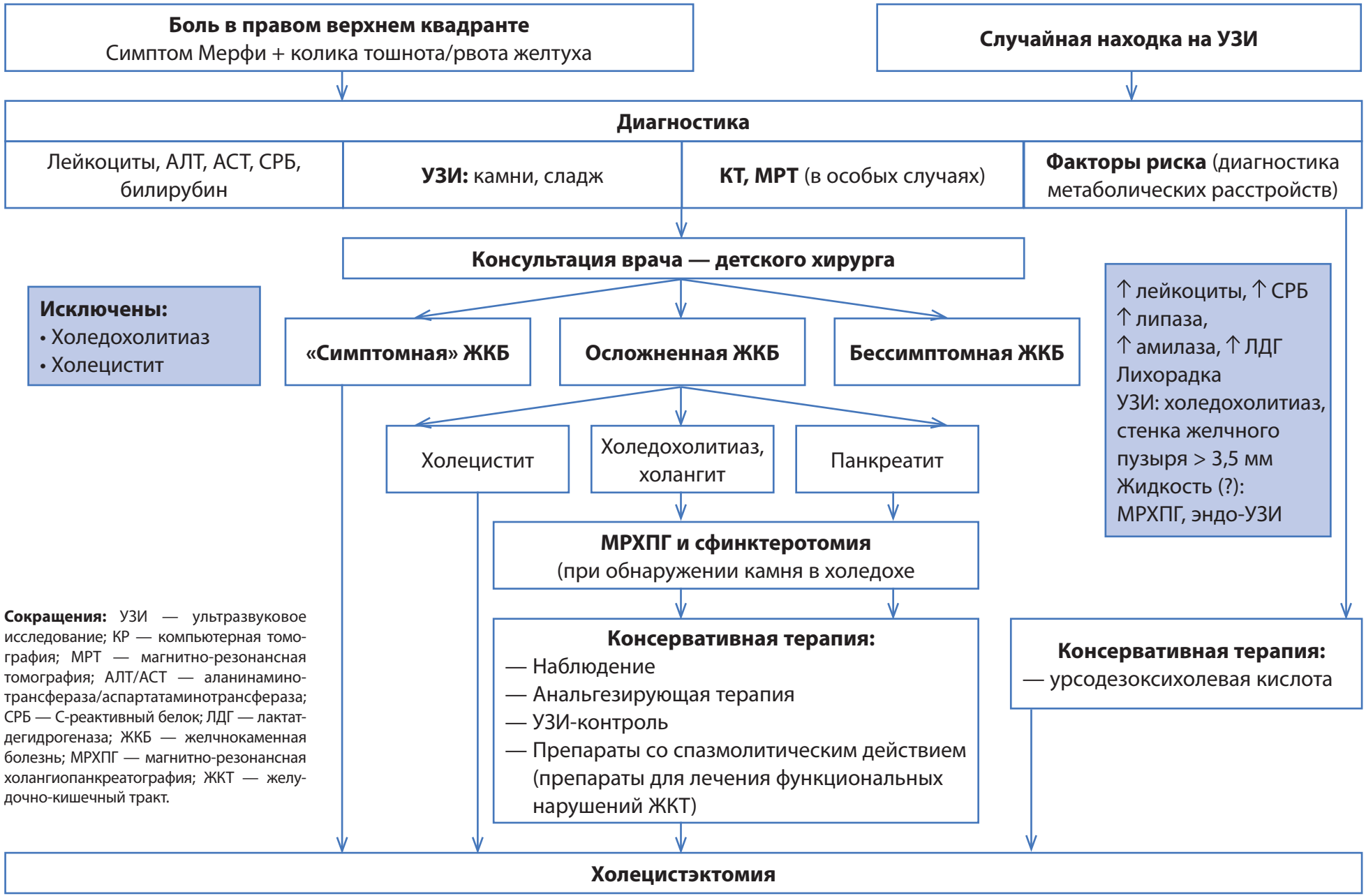
[1] Комбинация с **фуразолидоном** — наименее желательный вариант в связи с не очень хорошей переносимостью данного препарата.
[2] Высокая суточная доза, разделенная на 3 приема.

Сокращение: ИПН — ингибиторы протонного насоса.

ЦЕЛИАКИЯ. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ. КРИТЕРИИ ESPGHAN [68]

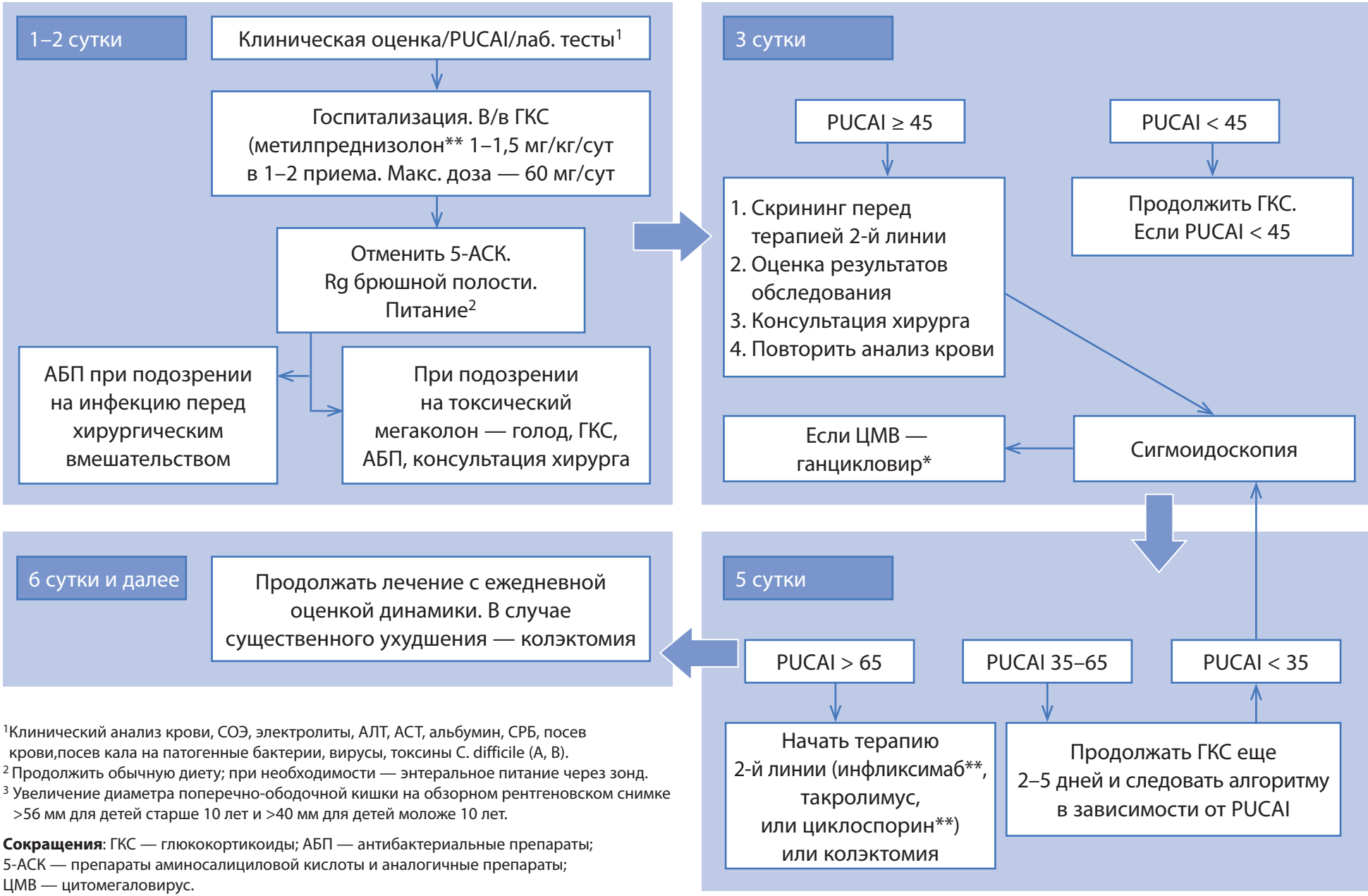


ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ [69]



Сокращения: УЗИ — ультразвуковое исследование; КР — компьютерная томография; МРТ — магнитно-резонансная томография; АЛТ/АСТ — аланинаминотрансфераза/аспартатаминотрансфераза; СРБ — С-реактивный белок; ЛДГ — лактатдегидрогеназа; ЖКБ — желчнокаменная болезнь; МРХПГ — магнитно-резонансная холангиопанкреатография; ЖКТ — желудочно-кишечный тракт.

ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ. ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ [67, 70]



[1]Клинический анализ крови, СОЭ, электролиты, АЛТ, АСТ, альбумин, СРБ, посев крови,посев кала на патогенные бактерии, вирусы, токсины C. difficile (A, B).
[2] Продолжить обычную диету; при необходимости — энтеральное питание через зонд.
[3] Увеличение диаметра поперечно-ободочной кишки на обзорном рентгеновском снимке >56 мм для детей старше 10 лет и >40 мм для детей моложе 10 лет.

Сокращения: ГКС — глюкокортикоиды; АБП — антибактериальные препараты; 5-АСК — препараты аминосалициловой кислоты и аналогичные препараты; ЦМВ — цитомегаловирус.

МУКОВИСЦИДОЗ. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ [71]

I этап

Неонатальный скрининг
Сроки проведения:
- у доношенного ребенка — на 1–2 сутки (24–48 часов);
- у недоношенного новорожденного — на 7–8-й день (144–168 часов).

Определение ИРТ в высушенной капле крови.
Показатель ИРТ у доношенного ребенка не должен превышать 70 нг/мл.
Показатель ИРТ для недоношенных детей не должен превышать 65–70 нг/мл

При положительном результате (cut-off > 99,5 центиля) на 21–28-й день **повторный тест (ретест)** на ИРТ. Показатель ИРТ не должен превышать 40 нг/мл

II этап

При положительном результате неонатального скрининга проводится потовая проба:
- метод пилокарпинового электрофореза по Гибсону и Куку.

Хлориды пота в норме — до 30 ммоль/л,
пограничные значения 30–59 ммоль/л,
положительный результат — 60 ммоль/л и выше.
Навеска пота должна составлять не менее 100 мг.
Показатели хлоридов пота выше 150 ммоль/л должны быть подвергнуты сомнению

Метод проводимости электролитов пота с использованием анализатора нанодакт или макродакт:
- положительным результатом считается показатель: выше 80 ммоль/л;
- пограничным значением — 50–80 ммоль/л;
- нормальным значением — до 50 ммоль/л.

Показатели проводимости выше 170 ммоль/л должны быть подвергнуты сомнению.

III этап

На первом этапе проводится поиск патогенных вариантов, наиболее частых в популяции, к которой принадлежит обследуемый ребенок.

На втором этапе проводят расширенный поиск более редких вариантов, используя секвенирование по Сэнгеру или высокопроизводительное секвенирование генома (MPS/NGS).

Третий этап. Обычными сканирующими методами, в том числе секвенированием, можно выявить нарушения последовательности гена, незначительные по протяженности: 36 нуклеотидные замены, небольшие делеции/инсерции. Рекомендуется использовать MLPA либо QFMP.

