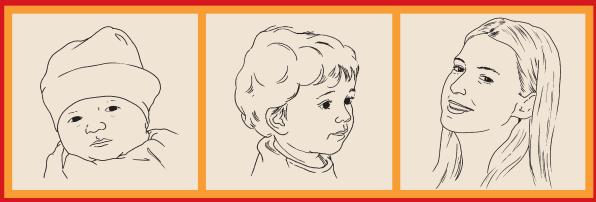
КАРМАННЫЙ СПРАВОЧНИК

Оказание первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам



РУКОВОДСТВО ПО УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ

в период с рождения
до подросткового возраста

КАЗАХСТАН

Всемирная организация здравоохранения

Европейский регион

Алгоритм реанимации детей

Обеспечить безопасность врача и ребенка – Стимулировать жизнедеятельность ребенка – Позвать на помощь

Дыхательные пути

Освободите дыхательные пути (с. 851)
При подозрении на травму шейного отдела позвоночника иммобилизуйте шейный отдел и выведите вперед нижнюю челюсть

Удалите предметы, явно нарушающие проходимость дыхательных путей

Рассмотрите возможность применения воздуховода типа Гведеля (с. 852)

Дыхание

Ребенок дышит нормально?
Определяйте наличие дыхания визуально, на слух или по движению воздуха

ДА → **Продолжайте реанимацию в соответствии с алгоритмом ABCDE** (с. 846)

НЕТ – или отдельные затрудненные вдохи ↓

5 искусственных вдохов (с. 853)
Используйте ручной респиратор (100%-ный кислород, 10 л/мин)

Длительность вдоха – 1 с. Убедитесь, что грудная клетка поднимается

Кровообращение

Признаки жизни присутствуют?
Кашель? Любые движения? Пульс?

ДА → **Продолжайте выполнять искусственное дыхание** (вентиляцию) (с. 853)

НЕТ ↓

↑ Повторяйте оценку состояния каждые 2 минуты

15 нажатий на грудную клетку (с. 855)
Нижняя часть грудины, 100–120 нажатий в минуту на глубину 1/3 продольной проекции грудной клетки

2 искусственных вдоха
Повторяйте серии из 15 нажатий и 2 вдохов

ВВ/ВК-доступ: эпинефрин (адреналин) 0,01 мг/кг каждые 3–5 мин

Организуйте экстренную перевозку в стационар*

! Устраните **обратимые** причины остановки дыхания и сердца (с. 845)
Регулярно **повторяйте оценку состояния** – Держите ребенка **в тепле**

* Проводите реанимационные мероприятия в необходимом объеме до прибытия бригады экстренной помощи. Если вы наиболее квалифицированный медицинский работник в группе, сопроводите ребенка в стационар.

Примечание: настоящий алгоритм применим к детям любого возраста, кроме новорожденных в момент рождения.

Алгоритм ABCDE

Быстрая оценка

Ребенок реагирует? **Ребенок не реагирует** → Следуйте *алгоритму реанимации* детей (с. 849)

- Сохраняйте спокойствие. Позовите на помощь. Обеспечьте ребенку покой/комфорт/тепло.
- Устраните жизнеугрожающие факторы перед продолжением обследования.

ОЦЕНКА	ДЕЙСТВИЕ
A [airway] – дыхательные пути и B [breathing] – дыхание	
↘ *При подозрении на травму шейного отдела позвоночника **не поворачивайте** шею ребенка, иммобилизуйте шейный отдел и выведите вперед нижнюю челюсть, чтобы освободить дыхательные пути.*	
■ Затрудненное дыхания ■ Центральный цианоз или $SpO_2 < 94\%$ ■ Дыхательная недостаточность: • учащенное дыхание • втяжение грудной клетки • препятствия/шум при прохождении воздуха (стридор, свист) или затрудненное дыхание	***ПРИ НАЛИЧИИ*** При аспирации инородного тела: ▶ Восстановите проходимость дыхательных путей (с. 850) При отсутствии аспирации инородного тела: ▶ Освободите дыхательные пути (с. 851) ▶ Дайте кислород (с. 854) ▶ Продолжайте терапию **тяжелой дыхательной недостаточности** (с. 861)
C [circulation] – кровообращение	
■ Шоковое состояние: • холодные конечности + • слабый и учащенный пульс + • время наполнения капилляров > 2 секунд ■ Тяжелое обезвоживание: • заторможенность • запавшие глаза • очень медленное расправление кожной складки	***ПРИ НАЛИЧИИ*** ▶ Остановите кровотечение (с. 879) ▶ Дайте кислород (с. 854) ▶ При отсутствии противопоказаний проведите в/в вливание (с. 856) ▶ Продолжайте лечение **шокового состояния** (с. 866)

D [disability] – неврологический статус

↘ Оцените уровень сознания по шкале AVPU: A [alert] – в ясном сознании, V [voice] – реагирует на голос, P [pain] – реагирует на боль, U [unconcious] – без сознания.

- Заторможенность (неактивен, но реагирует на голос или боль)
- Кома (не реагирует на боль)
- Судороги
- Низкий уровень глюкозы в крови (< 3 ммоль/л или < 54 мг/дл)

ПРИ НАЛИЧИИ

- Если ребенок без сознания, показатели A и B (проходимость дыхательных путей и дыхание) стабильны, а травма шеи отсутствует, придайте ему безопасное положение (с. 857)
- При судорогах введите диазепам ректально (с. 858)
- При низком уровне глюкозы введите глюкозу (с. 860)
- Продолжайте терапию **заторможенности или комы** (с. 870)

E [exposure] – повреждения

↘ Проведите полный осмотр ребенка:

- Травмы, укусы или ожоги
- Сыпь (не бледнеющая при надавливании)
- Вздутие живота
- Повышенная температура

ПРИ НАЛИЧИИ

- Снимите тесную одежду
- Примите меры для снижения температуры тела
- Проведите обезболивание (с. 596)
- Проведите терапию
  - травм (с. 875)
  - ожогов (с. 880)
  - отравления (с. 883)
  - поражения ядом (с. 889)
  - утопления (с. 892)
  - поражения электрическим током (с. 893)
  - острого живота (с. 894)

Опрос по методу SAMPLE

↘ Оперативно соберите анамнез:

- S [signs and symptoms] – признаки и симптомы (жар, боль в животе)
- A [allergies] – аллергии
- M [medications] – принимаемые лекарства
- P [past medical history] – заболевания в анамнезе
- L [last oral intake] – последний прием пищи
- E [events surrounding illness] – возможные причины состояния (отравление, поражение ядом)

Дальнейшая помощь

- Регулярно повторяйте оценку состояния на предмет его улучшения или ухудшения.
- Контролируйте **основные показатели жизнедеятельности**: частоту дыхания, частоту сердечных сокращений, артериальное давление, SpO_2, температуру тела.
- Приступайте к полноценному осмотру только после стабилизации состояния по показателям ABCD.
- Организуйте срочную перевозку в стационар. Продолжайте наблюдение и оказывайте помощь в необходимом объеме до прибытия бригады экстренной помощи. Если вы наиболее квалифицированный медицинский работник в группе, вам, возможно, нужно будет сопроводить ребенка в стационар.

КАРМАННЫЙ СПРАВОЧНИК

Оказание первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам

РУКОВОДСТВО ПО УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ
в период с рождения
до подросткового возраста

СОВМЕСТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ для УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Всемирная организация здравоохранения
Европейский регион

ISBN: 978-92-890-5848-3 (PDF)
ISBN: 978-92-890-5849-0 (печатное издание)

© Всемирная организация здравоохранения, 2023 г.

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке «Pocket book of primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности (http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/).

Образец библиографической ссылки: Оказание первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам: руководство по укреплению здоровья, профилактике и лечению заболеваний. Карманный справочник. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2023. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: http://apps.who.int/iris.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. http://apps.who.int/bookorders. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. http://www.who.int/about/licensing/.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Авторы иллюстраций: David Woodroffe и Jan Hendrik Ax. Дизайн: minimum graphics.

Оглавление

Выражение признательности xiii
Предисловие xix
Список сокращений xxi

1. ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ С РОЖДЕНИЯ ДО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА 1

1.1 Функции работника первичной медико-санитарной помощи 1
1.2 Общие стандарты и принципы 4
1.2.1 Стандарты ВОЗ в области качества медицинской помощи, оказываемой детям и подросткам 4
1.2.2 Конвенция о правах ребенка 5
1.3 Оказание эффективной помощи детям и подросткам, находящимся в уязвимом положении 6
1.3.1 Дети и подростки, находящиеся в уязвимом положении 6
1.3.2 Дети и подростки из числа мигрантов и беженцев 7

2. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РЕБЕНКУ И ПОДРОСТКУ 11

2.1 Контрольное посещение здорового ребенка, посещение больного ребенка, последующее контрольное посещение 11
2.2 Сбор педиатрического анамнеза 12
2.3 Подход к ребенку и физикальное обследование 14
2.4 Дифференциальная диагностика 20
2.5 Последующее лечение 21

3. КОНТРОЛЬНОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА 23

3.1 Контроль физического развития 24

Контрольные посещения здорового ребенка

3.2 Контрольное посещение здорового ребенка: от рождения до 72 часов жизни 27

3.3 Контрольное посещение здорового ребенка: 1 неделя 32
3.4 Контрольное посещение здорового ребенка: 1 месяц 35
3.5 Контрольное посещение здорового ребенка: 3 месяца 37
3.6 Контрольное посещение здорового ребенка: 6 месяцев 40
3.7 Контрольное посещение здорового ребенка: 1 год 43
3.8 Контрольное посещение здорового ребенка: 2 года 47
3.9 Контрольное посещение здорового ребенка: 3 года 50
3.10 Контрольное посещение здорового ребенка: 4 года 53
3.11 Контрольное посещение здорового ребенка: 5 лет 56
3.12 Контрольное посещение здорового ребенка: 8 лет 58
3.13 Контрольное посещение здорового ребенка: 10 лет 60
3.14 Контрольное посещение здорового ребенка: 12 лет 62
3.15 Контрольное посещение здорового ребенка: 14 лет 65

4. УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ 69

4.1 Развитие детей раннего возраста 70
4.2 Вакцинация 80
4.3 Скрининговые тесты и контроль 93
4.4 Консультирование по вопросам питания 94
4.5 Пищевые добавки с витаминами и микроэлементами 113
4.6 Гигиена полости рта 116
4.7 Сон 119
4.8 Малоподвижный образ жизни и время, проводимое перед экраном в развлекательных целях 119
4.9 Физическая активность 121
4.10 Защита от солнца 122
4.11 Предотвращение непреднамеренного травматизма 123
4.12 Укрепление психического здоровья и благополучия 129

5. ЗДОРОВЬЕ НОВОРОЖДЕННЫХ 131

5.1 Уход за новорожденным после рождения и его медицинский осмотр 132
5.2 Контроль роста и веса 138
5.3 Скрининговые тесты 138
5.4 Дополнительная информация, касающаяся домашних родов 140
5.5 Консультирование в неонатальном периоде 141

5.6 Варианты нормы и явления, вызывающие обеспокоенность 146
5.6.1 Голова и череп 146
5.6.2 Лицо 149
5.6.3 Рот 149
5.6.4 Шея 151
5.6.5 Уши 152
5.6.6 Глаза 152
5.6.7 Живот 156
5.6.8 Половые органы, задний проход и паховая область 158
5.6.9 Позвоночник и пояснично-крестцовая область 161
5.6.10 Руки и кисти 162
5.6.11 Ноги и стопы 163
5.6.12 Бедра 165
5.6.13 Кожа 167
5.7 Желтуха новорожденных и гипербилирубинемия 173
5.8 Задержка отхождения мекония 175
5.9 Чрезмерный плач 177
5.10 Рвота 180
5.11 Синдром Дауна (трисомия 21) 183
5.12 Фетальный алкогольный синдром 184
5.13 Врожденный порок сердца 185
5.14 Врожденный стридор (ларингомаляция) 186
5.15 Новорожденные с возможным нарушением обмена веществ 187
5.16 Врожденный гипотиреоз 188
5.17 Новорожденные дети матерей с инфекционными заболеваниями 189
5.17.1 Врожденная цитомегаловирусная инфекция 190
5.17.2 Врожденная краснуха 191
5.17.3 Врожденный сифилис 191
5.17.4 Врожденный токсоплазмоз 192
5.17.5 Вирус простого герпеса 193
5.17.6 Новорожденные дети матерей с ВИЧ 195
5.17.7 Новорожденные дети матерей с гепатитом В 196
5.17.8 Новорожденные дети матерей с COVID-19 197
5.17.9 Новорожденные дети матерей с туберкулезом 197
5.18 Больные новорожденные с опасными признаками 198

6. ДЕТИ И ПОДРОСТКИ С КОНКРЕТНЫМИ ЖАЛОБАМИ ИЛИ СИМПТОМАМИ 203

6.1 Кашель или затрудненное дыхание 205
6.2 Заболевания уха, горла и носа 241
6.3 Высокая температура 260
6.4 Диарея 315
6.5 Рвота 347
6.6 Боль в животе 356
6.7 Боль в груди 369
6.8 Шумы в сердце 376
6.9 Учащенное сердцебиение 384
6.10 Обморок 390
6.11 Высокое артериальное давление (гипертензия) 395
6.12 Поражения почек 400
6.13 Симптомы со стороны мочеполовой системы 409
6.14 Сыпь, зуд и другие поражения кожи 450
6.15 Бледность 471
6.16 Желтуха 480
6.17 Отек или болезненность суставов или костей 488
6.18 Уплотнения и припухлости 504
6.19 Поражения глаз 513
6.20 Головная боль 539
6.21 Судороги 550
6.22 Низкий и слабый мышечный тонус 564
6.23 Травмы 570
6.24 Инородные тела 589
6.25 Боль 594
6.26 Отклонения веса и роста 601
6.27 Отклонения окружности головы 615
6.28 Сниженное настроение и депрессия 618
6.29 Суицидальные мысли или акты самоповреждения 624
6.30 Страх, тревожность, избегание ситуаций или объектов 628
6.31 Невнимательность или гиперактивность 633
6.32 Гнев, истерики, непослушание 636

6.33 Трудности с социальным взаимодействием и общением 639
6.34 Нарушения сна 643
6.35 Нарушения питания, страх набора веса 651
6.36 Повторяющиеся необъяснимые физические симптомы 657

7. ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПАТОЛОГИИ 661

7.1 Потребности в комплексной помощи 662
7.2 Нарушения развития 666
7.3 Расстройство аутистического спектра 671
7.4 Синдром дефицита внимания с гиперактивностью 673
7.5 Синдром Дауна 675
7.6 Дефекты нервной трубки 677
7.7 Детский церебральный паралич 681
7.8 Фетальный алкогольный синдром 685
7.9 Порок сердца 688
7.10 Хроническая болезнь почек 691
7.11 Астма 692
7.12 Муковисцидоз 705
7.13 Сахарный диабет 709
7.14 Талассемия 722
7.15 Серповидно-клеточная анемия 724
7.16 Онкологические заболевания 731
7.17 ВИЧ-инфекция/СПИД 736
7.18 Туберкулез 746
7.19 Жестокое обращение с ребенком 753
7.20 Эмоциональные и поведенческие нарушения 762
7.21 Употребление психоактивных веществ и злоупотребление ими 767
7.22 Проблемы, связанные с пользованием интернетом и социальными сетями 772
7.23 Потребности в паллиативной помощи 775

8. ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ 785

8.1 Развитие подростка 786
8.2 Компетентность, согласие и конфиденциальность 788
8.3 Диагностические подходы к подростку 790

8.4 Подросток с задержкой полового созревания 796
8.5 Подросток, обеспокоенный вопросами сексуального и репродуктивного здоровья 800
8.5.1 Оценка здоровья половой и репродуктивной системы 800
8.5.2 Сексуальное образование и консультирование 802
8.5.3 Контрацепция 804
8.6 Подросток, сообщивший о незащищенном половом акте 808
8.6.1 Экстренная контрацепция 809
8.6.2 Профилактика после контакта с ВИЧ-инфицированным 811
8.6.3 Инфекции, передаваемые половым путем 814
8.6.4 Беременность 820
8.6.5 Аборт 823
8.7 Девушка-подросток с нарушениями менструального цикла 828
8.7.1 Гиперменорея 830
8.7.2 Дисменорея 830
8.7.3 Аменорея 831
8.8 Подросток с поражениями кожи 832
8.9 Подросток с эмоциональными и поведенческими нарушениями 834
8.10 Подросток с хроническими патологиями 836

9. ЭКСТРЕННЫЕ СИТУАЦИИ И ТРАВМЫ 841

9.1 Принципы оказания неотложной помощи 842
9.2 Оценка неотложных признаков 844
9.3 Остановка дыхания и сердца 845
9.4 Тяжелая дыхательная недостаточность 861
9.5 Шоковое состояние 866
9.6 Заторможенность – кома – судороги 870
9.7 Травмы 875
9.8 Ожоги 880
9.9 Отравления 883
9.10 Поражения ядом животного происхождения 889
9.11 Утопление 892
9.12 Поражения электрическим током 893
9.13 Острый живот 894
9.14 Препараты, применяемые при неотложных состояниях 897