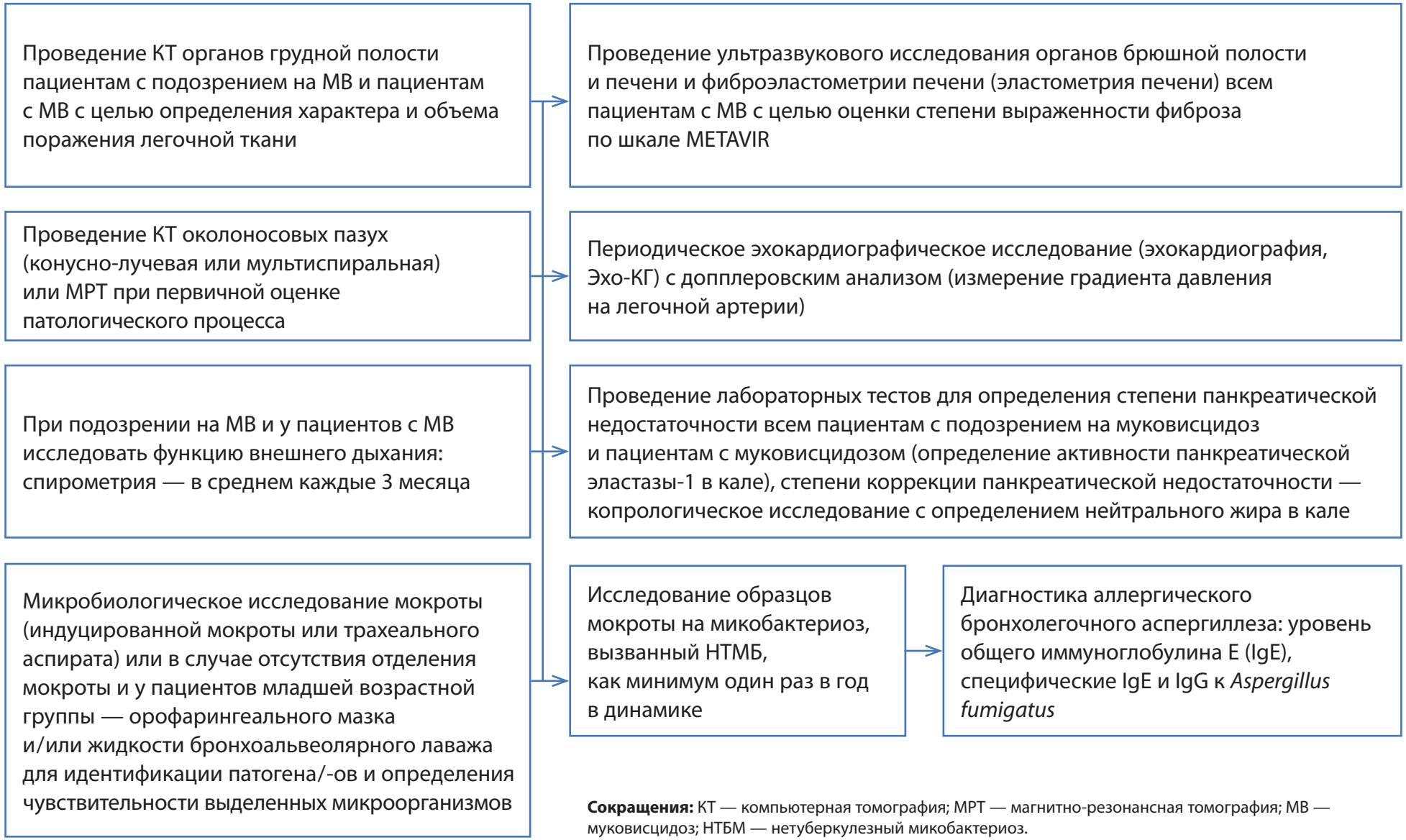
Сокращения: ИРТ — иммунореактивный трипсин; MLPA — мультиплексная лигазная зондовая амплификация; QFMP — количественная флуоресцентная мультиплексная полимеразная цепная реакция.

МУКОВИСЦИДОЗ. АЛГОРИТМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ [71]

Грудной	Дошкольный	Школьный	Подростки и взрослые
• Соленый вкус кожи • При потении кристаллы кожи на волосистой части головы, на туловище • Затяжная неонатальная желтуха • Рецидивирующие или хронические респираторные симптомы, такие как кашель или одышка в покое (усиливается при плаче, кормлении) • Частые (повторяющиеся) пневмонии • Неоформленный, частый (более 5–10 раз в сутки), обильный, маслянистый («жирный») и зловонный стул • Хроническая диарея • Стеаторея (визуальная) • Выпадение прямой кишки • «Большой» живот (увеличенный в объеме) • Гепатоспленомегалия • «Тепловой удар» или дегидратация при жаркой погоде • Гипоэлектролитемия и метаболический алкалоз • Гипопротеинемия/отеки • Мекониевый илеус при рождении (или указание в анамнезе) • Отставание в физическом развитии • Плохая прибавка в весе • Данные семейного анамнеза о смерти детей на первом году жизни или наличие сибсов со сходными клиническими проявлениями	• Стойкий кашель (особенно по ночам) • Мокрота (вязкая, трудноотделяемая, от белесоватой до гнойного характера) • Диагностически неясная рецидивирующая или хроническая одышка (особенно в покое) • Хронический гнойный/полипозно-гнойный синусит (клинически, по данным КТ ППН, эндоскопии носа) • Отставание в весе и росте • Выпадение прямой кишки (в т. ч. указания на эпизоды в анамнезе) • Инвагинация кишки • Хроническая диарея • Симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол» • Кристаллы соли на коже • Гипотоническая дегидратация • Гипоэлектролитемия и метаболический алкалоз • Гепатомегалия или диагностически неясное нарушение функции печени	• Хронические респираторные симптомы неясной этиологии • Высев *Pseudomonas aeruginosa* из респираторного тракта (из мокроты, из фаринго-трахеального аспирата) • Хронический риносинусит • Назальный полипоз • Бронхоэктазы (по данным компьютерной томографии) • Симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол» • Хроническая диарея • Синдром дистальной интестинальной обструкции • Панкреатит • Выпадение прямой кишки (или указание в анамнезе) • Нарушение углеводного обмена, в т. ч. сахарный диабет в сочетании с респираторными симптомами • Гепатомегалия • Заболевание печени неясной этиологии	• Хроническое заболевание легких неясной этиологии • Хронический кашель (в т. ч. с мокротой) • Одышка в покое (усиливается при нагрузке) • Симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол» • Хроническое заболевание верхних дыхательных путей (риносинусит, полипы носа) • Панкреатит • Синдром дистальной интестинальной обструкции • Нарушение углеводного обмена, в т. ч. сахарный диабет в сочетании с респираторными симптомами • Признаки цирроза печени и портальной гипертензии • Отставание в росте и в весе • Задержка полового развития • Инфертильность с азооспермией у лиц мужского пола • Снижение фертильности у лиц женского пола

Сокращения: КТ ППН — компьютерная томография придаточных пазух носа.

МУКОВИСЦИДОЗ. АЛГОРИТМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ [71]



Сокращения: КТ — компьютерная томография; МРТ — магнитно-резонансная томография; МВ — муковисцидоз; НТБМ — нетуберкулезный микобактериоз.

МУКОВИСЦИДОЗ. АЛГОРИТМ НАЗНАЧЕНИЯ ПИТАНИЯ ДЕТЯМ 1 ГОДА ЖИЗНИ [71–73]

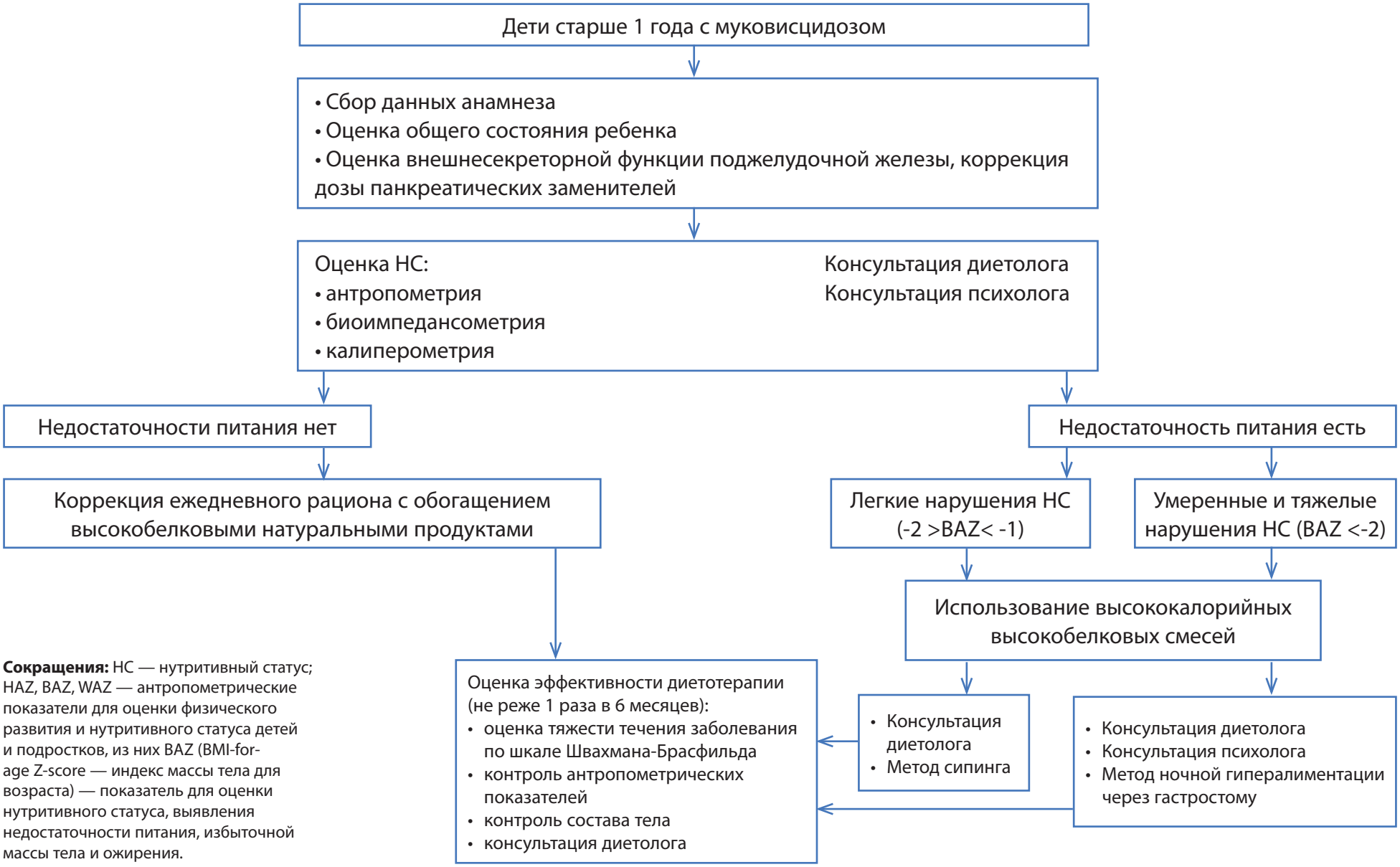


* С момента установки диагноза во все виды питания дополнительно добавляется раствор натрия хлорида:

- при выраженном синдроме мальабсорбции целесообразно использовать смеси на основе гидролизата молочного белка с добавлением среднецепочечных триглицеридов (СЦТ);
- при проведении антибактериальной терапии — адаптированные кисломолочные смеси в объеме до 30% общего объема;
- все мероприятия проводятся на фоне ферментозаместительной терапии и приема жирорастворимых витаминов.

Сокращения: HAZ, BAZ, WAZ — антропометрические показатели для оценки физического развития и нутритивного статуса детей и подростков, из них HAZ (height-for-age Z-score — длина тела для определенного возраста) — показатель для оценки линейного роста и выявления хронической недостаточности питания; BAZ (BMI-for-age Z-score — индекс массы тела для возраста) — показатель для оценки нутритивного статуса, выявления недостаточности питания, избыточной массы тела и ожирения; WAZ (weight-for-age Z-score — масса тела для определенного возраста) — показатель для оценки дефицита массы тела.

МУКОВИСЦИДОЗ. АЛГОРИТМ НАЗНАЧЕНИЯ ПИТАНИЯ ДЕТЯМ СТАРШЕ ГОДА [71–73]



Сокращения: НС — нутритивный статус; HAZ, BAZ, WAZ — антропометрические показатели для оценки физического развития и нутритивного статуса детей и подростков, из них BAZ (BMI-for-age Z-score — индекс массы тела для возраста) — показатель для оценки нутритивного статуса, выявления недостаточности питания, избыточной массы тела и ожирения.

АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПУТЬ К ДИАГНОЗУ [74–76]

ЖАЛОБЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ						
ПЕРИОДИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА	ИНФИЛЬТРАТИВНАЯ СЫПЬ КРАПИВНИЦА ЗУД	АРТРИТ АРТРАЛГИИ МИАЛГИИ	ПРИСТУПООБРАЗНАЯ БОЛЬ В ЖИВОТЕ СИМТОМЫ ПЕРИТОНИТА	УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФОУЗЛОВ	УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ	ПОРАЖЕНИЕ ЦНС ЗАДЕРЖКА РАЗВИТИЯ
НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ	ПРИСТУПООБРАЗНОЕ ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ	БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ	АФТЫ ВО РТУ ПОРАЖЕНИЕ ЖКТ	ПОЛИСЕРОЗИТ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИДАТКОВ	УВЕИТ КОНЪЮНКТИВИТ	СНИЖЕНИЕ СЛУХА

ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРОВЕСТИ РЕБЕНКУ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ						
NB! НЕ ПРИМЕНЯТЬ СИСТЕМНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ НА ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ						
ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ Показатель СОЭ	БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ Общий белок и альбумин, креатинин, мочевина, АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК ТАГ, электролиты, ферритин, ПКТ	ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ С-реактивный белок Иммуноглобулины IgG, IgM, IgA РФ, АНФ на HEP-2 АТ к дсДНК	КОНСУЛЬТАЦИИ Офтальмолог Оториноларинголог Сурдолог Невролог Аллерголог-иммунолог Травматолог-ортопед	ИНФЕКЦИОННЫЙ ПОИСК Артритогенные инфекции Вирусные инфекции Посевы, АСЛО, ПКТ Туберкулинодиагностика Фтизиатр ОНКОПОИСК Пункция костного мозга Онколог/гематолог	ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УЗИ органов брюшной полости и почек ЭХО-КГ ЭКГ	ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА Рентгенография органов грудной клетки Рентгенография и УЗИ пораженных суставов
		Гемостаз	Общий анализ мочи			
		Генетика HLA-B27 антиген	Кальпротектин в кале			

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И КРИТЕРИИ ИСКЛЮЧЕНИЯ					
ПЕРИОДИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ СОЭ И СРБ	ВЫЯВЛЕН УВЕИТ	ВЫЯВЛЕНА НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС	ИСКЛЮЧЕНЫ ИНФЕКЦИИ, ИММУНОДЕФИЦИТЫ, ОНКОЛОГИЯ	ВЫЯВЛЕН СЕРОЗИТ ГЕПАТОСПЛЕНО-МЕГАЛИЯ	ВЫЯВЛЕН СИНОВИТ

НАПРАВИТЬ РЕБЕНКА К РЕВМАТОЛОГУ И ВРАЧУ-ГЕНЕТИКУ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СОГЛАСНО КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ

Сокращения: АНФ на HEP-2 клетках — антинуклеарный фактор на клетках перевиваемой клеточной линии HEp-2; АЛТ/АСТ — аланинаминотрансфераза/аспартатаминотрансфераза; АТ к дсДНК — антитела к двуспиральной ДНК; АСЛО — антистрептолизин-О; ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; ЛДГ — лактатдегидрогеназа; КФК — креатинфосфокиназа; ПКТ — прокальцитонин; РФ — ревматоидный фактор; СОЭ — скорость оседания эритроцитов; ТАГ — триглицериды; УЗИ — ультразвуковое исследование; ЭХО-КГ — эхокардиография; ЭКГ — электрокардиография; HLA-B27 — антиген главного комплекса гистосовместимости 1-го класса.

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ [77–80]

ЖАЛОБЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ						
ЛИХОРАДКА	ФОТОДЕРМАТИТ ВОЛЧАНОЧНАЯ БАБОЧКА ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ СЫПЬ ЛИВЕДО-ВАСКУЛИТ КАПИЛЛЯРИТ СИНДРОМ РЕЙНО	БОЛЬ В МЫШЦАХ	ОТЕКИ ЛИЦА И КОНЕЧНОСТЕЙ	АФТЫ В ПОЛОСТИ РТА ХЕЙЛИТ ВОЛЧАНОЧНАЯ ЭНАНТЕМА	ИЗМЕНЕНИЕ НАСТРОЕНИЯ И ПОВЕДЕНИЯ	КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ НОСА
СЛАБОСТЬ УТОМЛЯЕМОСТЬ	ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС	АРТРАЛГИИ ОТЕК СУСТАВОВ УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ	ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА МОЧИ	ПОТЕРЯ АППЕТИТА ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА	СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ	ОБИЛЬНЫЕ МЕНСТРУАЦИИ
ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ПРОВЕСТИ РЕБЕНКУ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ						
ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ПОКАЗАТЕЛЬ СОЭ	БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ Оценить показатели печеночных и почечных функций, уровень белка и альбумина, железа, ЛДГ, КФК, электролитов Пробы Кумбса (прямая/непрямая)	ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ **АНФ на HEP-2 клетках** **АТ к дсДНК** **АТ к Sm-антигену** СРБ Иммуноглобулины IgG, IgM, IgA; C3, C4 к.к. Гормоны щитовидной железы	ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ СУТОЧНЫЙ АНАЛИЗ МОЧИ НА БЕЛОК	ИНФЕКЦИОННЫЙ ПОИСК Артритогенные инфекции Вирусные инфекции Посевы, АСЛО, ПКТ Оториноларинголог Туберкулинодиагностика Фтизиатр ОНКОПОИСК Онколог/гематолог	ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УЗИ органов брюшной полости и почек ЭХО-КГ ЭКГ	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВНИЯ Рентгенография органов грудной клетки Рентгенография и УЗИ пораженных суставов Травматолог
ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ						
Анемия Цитопения Ускорение СОЭ	Повышение уровней креатинина/мочевины Гипоальбуминемия Гипопротеинемия Прямая проба Кумбса +	Положительные аутоантитела (любой показатель) Гипокомплементемия Повышение СРБ при АФС	Протеинурия Гематурия	Исключены инфекции, в т.ч. ВИЧ, туберкулез Исключены онкогематологические заболевания	Плеврит Перикардит Миокардит Эндокардит Либмана – Сакса Изменения почек	Плеврит Пневмонит Перикардит Артрит
ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НАПРАВИТЬ РЕБЕНКА К РЕВМАТОЛОГУ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СОГЛАСНО КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ						
ПРИ НАЛИЧИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО АНТИНУКЛЕАРНОГО ФАКТОРА НЕОБХОДИМО ОЦЕНИТЬ НАЛИЧИЕ У РЕБЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ СКВ (EULAR/ACR 2019)						

Сокращения: АНФ на HEP-2 клетках — антинуклеарный фактор на клетках перевиваемой клеточной линии; HEp-2; АТ к дсДНК — антитела к двуспиральной ДНК; АТ к Sm-антигену — антитела к антигену Смита; СРБ — С-реактивный белок; АСЛО — антистрептолизин-О; АФС — антифосфолипидный синдром; ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; КТ — компьютерная томография; МРТ — магнитно-резонансная томография; ПКТ — прокальцитонин; СКВ — системная красная волчанка; СОЭ — скорость оседания эритроцитов; С3, С4 к.к. — С3 и С4 компоненты комплемента; УЗИ — ультразвуковое исследование; ЭХО-КГ — эхокардиография; ЭКГ — электрокардиография.

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ EULAR/ACR	
КРИТЕРИЙ ВКЛЮЧЕНИЯ: ВЫЯВЛЕНИЕ АНФ В ТИТРЕ ≥1:80 НА HEP-2 КЛЕТКАХ ИЛИ ПРИ ЭКВИВАЛЕНТНОМ ПОЛОЖИТЕЛЬНОМ ТЕСТЕ ХОТЯ БЫ ОДИН РАЗ	
КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ	
Лихорадка свыше 38,3° С	2
Гематологические критерии: — лейкопения менее 4 тыс/мкл — тромбоцитопения менее 100 тыс/мкл — аутоиммунный гемолиз (ретикулоцитоз, низкий гаптоглобин, повышенный непрямой билирубин, повышенная активность лактатдегидрогеназы и положительная прямая проба Кумбса)	 3 4 4
Психоневрологические критерии: — делирий — психоз — судороги (генерализованные или парциальные)	 2 3 5
Поражение кожи и слизистых: — безрубцовая алопеция — язвы полости рта — подострая кожная красная волчанка или дискоидная красная волчанка — острая кожная форма СКВ	 2 2 4 6
Серозиты: — плевральный выпот или перикардиальный выпот (по данным рентгенографии, КТ или МРТ) — острый перикардит	 5 6
Поражения опорно-двигательного аппарата: — артрит (синовит 2 и более суставов или боль в 2 и более суставах и утренняя скованность более 30 минут)	 6
Поражение почек: — протеинурия более 0,5 г в сутки — люпус-нефрит по данным биопсии почки (класс II или V по ISN/RPS 2003) — люпус-нефрит по данным биопсии почки (класс III или IV по ISN/RPS 2003)	 4 8 10
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ	
Антифосфолипидные антитела: антитела к кардиолипину (IgA, IgG или IgM) в среднем или высоком титре ИЛИ антитела к β2-гликопротеину I (IgA, IgG или IgM) ИЛИ волчаночный антикоагулянт.	2
Белки системы комплемента: низкий уровень С3 или низкий уровень С4 ИЛИ низкий уровень С3 и низкий уровень С4.	3 или 4
Специфичные антитела: антитела к антигену Смита ИЛИ антитела к двуспиральной ДНК	6
ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА СКВ ТРЕБУЕТ НАЛИЧИЯ ХОТЯ БЫ ОДНОГО КЛИНИЧЕСКОГО КРИТЕРИЯ И ≥10 БАЛЛОВ (ЕСЛИ СОБЛЮДЕН КРИТЕРИЙ ВКЛЮЧЕНИЯ)	
— критерий не засчитывается, если для него имеется более вероятное объяснение, чем СКВ — появление критерия хотя бы однажды в анамнезе является достаточным — критерии не обязательно должны развиваться одновременно — при подсчете общего количества баллов в каждой категории засчитывается только один критерий с наибольшим количеством баллов	
ДИАГНОЗ КЛИНИЧЕСКОЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН	
— пациентам, не удовлетворяющим диагностическим критериям при балле EULAR/ACR менее 10 (учитывается как критерий фотосенсибилизации (в соответствии с критериями ACR-1997) — пациентам с отрицательным антинуклеарным фактором на HEP-2 (в таких случаях низкий уровень комплемента и/или положительные антифосфолипидные антитела можно использовать в качестве альтернативного критерия входа в алгоритм классификации).	

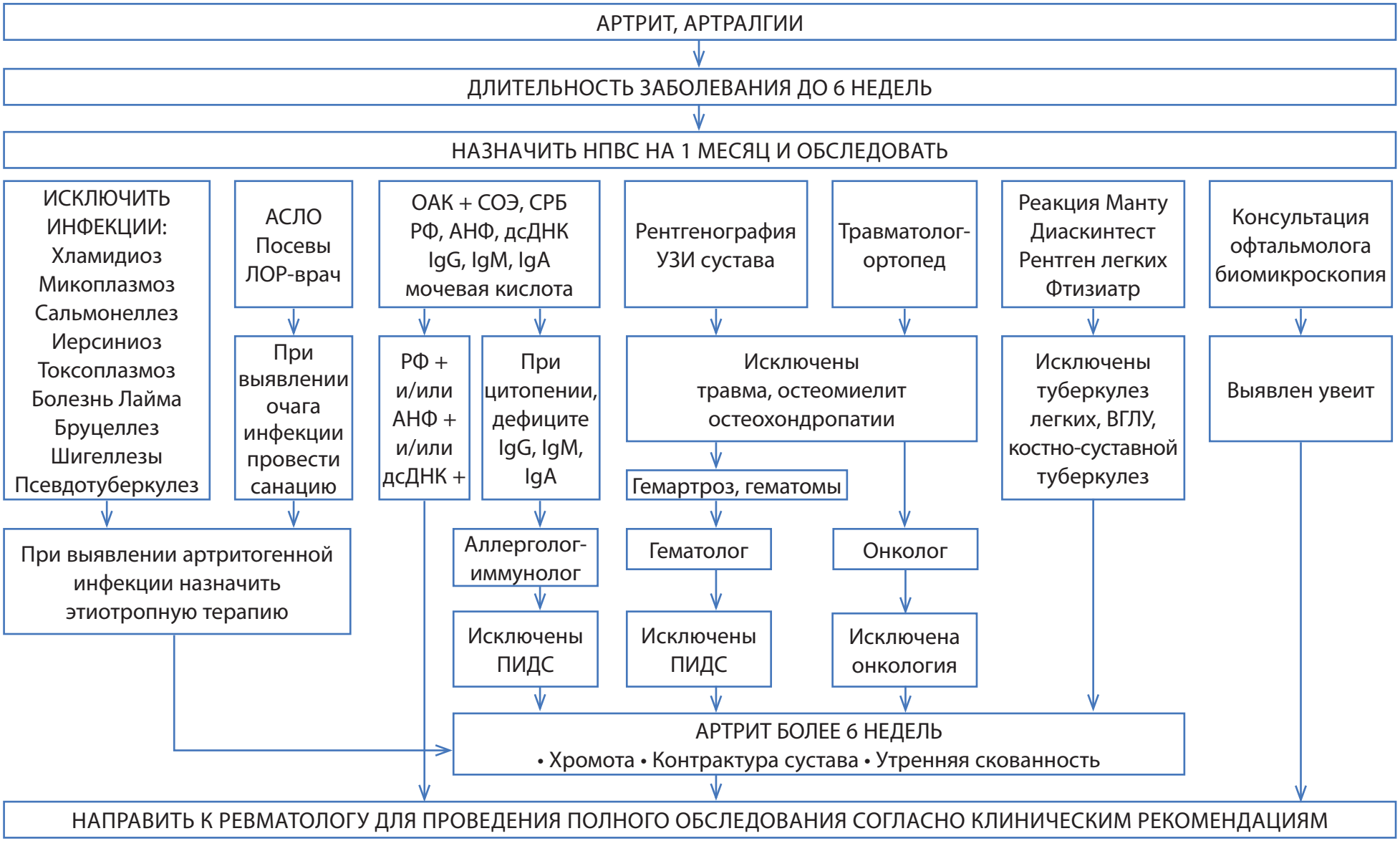
Сокращения: АНФ на HEP-2 клетках — антинуклеарный фактор на клетках перевиваемой клеточной линии; КТ — компьютерная томография; МРТ — магнитно-резонансная томография; СКВ — системная красная волчанка.