БИБЛИОГРАФИЯ 901

ПРИЛОЖЕНИЯ 911

Приложение 1. Организация медицинской помощи на первичном уровне 911
A1.1 Создание благоприятных для детей и подростков условий 911
A1.2 Медицинская сортировка в первой точке контакта с системой здравоохранения 912
A1.3 Профилактика инфекций и инфекционный контроль 912
A1.4 Оборудование 914
A1.5 Препараты, применяемые при неотложных состояниях 916
A1.6 Лабораторные и рентгенологические исследования 917
A1.7 Направление новорожденных, детей и подростков к специалистам 919
Приложение 2. Лечебно-диагностические процедуры 921
A2.1 Закрытие ран швами, клеем и пластырем 921
A2.2 Прибинтовывание поврежденного пальца к соседнему здоровому 923
A2.3 Наложение косыночной повязки на руку 924
A2.4 Вскрытие и дренирование абсцесса 925
A2.5 Измерение артериального давления 925
A2.6 Измерение уровня глюкозы в крови 926
A2.7 Измерение уровня билирубина с помощью транскутанного билирубинометра 928
A2.8 Выполнение инъекций 928
A2.9 Парентеральное введение жидкостей 930
A2.10 Торакоцентез 933
Приложение 3. Таблицы роста и веса детей, разработанные ВОЗ 935
A3.1 Расчет показателя «вес/возраст» у ребенка 936
Показатели «вес/возраст» у девочек 937
Показатели «вес/возраст» у мальчиков 938
A3.2 Расчет показателя «рост (длина тела)/возраст» у ребенка 939

Показатели «рост (длина тела)/возраст» у девочек 940
Показатели «рост (длина тела)/возраст» у мальчиков 942
А3.3 Расчет показателя «вес/рост (длина тела)» у ребенка 944
Показатели «вес/рост (длина тела)» у девочек 945
Показатели «вес/рост (длина тела)» у мальчиков 946
А3.4 Расчет показателя «ИМТ/возраст» у ребенка 947
Показатели «ИМТ/возраст» у девочек 948
Показатели «ИМТ/возраст» у мальчиков 950
А3.5 Расчет показателя «окружность головы/возраст» у ребенка 952
Показатели «окружность головы/возраст» у девочек 953
Показатели «окружность головы/возраст» у мальчиков 954
Приложение 4. Дозировки лекарственных препаратов 955
Приложение 5. Сравнение системных кортикостероидов 995
Приложение 6. Оральные регидратационные соли 996
Приложение 7. Инфузионные растворы 997
Приложение 8. План действий при астме 998
Приложение 9. Реакции гиперчувствительности 1000
Приложение 10. Размеры медицинского инструментария для детей младшего возраста 1001
Приложение 11. Сравнительная таблица национальной адаптации 1002

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ 1003

СХЕМЫ

Схема 1А. Лечение диареи: план А 323
Схема 1Б. Лечение диареи: план Б 325
Схема 1В. Лечение диареи: план В 327
Схема 2. Алгоритм ABCDE 846
Схема 3. Алгоритм реанимации детей 849
Схема 4. Оказание помощи задыхающемуся ребенку 850
Схема 5. Восстановление проходимости дыхательных путей 851
Схема 6. Введение орофарингеального воздуховода (воздуховода Гведела) 852
Схема 7. Искусственная вентиляция лёгких с помощью мешка Амбу 853

Схема 8. Как подавать кислород 854
Схема 9. Непрямой массаж сердца 855
Схема 10. Как вводить инфузионные растворы ребенку в шоковом состоянии 856
Схема 11. Как положить ребенка с нормальным дыханием, находящегося в бессознательном состоянии 857
Схема 12. Как купировать судороги 858
Схема 13. Как вводить глюкозу внутривенно 860
Схема 14. Устранение наружного кровотечения 879
Схема 15. Оценка тяжести ожога 881

БЛОКИ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Блок рекомендаций 1. Развитие детей раннего возраста 78
Блок рекомендаций 2. Лечение распространенных поствакцинальных реакций в домашних условиях 90
Блок рекомендаций 3. Рекомендации по кормлению 95
Блок рекомендаций 4. Сцеживание и хранение грудного молока 105
Блок рекомендаций 5. Прикорм 106
Блок рекомендаций 6. Смеси для детского питания 109
Блок рекомендаций 7. Здоровое питание 111
Блок рекомендаций 8. Профилактика кариеса 118
Блок рекомендаций 9. Защита от солнца 122
Блок рекомендаций 10. Профилактика дорожно-транспортного травматизма 124
Блок рекомендаций 11. Предупреждение случаев утопления 125
Блок рекомендаций 12. Предупреждение случаев отравления 126
Блок рекомендаций 13. Предупреждение падений 127
Блок рекомендаций 14. Предупреждение ожогов 128
Блок рекомендаций 15. Что дети и подростки могут сделать для поддержания своего психического здоровья и благополучия 129
Блок рекомендаций 16. Что родители и опекуны могут сделать для поддержания психического здоровья и благополучия своего ребенка 130
Блок рекомендаций 17. «Метод кенгуру» (вид материнского ухода) 143
Блок рекомендаций 18. Предупреждение синдрома внезапной смерти грудного ребенка 144

Блок рекомендаций 19. Уход за кожей и ногтями новорожденного, купание 145
Блок рекомендаций 20. Как лечить гранулему пупка 157
Блок рекомендаций 21. Как лечить опрелости 170
Блок рекомендаций 22. Лечение кашля в домашних условиях 211
Блок рекомендаций 23. Лечение пневмонии в домашних условиях 217
Блок рекомендаций 24. Меры профилактики инфекций и инфекционного контроля при лечении детей с респираторными заболеваниями в домашних условиях 220
Блок рекомендаций 25. Снижение высокой температуры в домашних условиях 267
Блок рекомендаций 26. Лечение поражений полости рта в домашних условиях 278
Блок рекомендаций 27. Лечение ветряной оспы в домашних условиях 297
Блок рекомендаций 28. Предупреждение и лечение укусов клещей 307
Блок рекомендаций 29. Лечение запора в домашних условиях 367
Блок рекомендаций 30. Приступы задержки дыхания 394
Блок рекомендаций 31. Дневное недержание мочи 425
Блок рекомендаций 32. Личная гигиена полового члена и крайней плоти во время лечения баланита 440
Блок рекомендаций 33. Лечение атопического дерматита в домашних условиях 458
Блок рекомендаций 34. Лечение импетиго в домашних условиях 459
Блок рекомендаций 35. План действий по оказанию первой помощи при судорогах 556
Блок рекомендаций 36. Фебрильные судороги 558
Блок рекомендаций 37. Общие правила безопасности для детей или подростков с эпилепсией и судорогами 563
Блок рекомендаций 38. Лечение ребенка с черепно-мозговой травмой в домашних условиях 582
Блок рекомендаций 39. Обезболивание в домашних условиях 599
Блок рекомендаций 40. Здоровый сон у детей и подростков 647
Блок рекомендаций 41. Рекомендации для детей и подростков с диабетом 717
Блок рекомендаций 42. Правильная техника введения инсулина 720

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Европейское региональное бюро ВОЗ благодарит всех экспертов и коллег, написавших тексты отдельных глав или разделов и осуществлявших техническое руководство в процессе составления справочника, а также рецензентов и организации, без которых настоящая публикация не состоялась бы.

Редакционная группа

Ilgi Ertem (Университет Анкары, Турция); Mario Gehri (Больница Лозаннского университета, Швейцария); Ana Isabel Fernandes Guerreiro (специалист в области прав ребенка, Португалия); Andreas Hansmann (Медицинский колледж Университета Малави, Малави); Gottfried Huss (Европейская конфедерация педиатров первичного звена, Германия); Sophie Jullien (Барселонский институт глобального здравоохранения, Испания); Colin Kennedy (Саутгемптонский университет, Соединенное Королевство); Reinhard Klinkott (Клиника Гармиш-Партенкирхен, Германия); Marzia Lazzerini (Педиатрический институт Бурло Гарофоло (IRCCS), Италия); Sophie La Vincente (организация REACH по борьбе с ревматическим пороком сердца, Швейцария); Ilaria Lega (Национальный институт здравоохранения, Италия); Carolyn Maclennan (Королевская больница Дарвина, Австралия); Inna Marquard (семейный врач, Германия); Pierre-Andre Michaud (Лозаннский университет, Швейцария); Elizabeth Molyneux (Королевская ливерпульская детская больница, Соединенное Королевство); Revan Mustafa (Анкарский университет, Турция); Leyla Namazova-Baranova (Европейская педиатрическая ассоциация); Ermindo di Paolo (Больница Лозаннского университета, Швейцария); Сергей Саргсян (медицинский центр Arabkir, Армения); Ralf Weigel (Университет Виттен-Хердекке, Германия); Rosemary Wyber (организация REACH по борьбе с ревматическим пороком сердца, Швейцария); Farzana Yasmin (Университет Виттен-Хердекке, Германия); Yelena Zavalishina (семейный врач, Канада).

Внешние рецензенты

Henedina Antunes (Португалия); Соня Арушанян (Армения); Hugo Braga Tavares (Португалия); Cristina Camilo (Португалия); Inma Carreras (Сенегал); Subidita Chatterjee (Индия); Muna Chowdhury (Канада); Raquel Codesido Touriño (Венесуэла); Mireia Crehuet Almirall (Испания); Joanne Cyr (Швейцария), José Manuel da Silva Vilelas (Португалия); Ana Forjaz de Lacerda (Португалия); Maria Barbara C. de Menezes (Португалия); Stefano del Torso (Италия); Alexandra Dinis (Португалия); Benvinda Estela dos Santos (Португалия); Miguel Félix (Португалия); Pedro Fernandes (Португалия); Helena Fonseca (Швейцария); Ana Garrido (Португалия); Eurico J Gaspar (Португалия); Karin Geitmann (Германия); Natacha Gonçalves (Португалия); Zachi Grossman (Израиль); Antonio Guerra (Португалия); Айгуль Ильязова (Кыргызстан); Martine Jacot-Guillarmod (Швейцария); Nadia Jaggi (Швейцария); Manuel Katz (Израиль); Елена Кешишян (Российская Федерация); Akos Kovacs (Венгрия); Carsten Krüger (Германия); Maria Laureano (Португалия); Thomas Leyland (Соединенное Королевство); Alexandra Luz (Португалия); Christine Magendie (Франция); António Mano Azul (Португалия); Daniel Martinez Garcia (Швейцария); Jennifer Marx (Бельгия); Gita Mihelcic (Дания); Pascoal Moleiro (Португалия); Ingrid Morales (Бельгия); Nikola Morton (Франция); Elsa Alexandre Mota (Португалия); Sandra Murga Cabero (Испания); Гульмира Наджимидинова (Кыргызстан); Нинель Ревенко (Республика Молдова); Dina Oliveira (Португалия); Ronald Olum (Уганда); Karaman Pagava (Грузия); Roberta Petrucci (Швейцария); Rute Pina Cordeiro (Португалия); Helena Porfirio (Португалия); Cornelius Rau (Германия); Laura Reali (Италия); Michael Rigby (Соединенное Королевство); Harriet Roggeveen (Нидерланды); Leslie Rourke (Канада); Concepción Sánchez Pina (Испания); Werner Sauseng (Австрия); Iveta Skurvydiene (Литва); Елена Старец (Украина); Екатерина Стасий (Республика Молдова); Clemens Stockklausner (Германия); Айзада Тагаева (Кыргызстан); Pierre-Paul Tellier (Канада); Betul Ulukol (Турция); Jacob Urkin (Израиль); Fabio Uxa (Италия); Ana-Victoria Valori (Швейцария); Clara van Gulik (Япония); Carmen Villaizán Pérez (Испания); Carolina Viveiro (Португалия); Teresa Xavier (Португалия); Boutaina Zemrani (Швейцария).

Кластеры, департаменты и технические подразделения ВОЗ

Ценный вклад в составление настоящего руководства внесли специалисты ряда кластеров, департаментов и технических подразделений ВОЗ. Европейское региональное бюро ВОЗ выражает признательность сотрудникам и консультантам страновых офисов, региональных бюро и штаб-квартиры Организации, участвовавшим в подготовке и рецензировании глав справочника на разных этапах работы:

Hisham Abdulaziz (охрана здоровья детей и подростков); Natasha Azzopardi Muscat (Отдел страновых стратегий и систем здравоохранения); Mavjuda Babamuradova (охрана сексуального и репродуктивного здоровья); Sophia Backhaus (охрана здоровья детей и подростков); Rajiv Bahl (охрана здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков); Valentina Baltag (охрана здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков); Tsogzolmaa Bayandorj (борьба с неинфекционными заболеваниями); Nino Berdzuli (охрана материнского, сексуального и репродуктивного здоровья); Cassandra Butu (страновой офис ВОЗ в Румынии); Venkatraman Chandra-Mouli (охрана сексуального и репродуктивного здоровья); Daniel Chisholm (охрана психического здоровья); Marilys Corbex (борьба с неинфекционными заболеваниями); Bernadette Daelmans (охрана здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков); Siddhartha Datta (борьба с заболеваниями, предупреждаемыми вакцинацией, и иммунизация); Jill Farrington (борьба с неинфекционными заболеваниями); Matthias Groeschel (борьба с туберкулезом, ВИЧ/СПИДом и вирусным гепатитом); Kotoji Iwamoto (технологии здравоохранения и лекарственные средства); Gabrielle Jacob (кадровые ресурсы здравоохранения); Melitta Jakab (первичная медико-санитарная помощь); Jo Jewell (питание, физическая активность и борьба с ожирением); Lei Blandin Jobe (охрана здоровья детей и подростков); Arnoldas Jurgutis (первичная медико-санитарная помощь); Ivy Kasirye (борьба с ВИЧ); Хенрик Хачатрян (страновой офис ВОЗ в Армении); Berit Kieselbach (профилактика насилия); Aigul Kuttumuratova (первичная медико-санитарная помощь); Oleg Kuzmenko (охрана репродуктивного здоровья); Jae Eun Lee (охрана здоровья детей и подростков); Ornella Lincetto (охрана здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков); Danilo Lo Fo Wong (борьба с устойчивостью к противомикробным препаратам); Pia Maier (охрана здоровья детей и подростков); Satish Mishra (инвалидность и реабилитация); Liudmila Mosina (борьба с заболеваниями, предупреждаемыми вакцинацией, и иммунизация); Julia Mutevelli (охрана здоровья детей и подростков); Saskia Nahrgang (борьба с устойчивостью к противомикробным препаратам); Ernesto Javier Negrin (охрана здоровья детей и подростков); Rahel-Ochido Ibilola Odonde (охрана репродуктивного здоровья); Minhye Park (охрана здоровья детей и подростков); Jonathon Passmore (профилактика насилия и травматизма); Galina Perfileva (кадровые ресурсы здравоохранения); Olga Pettersson (охрана здоровья детей и подростков); Jane Robertson (технологии здравоохранения и лекарственные средства); João Rodrigues Da Silva Breda (питание, физическая активность и борьба с ожирением); Altynai Satylganova (первичная медико-санитарная помощь); Katharina Schwarz (охрана здоровья детей и подростков); Nicole Seguy (борьба с туберкулезом, ВИЧ/СПИДом и вирусным гепатитом);

Chiara Servili (охрана психического здоровья и борьба со злоупотреблением психоактивными веществами); Dinesh Sethi (профилактика насилия и травматизма); Elena Shevkun (охрана психического здоровья); Мехри Шоисматулоева (страновой офис ВОЗ в Таджикистане); Oleg Storozhenko (деятельность в чрезвычайных ситуациях); Juan Tello (первичная медико-санитарная помощь); Pavlos Theodorakis (первичная медико-санитарная помощь); Нуршаим Тиленбаева (страновой офис ВОЗ в Кыргызстане); Martin van den Boom (борьба с туберкулезом, ВИЧ/СПИДом и вирусным гепатитом); Elena Vovc (борьба с туберкулезом, ВИЧ/СПИДом и вирусным гепатитом); Wilson Were (охрана здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков); Yongjie Yon (профилактика насилия и травматизма); Шоира Юсупова (страновой офис ВОЗ в Таджикистане); Evgeny Zheleznyakov (качество медицинской помощи и безопасность пациентов).

Учреждения и организации

Европейское региональное бюро ВОЗ благодарит за стратегическое управление, предоставление материалов и техническую поддержку при разработке концепции, подготовке и редактировании *справочника* нижеперечисленные учреждения, организации и экспертов:

Европейская академия педиатрии (EAP) (Peter Altorjai, Zachi Grossman, Adamos Hadjipanayis, Bert Koletzko, Stefano del Torso), **Европейская конфедерация педиатров первичного звена (ECPCP)** (Shimon Barak, Angel Carrasco-Sanz, Gottfried Huss, Christine Magendie, Laura Reali, Concepcion Sánchez Pina, Iveta Skurvydiene, Carmen Villaizán Pérez), **Европейская педиатрическая ассоциация (EPA/UNEPSA)** (Manuel Katz, Massimo Mantovani, Leyla Namazova-Baranova), **Международная федерация ассоциаций студентов-медиков (IMSFA)** (Gita Mihelčič), **организация «Врачи без границ» (MSF)** (Joanne Cyr, Daniel Martinez Garcia, Jennifer Marx, Nikola Morton, Roberta Petrucci, Harriet Roggeveen, Ana-Victoria Valori, Clara van Gulik), **ЮНИСЕФ** (Ivelina Borisova, Nina Ferencic, Gabriele Fontana, Deepa Grover, Ruslan Malyta, Basil Rodrigues, Bettina Schwethelm), **ЮНФПА** (Tamar Khomasuridze), **Всемирная организация семейных врачей (WONCA)** (Muna Chowdhury, Thomas Frese, Garth Manning, Leslie Rourke, Anna Stavdal, Pierre-Paul Tellier).

Отдельные эксперты

Mitch Blair (Соединенное Королевство); Trevor Duke (Австралия); Mike English (Кения); Ольга Комарова (Российская Федерация); Michael Rigby (Соединенное Королевство).

Комитет по координации и редактуре

Общим процессом разработки *карманного справочника* руководили Susanne Carai и Martin Weber (Европейское региональное бюро ВОЗ).

Текст справочника был написан и отредактирован Susanne Carai, Sophie Jullien, Carolyn Maclennan, Julia Mutevelli и Martin Weber (Европейское региональное бюро ВОЗ).

Публикация была разработана при финансовой поддержке Федерального министерства здравоохранения Германии.

Комитет по разработке версии Республики Казахстан

Страновой офис Всемирной организации здравоохранения в Казахстане выражает искреннюю признательность Министерству здравоохранения Республики Казахстан и членам Национальной рабочей группы по адаптации страновой версии Карманного справочника «Оказание первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам: руководство по укреплению здоровья, профилактике и лечению заболеваний в период с рождения до подросткового возраста» за экспертный вклад и активное участие в процессе адаптации документа к национальному контексту Республики Казахстан.

Состав Национальной рабочей группы:

Ембергенова Магрипа Хамитовна, Абилпеисова Перизат Кайратқызы, Анохина Светлана Геннадьевна, Чувакова Тамара Курмангалиевна, Ким Наталья Георгиевна, Абуова Гаухар Омержановна, Ташенова Гульнара Талиповна, Оспанова Зауре Муратовна, Карин Бектурган Тыныбаевич, Баешева Динагуль Аяпбековна, Тукбекова Бибигуль Тулебаевна, Алимбаева Гуля Назаровна, Антонова Елена Юрьевна, Шапаева Гульжан Амангельдиевна, Жумалина Акмарал Канашевна, Коркмазов Арсен Шамильевич, Вихновская Марина Владимировна Бердиярова Гульбану Сансызбаевна, Тулебаева Айгуль Баязитовна, Ахенбекова Аида Жаксыбаевна, Мухамбетова Гульнар Амерзаевна, Ахметова Гульжахан Мажитовна, Смагулова Динара Урандасовна, Канатбаева Асия Бакишевна, Нургалиева Жанар Женисовна, Алданьярова Бахит Жалауовна.

Также выражаем признательность благотворительному фонду AYALA за оказанную поддержку, благодаря которой был осуществлён выпуск печатного тиража Карманного справочника «Оказание первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам: руководство по укреплению здоровья, профилактике и лечению заболеваний в период с рождения до подросткового возраста».

Страновая версия была разработана с поддержкой Датского фонда LEGO Foundation.

ПРЕДИСЛОВИЕ РЕГИОНАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА

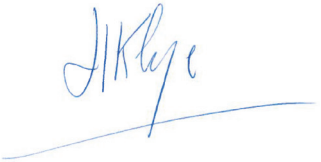
Первичная медико-санитарная помощь – структурный компонент всеобщего охвата услугами здравоохранения и гарант качественного медицинского обслуживания, доступного всем. Необходимо обеспечить непрерывный цикл медицинской помощи детям и подросткам на уровне местных сообществ. К сожалению, качество оказываемых услуг не всегда соответствует стандартам: не все медицинские работники располагают знаниями, ресурсами и поддержкой, необходимыми для воплощения лечебных стратегий, опирающихся на фактические данные и отвечающих интересам ребенка или подростка.

Настоящий карманный справочник призван исправить эту ситуацию: он содержит актуальные указания по терапии расстройств, с которыми работник здравоохранения наиболее часто сталкивается при оказании первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам. Также в нем представлены состояния, относящиеся к компетенции специалистов, что позволяет работнику первичной медико-санитарной помощи проводить плановое лечение детей и подростков с множественными или хроническими патологиями.

Настоящий карманный справочник содействует закреплению комплексного подхода к здоровью, взрослению и развитию детей и подростков до 18 лет. Именно поэтому основное внимание в нем уделяется популяризации правильного образа жизни, профилактике расстройств, заблаговременному устранению факторов риска и контролю хронических патологий. Меры по улучшению здоровья и предупреждению болезней, реализуемые в период от рождения до подросткового возраста – предоставление данных о графиках и содержании контрольных посещений здорового ребенка, рекомендаций по грудному вскармливанию и введению прикорма, поддержка развития детей раннего возраста и медицинское информирование подростков – учитывают обобщенные сведения из действующих руководств ВОЗ, основывающихся на фактических данных.

Настоящий карманный справочник предназначен для врачей, среднего медицинского персонала и других квалифицированных медицинских работников, отвечающих за первичную медико-санитарную помощь детям и подросткам в Европейском регионе ВОЗ; его рекомендации приложимы к широкому спектру ситуаций и могут быть адаптированы для конкретных стран при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ. Справочник способствует оказанию исчерпывающей первичной медико-санитарной помощи: пристальное внимание к методам и профилактике, базирующимся на фактических данных, гарантирует получение пациентами всех требующихся услуг, а также исключает риск необоснованного лечения и госпитализации.

Первичная медико-санитарная помощь – это наиболее инклюзивный, эффективный и действенный подход, позволяющий укрепить физическое и психическое здоровье, социальную устойчивость и благополучие каждого члена общества, никого не оставив без внимания. Это краеугольный камень любой надежной и эффективной системы всеобщего охвата услугами здравоохранения и связанных со здоровьем целей в области устойчивого развития; ее историческое значение закреплено Алма-Атинской и Астанинской декларациями. Основная идея настоящего карманного справочника заключается в улучшении опыта взаимодействия детей и подростков со службами первичной медико-санитарной помощи; он станет важным элементом поддержки Европейской программы работы ВОЗ и поможет странам усовершенствовать сферу охраны здоровья детей.



Д-р Hans Henri P. Kluge
Региональный директор
Европейское региональное бюро ВОЗ

Список сокращений

АДС	адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин
АДС-М	адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов
АКДС	адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина
АЛТ	аланинтрансаминаза
Апгар (шкала)	окраска кожного покрова, частота сердечных сокращений (ЧСС), рефлекторная возбудимость, мышечный тонус, дыхание
АРВ	антиретровирусные (препараты)
АРТ	антиретровирусная терапия
АСОСГМ	автоматический слуховой ответ ствола головного мозга
бОПВ	бивалентная оральная вакцина против полиомиелита
БЦЖ (вакцина)	бацилла Кальмета – Герена
в/в	внутривенная (инъекция), внутривенно
в/м	внутримышечная (инъекция), внутримышечно
ВВО	вирус ветряной оспы
ВГА	вирус гепатита А
ВГВ	вирус гепатита В
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПГ	вирус простого герпеса
ВПЧ	вирус папилломы человека
ВЭБ	вирус Эпштейна – Барр
ГУС	гемолитико-уремический синдром
ГЭРБ	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

ДАИ	дозированный аэрозольный ингалятор
ДМПА	депо-медроксипрогестерона ацетат
ДНК	дезоксирибонуклеиновая кислота
ИК	ингаляционные кортикостероиды
ИКТ	информационно-коммуникационные технологии
ИМТ	индекс массы тела
ИПВ	инактивированная полиомиелитная вакцина
ИППП	инфекции, передающиеся половым путем
КПК	тривакцина против кори, паротита и краснухи
КПР	Конвенция о правах ребенка
ЛОР	отоларинголог (от латинских слов larynx [гортань], otos [ухо] и rhinos [нос])
ЛОР-заболевания	заболевания уха, горла и носа
МЕ	международные единицы
МРТ	магнитно-резонансная томография
НИОТ	нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
ННИОТ	ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
ОАЭ	отоакустическая эмиссия
ОРС	оральные регидратационные соли
ОТ-ПЦР	полимеразная цепная реакция с обратной транскрипцией
п/к	подкожная (инъекция), подкожно
ПИИК	профилактика инфекций и инфекционный контроль
ПКП	постконтактная профилактика
ПТСР	посттравматическое стрессовое расстройство
ПЦР	полимеразная цепная реакция
РАС	расстройство аутистического спектра
РНК	рибонуклеиновая кислота
РСВ	респираторно-синцитиальный вирус
СВДС	синдром внезапной детской смерти
СДВГ	синдром дефицита внимания с гиперактивностью
СИЗ	средства индивидуальной защиты
СО	стандартное отклонение

СОЭ	скорость оседания эритроцитов
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
СРБ	С-реактивный белок
ТТГ	тиреотропный гормон
уд/мин	ударов в минуту
УЗИ	ультразвуковое исследование
УФ	ультрафиолет
ХГЧ	хорионический гонадотропин человека
ЦМВ	цитомегаловирус
ЧСС	частота сердечных сокращений
ЭКГ	электрокардиограмма
ЭЭГ	электроэнцефалография
AABR	автоматический слуховой ответ ствола головного мозга
ABCDE (алгоритм)	A [airway] – дыхательные пути, B [breathing] – дыхание, C [circulation] – кровообращение, D [disability] – неврологический статус, E [exposure] – повреждения
AVPU (шкала)	A [alert] – в ясном сознании, V [voice] – реагирует на голос, P [pain] – реагирует на боль, U [unconcious] – без сознания
COVID-19	коронавирусная инфекция 2019 г.
FTT	неспособность процветать [failure to thrive]
GMFCS	система классификации больших моторных функций
HbA1c	гемоглобин A1c (гликированный гемоглобин)
HBsAg	поверхностный антиген вируса гепатита B
HEEADSSSS (оценка)	H [home] – жилищные условия, E [education/employment] – образование/занятость, E [eating habits] – пищевые привычки, A [activities] – занятия, D [drugs] – лекарственные и другие зависимости, S [sexuality] – сексуальная жизнь, S [suicide and mental health] – склонность к суициду и психическое здоровье, S [security] – безопасность, S [social media] – социальные сети
HLA	лейкоцитарный антиген человека
Ig	иммуноглобулин

IgA	иммуноглобулин класса A
IgD	иммуноглобулин класса D
IgE	иммуноглобулин класса E
IgM	иммуноглобулин класса M
LABA	бета-2-адреномиметик длительного действия
MCV	средний объем эритроцита
MIS-C	мультисистемный воспалительный синдром у детей и подростков, связанный с COVID-19
PFAPA-синдром	синдром периодической лихорадки с афтозным стоматитом, фарингитом и лимфаденитом (синдром Маршалла)
SABA	бета-2-адреномиметик короткого действия
SARS-CoV-2	коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома – 2
sp., spp.	вид, виды (лат.)
SpF	фактор защиты от ультрафиолетового излучения
SpO_2	уровень насыщения крови кислородом

■ диагностический признак или симптом

▶ рекомендуемое лечение/терапия или действие

 рекомендация для родителей и опекунов

ГЛАВА 1

Оказание помощи с рождения до подросткового возраста

1.1 Функции работника первичной медико-санитарной помощи 1
1.2 Общие стандарты и принципы 4
1.2.1 Стандарты ВОЗ в области качества медицинской помощи, оказываемой детям и лицам раннего подросткового возраста 4
1.2.2 Конвенция о правах ребенка 5
1.3 Оказание помощи детям и подросткам, находящимся в уязвимом положении 6
1.3.1 Дети и подростки, находящиеся в уязвимом положении 6
1.3.2 Дети и подростки из числа мигрантов и беженцев 7

1.1 Функции работника первичной медико-санитарной помощи

Профилактика и укрепление здоровья

Работники первичной медико-санитарной помощи вносят значимый вклад не только в раннюю диагностику и лечение расстройств, но и в улучшение показателей здоровья за счет популяризации здорового образа жизни и профилактики заболеваний и нарушений развития.

В ходе каждой встречи с пациентом работник первичной медико-санитарной помощи может:

- давать детям, подросткам и их родителям или опекунам ценные рекомендации;
- проводить вмешательства с целью профилактики заболеваний и нарушений развития;
- поощрять выборы и профилактические меры, укрепляющие здоровье, включая правильное питание, повышение физической активности, вакцинацию и регулярное прохождение диспансеризации;

- наблюдать за развитием ребенка, освещать способы дальнейшей стимуляции развития и своевременно выявлять потребности ребенка в дополнительной поддержке;
- анализировать связанные со здоровьем и психосоциальные риски для развития ребенка, а также такие социальные детерминанты здоровья, как бедность, психический статус опекуна, злоупотребление психоактивными веществами, конфликты или насилие в семье;
- предоставлять родителям возможность задавать накопившиеся вопросы о здоровье и развитии ребенка или о собственных действиях в качестве родителей;
- обсуждать другие темы, включая родительские навыки, питание, поведение, развитие и безопасность.

Многопрофильная помощь

Зачастую работник первичной медико-санитарной помощи становится для ребенка или подростка и его семьи первой точкой контакта с системой здравоохранения, получая широкие возможности для тесного взаимодействия как с ребенком, так и с семьей, и для оказания многопрофильной помощи.

Многопрофильная помощь – это модель, согласно которой работник первичной медико-санитарной помощи принимает основную ответственность за оказание помощи и выступает ее координатором. При необходимости он может направлять ребенка к врачам-специалистам, в частности стоматологам, психиатрам, психологам, диетологам, а также сотрудникам социальных служб, образовательных и общественных организаций, вовлекая различные секторы и предоставляя ребенку доступ ко всем видам помощи.

Многопрофильная помощь позволяет семьям лучше справляться со стрессами и трудностями, нивелирует путаницу и обеспечивает экономически эффективное использование ресурсов. Многопрофильная несегментированная помощь считается «золотым стандартом» ранних вмешательств.

Непрерывность оказания медицинской помощи и переход в систему здравоохранения для взрослых

Обеспечьте непрерывное оказание помощи на всех этапах жизни. В надлежащий момент организуйте перевод подростка в систему здравоохранения для взрослых (с. 839). Прочие вопросы, относящиеся к подросткам, рассматриваются в главе 8.

Помощь, ориентированная на нужды семьи

Каждая семья, вне зависимости от своего образовательного и социально-экономического статуса, должна активно и равноправно участвовать в оказании помощи ребенку.

Применяйте в повседневной практике следующие подходы и установки в отношении помощи, ориентированной на нужды и интересы семьи:

- поощряйте участие родителей и опекунов в оказании помощи в качестве полностью информированных партнеров;
- не пренебрегайте тревогами родителей и опекунов: они знают ребенка лучше, чем кто бы то ни было;
- для установления взаимопонимания с опекунами задавайте им открытые вопросы и предоставляйте достаточно времени для содержательного ответа: так вы можете получить полезную информацию;
- отмечайте и высоко оценивайте усилия по поддержке детей, прилагаемые семьями.

Учитывайте культурное и этническое разнообразие:

- демонстрируйте уважение ко всем детям и семьям, их культурным установкам, приоритетам и убеждениям, не допуская проявления каких-либо форм дискриминации.

Расширяйте права и возможности семей:

- признавайте, что дети и их опекуны могут противостоять трудностям, опираясь на свои ресурсы, сильные стороны и навыки решения проблем;
- помогайте семьям находить и мобилизовывать внутренние резервы;
- принимайте решения, касающиеся ребенка, совместно с ним и его семьей;
- задействуйте навыки активного слушания и подчеркивайте сильные стороны семьи: эта простая стратегия оказывает терапевтическое и поддерживающее воздействие даже сама по себе.

Помогайте семьям искать стратегии совладания с факторами риска:

- если семья столкнулась с трудностями, расскажите о возможностях местных сообществ (центров семейных ресурсов, социальных служб, групп поддержки) и свяжите с ними семью; проинформируйте семью о программах надомных посещений и программах обучения родителей.

1.2 Общие стандарты и принципы

Согласно определению, впервые закрепленному в Алма-Атинской декларации (1978 г.) и вновь включенному в Астанинскую декларацию (2018 г.), первичная медико-санитарная помощь охватывает сферы физического, духовного и социального благополучия. Она должна быть ориентирована на интересы людей и учитывать все медико-санитарные потребности с рождения и до конца жизни – от профилактики и укрепления здоровья до лечения, реабилитации и паллиативного сопровождения. Это определение подчеркивает ответственность государств за обеспечение физической и ценовой доступности качественных основных услуг здравоохранения.

1.2.1 Стандарты ВОЗ в области качества медицинской помощи, оказываемой детям и подросткам

ВОЗ разработала стандарты в области качества медицинской помощи, оказываемой детям и подросткам, которые должны применяться во всех учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

- **Стандарт 1.** Всем детям предоставляется научно обоснованный уход и медицинская помощь в соответствии с международными рекомендациями (например, рекомендациями ВОЗ).
- **Стандарт 2.** Информационная система в сфере здравоохранения обеспечивает сбор, анализ и использование данных в целях принятия заблаговременных и надлежащих мер по повышению качества медицинской помощи, оказываемой всем детям.
- **Стандарт 3.** В случае обнаружения заболевания, которое не поддается лечению с помощью имеющихся ресурсов, все дети своевременно переводятся в медицинское учреждение соответствующего профиля для обеспечения непрерывности оказания медицинской помощи.
- **Стандарт 4.** Взаимодействие с детьми и их семьями носит эффективный характер, предполагает их полноценное участие в лечебном процессе и учитывает их потребности и предпочтения.
- **Стандарт 5.** Права каждого ребенка уважаются, защищаются и осуществляются в любой момент оказания медицинской помощи без какой-либо дискриминации.
- **Стандарт 6.** Всем детям и их семьям оказывается просветительская, эмоциональная и социально-психологическая поддержка, учитывающая их потребности и направленная на расширение их прав и возможностей.

- **Стандарт 7.** Всем детям на постоянной основе предоставляются услуги компетентных, заинтересованных и чутких специалистов, обеспечивающих медицинскую помощь и лечение наиболее распространенных болезней детского возраста.
- **Стандарт 8.** В медицинском учреждении имеется надлежащая физическая инфраструктура, созданная с учетом возрастных особенностей детей, в том числе полноценные системы водо- и энергоснабжения, санитарии и утилизации отходов, а также лекарственные средства, материалы медицинского назначения и оборудование, необходимые для осуществления стандартного ухода и лечения наиболее распространенных болезней детского возраста.

1.2.2 Конвенция о правах ребенка

Конвенция о правах ребенка (КПР) была утверждена Генеральной Ассамблеей ООН в 1989 г. и ратифицирована всеми странами в Европейском регионе. Следовательно, закрепленные в КПР принципы являются частью национального законодательства этих стран.