ЮНОШЕСКИЙ АРТРИТ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ [81]

ЖАЛОБЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЮНОШЕСКОГО АРТРИТА С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ						
ЛИХОРАДКА НЕ МЕНЕЕ 3 ДНЕЙ В ТЕЧЕНИЕ 2 НЕДЕЛЬ	ПЯТНИСТАЯ/ ПАПУЛЕЗНАЯ **НЕСТОЙКАЯ СЫПЬ** БЕЗ ЗУДА	**АРТРИТ** УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ ХРОМОТА	СЛАБОСТЬ УТОМЛЯЕМОСТЬ МИАЛГИИ	УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФОУЗЛОВ	УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ	ПОЛИСЕРОЗИТ
Критерии установления диагноза Юношеский артрит с системным началом: Диагноз устанавливается при наличии **артрита** одного и более суставов, который сопровождается подтвержденной перемежающейся **лихорадкой** не менее 3 дней в течение минимум 2 недель в сочетании с одним или более из перечисленных признаков: кратковременная (летучая) эритематозная сыпь; генерализованная лимфаденопатия; гепатомегалия и (или) спленомегалия; серозит (перикардит, и (или) плеврит, и (или) перитонит) **при исключении других заболеваний.**						
ЮНОШЕСКИЙ АРТРИТ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОЗОМ ИСКЛЮЧЕНИЕМ						
ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ РЕБЕНКУ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДРУГИХ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ						
NB! НЕ ПРИМЕНЯТЬ СИСТЕМНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ НА ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ						
ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ Показатель СОЭ	БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ Общий белок и альбумин, креатинин, мочевина, АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК ТАГ, электролиты, ферритин, ПКТ	ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ С-реактивный белок Иммуноглобулины IgG, IgM, IgA РФ АНФ на HEP-2 АТ к дсДНК Гемостаз Генетика HLA-B27 антиген	КОНСУЛЬТАЦИИ Офтальмолог Оториноларинголог Фтизиатр Травматолог-ортопед Онколог Общий анализ мочи Кальпротектин в кале	ИНФЕКЦИОННЫЙ ПОИСК Артритогенные инфекции Вирусные инфекции Посевы, АСЛО, ПКТ Туберкулинодиагностика ОНКОПОИСК Пункция костного мозга Онколог/гематолог	ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УЗИ органов брюшной полости и почек ЭХО-КГ ЭКГ	ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА Рентгенография органов грудной клетки Рентгенография и УЗИ пораженных суставов
ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЮНОШЕСКОГО АРТРИТА С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ И КРИТЕРИИ ИСКЛЮЧЕНИЯ						
Анемия Лейкоцитоз Нейтрофилез Тромбоцитоз Ускорение СОЭ	При отсутствии вГФС ферритин, ТАГ, активность АЛТ, АСТ, ЛДГ не повышены	Повышение СРБ Аутоантитела отрицательные HLA-B27 антиген не выявляется	Исключен увеит Исключена травма Кальпротектин в кале не повышен	Исключены инфекции, в т.ч. ВИЧ, туберкулез Исключены онкогематологические заболевания	Серозит Перитонит Плеврит Перикардит Гепатоспленомегалия	Выявляется синовит, паннус Исключена травма Исключены остеомиелит, остеодеструкция
ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЮНОШЕСКОГО АРТРИТА С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ НАПРАВИТЬ РЕБЕНКА К РЕВМАТОЛОГУ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СОГЛАСНО КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ						
Диагноз Юношеский артрит с системным началом не может быть установлен при наличии: • псориаза (в том числе в анамнезе) у пациента или его родственников первой линии родства (родители, сибсы); • артрита, ассоциированного с HLA-B27, у мальчиков в возрасте старше 6 лет; • анкилозирующего спондилита; артрита, ассоциированного с энтезитом, сакроилеита в сочетании с воспалительными заболеваниями кишечника, синдрома Рейтера; острого переднего увеита у родственников первой линии родства; • положительного РФ класса иммуноглобулинов М (IgM) минимум в 2 пробах, взятых с интервалом не менее 3 месяцев						

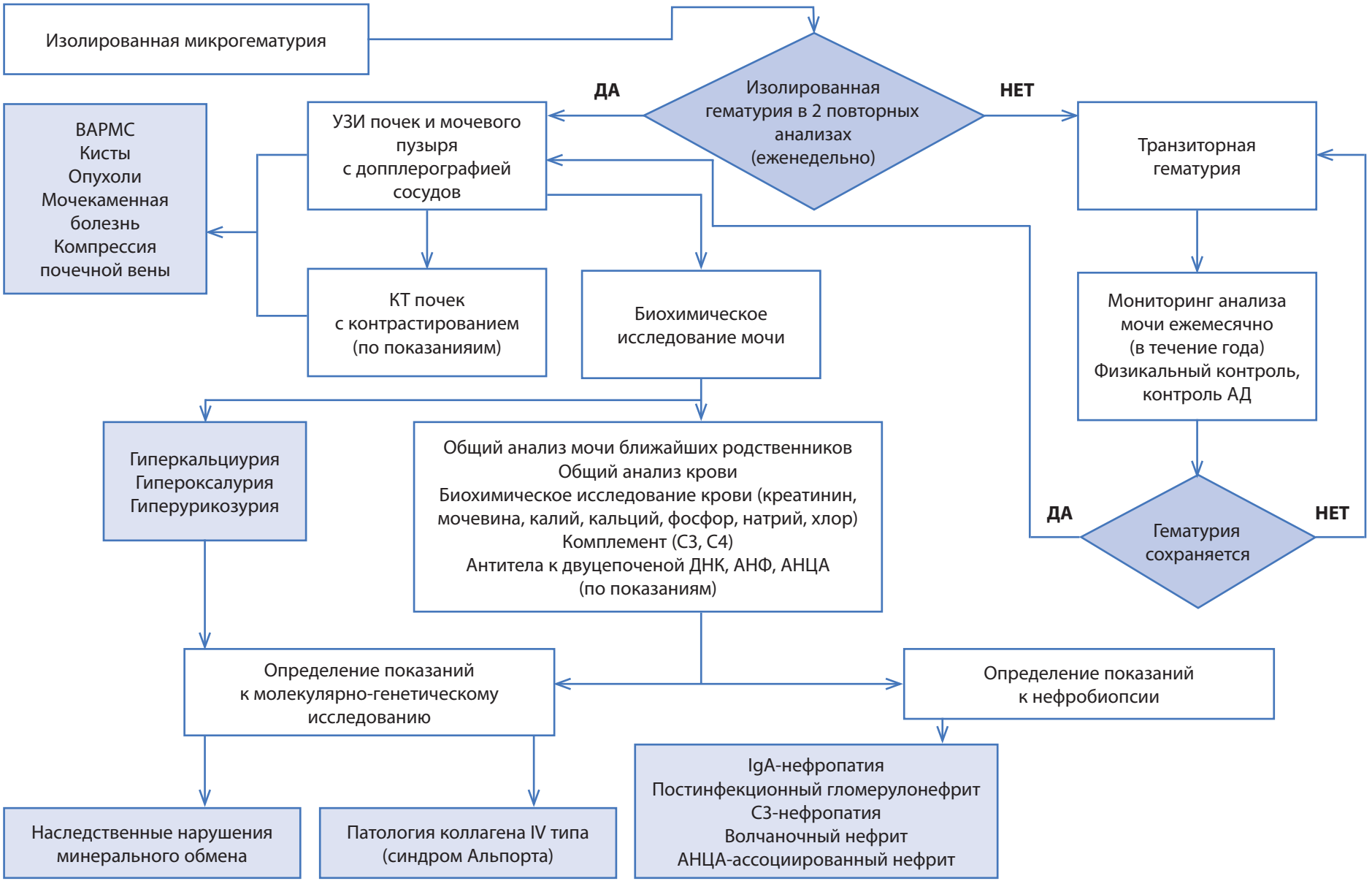
Сокращения: АНФ на HEP-2 клетках — антинуклеарный фактор на клетках перевиваемой клеточной линии HEp-2; АЛТ/АСТ — аланинаминотрансфераза/аспартатаминотрансфераза; АТ к дсДНК — антитела к двуспиральной ДНК; АЦЦП — антитела к циклическому цитруллинированному пептиду; АСЛО — антистрептолизин-О; вГФС — вторичный гемофагоцитраный синдром; ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; ЛДГ — лактатдегидрогеназа; КФК — креатинфосфокиназа; ПКТ — прокальцитонин; РФ — ревматоидный фактор; СОЭ — скорость оседания эритроцитов; ТАГ — триглицериды; УЗИ — ультразвуковое исследование; ЭХО-КГ — эхокардиография; ЭКГ — электрокардиография; HLA-B27 — антиген главного комплекса гистосовместимости 1-го класса.

ЮНОШЕСКИЙ АРТРИТ. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ [81, 82]



Сокращения: АНФ — антинуклеарный фактор; АСЛО — антистрептолизин-О; ВГЛУ — внутригрудные лимфатические узлы; дсДНК — антитела к двуспиральной ДНК; НПВС — нестероидные противовоспалительные средства; ОАК — общий анализ крови; ПИДС — первичные иммунодефицитные состояния; РФ — ревматоидный фактор; СОЭ — скорость оседания эритроцитов; СРБ — С-реактивный белок; УЗИ — ультразвуковое исследование.

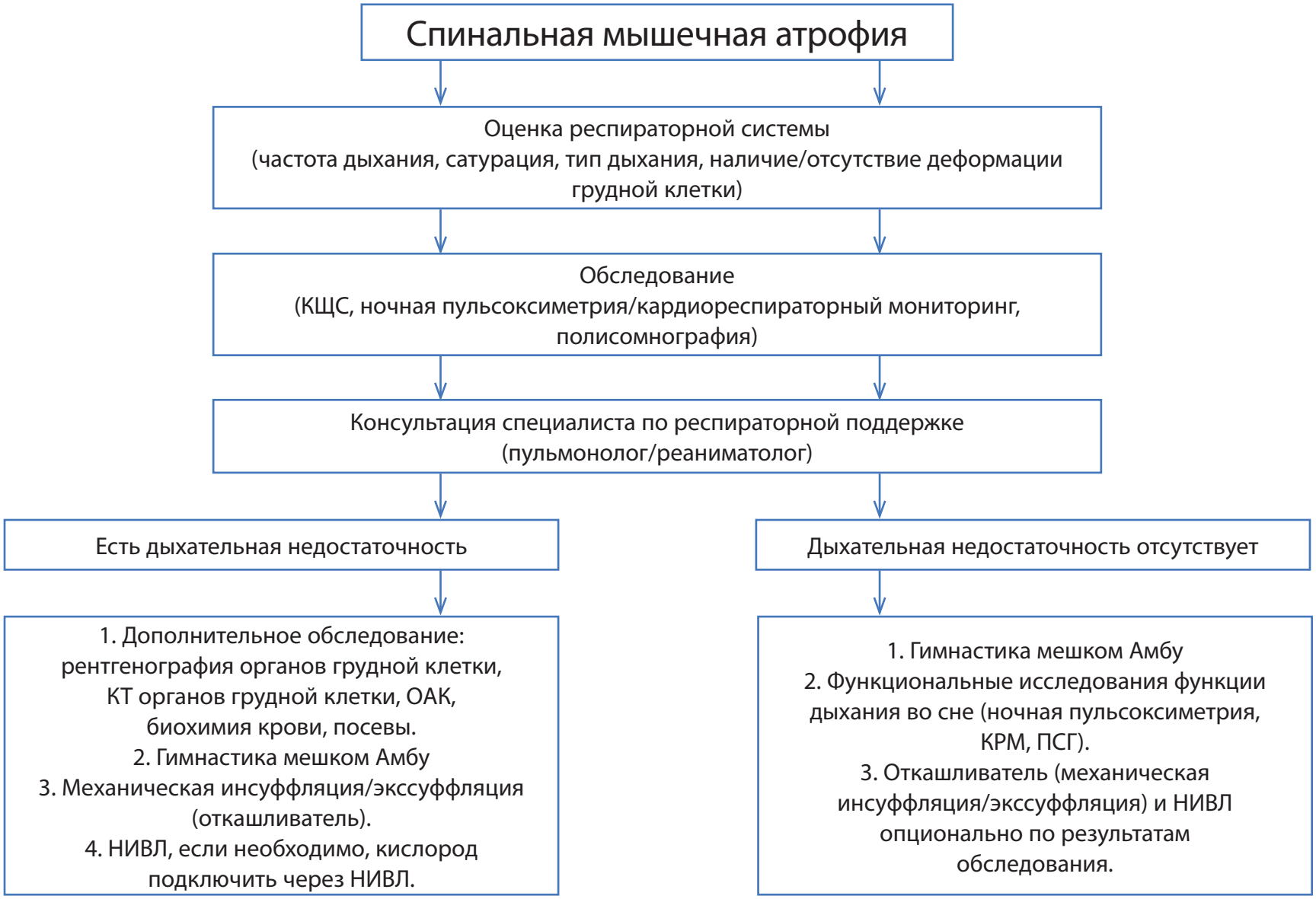
ИЗОЛИРОВАННАЯ МИКРОГЕМАТУРИЯ У ДЕТЕЙ. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ [83–86]



Сокращения: КТ — компьютерная томография; АД — артериальное давление; АНФ — антинуклеарный фактор; АНЦА — антинейтрофильные цитоплазматические антитела; ВАРМС — врожденные аномалии развития мочевыводящей системы.

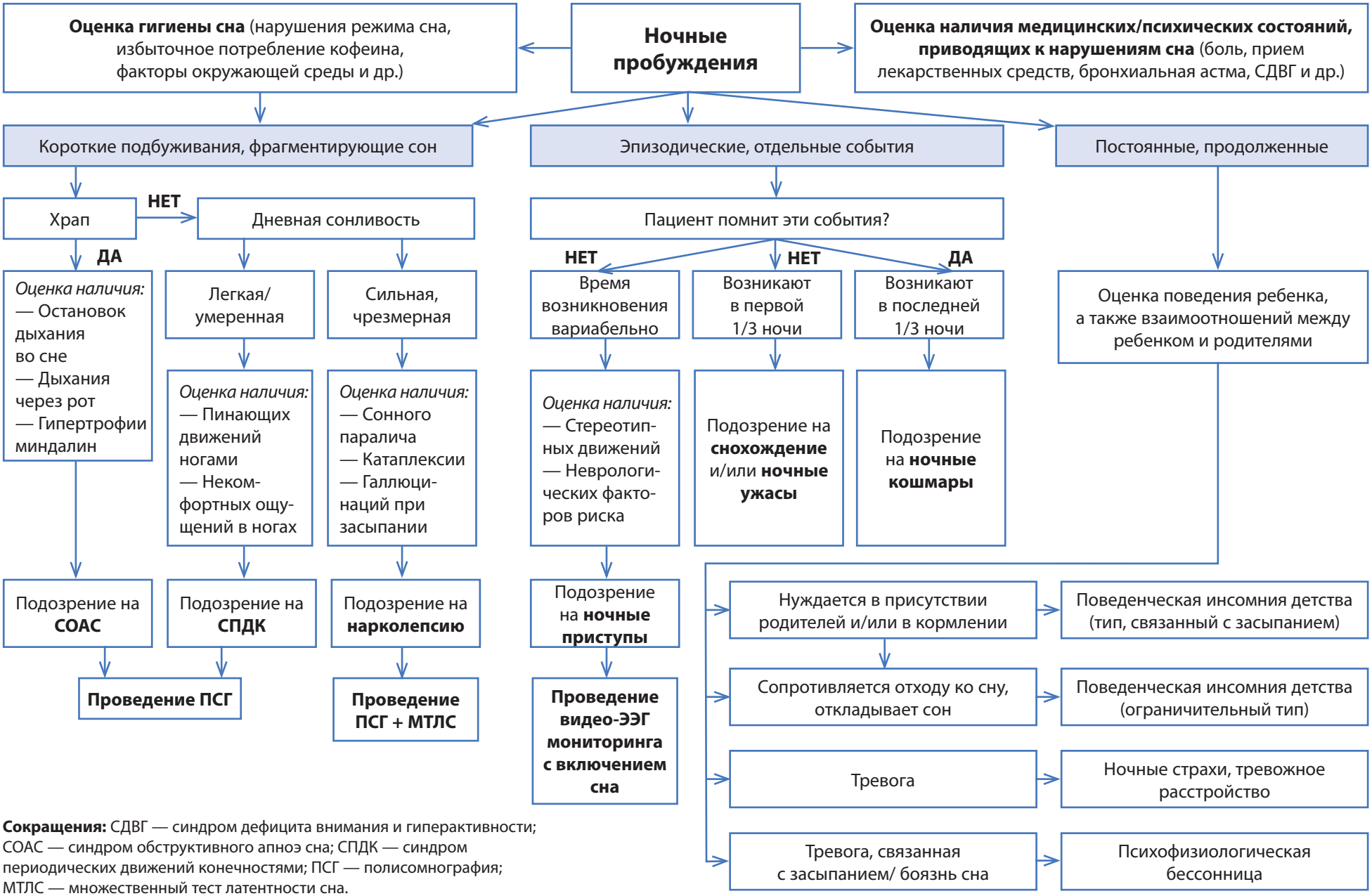
СИНДРОМ ИНФАНТИЛЬНЫХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ СПАЗМОВ. АЛГОРИТМ РАННЕЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ [87–90]





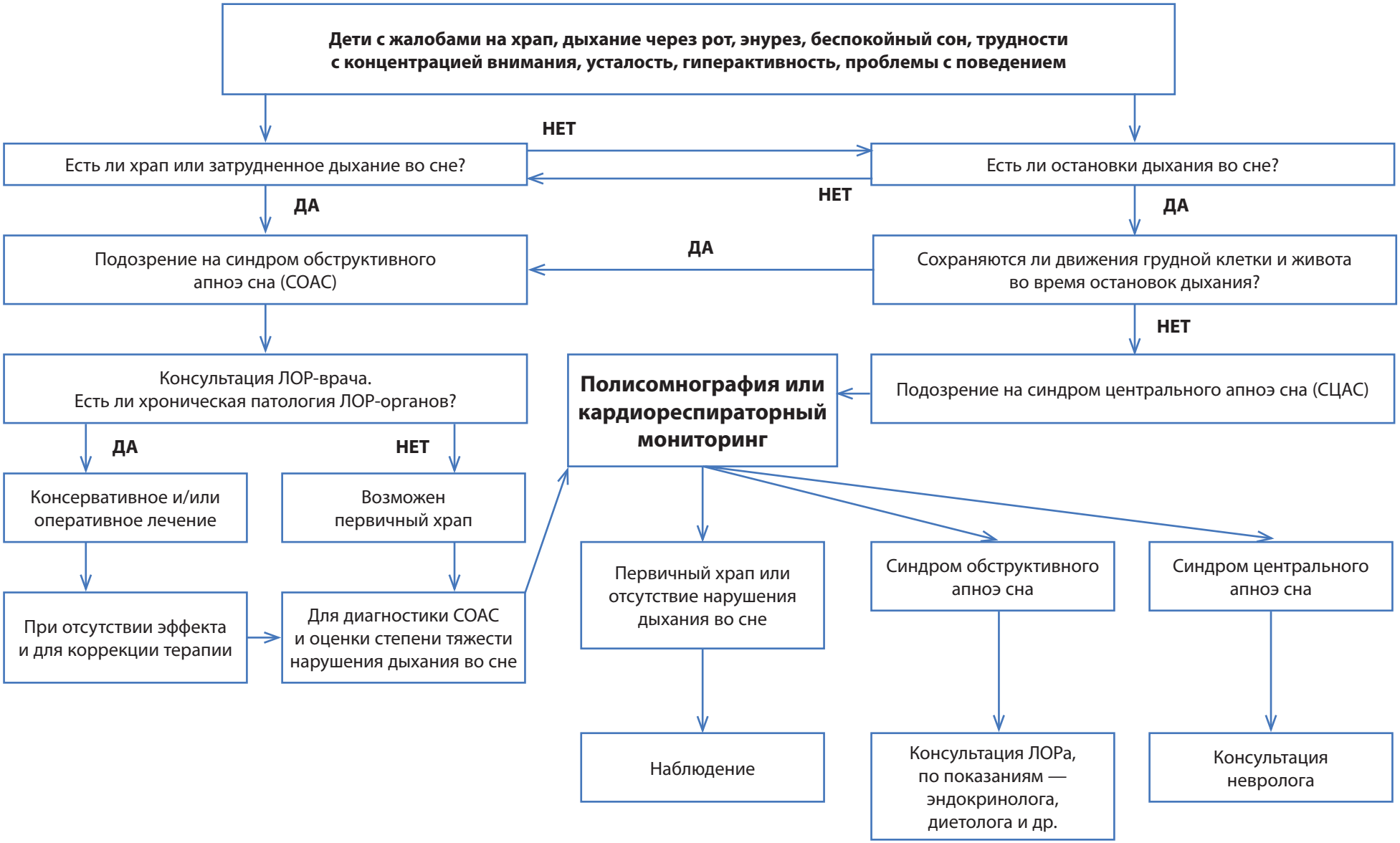
Сокращения: КЩС — кислотно-щелочное состояние; КТ — компьютерная томография; ОАК — общий анализ крови; НИВЛ — неинвазивная вентиляция легких; КРМ — кардиореспираторный мониторинг; ПСГ — полисомнография.