Все специалисты, работающие непосредственно с детьми или в интересах детей, обязаны уважать, защищать и соблюдать права ребенка, а также придерживаться следующих ключевых принципов и обязательств:

- **Статья 2:** уважать права детей и обеспечивать их реализацию в каждом отдельном случае без какой-либо дискриминации;
- **Статья 3:** изыскивать, оценивать и принимать во внимание наилучшие способы обеспечения интересов ребенка во время любого взаимодействия с ним.
- **Статья 6:** обеспечивать соблюдение неотъемлемого права ребенка на жизнь и, в максимально возможной степени, его выживание и здоровое развитие.
- **Статья 12:** обеспечивать ребенку, способному сформулировать свои собственные взгляды, право свободно выражать их по всем вопросам, затрагивающим его интересы; уделять должное внимание взглядам ребенка в соответствии с его возрастом и зрелостью.
- **Статья 13:** соблюдать право ребенка свободно выражать свое мнение, включая свободу искать, получать и передавать информацию и идеи любого рода.

Знайте права ребенка и применяйте их в своей практике:

- руководствуйтесь принципом наилучшего обеспечения интересов ребенка во всех вопросах, связанных с оказанием медицинской помощи;

- реализуйте право ребенка участвовать в принятии решений относительно лечения и ухода (например, путем предоставления ему информации, получения его разрешения или информированного согласия);
- предоставляйте конфиденциальное консультирование и рекомендации детям из различных возрастных групп;
- осуществляйте эффективную коммуникацию с детьми и подростками в соответствии с уровнем их развития;
- соотносите медицинскую помощь подросткам с их нуждами и интересами;
- умейте распознавать признаки жестокого обращения с ребенком, чтобы выявлять детей, подвергающихся издевательствам или небрежному обращению. Предоставляйте поддержку таким детям. Изучите существующие в вашей стране механизмы уведомления и направления (с. 753).

1.3 Оказание эффективной помощи детям и подросткам, находящимся в уязвимом положении

Многие дети и подростки живут в сложных условиях, ставящих под угрозу их физическое и психическое благополучие и затрудняющих доступ к надлежащей медицинской помощи. В уязвимом положении могут оказаться мигранты, беженцы, сироты, дети из неблагополучных семей; дети, родители или опекуны которых страдают серьезными психическими расстройствами (например, зависимостями).

1.3.1 Дети и подростки, находящиеся в уязвимом положении

Иногда дети и подростки оказываются в ситуациях, создающих особые медицинские потребности и препятствующих их удовлетворению. К таким ситуациям относятся, например, проживание в неблагополучных районах, приютах, нахождение в местах лишения свободы; отсутствие медицинской страховки или бездомность.

Решений требуют и особые проблемы некоторых детей и подростков, такие как:

- проявления ненадлежащей гигиены – вши, болезни десен и зубов;
- инфекционные заболевания, включая инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) (с. 814);

- издевательства и насилие, включая сексуальное насилие и проституцию, в том числе принудительную (с. 753);
- употребление психоактивных веществ или злоупотребление ими (с. 767);
- психические расстройства, включая депрессию (с. 618), тревожность (с. 628) и суицидальное поведение (с. 624);
- отсутствие школьного обучения и образования.

Многие пункты предполагают междисциплинарный системный подход, поэтому работник первичной медико-санитарной помощи должен:

- тесно сотрудничать с социальными службами или выездными социальными работниками. Они выступают связующим звеном, облегчающим доступ к услугам здравоохранения и к медицинской помощи;
- регулярно проводить скрининг, например тестирование на ИППП и вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) (с. 816);
- давать рекомендации, например в отношении безопасного секса (с. 802);
- поддерживать связь со школьной системой, способствовать возвращению в школу детей, бросивших учебу;
- находить финансовые ресурсы для покрытия расходов на здравоохранение;
- при необходимости направлять пациента к психологу или психиатру;
- содействовать обучению ребенка в среде сверстников и поощрять поддержку с ее стороны.

1.3.2 Дети и подростки из числа мигрантов и беженцев

Дети и подростки, находящиеся в поиске убежища, зачастую прибывают в принимающую страну после длительного путешествия, иногда в одиночестве после разлуки с родителями и семьей; возможно, они подвергались тяжелым физическим и/или психическим страданиям, а также насилию.

В соответствии с КПР ответственность за предоставление детям-мигрантам и беженцам доступа к медицинской помощи возложена на системы здравоохранения принимающих стран.

Дети и подростки из числа мигрантов и беженцев должны располагать информацией о профилактических мероприятиях и иметь доступ к ним. Они могут страдать от различных патологий, состояний и расстройств, требующих диагностики; к таковым относятся:

- неполный набор прививок (с. 81);
- инфекционные заболевания, например туберкулез (с. 746), гепатиты B и C (с. 485), малярия, кишечные паразиты или ИППП (с. 814);
- недостаточное питание;
- психические травмы, вызванные путешествием или предшествующими событиями;
- статус жертвы или свидетеля крайних форм насилия (включая сексуальное, физическое или психологическое), жестокого обращения и торговли людьми и возникшие вследствие этого риски развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и других медицинских, психологических и психосоциальных последствий;
- отсутствие кратко- и долгосрочных перспектив; страх получить отказ в предоставлении убежища; страх быть высланным в страну происхождения.

Ниже приведен ряд рекомендаций, позволяющих упростить и оптимизировать вашу деятельность как работника первичной медико-санитарной помощи:

- помните о конкретных болезнях и инфекциях, которые мигранты могли приобрести в стране происхождения (например, о малярии, туберкулезе, кишечных инфекциях), и умейте их лечить;
- имейте представление о причинах миграции;
- уважайте различия в ценностях и устоях страны происхождения и принимающей страны;
- сотрудничайте с переводчиками;
- поддерживайте контакты с местными социальными службами, в том числе со службами опеки, школьными педагогами и врачами.

Возможно, ваша деятельность будет включать следующие аспекты:

- консультирование по профилактическим мерам, улучшающим гигиену (например, по доступу к санитарным удобствам, безопасной питьевой воде, стоматологическим услугам) и проведение вакцинаций;
- диагностика и лечение инфекционных заболеваний;

- выявление случаев жестокого обращения с ребенком (с. 753), включая сексуальное насилие, уведомление о них и направление пострадавших к специалистам;
- распознавание таких психических расстройств, как тревожность, депрессия и ПТСР, и их надлежащее лечение; при необходимости направление пациента в службы психосоциальной помощи.

У многих несопровождаемых молодых людей отсутствуют документы, подтверждающие их возраст. Поскольку по сравнению со взрослыми дети имеют дополнительные права, вам могут поручить оценку их возраста. По последним научным данным, в случае с подростками старшего возраста даже опирающаяся на медицинские методы оценка не даст искомую точность. Поэтому настоятельно рекомендуется комплексная оценка, позволяющая толковать сомнения в пользу пациента. При любых действиях в отношении детей следует исходить из соображений наилучшего обеспечения интересов и прав ребенка.

Для заметок

ГЛАВА 2

Диагностические подходы к ребенку и подростку

2.1	**Контрольное посещение здорового ребенка, посещение больного ребенка, последующее контрольное посещение**	**11**
2.2	**Сбор педиатрического анамнеза**	**12**
2.3	**Подход к ребенку и физикальное обследование**	**14**
2.4	**Дифференциальная диагностика**	**20**
2.5	**Последующее лечение**	**21**

2.1 Контрольное посещение здорового ребенка, посещение больного ребенка, последующее контрольное посещение

Между разными видами посещений существуют различия, которые следует учитывать в подходах к их организации. Подход может различаться в зависимости от того, знаете ли вы ребенка.

Контрольное посещение здорового ребенка, как правило, представляет собой регулярный визит, цель которого заключается в контроле за ростом и развитием ребенка (см. главу 3).

Этапы организации контрольного посещения здорового ребенка:

- сбор анамнеза;
- физикальное обследование;
- консультирование.

При наличии жалоб или обнаружении каких-либо отклонений см. этапы организации посещения больного ребенка ниже.

Посещение больного ребенка связано с новыми или существующими проблемами здоровья, вопросами, подозрениями или симптомами, а также с мониторингом хронических патологий.

Этапы организации посещения больного ребенка:

- экстренная медицинская сортировка и оказание помощи (при необходимости);
- сбор анамнеза;
- осмотр;
- лабораторные исследования (при необходимости);
- постановка диагноза или проведение дифференциальной диагностики;
- лечение;
- направление в стационар или к специалисту (при необходимости);
- последующее наблюдение (при необходимости).

Последующее контрольное посещение

Время и цель последующих контрольных посещений может варьироваться в зависимости от нескольких факторов – первоначальной жалобы или патологии, острого или хронического характера нарушения, назначения лекарственных препаратов (например, антибиотиков), а также от того, является ли посещение запланированным заранее или связанным с появлением признаков, указывающих на ухудшение состояния (дополнительную информацию см. в разделе «Последующее лечение» на с. 21).

Каждое посещение – это возможность проконсультировать ребенка и его опекунов по вопросам, связанным с профилактикой заболеваний и укреплением здоровья (к таким темам, например, относятся физическая активность, питание, вакцинация, состояние зубов и измерение индекса массы тела (ИМТ)).

2.2 Сбор педиатрического анамнеза

Сбор анамнеза и беседа с ребенком помогают установить контакт с ребенком и его родителями; это важный шаг, который необходимо предпринять до начала осмотра.

- Задавайте открытые вопросы. Дайте ребенку достаточно времени для ответа и не перебивайте его.

- В зависимости от возраста ребенка и предполагаемого нарушения здоровья вы можете предложить побеседовать с ребенком без присутствия родителей, если это отвечает наилучшему обеспечению его интересов.
- В случае с ребенком младшего возраста сбор анамнеза производится со слов родителя или опекуна. Дети более старшего возраста должны принимать участие в процессе сбора информации, если понимают, о чем идет речь.
- Если ребенок говорит на другом языке и необходим переводчик, используйте для общения с ним доброжелательные невербальные сигналы и жесты.

НЕ ИСПОЛЬЗУЙТЕ специальную медицинскую терминологию.

НЕ УПОТРЕБЛЯЙТЕ в разговоре с ребенком непонятные ему слова.

Дополнительные аспекты сбора анамнеза и проведения беседы с подростком см. на с. 790.

Таблица 1. Сбор анамнеза

Текущие жалобы
Сбор анамнеза обычно начинают с выяснения текущих жалоб: • «Почему вы обратились с ребенком к врачу?» или «Что вас привело сегодня ко мне?» (если ребенок старшего возраста или пришел без сопровождения). • Когда и как началась болезнь? Если симптомов было несколько, в каком порядке они возникали? Случалось ли подобное раньше? • Возникали ли аналогичные симптомы у братьев и сестер или других членов домохозяйства? • Для детей грудного и раннего возраста: — кормление (любые изменения характера или объема); — дефекация, мочеиспускание; — режим сна и бодрствования, активность; — набор или потеря веса.
Заболевания в анамнезе
• Перенесенные заболевания, травмы, госпитализации. • Проверьте, сделаны ли все необходимые прививки.
Лекарства, которые ребенок принимал раньше
• Лекарства, которые ребенок принимает сейчас. • Известные аллергии на лекарственные средства.

Течение беременности и родов

- Возраст и акушерский анамнез матери: осложнения во время беременности, состояние питания, прием добавок с фолиевой кислотой или витамином D, число беременностей.
- Осложнения во время родов: дистресс-синдром плода, наложение щипцов или роды при тазовом предлежании плода, родовые травмы при кесаревом сечении, помещение в отделение интенсивной неонатальной терапии.
- Гестационный возраст, масса тела при рождении, баллы по шкале Апгар.
- Осложнения в неонатальном периоде: желтуха, инфекции, проблемы с кормлением.

Развитие ребенка

- Возраст достижения основных этапов развития (см. главу 3) и текущий уровень развития.
- Для детей школьного возраста: наличие особых проблем (в области успеваемости, физического развития, социального взаимодействия со сверстниками).

Поведение

- Жалобы на поведение (с учетом возраста): агрессия, замкнутость, самоповреждение, зависимости.

Семейный анамнез

- Наличие у родственников таких заболеваний, как эпилепсия, диабет, гипертония, астма, туберкулез, серповидно-клеточная анемия, тяжелая анемия, талассемия.

Социальное положение

- Жилищная ситуация и условия проживания.
- Кто основной опекун, число братьев и сестер.
- Посещает ли ребенок школу.

2.3 Подход к ребенку и физикальное обследование

Основные аспекты клинического осмотра ребенка

Создайте комфортную обстановку

- Проводите осмотр в условиях приватности, в обстановке, благоприятной для ребенка (см. приложение 1), при комфортной и соответствующей условиям комнатной температуре.

- Не раздевайте ребенка полностью без необходимости; чтобы избежать переохлаждения, снимайте одежду только с той части тела, которую вы намереваетесь осмотреть (т. е. сначала с верхней, а затем с нижней половины тела).

Установите доверительные отношения

- Соблюдайте комфортную дистанцию, установите зрительный контакт. По возможности находитесь на одном уровне с ребенком как можно больше, старайтесь не возвышаться над ним.
- Как можно активнее вовлекайте ребенка в общение, установите контакт с ним.
- Расскажите ребенку, что и как вы будете осматривать. Дайте ему понять, что вы не будете предпринимать никаких действий, пока не объясните их.
- Просите у ребенка разрешения прикоснуться к нему (в зависимости от возраста); никогда не прикасайтесь к ребенку без предупреждения.
- Честно предупреждайте о болезненных процедурах.

Отвлеките ребенка, чтобы создать непринужденную обстановку

- Чтобы создать непринужденную обстановку перед началом или во время осмотра, поговорите о чем-нибудь несерьезном (например, о фильмах или новинках, интересных детям разного возраста).
- Насколько это возможно, проводите осмотр как игру: держите под рукой игрушки или наклейки; расскажите что-нибудь интересное во время осмотра; разрешите ребенку изучить ваши инструменты (например, стетоскоп или неврологический молоток) и поиграть с ними.



Осмотр как игра: разрешите ребенку изучить ваши инструменты

Привлеките родителей или опекунов к процессу осмотра

- Разрешите родителям или опекунам присутствовать на всем протяжении осмотра ребенка (за исключением подозрения на случаи жестокого или небрежного обращения с ребенком, см. с. 753).
- По возможности осматривайте детей младшего возраста на руках или на коленях у родителя или опекуна.



Осматривайте детей младшего возраста на руках у опекуна

- Если ребенок находится в стрессе или плачет, дайте ему немного времени, чтобы побыть с опекуном и успокоиться.

Наблюдение и последовательность физикального обследования

Наблюдение является важным диагностическим инструментом. Оно начинается, как только вы видите ребенка в первый раз (например, когда он играет в помещении для ожидания), продолжается в момент приветствия и во время сбора анамнеза.

Гигиена рук

- Вымойте и продезинфицируйте руки перед началом осмотра (см. памятку «Гигиена рук» на с. 913).

Проявите гибкий подход к организации обследования, чтобы как можно меньше беспокоить ребенка

Начните с наблюдения за ребенком (и его взаимодействием с родителем или опекуном). Попытайтесь проверить как можно больше необходимых признаков, прежде чем прикасаться к ребенку. Прежде чем беспокоить ребенка, необходимо обратить внимание на эти и другие признаки.

- Общий вид:
  - — Выглядит ли ребенок здоровым/больным, активным/заторможенным, раздраженным, беспокойным, недоедающим?
  - — Ребенок разговаривает, плачет или издает какие-либо звуки?
  - — Насколько активно ведет себя ребенок, интересуется ли он окружающим, осматривается ли вокруг?
  - — Не выглядит ли ребенок вялым, сонливым, нет ли рвоты? В состоянии ли он сосать грудь?
- Есть ли у него признаки дыхательной недостаточности?
- Использует ли ребенок при дыхании вспомогательную мускулатуру?
- Нет ли втяжения нижней части грудной клетки?
- Учащено ли дыхание?
- Нет ли у ребенка одышки?
- Прочие признаки:
  - — желтуха, бледность, цианоз, симптом «барабанных палочек» (утолщение концевых фаланг пальцев), отек, лимфаденопатия, сыпь, петехии.

▶ Затем переходите к регистрации признаков, которые требуют прямого контакта с ребенком, но не причиняют ему особого беспокойства, например определение пульса или выслушивание сердца и легких. Если ребенок спокоен и не находится в стрессе, сначала воспользуйтесь возможностью, чтобы проверить сердечно-сосудистую, дыхательную и нервную системы.

▶ В последнюю очередь следует проводить те виды обследования, которые могут вызвать беспокойство ребенка: измерение температуры тела, проверку тургора кожи (тест на обезвоживание методом реакции кожной складки), измерение артериального давления, осмотр ушей, носа, горла и полости рта.

Общее физикальное обследование

Порядок проведения тщательного физикального обследования изложен в таблице 2. Следует применять гибкий подход и изменять последовательность этапов осмотра в зависимости от текущих жалоб, возраста ребенка и первичного/повторного характера осмотра. Те виды обследования, которые могут вызвать беспокойство ребенка, следует проводить в последнюю очередь. Тем не менее каждый ребенок должен

регулярно (или во время контрольных посещений здорового ребенка) проходить полный и систематический осмотр. Особенности физикального обследования новорожденных см. на с. 135, подростков – на с. 795.