НОЧНЫЕ ПРОБУЖДЕНИЯ. ОТ СИМПТОМА К ДИАГНОЗУ [92–95]

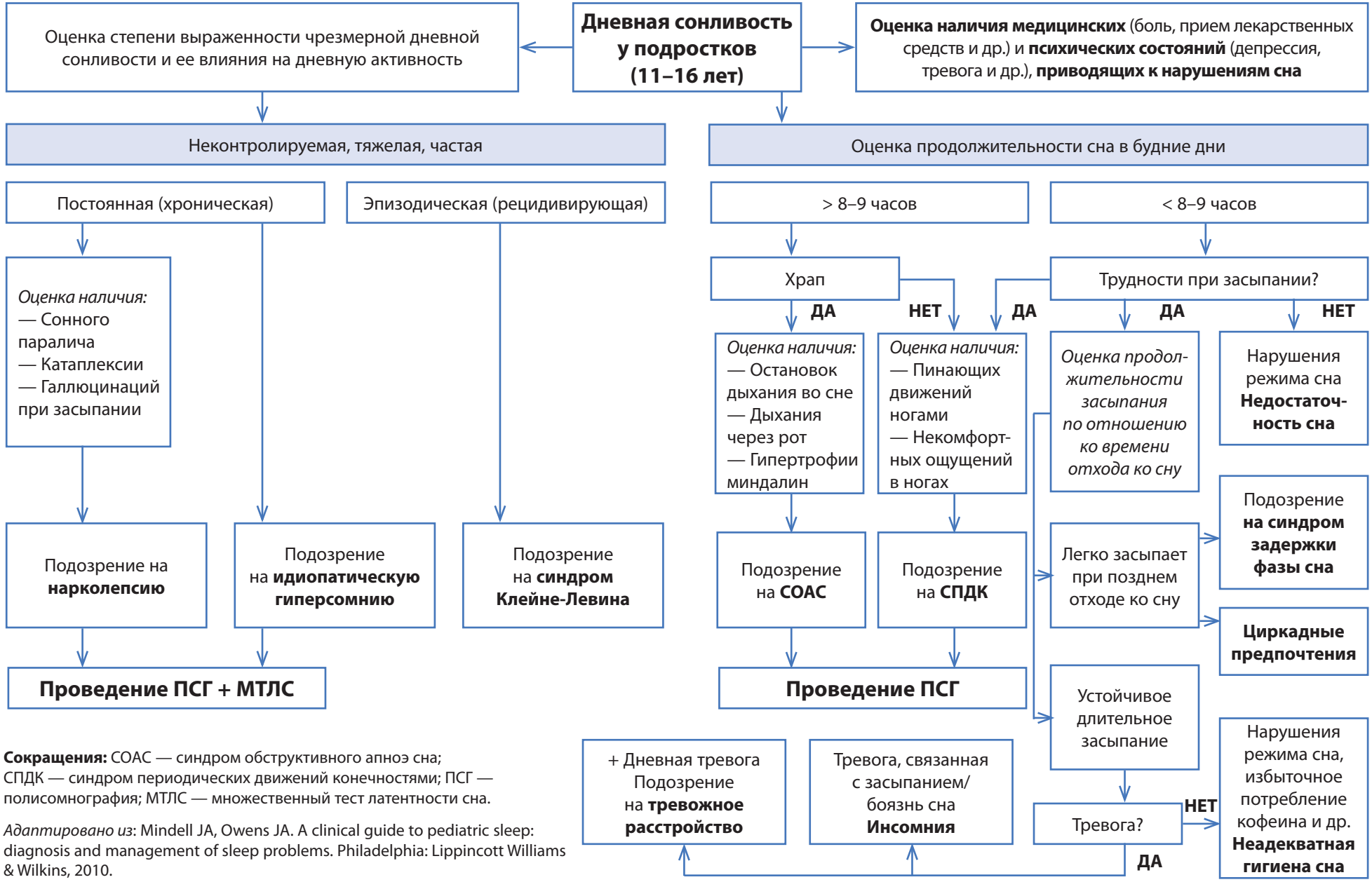


Сокращения: СДВГ — синдром дефицита внимания и гиперактивности; СОАС — синдром обструктивного апноэ сна; СПДК — синдром периодических движений конечностями; ПСГ — полисомнография; МТЛС — множественный тест латентности сна.

НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ У ДЕТЕЙ. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ [92–95]



ДНЕВНАЯ СОНЛИВОСТЬ У ПОДРОСТКОВ. ОТ СИМПТОМА К ДИАГНОЗУ



Сокращения: СОАС — синдром обструктивного апноэ сна; СПДК — синдром периодических движений конечностями; ПСГ — полисомнография; МТЛС — множественный тест латентности сна.

Адаптировано из: Mindell JA, Owens JA. A clinical guide to pediatric sleep: diagnosis and management of sleep problems. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

МЕДИЦИНСКИЙ УХОД ЗА РЕБЕНКОМ. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЗАМЕНЕ ТРАХЕОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКИ [96]

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЗАМЕНЕ ТРАХЕОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКИ

ЗАРАНЕЕ ПРИГОТОВЬТЕ НОВУЮ ТРУБКУ (ВНЕШНЯЯ КАНЮЛЯ), НОВЫЙ СТИЛЕТ (ВНУТРЕННЯЯ КАНЮЛЯ), А ТАКЖЕ ОТСОС ДЛЯ АСПИРАЦИИ МОКРОТЫ И НОВЫЙ КАТЕТЕР ДЛЯ ОТСОСА

↓

ВО ВРЕМЯ СМЕНЫ ТРУБКИ ВЫ МОЖЕТЕ ПРИМЕНЯТЬ ЛУБРИКАНТЫ, КОТОРЫЕ ОБЛЕГЧАЮТ ЕЕ ВВЕДЕНИЕ

↓

ВЫМОЙТЕ РУКИ. ОБРАБОТАЙТЕ ИХ АНТИСЕПТИКОМ. НАДЕНЬТЕ ПЕРЧАТКИ

↓

ПОЛОЖИТЕ РЕБЕНКА НА СПИНУ НА ВАЛИК (ПОД ПЛЕЧИ), ЗАФИКСИРУЙТЕ ЕМУ РУКИ

↓

СМАЖЬТЕ ТРАХЕОСТОМИЧЕСКУЮ ТРУБКУ СТЕРИЛЬНЫМ ЛУБРИКАНТОМ НА ВОДНОЙ ОСНОВЕ. ВСТАВЬТЕ СТИЛЕТ В НОВУЮ ТРУБКУ (ОН ЗАЩИЩАЕТ ТРАХЕЮ ОТ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВО ВРЕМЯ ВВЕДЕНИЯ, ТАК КАК ОБОРУДОВАН НА КОНЦЕ ВЫСТУПОМ В ВИДЕ КАПЛИ, ЧТО ОБЛЕГЧАЕТ ВВОД ТРУБКИ И СГЛАЖИВАЕТ ЕЕ КРАЯ)

→

ДОСТАНЬТЕ СТАРУЮ КАНЮЛЮ

↑

ВВЕДИТЕ НОВУЮ ТРУБКУ СО ВСТАВЛЕННЫМ ОБТЮРАТОРОМ И СРАЗУ ЖЕ ВЫНЬТЕ ОБТЮРАТОР (ИНАЧЕ РЕБЕНОК НЕ СМОЖЕТ ДЫШАТЬ)

↑

КРЫЛЫШКИ КАНЮЛИ ЗАФИКСИРУЙТЕ ПОВЯЗКОЙ

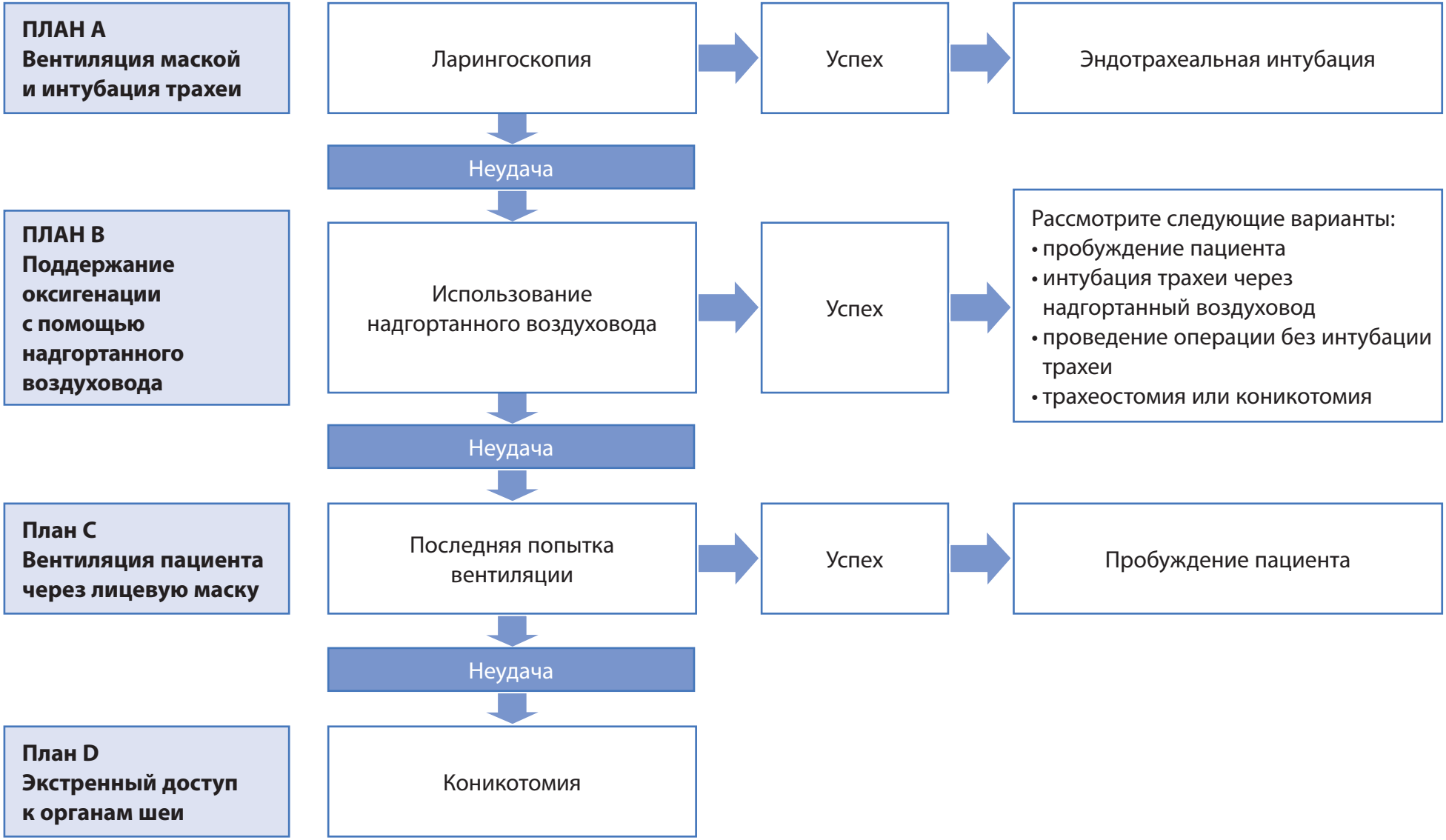
↑

МЕЖДУ ФИКСИРУЮЩЕЙ ПОВЯЗКОЙ И ШЕЕЙ МОЖЕТ ПРОХОДИТЬ ПАЛЕЦ, НО ОНА НЕ ДОЛЖНА БЫТЬ ОЧЕНЬ СВОБОДНОЙ. **СЛЕДИТЕ ЗА ТЕМ, ЧТОБЫ ПОВЯЗКА НЕ ДАВИЛА И НЕ МЕШАЛА ДЫХАНИЮ РЕБЕНКА!**

↑

ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДИТЕ АСПИРАЦИЮ МОКРОТЫ. РЕКОМЕНДУЕМ РОДИТЕЛЯМ ВЫПОЛНЯТЬ ДАННУЮ МАНИПУЛЯЦИЮ СОВМЕСТНО: ОДИН ИЗВЛЕКАЕТ СТАРУЮ КАНЮЛЮ, ДРУГОЙ ВСТАВЛЯЕТ НОВУЮ

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ [97]



Протокол Общества трудных дыхательных путей (Difficult Airway Society, DAS) при трудной интубации трахеи основан на прогнозировании возможных ситуаций, каждая из которых ухудшает прогноз предыдущей: план В хуже, чем план А; план С хуже, чем план В; план D — наихудший вариант. Таким образом, оптимальным считается **План А**, который является наиболее безопасным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Таточенко В.К., Бакрадзе М.Д. *Педиатру на каждый день-2022. Лихорадки*. Справочник по диагностике и лечению. Москва: НМИЦ здоровья детей, 2022. 440 с. (Информационные материалы).
2. Рогова О.А., Бакрадзе М.Д., Кузенкова Л.М., Увакина Е.В. Диагностика и лечение аспирационного синдрома у детей раннего возраста. *Фарматека*. 2016;(4):56–61. EDN: VUDWEJ
3. Овсянников Д.Ю., ред. Педиатрия. В 5 томах. Т. 1. *Сердечно-легочная реанимация, неонатология, лихорадка и основы антибиотикотерапии*. Москва, 2021. 477 с. EDN: CPCBKY
4. Ченуша Ф.В. *Микроаспирационный синдром у детей раннего возраста*: Автореф. дис. … канд. мед. наук. Москва, 1993. 21 с.
5. Panebianco M., Marchese-Ragona R., Masiero S., Restivo D.A. Dysphagia in neurological diseases: a literature review. *Neurological sciences*. 2020; 41(11): 3067–3073.
6. Poddar U. Gastroesophageal reflux disease (GERD) in children. *Paediatr Int Child Health*. 2019;39(1):7–12. doi: 10.1080/20469047.2018.1489649
7. Фрей С. *Нарушение глотания у детей: междисциплинарный подход*. Пер. с нем. 2-е изд. Москва: Теревинф, 2023. 536 с.
8. Кайбышева В.О., Морозов С.В., Исаков В.А., Шаповальянц С.Г. Диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: роль и значение манометрии пищевода высокого разрешения.*Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2018;(10):10–21. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-158-10-10-21 EDN: HXJLPO
9. Балашова И.Н., Алемпьева А.А. *Дисфагия. Диагностика и восстановление глотания*. Учебное пособие. Ванчакова Н.П., ред. Санкт-Петербург: Человек, 2021. 69 с. EDN: AKVSEO
10. Мизерницкий Ю.Л., ред. *Пульмонология детского возраста: проблемы и решения*. Вып. 22. Москва: Медпрактика-М, 2022. 220 с. EDN: UHCYWI
11. Crary MA, Carnaby GD, Mathijs L, et al. Spontaneous swallowing frequency, dysphagia, and drooling in children with cerebral palsy. *Arch Phys Med Rehabil*. 2022;103(3):451–458. doi: 10.1016/j.apmr.2021.09.014
12. Katzka DA. A gastroenterologist's perspective on the role of barium esophagography in gastroesophageal reflux disease. *Abdom Radiol (NY)*. 2018;43(6):1319–1322. doi: 10.1007/s00261-017-1352-8
13. Pullens B, Streppel M. Swallowing problems in children with a tracheostomy. *Semin Pediatr Surg*. 2021;30(3):151053. doi: 10.1016/j.sempedsurg.2021.151053
14. Mattos C, Phinizy P, Duffy KL, et al. Clinical predictors of laryngotracheoesophageal clefts and tracheoesophageal fistulae in children with dysphagia. *Pediatr Pulmonol*. 2021;56(12):3792–3795. doi: 10.1002/ppul.25628
15. Dranseika V., Erdil T., Schweiger M. [et al.] Dysphagia and an aberrant subclavian artery: more than just a coincidence. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2020; 31(2):228–231.
16. Peña-Vélez R., Toro-Monjaraz E., Avelar-Rodríguez D. [et al.] Esophageal motility disorders in children with dysphagia: the utility of the Chicago classification. *Rev Esp Enferm Dig*. 2020; 112(11):850–853. doi: 10.17235/reed.2020.6735/2019
17. Leung AK, Hon KL. Gastroesophageal reflux in children: an updated review. *Drugs Context*. 2019;8:212591. doi: 10.7573/dic.212591
18. Таточенко В.К. *Болезни органов дыхания у детей*. Руководство для врачей. 8-е изд., доп. Москва: Status Praesens, 2025. 600 с. ISBN: 978-5-907814-12-7
19. Poddar U. Gastroesophageal reflux disease (GERD) in children. *Paediatr Int Child Health*. 2019;39(1):7–12. doi: 10.1080/20469047.2018.1489649
20. Shrestha AB, Rijal P, Sapkota UH et al. Sandifer syndrome: a case report. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2021; 59(242):1066 -1068. doi: 10.31729/jnma.6472
21. Рогова О.А., Таточенко В.К., Бакрадзе М.Д. Синдром Сандифера. *Доктор.Ру*. 2017;(15):30–34. EDN: YRUMHV
22. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации № 4 от 28.01.2021 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»». Режим доступа: https://docs.cntd.ru/document/573660140?ysclid=mofhppf92j272055997 Дата обращения 20.01.2026.
23. Лукоянова О.Л., Боровик Т.Э., Фисенко А.П., ред. Организационные принципы создания индивидуального банка грудного молока в медицинских учреждениях и домашних условиях. Москва: Деловая полиграфия, 2023. 60 с.

24. Рубрикатор клинических рекомендаций [электронный ресурс]. Клинические рекомендации. *Пищевая аллергия*. МКБ: K52.2, L27.2, T78.1. Возрастная категория: взрослые, дети. 2025. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/994_1 Дата обращения 20.01.2026.
25. Макарова С.Г., Фисенко А.П., Лебедева А.М. Лактазная недостаточность при аллергии к белкам коровьего молока — дифференцированный подход к выбору лечебной смеси. *Вопросы детской диетологии*. 2022;20(1):21–31. doi: 10.20953/1727-5784-2022-1-21-31
26. Гордеева И.Г., Макарова С.Г., Черников В.В., Сурков А.Н. Применение опросника для скрининга скрытых форм аллергии на белки коровьего молока у детей с воспалительными заболеваниями кишечника. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. 2021; 100(1):179–189.
27. Venter C, Brown T, Meyer R, et al. Correction to: Better recognition, diagnosis and management of non-IgE-mediated cow's milk allergy in infancy: iMAP-an international interpretation of the MAP (Milk Allergy in Primary Care) guideline. *Clin Transl Allergy*. 2018;8:4. doi: 10.1186/s13601-017-0189-0. Erratum for: *Clin Transl Allergy*. 2017;7:26. doi: 10.1186/s13601-017-0162-y
28. Leech SC, Ewan PW, Skypala IJ, et al. BSACI 2021 guideline for the management of egg allergy. *Clin Exp Allergy*. 2021;51(10):1262–1278. doi: 10.1111/cea.14009. Erratum in: Clin Exp Allergy. 2022;52(1):211. doi: 10.1111/cea.14032
29. MedElement [электронный ресурс]. Клинические рекомендации. *Ангионевротический отек (T78.3), Крапивница (L50). Возрастная категория: взрослые, дети. 2023*. Режим доступа: https://diseases.medelement.com/disease/крапивница-кр-рф-2023/17693?ysclid=moehw5ghvy331918646ysclid=moehw5ghvy331918646 Дата обращения: 20.01.2026.
30. Рубрикатор клинических рекомендаций [электронный ресурс]. Клинические рекомендации. *Крапивница*. МКБ: L50, L50.0, L50.1, L50.2, L50.3, L50.4, L50.5, L50.6, L50.8, L50.9, T78.3. Возрастная категория: взрослые, дети. 2023. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/264_2 Дата обращения: 20.01.2026.
31. Turk M, Kocaturk E, Ertaş R, et al. A global perspective on stepping down chronic spontaneous urticaria treatment: Results of the Urticaria Centers of Reference and Excellence SDown-CSU study. *Clin Transl Allergy*. 2024;14(2):e12343. doi: 10.1002/clt2.12343
32. Рубрикатор клинических рекомендаций [электронный ресурс]. Клинические рекомендации. Нарушение обмена галактозы (галактоземия). МКБ: E74.2. 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/375_3 Дата обращения 09.06.2026
33. Bell KL, Benfer KA, Ware RS, et al. Development and validation of a screening tool for feeding/swallowing difficulties and undernutrition in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2019;61(10):1175–1181. doi: 10.1111/dmcn.14220
34. Звонкова Н.Г., Боровик Т.Э., Ульбашев А.Х., и др. Перевод и межкультурная адаптация «Инструмента скрининга трудностей с кормлением/глотанием и недостаточности питания у детей с детским церебральным параличом (FNST)». *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. 2024;103(3):87–95. doi: 10.24110/0031-403X-2024-103-3-87-95 EDN: ZEVESW
35. Федорушкина Н.А., Боровик Т.Э., Звонкова Н.Г., и др. Современные возможности лечебного питания пациентов с детским церебральным параличом при нарушениях нутритивного статуса. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. 2023;102(6):140–151. doi: 10.24110/0031-403X-2023-102-6-140-151 EDN: YZCKBX
36. Маслова Н.А., Звонкова Н.Г., Боровик Т.Э., и др. Организация нутритивной поддержки детей со спастическими формами детского церебрального паралича. *Российский педиатрический журнал*. 2022;25(1):4–11. doi: 10.46563/1560-9561-2022-25-1-4-11 EDN: YWIJKF
37. Баранов А.А. Гандаева Л.А., Басаргина Е.Н., Боровик Т.Э., Звонкова Н.Г. Возможности коррекции нутритивного статуса у детей с врожденными пороками сердца. *Казанский медицинский журнал*. 2015;96(4):654–659. doi: 10.17750/KMJ2015-654 EDN: UBEGWL
38. Баранов А.А., Тутельян В.А., Чумакова О.В., и др. *Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации*: методические рекомендации. Москва, 2019. 112 с. EDN: NWURZA
39. Звонкова Н.Г., Боровик Т.Э., Черников В.В., и др. Адаптация и валидация русскоязычной версии опросника STRONGkids для оценки нутритивного риска у детей. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. 2022;101(4):156–164. doi: 10.24110/0031-403X-2022-101-4-155-164 EDN: VOIYAA
40. Рубрикатор клинических рекомендаций [электронный ресурс]. Клинические рекомендации. *Отит средний острый*. МКБ: H65.0, H65.1, H66.0. Возрастная категория: взрослые, дети. 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/314_3 Дата обращения 20.01.2026.
41. Ngo CC, Massa HM, McMonagle BA, et al. Predominant bacterial and viral otopathogens identified within the respiratory tract and middle ear of urban australian children experiencing otitis media are diversely distributed. *Front Cell Infect Microbiol*. 2022;12:775535. doi: 10.3389/fcimb.2022.775535