Таблица 2. Составные части полного физикального обследования (последовательность этапов может быть изменена)

Кожа
• Осмотрите кожу: имеется ли бледность, желтуха, сыпь, признаки травм (например, кровоподтеки)?
Голова и шея
• Пропальпируйте родничок у детей младше 24 месяцев: присутствует ли выбухание или западение? • Пропальпируйте голову и шею, включая щитовидную железу: ощущаются ли кисты, увеличенные лимфатические узлы, ригидность затылочных мышц? • Осмотрите глаза: имеются ли какие-либо аномалии, признаки инфекции, нистагм? Одинакового ли размера зрачки, реагируют ли они на свет и аккомодацию (в международной или английской литературе упоминается как тест PERRLA)? • Проверьте розовый рефлекс с глазного дна: присутствует ли он, одинаков ли для обоих глаз? • Осмотрите полость носа: присутствуют ли инородные тела, видимые полипы, искривление носовой перегородки? • Осмотрите ротоглотку: присутствует ли расщелина нёба? Сколько у ребенка зубов и каково их гигиеническое состояние? Наблюдается ли увеличение или покраснение миндалин, выделения из них? • Осмотрите уши на предмет аномалий и проверьте барабанные перепонки с помощью отоскопа: присутствует ли гиперемия, выпуклость, перфорация?
Дыхание
• Посчитайте частоту дыхания: присутствует ли тахипноэ? • Проведите осмотр на предмет цианоза и других признаков дыхательной недостаточности: присутствует ли пульсация трахеи, использование вспомогательных мышц, втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа? • Проведите перкуссию и аускультацию легких: присутствует ли притупление перкуторного звука, необычные звуки при дыхании, например мелкопузырчатые или сухие хрипы, стридор, астмоидное дыхание?

- При наличии признаков дыхательной недостаточности измерьте насыщение крови кислородом.

Сердечно-сосудистая система

- Проведите аускультацию тонов сердца и сердечного ритма: присутствует ли тахикардия, аритмия, шумы?
- Пропальпируйте расположение верхушки сердца: есть ли смещение?
- Проверьте пульс (на плечевой артерии у младенцев, на бедренной или лучевой артерии – у детей старшего возраста).

Живот

- Проведите осмотр: имеется ли вздутие живота, видимые образования, грыжи? Присутствует ли перистальтика?
- Проведите аускультацию: шумы кишечной перистальтики усилены, ослаблены, отсутствуют?
- Проведите сначала поверхностную, а затем более глубокую пальпацию: присутствует ли болезненность, симптом Щеткина – Блюмберга (сипмтом отдачи), напряженность, асцит, видимые образования, увеличение печени или селезенки?
- Проведите пальпацию и перкуссию почек сбоку: проверьте наличие образований, увеличение, болезненность.

Наружные половые органы

- У мальчиков: осмотрите половые органы на наличие грыж, гидроцеле, отсутствие яичек в мошонке.
- У девочек: осмотрите половые органы на предмет выделений из влагалища, гипертрофии клитора.

НЕ ПРИМЕНЯЙТЕ *зеркала и аноскопы и не проводите пальцевое или бимануальное исследование влагалища или прямой кишки при плановом осмотре. При наличии медицинских показаний направьте ребенка к специалисту, так как ему может потребоваться седация или общий наркоз.*

Опорно-двигательный аппарат

- Осмотрите спину: имеется ли кифоз, лордоз или сколиоз?
- Осмотрите конечности и суставы: наблюдается ли атрофия мышц, отек, болезненность? Проверьте диапазон движений и способность держать равновесие.

Неврологический статус

- Проверьте мышечный тонус путем пассивного перемещения верхних и нижних конечностей в рамках диапазона движений: имеются ли признаки гипер- или гипотонуса?

- Проверьте рефлексы, например коленный рефлекс.
- Если ребенок ходит, пронаблюдайте за его походкой: присутствуют ли необычные или асимметричные движения?

Развитие

- Оцените основные этапы развития (см. главу 3).

Показатели жизненно важных функций

- Измерьте температуру в подмышечной впадине, частоту сердечных сокращений (ЧСС), частоту дыхания, артериальное давление (с. 925), время наполнения капилляров (с. 844). Нормальные значения показателей жизненно важных функций см. на с. 843.

Физическое развитие

- Измерьте массу тела, длину тела или рост, окружность головы (у детей до 5 лет) и рассчитайте соотношения «вес / рост (длина тела)», «вес/возраст», «рост (длина тела) / возраст», а также ИМТ. См. раздел «Контроль физического развития», с. 24.

2.4 Дифференциальная диагностика

После завершения обследования подумайте о различных состояниях, которые могут быть причиной заболевания ребенка, и составьте список возможных диагнозов. Это помогает избежать ошибочных предположений, а также позволяет не упустить из виду редко встречающиеся состояния.

Лабораторные и радиологические исследования, проводимые на основании данных анамнеза и физикального обследования, помогают сузить круг предполагаемых диагнозов. Чтобы избежать нежелательных перенаправлений пациента, эти исследования должны быть доступны на уровне первичной медико-санитарной помощи.

- «Сначала ищите очевидное и лишь потом – невероятное». При постановке диагноза сначала предположите наиболее вероятные и широко распространенные варианты, а затем переходите к менее вероятным.
- У ребенка может быть несколько клинических состояний, требующих лечения.

После постановки основного и всех сопутствующих диагнозов необходимо составить план лечения и приступить к нему. Следует еще раз подчеркнуть, что при наличии у ребенка нескольких заболеваний или патологических состояний их необходимо лечить одновременно. К процессу дифференциальной диагностики нужно вернуться после оценки результатов проводимого лечения или в свете вновь полученных клинических данных. На этом этапе может быть пересмотрен основной диагноз или сформулированы новые сопутствующие диагнозы.

2.5 Последующее лечение

Необходимость назначения последующего лечения зависит от текущих жалоб и их лечения или от новых данных, полученных в ходе контрольного посещения здорового ребенка. В зависимости от состояния ребенка повторный визит может быть назначен через несколько (обычно 3–5) дней после первоначального. Рекомендации по проведению последующего наблюдения при отдельных клинических состояниях приведены в соответствующих разделах данного карманного справочника.

Запланированный повторный визит

- Сообщите родителю или опекуну, когда следует вновь обратиться к врачу:
  - с запланированным повторным визитом через определенное число дней (при необходимости);
  - для проверки динамики состояния ребенка или его реакции на лечение;
  - для следующей прививки.

Когда необходим срочный повторный визит

- Сообщите родителям или опекунам, что они должны без промедления повторно обратиться к врачу, если у ребенка возникнет один из следующих опасных признаков:
  - неспособность пить или сосать грудь;
  - ухудшение состояния;
  - высокая температура, не спадающая на протяжении 2–3 дней;
  - повторное появление признаков заболевания после успешного лечения;
  - у ребенка с кашлем или простудой – учащенное или затрудненное дыхание;
  - у ребенка с диареей – кровь в стуле или он стал плохо пить.

Для заметок

ГЛАВА 3

Контрольное посещение здорового ребенка

3.1	Контроль физического развития	24
3.2	От рождения до 72 часов жизни	27
3.3	1 неделя	32
3.4	1 месяц	35
3.5	3 месяца	37
3.6	6 месяцев	40
3.7	1 год	43
3.8	2 года	47
3.9	3 года	50
3.10	4 года	53
3.11	5 лет	56
3.12	8 лет	59
3.13	10 лет	61
3.14	12 лет	63
3.15	14 лет	66

Контрольные посещения здорового ребенка представляют собой регулярные визиты, во время которых медицинский работник контролирует физическое и умственное развитие ребенка. Такие визиты проводятся с рождения до достижения ребенком 18-летнего возраста. Во время контрольного посещения здорового ребенка могут проводиться различные мероприятия. Составные части и регулярность посещений определяются национальными руководящими документами. На ранних этапах развития ребенка желательно проводить такие визиты регулярно, в то время как дети школьного возраста могут посещать медицинского работника через более длительные интервалы времени (не обязательно ежегодно).

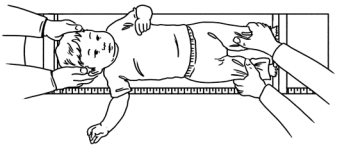
Контрольные посещения здорового ребенка открывают широкие возможности для профилактических мероприятий, включая следующие:

- убеждение в необходимости вакцинации и ее проведение;
- выявление заболеваний и нарушений развития на ранних стадиях;
- консультирование по вопросам обеспечения здорового развития ребенка, профилактики травматизма, здорового питания и физической активности;
- выявление патологий на ранней стадии;
- оценка условий жизни ребенка;
- профилактика и своевременное выявление случаев жестокого обращения с ребенком;
- ответы на вопросы родителей или опекунов;
- построение доверительных отношений с ребенком и его родителем или опекуном;
- координация мер поддержки с общинными службами здравоохранения, включая консультирование по вопросам грудного вскармливания и школьные медицинские программы.

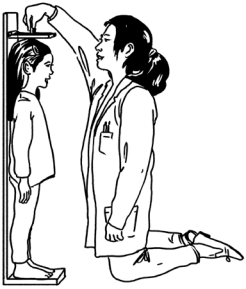
3.1 Контроль физического развития

Измерение показателей физического развития ребенка представляет собой важную часть каждого контрольного посещения.

- Для определения состояния питания ребенка регулярно оценивайте следующие параметры, используя соответствующие возрасту и правильно откалиброванные весы и ростомеры: масса тела, длина тела (от рождения до 2 лет), рост (от 2 лет) и окружность головы.
- Рассчитайте показатели «вес/возраст», «рост (длина тела) / возраст», «вес / рост (длина тела)» и ИМТ (ИМТ = кг/м^2: вес в килограммах / (рост в метрах)^2).
- Внесите результаты измерения (с указанием даты) и все имеющиеся результаты предыдущих измерений в график физического развития ребенка, чтобы отследить любые отклонения развития в динамике.
- Для младенцев, родившихся до завершения 37-й недели гестационного возраста, примените гестационную поправку: число недель недоношенности = 40 недель минус гестационный возраст при рождении в неделях. Скорректируйте график: проведите от фактического (календарного) возраста ребенка линию назад на расстояние, соответствующее числу недель недоношенности, и поставьте на линии стрелку. Стрелка указывает на z-оценку с поправкой на недоношенность.



Измерение длины тела у ребенка от рождения до 2 лет



Измерение роста у ребенка старше 2 лет



Измерение окружности головы

Измерьте окружность головы с помощью незластичной мерной ленты. Проведите измерение трижды, пока результаты не сойдутся. При последующих измерениях ребенка используйте тот же график.

Возможно, вам потребуется более детальный график физического развития (например, для возраста 0–6 месяцев). Продолжайте вносить гестационную поправку до 1 года у детей, родившихся на 32–36 неделе, и до 2 лет – у детей, родившихся ранее 32 недели.

- Сравните точки, нанесенные на график физического развития ребенка, с кривыми z-оценок, чтобы определить наличие отклонений в развитии.
- Сравните значения параметров питания с нормами роста детей, разработанными ВОЗ. Эти нормы доступны в виде графиков физического развития в разбивке по полу (приложение 3), а также в виде таблиц на сайте.
- Передайте семье один экземпляр графика. Он может понадобиться, если ребенка будет осматривать другой врач.

Дети младше 5 лет

Оценка показателя «вес / рост (длина тела)» позволяет выявить острое нарушение питания (истощение), избыточный вес и ожирение. Оценка показателя «рост (длина тела) / возраст» позволяет выявить задержку роста (таблица 3).

Одновременно с состояниями, перечисленными в таблице 3, следует выявлять возможную задержку развития. Она характеризуется более медленными темпами увеличения массы тела или роста в детстве по сравнению с ожидаемыми для ребенка соответствующего возраста и пола. У такого ребенка результаты измерений, нанесенные на график физического развития, будут постепенно отклоняться вниз от ожидаемой траектории кривой развития. См. приложение 3.

Таблица 3. Классификация состояния питания у детей в возрасте до 5 лет

Сравнение с нормами роста детей, разработанными ВОЗ[1]	**Показатель «вес / рост (длина тела)»**	**Показатель «рост (длина тела) / возраст»**
>+3 СО	Ожирение	—
>+2 СО	Избыточный вес	—
≥–2 СО и ≤+2 СО	Норма	Норма
<–2 СО и ≥–3 СО	Умеренное острое нарушение питания (истощение)	Умеренная задержка роста
<–3 СО	Тяжелое острое нарушение питания (истощение)	Сильная задержка роста

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения; СО – стандартное отклонение.

[1] Выражается числом СО ниже или выше референтного среднего значения («z-оценка»). Z-оценка показывает степень отклонения параметров питания данного лица от среднего значения для популяции. Обратите внимание, что во многих случаях для контроля за физическим развитием используются процентили. При использовании процентилей в качестве точки отсчета используется медианное значение (50-й процентиль), а при использовании z-оценки – среднее значение (z-оценка, равная 0).

Дети от 5 лет

У детей в возрасте от 5 лет избыточный вес и ожирение определяются на основе показателя «ИМТ/возраст». См. таблицу 4.

Таблица 4. Классификация состояния питания у детей в возрасте от 5 лет

Сравнение снормами роста детей, разработанными ВОЗ	Показатель «ИМТ/возраст» у детей
>+2 СО	Ожирение
>+1 СО	Избыточный вес
≥–2 СО и ≤+1 СО	Норма
<–2 СО и ≥–3 СО	Худоба
<–3 СО	Сильная худоба

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения; ИМТ – индекс массы тела; СО – стандартное отклонение.

Подростки

- Оцените состояние питания, как описано выше.
- Оцените уровень полового созревания (с. 796).

Лечение нарушений питания

- Если показатели физического развития и другие индикаторы отклоняются от нормы или опекун выражает обеспокоенность, проведите консультацию по вопросам питания (с. 94).
- Лечение нарушений питания и роста см. на с. 601.

3.2 Контрольное посещение здорового ребенка: от рождения до 72 часов жизни

Большинство детей проходит осмотр в стационаре. В противном случае работник первичной медико-санитарной помощи должен осмотреть ребенка в течение 24 часов после рождения, а затем повторно через 48–72 часа после рождения.

- Ищите признаки врожденных заболеваний и желтухи.
- Окажите поддержку опекунам.

Анамнез

- Отклонения во время беременности, например диабет, прием лекарств, злоупотребление психоактивными веществами, острые или хронические инфекции, психические или социальные стрессы,

патологические результаты тестов (например, положительный результат на стрептококк группы В, ВИЧ, гепатит В).

- Способ родоразрешения и отклонения во время родов или после них.
- Врожденные патологии (например, тазобедренного сустава) у родственников.
- Факторы риска возникновения дисплазии тазобедренного сустава (например, беременность двойней, тазовое предлежание плода).
- Задержка отхождения мекония, проблемы с мочеиспусканием.
- Оценка по шкале Апгар на 5-й и 10-й минуте жизни (таблица 5).

Таблица 5. Балл по шкале Апгар

Признак шкалы Апгар	2	1	0
Внешний вид (цвет кожных покровов)	Розовый (включая конечности)	Розовый (конечности цианотичные)	Общая бледность или цианоз
Пульс (ЧСС)	Норма (более 100 уд./мин)	Менее 100 уд./мин	Отсутствует (пульса нет)
Рефлекторная возбудимость	Реакция в виде отстранения, чихания, кашля, крика	Мимическая реакция только в ответ на стимуляцию	Отсутствует (нет реакции на стимуляцию)
Активность (мышечный тонус)	Активные спонтанные движения	Движения вялые, конечности слегка согнуты	Активность отсутствует, конечности свисают
Дыхание (частота и сила)	Нормальная частота и сила, крик громкий	Медленное или неровное дыхание, крик слабый	Отсутствует (дыхания нет)

Апгар (шкала) – окраска кожного покрова, частота сердечных сокращений (ЧСС), рефлекторная возбудимость, мышечный тонус, дыхание.

Физикальное обследование

- Проведите полное физикальное обследование (с. 135):
  - **Антропометрические измерения:** измерьте и нанесите на график показатели массы тела, длины тела и окружности головы.
  - **Кожа:** бледность, цианоз, желтуха (с. 173), раны, родимые пятна, сыпь (с. 167) или кровоподтеки.

— **Голова и шея:** выбухание родничка (с. 148), щелчки и хруст, расщелина нёба (с. 150), родовой отек головы (с. 146), птоз (с. 155), отсутствие розового рефлекса с глазного дна (с. 154), колобома (с. 155), нистагм, деформации ушных раковин (с. 152).

— **Дыхание:** втяжение уступчивых мест грудной клетки, тахипноэ, необычные звуки при дыхании.

— **Сердечно-сосудистая система:** тахикардия, аритмия, шумы в сердце (с. 376), пульс на бедренной артерии отсутствует или прощупывается с трудом.

— **Живот, половые органы и задний проход:** грыжи, объемные образования, увеличенная печень или селезенка, аномалии гениталий (с. 158), неопущение яичек (с. 159), атрезия или смещение заднего прохода (с. 160).

— **Опорно-двигательный аппарат:** асимметрия движений и осанки, переломы, травмы, лишние пальцы, косолапость, целостность позвоночника, асимметрия конечностей и кожных складок (выполняйте пробы Барлоу и Ортолани у детей в возрасте до 1 месяца, см. с. 166).

— **Неврологический статус:** необычный мышечный тонус, присутствие рефлексов новорожденного (с. 137).

— **Фенотипические изменения:** при обнаружении более двух изменений (таблица 6) направьте пациента к специалисту для оценки неврологического/психомоторного статуса.

Таблица 6. Фенотипические изменения

Голова	Кисти рук
• Скошенное вверх или вниз направление глазных щелей • Очень широко или узко посаженные глаза • Расщелина верхней губы или нёба (с. 129) • Низко посаженные уши • Очень короткая шея • Кожные складки вдоль боковых поверхностей шеи (крыловидная шея)	• Единственная поперечная ладонная складка • Искривленные мизинцы (очень короткие мизинцы с искривленными костями)

Лабораторные и инструментальные исследования и скрининги

(если еще не проводились)

- Анализ крови на врожденные метаболические и эндокринные нарушения + муковисцидоз (в возрасте от 36 часов до 7 дней в зависимости от национальной программы скрининга):
  - — при положительном результате – следуйте рекомендациям лаборатории.
- Аудиологический скрининг (слуховой ответ ствола головного мозга и/или отоакустическая эмиссия (ОАЭ)) в возрасте от 24 часов до 1 месяца:
  - — при положительном результате – направьте ребенка к аудиологу не позднее чем в возрасте 3 месяцев.
- Пульсоксиметрический скрининг на врожденные пороки сердца (с. 185):
  - — положительный результат скрининга (присутствуют какие-либо из нижеперечисленных признаков): уровень насыщения крови кислородом (SpO_2) < 90% на любой из конечностей, или SpO_2 < 95% на правой руке и правой ноге при трех измерениях с интервалом в один час, или разница > 3% между результатами на правой руке и правой ноге при трех измерениях с интервалом в один час;
  - — при положительном результате – дайте кислород при $SpO_2 \leq 90\%$, проведите терапию других причин гипоксии (например, сепсиса), незамедлительно направьте ребенка в стационар.
- Проведите проверку всех новорожденных на гипербилирубинемию (с.173) с применением транскутанного билирубинометра (с. 918). В случае отсутствия транскутанного билирубинометра и у новорожденного наблюдается желтуха или другие факторы риска гипербилирубинемии, следует измерить уровень билирубина в сыворотке крови, особенно в первые 72 часа жизни.
  - — При положительном результате: если уровень билирубина превышает контрольный (таблица 7), проведите терапию подозреваемой инфекции, незамедлительно (в течение 6 часов) направьте ребенка в стационар для проведения фототерапии.
  - — Если уровень билирубина понижен, но в пределах 50 ммоль/л (2,9 мг/дл), проведите измерение повторно (не позднее чем через 24 часа).

Таблица 7. Пороговые значения уровня билирубина для лечения желтухи новорожденных

Возраст	От 35 до 38 недель при наличии факторов риска*	От 35 до 38 недель при отсутствии факторов риска От 38 недель при наличии факторов риска*	Свыше 38 недель при отсутствии факторов риска
24 ч	8 мг/дл (140 ммоль/л)	10 мг/дл (170 ммоль/л)	12 мг/дл (200 ммоль/л)
48 ч	11 мг/дл (190 ммоль/л)	13 мг/дл (220 ммоль/л)	15 мг/дл (260 ммоль/л)
72 ч	13,5 мг/дл (230 ммоль/л)	15 мг/дл (260 ммоль/л)	18 мг/дл (310 ммоль/л)
96 ч	14,5 мг/дл (250 ммоль/л)	17 мг/дл (290 ммоль/л)	20 мг/дл (340 ммоль/л)
≥ 120 ч	15 мг/дл (260 ммоль/л)	18 мг/дл (310 ммоль/л)	21 мг/дл (360 ммоль/л)

* К факторам риска относятся гемолитическая болезнь новорожденных, например групповая несовместимость крови и дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, сепсис или тяжелая бактериальная инфекция, чрезмерная потеря веса, гипотиреоз, преждевременные роды.

Консультирование

- Проконсультируйте родителя или опекуна на следующие темы:
  - согревание ребенка: рекомендуйте «метод кенгуру» (вид материнского ухода) (с. 143) и контакт «кожа к коже»;
  - предупреждение синдрома внезапной детской смерти (СВДС) (с. 143);
  - кормление (с. 95) и витамин К (с. 113):
    - рекомендуйте исключительно грудное вскармливание в течение 6 месяцев (с. 95) и увеличение объема грудного вскармливания во время болезни ребенка;
    - смеси для детского питания, если грудное вскармливание невозможно или неудобно (с. 107);
    - витамин К 1 мг в/м после рождения в целях профилактики кровотечений (или трехкратно по 2 мг перорально: при рождении, в возрасте 4–6 дней и 4–6 недель).

- Сделайте недостающие прививки (с. 80):
  - в число плановых вакцинаций могут входить бацилла Кальмета – Герена (БЦЖ) и прививка от гепатита В, используйте национальный календарь прививок, принятый в вашей стране;
  - назначьте дату следующей прививки.
- Назначьте дату следующего контрольного посещения здорового ребенка.

3.3 Контрольное посещение здорового ребенка: 1 неделя

- Ищите признаки врожденных заболеваний и желтухи.
- Контролируйте прибавку веса и ход вакцинации.
- Оказывайте поддержку опекунам и консультируйте их по вопросам кормления, активности и безопасности ребенка.

Анамнез

- Условия ухода за ребенком и дополнительные нагрузки на семью.
- Трудности с кормлением.
- Необычный плач.
- Врожденные патологии у родственников (например, патологии тазобедренного сустава, нарушения зрения).

Физикальное обследование

- Проведите полное физикальное обследование (с. 135). Ищите признаки острых заболеваний или врожденных патологий:
  - **Физическое развитие:** измерьте массу и длину тела, окружность головы (с. 25) и подтвердите z-оценку в соответствии с таблицами роста и веса детей, разработанными ВОЗ (приложение 3). Как правило, новорожденный теряет до 10% массы тела при рождении в течение первых дней жизни и восстанавливает ее в течение 10–14 дней. Если потеря веса превышает 10% от массы тела при рождении, см. с. 138.
  - **Состояние кожи:** бледность, цианоз, желтуха (с. 173), сыпь (с. 167), сухость.

— **Голова и шея:** выбухание родничка (с. 148), щелчки и хруст, расщелина нёба (с. 150), родовой отек головы (с. 146), птоз (с. 155), отсутствие розового рефлекса с глазного дна (с. 154), колобома (с. 155), нистагм, деформации ушных раковин (с. 152).

— **Дыхание:** тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки, необычные звуки при дыхании.

— **Сердечно-сосудистая система:** тахикардия, аритмия, шумы в сердце (с. 376), пульс на бедренной артерии отсутствует или прощупывается с трудом.

— **Живот, половые органы:** аномалии пупка/гениталий, объемные образования, грыжи, неопущение яичек (с. 159).

— **Опорно-двигательный аппарат:** целостность позвоночника, переломы, асимметрия конечностей и кожных складок (у детей в возрасте до 1 месяца выполняйте пробы Барлоу и Ортолани, см. с. 166).

— **Неврологический статус:** присутствие рефлексов новорожденного (с. 137), аномальный мышечный тонус, опистотонус.

— **Фенотипические изменения:** при обнаружении более двух изменений (таблица 6, с. 29) направьте пациента к специалисту для оценки неврологического/психомоторного статуса.

— **Прочее:** адекватное взаимодействие между родителем и новорожденным.

Лабораторные и инструментальные исследования

(если не проводились после рождения; см. раздел «Контрольное посещение здорового ребенка: от рождения до 72 часов жизни», с. 30).

- Анализ крови на врожденные метаболические и эндокринные нарушения + муковисцидоз (с. 30).
- Аудиологический скрининг (с. 138).
- Скрининг на пороки сердца с использованием пульсоксиметрии (с. 30).

Консультирование

▶ Проконсультируйте родителя или опекуна на следующие темы:

— кормление (с. 95) и витаминные добавки (с. 113):

- рекомендуйте исключительно грудное вскармливание в течение 6 месяцев и увеличение объема грудного вскармливания во время болезни ребенка (с. 95);

- смеси для детского питания, если грудное вскармливание невозможно (с. 107);
- витамин K: если не был введен в/м сразу после рождения, дать вторую дозу 2 мг перорально в возрасте 4–6 дней;
- витамин D 400 международных единиц (МЕ) перорально ежедневно в течение как минимум 12 месяцев для профилактики рахита;

— гигиена полости рта и профилактика кариеса (с. 118);

— защита от солнца (с. 122);

— профилактика травматизма (с. 123);

— предупреждение СВДС (с. 143);

— физическая активность, малоподвижный образ жизни и сон (с. 119–121):

- различные виды физической активности с использованием интерактивных напольных игр несколько раз в день; не менее 30 минут в день в положении лежа на животе;
- 14–17 часов полноценного сна;
- не следует ограничивать подвижность ребенка (например, помещая его в коляску) более чем на час подряд.

▶ Проверьте прививочный статус и сделайте недостающие прививки (с. 80):

— перечень плановых прививок включает в себя вакцинацию против гепатита B, полиомиелита, дифтерии, столбняка, коклюша, *Haemophilus influenzae* типа b, пневмококков и ротавируса (используйте национальный календарь прививок, принятый в вашей стране);

— назначьте дату следующей прививки.

▶ Назначьте дату следующего контрольного посещения здорового ребенка.

3.4 Контрольное посещение здорового ребенка: 1 месяц

- Контролируйте физическое развитие и ход вакцинации.
- Оказывайте поддержку опекунам и консультируйте их по вопросам кормления, активности и безопасности ребенка.

Анамнез

- Серьезные заболевания, перенесенные с момента предыдущего осмотра.
- Условия ухода за ребенком и дополнительные нагрузки на семью.
- Трудности с кормлением (с. 86).
- Необычный плач.
- Факторы риска возникновения нарушений развития (с. 71).

Физикальное обследование

- Проведите полное физикальное обследование (с. 135). Ищите признаки острых заболеваний или хронических патологий:
  - **Физическое развитие:** измерьте массу и длину тела, окружность головы (с. 25) и подтвердите z-оценку в соответствии с таблицами роста и веса детей, разработанными ВОЗ (приложение 3). При отклонениях в физическом развитии (например, при показателе «вес / длина тела» менее –2 СО или более +2 СО) см. с. 601–615.
  - **Состояние кожи:** бледность (с. 471), цианоз, желтуха (с. 173), сыпь (с. 167), признаки травм (например, кровоподтеки).
  - **Голова и шея:** выбухание родничка (с. 148), щелчки и хруст, кефалогематома (с. 147), птоз (с. 155), отсутствие розового рефлекса с глазного дна (с. 154), колобома (с. 155), нистагм.
  - **Дыхание:** тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки, необычные звуки при дыхании (астмоидное дыхание, стридор).
  - **Сердечно-сосудистая система:** тахикардия, аритмия, шумы в сердце (с. 376), пульс на бедренной артерии отсутствует.
  - **Живот, половые органы:** увеличенная печень или селезенка, объемные образования, грыжи, неопущение яичек (с. 159).
  - **Опорно-двигательный аппарат:** асимметрия движений, асимметрия конечностей и кожных складок (выполняйте пробы Барлоу и Ортолани у детей в возрасте до 1 месяца, см. с. 166).

— **Неврологический статус:** присутствие мышечных рефлексов (рефлекс Моро / хватательный / сосательный), аномальный мышечный тонус, опистотонус.

— **Развитие:** оцените основные этапы развития (см. таблицу 8). Если основные этапы развития не достигнуты или присутствуют факторы риска, способствующие возникновению нарушений развития (с. 71), см. порядок действий на с. 76.

— **Признаки жестокого или небрежного обращения с ребенком:** несоблюдение личной гигиены, необычные травмы и кровоподтеки, характер которых не соответствует приведенному объяснению (с. 754).

Таблица 8. Основные этапы развития: 1 месяц

Как правило, в возрасте 1 месяца ребенок...
• держит голову в течение как минимум 3 секунд, если его держат на весу животом вниз • спонтанно разжимает кулаки • следит взглядом за объектом, находящимся под углом 45° или больше • внимательно смотрит на лица взрослых

Консультирование

▶ Проконсультируйте родителя или опекуна на следующие темы:

— кормление/питание (с. 94) и витаминные добавки (с. 113):

- рекомендуйте исключительно грудное вскармливание в течение 6 месяцев и увеличение объема грудного вскармливания во время болезни ребенка (с. 107);
- смеси для детского питания, если грудное вскармливание невозможно или неудобно (с. 107);
- витамин K: если не был введен в/м сразу после рождения, дать третью дозу 2 мг перорально в возрасте 4–6 недель;
- витамин D 400 МЕ перорально ежедневно в течение как минимум 12 месяцев для профилактики рахита;

— гигиена полости рта и профилактика кариеса (с. 118);

— предупреждение СВДС (с. 143);

— физическая активность, малоподвижный образ жизни и сон (с. 119–121):

- различные виды физической активности несколько раз в день; не менее 30 минут в день в положении ничком (лежа на животе);
- 14–17 часов полноценного сна;
- не следует ограничивать подвижность ребенка (например, помещая его в коляску) более чем на час подряд;

— поддержка развития детей раннего возраста (с. 70);

— защита от солнца (с. 122);

— профилактика травматизма (с. 123).

▶ Проверьте прививочный статус и сделайте недостающие прививки (с. 80):

— перечень плановых прививок включает в себя вакцинацию против гепатита B, полиомиелита, дифтерии, столбняка, коклюша, *Haemophilus influenzae* типа b, пневмококков и ротавируса. Используйте национальный календарь прививок, принятый в вашей стране;

— назначьте дату следующей прививки.

▶ Назначьте дату следующего контрольного посещения здорового ребенка.

3.5 Контрольное посещение здорового ребенка: 3 месяца

- Контролируйте физическое развитие и ход вакцинации.
- Оказывайте поддержку опекунам и консультируйте их по вопросам кормления, активности и безопасности ребенка.

Анамнез

- Серьезные заболевания, перенесенные с момента предыдущего осмотра.
- Условия ухода за ребенком и дополнительные нагрузки на семью.
- Рвота, трудности с кормлением.
- Необычный плач (с. 177).
- Проблемы со зрением или слухом.
- Факторы риска, способствующие возникновению нарушений развития (с. 71).

Физикальное обследование

- Проведите полное физикальное обследование (с. 18). Ищите признаки острых заболеваний или хронических патологий:
  - **Физическое развитие:** измерьте массу и длину тела, окружность головы (с. 25) и подтвердите z-оценку в соответствии с таблицами роста и веса детей, разработанными ВОЗ (приложение 3). При отклонениях в физическом развитии (например, при показателе «вес / длина тела» менее –2 СО или более +2 СО) см. с. 601–615.
  - **Состояние кожи:** бледность, цианоз, желтуха (с. 173, с. 480), сыпь (с. 450), признаки травм (например, кровоподтеки).
  - **Голова и шея:** выбухание родничка (с. 148), нистагм, страбизм (проведите тест Брюкнера, с. 518), необычные движения глаз (с. 514).
  - **Дыхание:** тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки, необычные звуки при дыхании.
  - **Сердечно-сосудистая система:** тахикардия, аритмия, шумы в сердце (с. 376).
  - **Живот, половые органы:** увеличенная печень или селезенка, объемные образования, грыжи, неопущение яичек (с. 159).
  - **Опорно-двигательный аппарат и неврологический статус:** асимметрия движений, присутствие рефлексов (верхний и нижний хватательный рефлекс, рефлексы новорожденного), аномальный мышечный тонус, опистотонус.
  - **Развитие:** оцените основные этапы развития (см. таблицу 9). Если основные этапы развития не достигнуты или присутствуют факторы риска, способствующие возникновению нарушений развития (с. 71), см. порядок действий на с. 76.
  - **Признаки жестокого или небрежного обращения с ребенком:** несоблюдение личной гигиены, необычные травмы и кровоподтеки, характер которых не соответствует приведенному объяснению (с. 754).

Таблица 9. Основные этапы развития: 3 месяца

Как правило, в возрасте 3 месяцев ребенок...
• держит голову в течение как минимум 30 секунд • опирается на предплечья в положении лежа на животе • спонтанно двигает руками в направлении середины тела • пытается определить источник звука, поворачивая голову • отвечает улыбкой на улыбку того, кто за ним ухаживает

Консультирование

- Проконсультируйте родителя или опекуна на следующие темы:
  - кормление/питание (с. 94) и витаминные добавки (с. 113):
    - витамин D (400 МЕ перорально ежедневно в течение как минимум 12 месяцев) для профилактики рахита;
  - гигиена полости рта и профилактика кариеса (с. 118);
  - предупреждение СВДС (с. 143);
  - физическая активность, малоподвижный образ жизни и сон (с. 119–121):
    - различные виды физической активности с использованием интерактивных напольных игр несколько раз в день; не менее 30 минут в день в положении ничком (лежа на животе);
    - 14–17 часов полноценного сна;
    - не следует ограничивать подвижность ребенка (например, помещая его в коляску) более чем на час подряд;
  - поддержка развития детей раннего возраста (с. 70);
  - защита от солнца (с. 122);
  - профилактика травматизма (с. 123).
- Проверьте прививочный статус и сделайте недостающие прививки (с. 80):
  - перечень плановых прививок включает в себя вакцинацию против гепатита B, полиомиелита, дифтерии, столбняка, коклюша, *Haemophilus influenzae* типа b, пневмококков и ротавируса. Используйте национальный календарь прививок, принятый в вашей стране;
  - назначьте дату следующей прививки.
- Назначьте дату следующего контрольного посещения здорового ребенка.

3.6 Контрольное посещение здорового ребенка: 6 месяцев

- Контролируйте физическое развитие и ход вакцинации.
- Оказывайте поддержку опекунам и консультируйте их по вопросам кормления, активности и безопасности ребенка.

Анамнез

- Серьезные заболевания, перенесенные с момента предыдущего осмотра.
- Условия ухода за ребенком и дополнительные нагрузки на семью.
- Трудности с кормлением (с. 100), нарушения дефекации.
- Проблемы со зрением или слухом.
- Необычный плач (с. 177).
- Факторы риска, способствующие возникновению нарушений развития (с. 71).

Физикальное обследование

- Проведите полное физикальное обследование (с. 18). Ищите признаки острых заболеваний или хронических патологий:
  - **Физическое развитие:** измерьте массу и длину тела, окружность головы (с. 25) и подтвердите z-оценку в соответствии с таблицами роста и веса детей, разработанными ВОЗ (приложение 3). При отклонениях в физическом развитии (например, при показателе «вес / длина тела» менее –2 СО или более +2 СО) см. с. 601–615.
  - **Состояние кожи:** бледность, сыпь (с. 450), признаки травм (например, кровоподтеки, гемангиомы) (с. 171), врожденный дермальный меланоцитоз (с. 171).
  - **Голова и шея:** выбухание родничка (с. 148), нистагм, страбизм (проведите тест Брюкнера, с. 518), необычные движения глаз (с. 514).
  - **Дыхание:** тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки, необычные звуки при дыхании.
  - **Сердечно-сосудистая система:** тахикардия, аритмия, шумы в сердце (с. 376).
  - **Живот, половые органы:** увеличенная печень или селезенка, объемные образования, грыжи, неопущение яичек (с. 159).