42. Leung AK, Wong AH. Acute otitis media in children. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*. 2017;11(1):32–40. doi: 10.2174/1874609810666170712145332
43. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2013;131(3):e964–999. doi: 10.1542/peds.2012-3488. Erratum in: *Pediatrics*. 2014;133(2):346. Dosage error in article text.
44. Suzuki HG, Dewez JE, Nijman RG, Yeung S. Clinical practice guidelines for acute otitis media in children: a systematic review and appraisal of European national guidelines. *BMJ Open*. 2020;10(5):e035343. doi: 10.1136/bmjopen-2019-035343
45. El Feghaly RE, Nedved A, Katz SE, Frost HM. New insights into the treatment of acute otitis media. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2023;21(5):523–534. doi: 10.1080/14787210.2023.2206565
46. Hayashi T, Kitamura K, Hashimoto S, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of acute otitis media in children-2018 update. *Auris Nasus Larynx*. 2020;47(4):493–526. doi: 10.1016/j.anl.2020.05.019
47. Castelli Gattinara G, Bergamini M, Simeone G, et al. Antibiotic treatment of acute and recurrent otitis media in children: an Italian intersociety consensus. *Ital J Pediatr*. 2025;51(1):50. doi: 10.1186/s13052-025-01894-z
48. Рубрикатор клинических рекомендаций [электронный ресурс]. Клинические рекомендации. *Острый тонзиллит и фарингит (Острый тонзиллофарингит)*. МКБ: J02, J02.0, J02.8, J02.9, J03, J03.0, J03.8, J03.9. Возрастная категория: взрослые, дети. 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/306_3 Дата обращения 20.01.2026.
49. Дайхес Н.А., Баранов А.А., Лобзин Ю.В., и др. Современные клинические рекомендации по ведению пациентов с острыми тонзиллитом и фарингитом. *Педиатрическая фармакология*. 2025;22(2):164–177. doi: 10.15690/pf.v22i2.2897 EDN: AAFZJQ
50. Buttner R, Schwermer M, Ostermann T, et al. Complementary and alternative medicine in the (symptomatic) treatment of acute tonsillitis in children: a systematic review. *Complement Ther Med*. 2023;73:102940. doi: 10.1016/j.ctim.2023.102940
51. Pineiro Perez R, Alvez Gonzalez F, Baquero-Artigao F, et al.; Grupo Colaborador de Faringoamigdalitis Aguda en Pediatria; Grupo Colaborador de Faringoamigdalitis Aguda en Pediatria. Diagnosis and treatment of acute tonsillopharyngitis. Consensus document update. (In Spanish). *An Pediatr (Engl Ed)*. 2020;93(3):206.e1–206.e8. doi: 10.1016/j.anpedi.2020.05.004
52. Nguyen VT, Ngo L, Stratton E, Arriola D. Tonsillitis. *Prim Care*. 2025;52(1):27–35. doi: 10.1016/j.pop.2024.09.005
53. Рубрикатор клинических рекомендаций [электронный ресурс]. Клинические рекомендации. *Пневмония (внебольничная)*. МКБ: J12, J13, J14, J15, J16, J18. Возрастная категория: дети. 2025. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/714_2 Дата обращения 20.01.2026.
54. Баранов А.А., Козлов Р.С., Намазова-Баранова Л.С., и др. Современные подходы к ведению детей с внебольничной пневмонией. *Педиатрическая фармакология*. 2023;20(1):17–41. doi: 10.15690/pf.v20i1.2534 EDN: ZQENTG
55. Thomas J, Pociute A, Kevalas R, et al. Blo od biomarkers differentiating viral versus bacterial pneumonia aetiology: a literature review. *Ital J Pediatr*. 2020;46(1):4. doi: 10.1186/s13052-020-0770-3
56. Gunaratnam LC, Robinson JL, Hawkes MT. Systematic review and meta-analysis of diagnostic biomarkers for pediatric pneumonia. *J Pediatric Infect Dis Soc*. 2021;10(9):891–900. doi: 10.1093/jpids/piab043
57. Jiang Y, Wang W, Zhang Z, et al. Serum amyloid A, C-reactive protein, and procalcitonin levels in children with Mycoplasma pneumoniae infection. *J Clin Lab Anal*. 2022;36(3):e24265. doi: 10.1002/jcla.24265
58. Sodero G, Gentili C, Mariani F, et al. Procalcitonin and presepsin as markers of infectious respiratory diseases in children: a scoping review of the literature. *Children (Basel)*. 2024;11(3):350. doi: 10.3390/children11030350
59. Zhao X, Lv J, Wu M, Wu Q. Clinical characteristics and risk factors for Mycoplasma pneumoniae pneumonia in children. *Front Pediatr*. 2024;12:1438631. doi: 10.3389/fped.2024.1438631
60. Chen W, Qi H, Jiao W, et al. Etiological characteristics of Mycoplasma pneumoniae infection and macrolide resistance in children in beijing: a retrospective study from 2018 to 2024. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2025 Aug 27. doi: 10.1007/s10096-025-05230-5
61. Stern A, Skalsky K, Avni T, et al. Corticosteroids for pneumonia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;12(12):CD007720. doi: 10.1002/14651858.CD007720.pub3
62. Castellano VE, Talamona N, Giglio ND, et al. Knowledge and management of fever in parents of children under 5 years of age at a children's hospital. (In English, Spanish). *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(2):89–94. doi: 10.5546/aap.2020.eng.89

63. Graaf S, Keuning MW, Pajkrt D, Plotz FB. Fever without a source in children: international comparison of guidelines. *World J Pediatr*. 2023;19(2):120–128. doi: 10.1007/s12519-022-00611-8
64. Irwin AD, Grant A, William R, et al. Predicting risk of serious bacterial infections in febrile children in the emergency department. *Pediatrics*. 2017;140:e20162853. doi: 10.1542/peds.2016-2853
65. Perth Children's hospital [Internet]. Government of Western Australia, Child and Adolescent Health service (CAHS). *Fever without source*. 2020;20:16.
66. Trippella G, Galli L, De Martino M, et al. Procalcitonin performance in detecting serious and invasive bacterial infections in children with fever without apparent source: a systematic review and meta-analysis. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2017;15(11):1041–1057. doi: 10.1080/14787210.2017.1400907
67. Рубрикатор клинических рекомендаций [электронный ресурс]. Клинические рекомендации. *Гастрит и дуоденит у детей*. МКБ: K29.0, K29.1, K29.3, K29.4, K29.5, K29.6, K29.7, K29.8, K29.9, K31.8. Возрастная категория: дети. 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/837_1 Дата обращения 20.01.2026.
68. Клинические рекомендации. *Целиакия*. МКБ: K90.0. Возрастная категория: дети. 2019. Режим доступа: https://library.mededtech.ru/rest/documents/celiaki2021/?ysclid=mpfgcz3h8i399772418 Дата обращения 20.01.2026.
69. Рубрикатор клинических рекомендаций [электронный ресурс]. Клинические рекомендации. *Желчнокаменная болезнь*. МКБ: K80, K81.1, K82.8, K83.0, K83.8, K83.9. Возрастная категория: дети. 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/580_3 Дата обращения 20.01.2026.
70. Рубрикатор клинических рекомендаций [электронный ресурс]. Клинические рекомендации. *Язвенный колит*. МКБ: K51. Возрастная категория: дети. 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/391_3 Дата обращения 20.01.2026.
71. Рубрикатор клинических рекомендаций [электронный ресурс]. Клинические рекомендации. Кистозный фиброз (муковисцидоз). МКБ: E 84. Возрастная категория: взрослые, дети. 2025. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/372_3.
72. Соколов И., Симонова О.И., Рославцева Е.А., и др. Нутритивный статус и оценка состава тела у детей с муковисцидозом. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2021;(5):57–69. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-189-5-57-69 EDN: BEJCZJ
73. Соколов И., Симонова О.И., Рославцева Е.А., и др. Ночная гипералиментация с помощью гастростомы при муковисцидозе у детей. *Вопросы практической педиатрии*. 2021;16(2):44–54. doi: 10.20953/1817-7646-2021-2-22-34 EDN: UTOILU
74. Рубрикатор клинических рекомендаций [электронный ресурс]. *Клинические рекомендации. Периодический синдром, ассоциированный с мутацией гена рецептора фактора некроза опухоли (TRAPS) (Другие уточненные нарушения с вовлечением иммунного механизма, не классифицированные в других рубриках)*. МКБ: D89.8. Возрастная категория: дети. 2023. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/759_1 Дата обращения: 20.01.2026.
75. Рубрикатор клинических рекомендаций [электронный ресурс]. *Клинические рекомендации. Криопирин-ассоциированные периодические синдромы (Другие уточненные нарушения с вовлечением иммунного механизма, не классифицированные в других рубриках)*. МКБ: D89.8. Возрастная категория: дети. 2023. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/758_1 Дата обращения: 20.01.2026.
76. Рубрикатор клинических рекомендаций [электронный ресурс]. Клинические рекомендации. *Семейная средиземноморская лихорадка (Наследственный семейный амилоидоз)*. МКБ: E85.0. Возрастная категория: дети. 2023. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/757_1 Дата обращения 20.01.2026.
77. Рубрикатор клинических рекомендаций [электронный ресурс]. Клинические рекомендации. *Системная красная волчанка*. МКБ: M32, M32.0, M32.1, M32.8, M32.9. Возрастная категория: дети. 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/606_3 Дата обращения 20.01.2026.
78. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, et al. 2019 European League Against Rheumatism / American College of Rheumatology Classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatol*. 2019;71(9):1400–1412. doi: 10.1002/art.40930
79. Markowitz GS, D'Agati VD. The ISN/RPS 2003 Classification of lupus nephritis: an assessment at 3 years. *Kidney Int*. 2007;71(6):491–495. doi: 10.1038/sj.ki.5002118
80. Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 1997;40(9):1725. doi: 10.1002/art.1780400928
81. Рубрикатор клинических рекомендаций [электронный ресурс]. Клинические рекомендации. *Юношеский артрит с системным началом*. МКБ: M08.2. Возрастная категория: дети. 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/26_4 Дата обращения: 20.01.2026.
82. Рубрикатор клинических рекомендаций [электронный ресурс]. Клинические рекомендации. *Реактивный артрит*. МКБ: M02.8, M02.9. Возрастная категория: дети. 2025. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/942_1 Дата обращения: 20.01.2026.

83. Brown DD, Reidy KJ. Approach to the child with hematuria. *Pediatr Clin North Am*. 2019;66(1):15–30. doi: 10.1016/j.pcl.2018.08.003
84. Kallash M, Rheault MN. Approach to persistent microscopic hematuria in children. *Kidney360*. 2020;1(9):1014–1020. doi: 10.34067/KID.0003222020
85. Park E, Kim SW, Kim SJ, et al. Asymptomatic hematuria in children: Korean Society of Pediatric Nephrology recommendations for diagnosis and management. *Kidney Res Clin Pract*. 2024;43(5):565–574. doi: 10.23876/j.krcp.23.231
86. Latta K, Boeckhaus J, Weinreich I, et al. Clinical practice guideline: microhematuria in children and young adults. *Dtsch Arztebl Int*. 2024;121(14):461–466. doi: 10.3238/arztebl.m2024.0070
87. Zuberi SM, Wirrell E, Yozawitz E, et al. ILAE classification and definition of epilepsy syndromes with onset in neonates and infants: Position statement by the ILAE Task Force on Nosology and Definitions. *Epilepsia*. 2022;63(6):1349–1397. doi: 10.1111/epi.17239
88. Айсина В.А., Кузенкова Л.М., Кожевникова О.В. Современные данные о ранней диагностике синдрома Веста. Электроэнцефалографическая эволюция гипсаритмии. *Неврологический журнал имени Л.О. Бадаляна*. 2020;1(3):169–176. doi: 10.17816/2686-8997-2020-1-3-169-176
89. Philippi H, Wohlrab G, Bettendorf U, et al. Electroencephalographic evolution of hypsarrhythmia: toward an early treatment option. *Epilepsia*. 2008;49(11):1859–1864. doi: 10.1111/j.1528-1167.2008.01715.x
90. Beniczky S, Trinka E, Wirrell E, et al. Updated classification of epileptic seizures: Position paper of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia*. 2025;66(6):1804–1823. doi: 10.1111/epi.18338
91. Рубрикатор клинических рекомендаций [электронный ресурс]. Клинические рекомендации. *Проксимальная спинальная мышечная атрофия 5q*. МКБ: G12.0, G12.1.Возрастная категория: дети. 2023. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/593_3. Дата обращения 20.01.2026.
92. Латышева Е.Н., Русецкий Ю.Ю., Лебедев В.В., и др. Сравнительный анализ субъективных и объективных методов диагностики синдрома обструктивного апноэ сна у детей. *Российская ринология*. 2024;32(1):11–15. doi: 10.17116/rosrino20243201111 EDN: VSWAWP
93. Ishman SL, Maturo S, Schwartz S, et al. Expert consensus statement: management of pediatric persistent obstructive sleep apnea after adenotonsillectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2023;168(2):115–130. doi: 10.1002/ohn.159
94. McLaren AT, Bin-Hasan S, Narang I. Diagnosis, management and pathophysiology of central sleep apnea in children. *Paediatr Respir Rev*. 2019;30:49–57. doi: 10.1016/j.prrv.2018.07.005
95. Крюкова А.И., ред. Методические рекомендации. *Синдром обструктивного апноэ сна у детей, ассоциированный с аденотонзиллярной гипертрофией*. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://nikio.ru/wp-content/uploads/2022/02/Синдром-обструктивного-апноэ-сна-у-детей-ассоциированный-с-аденотонзиллярной-гипертрофией.pdf?ysclid=moe74ftnlr532622503 Дата обращения: 20.01.2026.
96. Акоев Ю.С., Мигали А.В., Акоева Д.Ю., Варичкина М.А., Казакова К.А. Что должны знать родители пациента с бронхолегочной дисплазией: памятка для родителей. Москва, 2019. 36 с.
97. Frerk C, Mitchell VS, McNarry AF, et al. Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults. *Br J Anaesth*. 2015;115(6):827–848. doi: 10.1093/bja/aev371

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Научно-практическое издание

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Под редакцией А.П. Фисенко

Выпускающий редактор У.Г. Пугачёва
Литературный редактор М.Н. Шошина
Верстка Е.А. Трухтанова

Подписано в печать 15.03.2026.
Формат 60x84/8. Усл. печ. л. 8,37.
Тираж 500 экз. Заказ 1029/6.

Отпечатано: ООО «ВИННЕР»
394019, Воронежская область, г. Воронеж, ул. Еремеева 22ж, оф. 19
Телефон: 8(473)269-86-42.