— **Опорно-двигательный аппарат и неврологический статус:** асимметрия движений, аномальный мышечный тонус, снижение или отсутствие мышечных рефлексов.

— **Развитие:** оцените основные этапы развития (см. таблицу 10). Если основные этапы развития не достигнуты или присутствуют факторы риска, способствующие возникновению нарушений развития (с. 71), см. порядок действий на с. 76.

— **Признаки жестокого или небрежного обращения с ребенком:** несоблюдение личной гигиены, необычные травмы и кровоподтеки, характер которых не соответствует приведенному объяснению (см. с. 753).

Таблица 10. Основные этапы развития: 6 месяцев

Области развития	Как правило, в возрасте 6 месяцев ребенок...
Экспрессивная речь Как ребенок дает понять, что он чего-то хочет? Какие звуки, жесты, слова он использует?	• Громко смеется • Произносит гласные («а-а», «у-у»)
Рецептивная речь Как ребенок показывает, что понимает обращенную к нему речь?	• Отвечает звуками на речь взрослых
Крупная моторика Расскажите о движениях ребенка: как он поднимает и держит голову, сидит.	• Поднимает голову на 90° (из положения лежа на животе).• Когда его держат вертикально, выпрямляет ноги и отталкивается (не поджимает ноги) • Сидит с поддержкой • Активно меняет положение (переворачивается)

Области развития	Как правило, в возрасте 6 месяцев ребенок...
Мелкая моторика Как ребенок использует свои руки (например, держит предметы)?	• Тянет руки к предметам  • Тянет предметы в рот • Держит игрушки/предметы и манипулирует ими
Отношение к другим людям Как ребенок относится к знакомым людям? Как демонстрирует интерес к ним? Каким образом взаимодействует с ними? Как поддерживает зрительный контакт?	• Поддерживает длительный и осмысленный зрительный контакт • Демонстрирует узнавание и желание общаться с опекуном (тянется навстречу, улыбается, изучает лица)
Игровая активность Расскажите об играх ребенка. Как он играет с людьми, предметами или игрушками?	• При играх лицом к лицу издает ответные звуки • Тянет игрушки/предметы в рот
Навыки самообслуживания	• В этом возрасте развитие навыков самообслуживания не предполагается

Консультирование

- Проконсультируйте родителя или опекуна на следующие темы:
  - кормление/питание (с. 94) и витаминные добавки (с. 113):
    - поощряйте введение прикорма (с. 104) в дополнение к грудному вскармливанию;
    - смеси для детского питания, если грудное вскармливание невозможно или неудобно (с. 107);
    - витамин D (400 МЕ перорально ежедневно в течение как минимум 12 месяцев) для профилактики рахита;
  - гигиена полости рта и профилактика кариеса (с. 118);

— предупреждение СВДС (с. 143);

— физическая активность, малоподвижный образ жизни и сон (с. 119–121):

  - различные виды физической активности с использованием интерактивных напольных игр несколько раз в день; не менее 30 минут в день в положении ничком (лежа на животе), если ребенок еще не передвигается самостоятельно;
  - 14–17 часов полноценного сна;
  - не следует ограничивать подвижность ребенка (например, помещая его в коляску) более чем на час подряд;

— поддержка развития детей раннего возраста (с. 70);

— защита от солнца (с. 122);

— профилактика травматизма (с. 123);

▶ Проверьте прививочный статус и сделайте недостающие прививки (с. 80):

— перечень плановых прививок включает в себя вакцинацию против гепатита B, полиомиелита, дифтерии, столбняка, коклюша, *Haemophilus influenzae* типа b, пневмококков и ротавируса. Используйте национальный календарь прививок, принятый в вашей стране;

— назначьте дату следующей прививки.

▶ Назначьте дату следующего контрольного посещения здорового ребенка.

3.7 Контрольное посещение здорового ребенка: 1 год

- Контролируйте физическое развитие и ход вакцинации.
- Оказывайте поддержку опекунам и консультируйте их по вопросам кормления, активности и безопасности ребенка.

Анамнез

- Серьезные заболевания, перенесенные с момента предыдущего осмотра.
- Условия ухода за ребенком и дополнительные нагрузки на семью.
- Не соответствующее возрасту пищевое поведение (веганское питание, растительное молоко).

- Нарушения дефекации.
- Проблемы со зрением или слухом.
- Факторы риска, способствующие возникновению нарушений развития (с. 71).

Физикальное обследование

- Проведите полное физикальное обследование (с. 18). Ищите признаки острых заболеваний или хронических патологий:
  - **Физическое развитие:** измерьте массу и длину тела, окружность головы и подтвердите z-оценку в соответствии с таблицами роста и веса детей, разработанными ВОЗ (приложение 3). При отклонениях в физическом развитии (например, при показателе «вес/рост» менее – 2 СО или более +2 СО) см. с. 601–615.
  - **Состояние кожи:** бледность (с. 471), сыпь (с. 450), признаки травм (например, кровоподтеки).
  - **Голова и шея:** выбухание родничка (с. 148), нистагм, страбизм (проведите тест Брюкнера, с. 518), необычные движения глаз (с. 514), разный диаметр зрачков или отсутствие реакции на свет, нарушения прорезывания зубов.
  - **Дыхание:** тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки, необычные звуки при дыхании.
  - **Сердечно-сосудистая система:** тахикардия, аритмия, шумы в сердце (с. 376).
  - **Живот, половые органы:** увеличенная печень или селезенка, объемные образования, грыжи, неопущение яичек (с. 159).
  - **Опорно-двигательный аппарат и неврологический статус:** асимметрия движений, аномальный мышечный тонус, снижение или отсутствие мышечных рефлексов.
  - **Развитие:** оцените основные этапы развития (см. таблицу 11). Если основные этапы развития не достигнуты или присутствуют факторы риска, способствующие возникновению нарушений развития (с. 71), см. порядок действий на с. 74.
  - **Признаки жестокого или небрежного обращения с ребенком:** несоблюдение личной гигиены, необычные травмы и кровоподтеки, характер которых не соответствует приведенному объяснению (с. 638).

Таблица 11. Основные этапы развития: 14 месяцев

Области развития	Как правило, в возрасте 14 месяцев ребенок...
Экспрессивная речь Как ребенок дает понять, что он чего-то хочет? Какие звуки, жесты, слова он использует?	• Лепечет, повторяя много слогов • Произносит одно осмысленное слово • Показывает на людей или предметы пальцем или рукой
Рецептивная речь Как ребенок показывает, что понимает обращенную к нему речь?	Понимает: • обозначения действий («пойдем», «возьми», «стой») • названия предметов («мяч», «игрушка») • обозначения знакомых людей («мама», «папа»)
Крупная моторика Расскажите о движениях ребенка: как он поднимает и держит голову, сидит, ходит.	• Уверенно сидит без поддержки (к 10 месяцам) • Подтягивается и встает, держась за предметы • Стоит без поддержки в течение секунды • Ходит, держась за предметы 
Мелкая моторика Как ребенок использует свои руки (например, держит предметы)?	• Берет маленькие предметы большим и указательным пальцем
Отношение к другим людям Как ребенок относится к знакомым людям? Как демонстрирует интерес к ним? Каким образом взаимодействует с ними? Как поддерживает зрительный контакт?	• Спонтанно стремится разделить радость и интерес с другими людьми (обнимает или целует опекуна, изучает игрушки вместе с ним) • Демонстрирует признаки узнавания незнакомых людей (отворачивается, пристально смотрит)

Области развития	Как правило, в возрасте 14 месяцев ребенок...
Игровая активность Расскажите об играх ребенка. Как он играет с людьми, предметами или игрушками?	• С любопытством изучает игрушки/предметы (как крутятся колеса, двигается кукла, звенит колокольчик, зажигается лампочка) • Делает жесты по просьбе опекуна • Имитирует игру в прятки, повторяет жесты во время игры (хлопает в ладони, строит гримасы)
Навыки самообслуживания Что ребенок умеет делать самостоятельно (например, есть)?	• Ест пальцами (узнает еду и ест ее)

Консультирование

- Проконсультируйте родителя или опекуна на следующие темы:
  - питание (с. 94) и витаминные добавки (с. 113):
    - при наличии факторов риска развития рахита рассмотрите возможность продолжить прием витамина D в возрасте старше 12 месяцев (с. 496);
  - гигиена полости рта и профилактика кариеса (с. 118);
  - физическая активность, малоподвижный образ жизни и сон (с. 119–121):
    - различные виды физической активности на протяжении как минимум 180 минут в день; все уровни интенсивности, включая умеренный и высокий;
    - годовалый ребенок не должен проводить время у экрана. Когда ребенок находится в сидячем или лежачем положении, следует занимать его чтением или рассказыванием сказок. Не следует ограничивать подвижность ребенка (например, помещая его в коляску или рюкзак-переноску) более чем на час подряд;
    - 11–14 часов полноценного сна;
  - поддержка развития детей раннего возраста (с. 70);
  - защита от солнца (с. 122);
  - профилактика травматизма (с. 123).

- Проверьте прививочный статус и сделайте недостающие прививки (с. 80):
  - — перечень плановых прививок включает в себя вакцинацию против кори, паротита, краснухи, ветряной оспы, менингококковой и пневмококковой инфекции, дифтерии, столбняка и коклюша. Используйте национальный календарь прививок, принятый в вашей стране;
  - — назначьте дату следующей прививки.
- Назначьте дату следующего контрольного посещения здорового ребенка.

3.8 Контрольное посещение здорового ребенка: 2 года

- Контролируйте физическое развитие и ход вакцинации.
- Оказывайте поддержку опекунам и консультируйте их по вопросам кормления, активности и безопасности ребенка.

Анамнез

- Серьезные заболевания, перенесенные с момента предыдущего осмотра.
- Условия ухода за ребенком и дополнительные нагрузки на семью.
- Не соответствующее возрасту пищевое поведение.
- Нарушения дефекации.
- Проблемы со зрением или слухом.
- Частый храп (с. 650).
- Удовлетворительный уровень развития речи (таблица 12).
- Факторы риска, способствующие возникновению нарушений развития (с. 71).

Физикальное обследование

- — **Физическое развитие:** измерьте массу тела, рост и окружность головы (с. 25) и подтвердите z-оценку в соответствии с таблицами роста и веса детей, разработанными ВОЗ (приложение 3). При отклонениях в физическом развитии (например, при показателе «вес / длина тела» менее –2 СО или более +2 СО) см. с. 601–615.
- — **Состояние кожи:** бледность (с. 471), сыпь (с. 450), признаки травм (например, кровоподтеки).

— **Голова и шея:** нистагм, страбизм (проведите тест Брюкнера, с. 518), разный диаметр зрачков или отсутствие реакции на свет, нарушения прорезывания зубов.

— **Дыхание:** необычные звуки при дыхании.

— **Сердечно-сосудистая система:** тахикардия, аритмия, шумы в сердце (с. 376).

— **Живот, половые органы:** увеличенная печень или селезенка, объемные образования, грыжи, неопущение яичек (с. 159).

— **Опорно-двигательный аппарат и неврологический статус:** асимметрия движений, аномальный мышечный тонус, снижение или отсутствие мышечных рефлексов.

— **Развитие:** оцените основные этапы развития (см. таблицу 12). Если основные этапы развития не достигнуты или присутствуют факторы риска, способствующие возникновению нарушений развития, см. порядок действий на с. 76.

— **Признаки жестокого или небрежного обращения с ребенком:** несоблюдение личной гигиены, необычные травмы и кровоподтеки, характер которых не соответствует приведенному объяснению (с. 754).

Таблица 12. Основные этапы развития: 24 месяца

Области развития	Как правило, в возрасте 24 месяцев ребенок...
Экспрессивная речь Как ребенок дает понять, что он чего-то хочет? Какие звуки, жесты, слова он использует?	• Использует не менее двух осмысленных слов • Показывает указательным пальцем • Опекун частично понимает коммуникацию ребенка
Рецептивная речь Как ребенок показывает, что понимает обращенную к нему речь?	• Машет на прощание или делает по просьбе опекуна какой-либо другой распространенный жест • Понимает одну простую просьбу («принеси ботинки»)

Области развития	Как правило, в возрасте 24 месяцев ребенок...
Крупная моторика Расскажите о движениях ребенка: как он поднимает и держит голову, сидит, ходит.	• Ходит без поддержки
Мелкая моторика Как ребенок использует свои руки (например, держит предметы)?	• Держит карандаш или палочку (любым способом) и рисует на бумаге, земле или полу 
Отношение к другим людям Как ребенок относится к знакомым людям? Как демонстрирует интерес к ним? Каким образом взаимодействует с ними? Как поддерживает зрительный контакт?	• Вступает в целенаправленное взаимодействие с людьми • Имитирует поведение людей (машет в ответ, «пишет», моет руки, складывает одежду, подражая другим)
Игровая активность Расскажите об играх ребенка. Как он играет с людьми, предметами или игрушками?	• Изучает, как работают игрушки/предметы (как двигается кукла, звенит колокольчик) • Играет в простые игры с использованием воображения (кормит куклу, катает машинку, ездит верхом).
Навыки самообслуживания Что ребенок умеет делать самостоятельно (например, есть)?	• Ест пальцами (узнает еду и ест ее) • Может уметь пользоваться одним столовым прибором

Консультирование

- Проконсультируйте родителя или опекуна на следующие темы:
  - — питание (с. 94);
  - — гигиена полости рта и профилактика кариеса (с. 118);
  - — физическая активность, малоподвижный образ жизни и сон (с. 119–121):

- различные виды физической активности на протяжении как минимум 180 минут в день; все уровни интенсивности, включая умеренный и высокий;
- время, проводимое перед экраном в малоподвижном состоянии, не должно превышать 1 час. Когда ребенок находится в сидячем или лежачем положении, следует занимать его чтением или рассказыванием сказок. Не следует ограничивать подвижность ребенка (например, помещая его в коляску или рюкзак-переноску) более чем на час подряд;
- 11–14 часов полноценного сна;

— поддержка развития детей раннего возраста (с. 70);

— защита от солнца (с. 122);

— профилактика травматизма (с. 123).

▶ Проверьте прививочный статус и сделайте недостающие прививки (с. 80):

— перечень плановых прививок включает в себя вакцинацию против кори, паротита, краснухи, ветряной оспы, менингококковой инфекции, дифтерии, столбняка и коклюша. Используйте национальный календарь прививок, принятый в вашей стране;

— назначьте дату следующей прививки.

▶ Назначьте дату следующего контрольного посещения здорового ребенка.

3.9 Контрольное посещение здорового ребенка: 3 года

- Контролируйте умственное и физическое развитие ребенка, ход вакцинации.
- Проконсультируйте опекунов по вопросам питания, активности и безопасности ребенка.

Анамнез

- Серьезные заболевания, перенесенные с момента предыдущего осмотра.
- Условия ухода за ребенком и дополнительные нагрузки на семью.
- Нарушения питания (с. 651).
- Нарушения дефекации.
- Контроль и координация мочеиспускания в дневное время, контроль дефекации.

- Проблемы со зрением или слухом.
- Регулярный храп.
- Нарушения развития речи.
- Факторы риска, способствующие возникновению нарушений развития (с. 71).

Физикальное обследование

- Проведите полное физикальное обследование (с. 18). Ищите признаки острых заболеваний или хронических патологий:
  - **Физическое развитие:** измерьте массу тела, рост и окружность головы (с. 25) и подтвердите z-оценку в соответствии с таблицами роста и веса детей, разработанными ВОЗ (приложение 3). При отклонениях в физическом развитии (например, при показателе «вес / длина тела» менее –2 СО или более +2 СО) см. с. 601–615.
  - **Состояние кожи:** бледность (с. 471), сыпь (с. 450), признаки травм (например, кровоподтеки).
  - **Голова и шея:** нистагм, страбизм (роговичный рефлекс по Гиршбергу), разный диаметр зрачков или отсутствие реакции на свет, острота зрения (с. 514), нарушения прорезывания зубов.
  - **Дыхание:** тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки, необычные звуки при дыхании.
  - **Сердечно-сосудистая система:** тахикардия, аритмия, шумы в сердце (с. 376).
  - **Живот:** увеличенная печень или селезенка, объемные образования, грыжи.
  - **Опорно-двигательный аппарат и неврологический статус:** асимметрия движений, аномальный мышечный тонус, снижение или отсутствие мышечных рефлексов.
  - **Развитие:** оцените основные этапы развития (см. таблицу 13). Если основные этапы развития не достигнуты или присутствуют факторы риска, способствующие возникновению нарушений развития, см. порядок действий на с. 76.
  - **Признаки жестокого или небрежного обращения с ребенком:** несоблюдение личной гигиены, необычные травмы и кровоподтеки, характер которых не соответствует приведенному объяснению (с. 754).

Таблица 13. Основные этапы развития: 36 месяцев

Области развития	Как правило, в возрасте 36 месяцев ребенок...
Экспрессивная речь Как ребенок дает понять, что он чего-то хочет? Какие звуки, жесты, слова он использует?	• Использует для коммуникации предложения из трех слов • Использует местоимения («я», «меня», «ты») • Опекун по большей части понимает коммуникацию ребенка
Рецептивная речь Как ребенок показывает, что понимает обращенную к нему речь?	• Понимает один предлог (кроме «в»), например «под» или «на»
Крупная моторика Расскажите о движениях ребенка: как он лазает и прыгает.	• Лазает, прыгает
Мелкая моторика Как ребенок использует свои руки (например, держит предметы)?	• Манипулирует даже очень мелкими предметами, уверенно держа их тремя пальцами (большим, указательным и средним)
Отношение к другим людям Как ребенок относится к знакомым людям? Как демонстрирует интерес к ним? Каким образом взаимодействует с ними? Как поддерживает зрительный контакт?	• Первым инициирует все более дружелюбное взаимодействие с людьми
Игровая активность Расскажите об играх ребенка. Как он играет с людьми, предметами или игрушками?	• Включает других людей в свои игры
Навыки самообслуживания Что ребенок умеет делать самостоятельно (например, есть)?	• Умеет пользоваться одним столовым прибором • Снимает с себя один предмет одежды • Моет руки с посторонней помощью 

Консультирование

- Проконсультируйте родителя или опекуна на следующие темы:
  - питание (с. 94);
  - гигиена полости рта и профилактика кариеса (с. 118);
  - физическая активность, малоподвижный образ жизни и сон (с. 119–121):
    - различные виды физической активности на протяжении как минимум 180 минут в день, включая не менее 60 минут физической активности умеренной и высокой интенсивности;
    - следует ограничить время, проводимое в положении сидя или лежа, особенно перед экраном в развлекательных целях, одним часом в день или менее;
    - 10–13 часов полноценного сна;
  - поддержка развития детей раннего возраста (с. 70);
  - защита от солнца (с. 122);
  - профилактика травматизма (с. 123).
- Проверьте прививочный статус и сделайте недостающие прививки (с. 80):
  - перечень плановых прививок включает в себя вакцинацию против дифтерии, столбняка и коклюша. Используйте национальный календарь прививок, принятый в вашей стране.
- Назначьте дату следующего контрольного посещения здорового ребенка и следующей вакцинации.

3.10 Контрольное посещение здорового ребенка: 4 года

- Контролируйте умственное и физическое развитие ребенка, ход вакцинации.
- Проконсультируйте опекунов по вопросам питания, активности и безопасности ребенка.

Анамнез

- Серьезные заболевания, перенесенные с момента предыдущего осмотра.
- Условия ухода за ребенком и дополнительные нагрузки на семью.
- Проблемы со зрением или слухом.

- Регулярный храп.
- Контроль и координация мочеиспускания в дневное время, контроль дефекации.
- Нарушения развития речи.
- Факторы риска, способствующие возникновению нарушений развития (с. 71).

Физикальное обследование

- Проведите полное физикальное обследование (с. 18). Ищите признаки острых заболеваний или хронических патологий:
  - **Физическое развитие:** измерьте массу тела, рост и окружность головы (с. 25) и подтвердите z-оценку в соответствии с таблицами роста и веса детей, разработанными ВОЗ (приложение 3). При отклонениях в физическом развитии (например, при показателе «вес / длина тела» менее –2 СО или более +2 СО) см. с. 601–615.
  - **Состояние кожи:** бледность (с. 471), сыпь (с. 450), признаки травм (например, кровоподтеки).
  - **Голова и шея:** нистагм, страбизм (роговичный рефлекс по Гиршбергу), разный диаметр зрачков или отсутствие реакции на свет, острота зрения (с. 514), нарушения прорезывания зубов.
  - **Дыхание:** тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки, необычные звуки при дыхании.
  - **Сердечно-сосудистая система:** тахикардия, аритмия, шумы в сердце (с. 376).
  - **Живот:** увеличенная печень или селезенка, объемные образования, грыжи.
  - **Опорно-двигательный аппарат и неврологический статус:** аномальный изгиб позвоночника, хромота, асимметрия осанки, отсутствие или снижение мышечных рефлексов, признаки рахита (с. 496).
  - Развитие: оцените основные этапы развития (см. таблицу 14). При выявлении нарушений развития см. с. 666.
  - **Признаки жестокого или небрежного обращения с ребенком:** несоблюдение личной гигиены, необычные травмы и кровоподтеки, характер которых не соответствует приведенному объяснению (с. 754).

Таблица 14. Основные этапы развития: 4 года

Области развития	Как правило, в возрасте 4 лет ребенок...
Речь	• Использует предложения длиной не менее шести слов, соответствующих возрасту • Рассказывает истории, соблюдая логическую последовательность • Задает вопросы «почему», «как», «где», «откуда»
Крупная моторика	• Перепрыгивает лист бумаги (20–50 см)
Мелкая моторика	• Правильно держит ручку тремя пальцами • Может нарисовать замкнутый круг
Отношение к другим людям	• Спокойно переносит небольшие разочарования
Игровая активность	• Играет с детьми своего возраста (ролевые игры, соблюдение правил)
Навыки самообслуживания	• Одевается и раздевается без посторонней помощи

Консультирование

- Проконсультируйте родителя или опекуна на следующие темы:
  - — питание (с. 94);
  - — гигиена полости рта и профилактика кариеса (с. 118);
  - — физическая активность, малоподвижный образ жизни и сон (с. 119–121):
    - различные виды физической активности на протяжении как минимум 180 минут в день, включая не менее 60 минут физической активности умеренной и высокой интенсивности;
    - следует ограничить время, проводимое в положении сидя или лежа, особенно перед экраном в развлекательных целях, одним часом в день или менее;
    - 10–13 часов полноценного сна;
  - — защита от солнца (с. 122);
  - — профилактика травматизма (с. 123).

- Проверьте прививочный статус и сделайте недостающие прививки (с. 80):
  - перечень плановых прививок включает в себя вакцинацию против дифтерии, столбняка и коклюша. Используйте национальный календарь прививок, принятый в вашей стране.
- Назначьте дату следующего контрольного посещения здорового ребенка и следующей вакцинации.

3.11 Контрольное посещение здорового ребенка: 5 лет

- Контролируйте умственное и физическое развитие ребенка, ход вакцинации.
- Проконсультируйте опекунов по вопросам питания, активности и безопасности ребенка.

Анамнез

- Серьезные заболевания, перенесенные с момента предыдущего осмотра.
- Условия ухода за ребенком и дополнительные нагрузки на семью.
- Контроль и координация мочеиспускания в дневное время (с. 419).
- Проблемы со зрением или слухом.
- Факторы риска, способствующие возникновению нарушений развития (с. 71).

Физикальное обследование

- Проведите полное физикальное обследование (с. 18). Ищите признаки острых заболеваний или хронических патологий:
  - **Физическое развитие:** измерьте массу тела, рост и окружность головы (с. 25) и подтвердите z-оценку в соответствии с таблицами роста и веса детей, разработанными ВОЗ (приложение 3). При отклонениях в физическом развитии (например, при показателе «вес / длина тела» менее –2 СО или более +2 СО) см. с. 601–615.
  - **Состояние кожи:** бледность (с. 471), сыпь (с. 450), признаки травм (например, кровоподтеки).
  - **Голова и шея:** нистагм, разный диаметр зрачков или отсутствие реакции на свет, страбизм (роговичный рефлекс по Гиршбергу), острота зрения (с. 514), нарушения прорезывания зубов.

— **Дыхание:** тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки, необычные звуки при дыхании.

— **Сердечно-сосудистая система:** тахикардия, аритмия, шумы в сердце (с. 376).

— **Живот:** увеличенная печень или селезенка, объемные образования, грыжи.

— **Опорно-двигательный аппарат и неврологический статус:** аномальный изгиб позвоночника, хромота, асимметрия осанки, отсутствие или снижение рефлексов.

— **Развитие:** оцените основные этапы развития (см. таблицу 15). При выявлении нарушений развития см. с. 666.

— **Признаки жестокого или небрежного обращения с ребенком:** несоблюдение личной гигиены, необычные травмы и кровоподтеки, характер которых не соответствует приведенному объяснению (с. 754).

Таблица 15. Основные этапы развития: 5 лет

Области развития	Как правило, в возрасте 5 лет ребенок...
Речь	• Рассказывает истории, соблюдая логическую и хронологическую последовательность, использует простые грамматически правильные предложения • Дефекты речи практически отсутствуют
Крупная моторика	• Поднимается и спускается по стандартной лестнице лицом вперед, не держась за ступеньки • Прыгает и стоит на одной ноге (непродолжительное время) • Ловит большой мяч
Мелкая моторика	• Держит ручку как взрослый; может нарисовать прямоугольник и треугольник, если показать пример
Отношение к другим людям	• Спокойно переносит небольшие разочарования
Игровая активность	• Играет с другими детьми, готов делиться игрушками (ролевые игры, игры в животных)

Консультирование

- Проконсультируйте родителя или опекуна на следующие темы:
  - питание (с. 94);
  - гигиена полости рта и профилактика кариеса (с. 118);
  - физическая активность, малоподвижный образ жизни и сон (с. 119–121):
    - различные виды физической активности на протяжении как минимум 180 минут в день, включая не менее 60 минут физической активности умеренной и высокой интенсивности;
    - не следует ограничивать подвижность ребенка более чем на час подряд;
    - следует ограничить время, проводимое в положении сидя или лежа, особенно перед экраном в развлекательных целях, одним часом в день или менее;
    - 10–13 часов полноценного сна;
  - защита от солнца (с. 122);
  - профилактика травматизма (с. 123).
- Проверьте прививочный статус и сделайте недостающие прививки (с. 80):
  - перечень плановых прививок включает в себя вакцинацию против дифтерии, столбняка и коклюша. Используйте национальный календарь прививок, принятый в вашей стране;
- Назначьте дату следующего контрольного посещения здорового ребенка и следующей вакцинации.

3.12 Контрольное посещение здорового ребенка: 8 лет

- Контролируйте умственное и физическое развитие ребенка, ход вакцинации.
- Проконсультируйте опекунов по вопросам питания, активности и безопасности ребенка.

Анамнез

- Серьезные заболевания, перенесенные с момента предыдущего осмотра.
- Условия ухода за ребенком и дополнительные нагрузки на семью.
- Контроль и координация мочеиспускания в дневное и ночное время (с. 419).
- Проблемы со зрением или слухом.
- Отклонения в отношениях с учителями, друзьями и родителями.
- Проблемы с поведением или учебой (с. 636).

Физикальное обследование

- Проведите полное физикальное обследование (с. 18). Ищите признаки острых заболеваний или хронических патологий:
  - **Физическое развитие:** измерьте массу тела и рост и подтвердите z-оценку в соответствии с таблицами роста и веса детей, разработанными ВОЗ (приложение 3). При отклонениях в физическом развитии (например, при показателе «ИМТ/возраст» менее –2 СО или более +1 СО) см. с. 601–615.
  - **Состояние кожи:** бледность (с. 471), сыпь (с. 450), признаки травм (например, кровоподтеки).
  - **Голова и шея:** нистагм, разный диаметр зрачков или отсутствие реакции на свет, острота зрения (с. 514), нарушения прорезывания зубов, увеличенные лимфатические узлы.
  - **Дыхание:** тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки, необычные звуки при дыхании.
  - **Сердечно-сосудистая система:** тахикардия, аритмия, шумы в сердце (с. 376).
  - **Живот:** увеличенная печень или селезенка, объемные образования, грыжи.
  - **Опорно-двигательный аппарат и неврологический статус:** аномальный изгиб позвоночника, хромота, асимметрия осанки, отсутствие или снижение мышечных рефлексов.
  - **Признаки жестокого или небрежного обращения с ребенком:** несоблюдение личной гигиены, необычные травмы и кровоподтеки, характер которых не соответствует приведенному объяснению (с. 754).

Консультирование

- Проконсультируйте родителя или опекуна на следующие темы:
  - питание (с. 94);
  - гигиена полости рта и профилактика кариеса с использованием фтора (с. 118);
  - физическая активность, малоподвижный образ жизни и сон (с. 119–121):
    - различные виды физической активности умеренной и высокой интенсивности на протяжении как минимум 60 минут в день;
    - следует ограничить время, проводимое в положении сидя или лежа, особенно перед экраном в развлекательных целях (в том числе за компьютером или видеоприставкой), двумя часами в день или менее;
    - 9–12 часов полноценного сна;
  - защита от солнца (с. 122);
  - профилактика травматизма (с. 123).
- Проверьте прививочный статус и сделайте недостающие прививки (с. 80):
  - используйте национальный календарь прививок, принятый в вашей стране.
- Назначьте дату следующего контрольного посещения здорового ребенка и следующей вакцинации.

3.13 Контрольное посещение здорового ребенка: 10 лет

- Контролируйте умственное и физическое развитие ребенка, ход вакцинации.
- Проконсультируйте опекунов по вопросам питания, активности и безопасности ребенка.

Анамнез

- Серьезные заболевания, перенесенные с момента предыдущего осмотра.
- Условия ухода за ребенком и дополнительные нагрузки на семью.
- Проблемы со сном (с. 643).
- Отклонения в отношениях с учителями, друзьями и родителями.

- Обеспокоенность, связанная с вопросами полового созревания.
- Проблемы с поведением или учебой (с. 636).

Физикальное обследование

- Проведите полное физикальное обследование (с. 18). Ищите признаки острых заболеваний или хронических патологий:
  - **Физическое развитие:** измерьте массу тела и рост и подтвердите z-оценку в соответствии с таблицами роста и веса детей, разработанными ВОЗ (приложение 3). При отклонениях в физическом развитии (например, при показателе «ИМТ/возраст» менее –2 СО или более +1 СО) см. с. 601–615.
  - **Этап полового созревания:** соответствующие возрасту признаки полового созревания (с. 796).
  - **Состояние кожи:** угревая сыпь (с. 832), бледность (с. 471), сыпь (с. 450), признаки травм (например, кровоподтеки).
  - **Голова и шея:** нистагм, разный диаметр зрачков или отсутствие реакции на свет, острота зрения (с. 514), нарушения прорезывания зубов, увеличенные лимфатические узлы.
  - **Дыхание:** тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки, необычные звуки при дыхании.
  - **Сердечно-сосудистая система:** тахикардия, аритмия, шумы в сердце (с. 376).
  - **Живот:** увеличенная печень или селезенка, объемные образования, грыжи.
  - **Опорно-двигательный аппарат и неврологический статус:** аномальный изгиб позвоночника, хромота, асимметрия осанки, отсутствие или снижение мышечных рефлексов.
  - **Признаки жестокого или небрежного обращения с ребенком:** несоблюдение личной гигиены, необычные травмы и кровоподтеки, характер которых не соответствует приведенному объяснению (с. 754).

Консультирование

- Проконсультируйте родителя или опекуна на следующие темы:
  - питание (с. 94);
  - гигиена полости рта и профилактика кариеса с использованием фтора (с. 118);

— физическая активность, малоподвижный образ жизни и сон (с. 119–121):
  - различные виды физической активности умеренной и высокой интенсивности на протяжении как минимум 60 минут в день;
  - следует ограничить время, проводимое в положении сидя или лежа, особенно перед экраном в развлекательных целях (в том числе за компьютером или видеоприставкой), двумя часами в день или менее;
  - 9–12 часов полноценного сна;
— защита от солнца (с. 122);
— профилактика травматизма (с. 123);
— сексуальность; физическое и сексуальное созревание (с. 80).

▶ Проверьте прививочный статус и сделайте недостающие прививки (с. 80):
— перечень плановых прививок включает в себя вакцинацию против дифтерии, столбняка, коклюша и вируса папилломы человека (ВПЧ). Используйте национальный календарь прививок, принятый в вашей стране;

▶ Назначьте дату следующего контрольного посещения здорового ребенка и следующей вакцинации.

3.14 Контрольное посещение здорового ребенка: 12 лет

- Контролируйте умственное и физическое развитие ребенка, этапы полового созревания, ход вакцинации.
- Предложите поддержку опекунам и подросткам.
- Проконсультируйте опекунов по вопросам питания, активности и безопасности ребенка.
- Проанализируйте поведение и образ жизни подростка с точки зрения здоровья и обсудите все интересующие их вопросы, связанные с поведением.
- Сообщите опекунам, что часть посещения вы посвятите беседе с подростком наедине (с. 790).
- Обеспечьте конфиденциальность, заручитесь согласием и проведите оценку компетенций подростка (с. 788).

Анамнез

- Проведите оценку с использованием алгоритма HEEADSSSS (H [home] – жилищные условия, E [education/employment] – образование/занятость, E [eating habits] – пищевые привычки, A [activities] – занятия, D [drugs] – лекарственные и другие зависимости, S [sexuality] – сексуальная жизнь, S [suicide and mental health] – склонность к суициду и психическое здоровье, S [security] – безопасность, S [social media] – социальные сети) (с. 793).
- Серьезные заболевания, перенесенные с момента предыдущего осмотра.
- Условия ухода за ребенком и дополнительные нагрузки на семью.
- Проблемы со сном (с. 643) или школьной успеваемостью.
- Отклонения в отношениях с учителями, друзьями и родителями.
- Обеспокоенность, связанная с вопросами полового созревания (с. 796).
- Поведение, привычки и окружение.
- Курение, употребление алкоголя и других веществ (с. 767).
- Проблемы с учебой.

Физикальное обследование

- Проведите полное физикальное обследование (с. 795). Ищите признаки острых заболеваний или хронических патологий:
  - **Физическое развитие:** измерьте массу тела и рост и подтвердите z-оценку в соответствии с таблицами роста и веса детей, разработанными ВОЗ (приложение 3). При отклонениях в физическом развитии (например, при показателе «ИМТ/возраст» менее –2 СО или более +1 СО) см. с. 601–615.
  - **Этап полового созревания:** соответствующие возрасту признаки полового созревания (с. 796).
  - **Состояние кожи:** угревая сыпь (с. 832), бледность (с. 471), сыпь (с. 450), признаки травм (например, кровоподтеки).
  - **Голова и шея:** нистагм, разный диаметр зрачков или отсутствие реакции на свет, острота зрения (с. 514), нарушения прорезывания зубов, увеличенные лимфатические узлы или щитовидная железа (с. 507).
  - **Дыхание:** тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки, необычные звуки при дыхании.
  - **Сердечно-сосудистая система:** тахикардия, аритмия, шумы в сердце (с. 376).

- **Живот:** увеличенная печень или селезенка, объемные образования, грыжи.
- **Опорно-двигательный аппарат и неврологический статус:** аномальный изгиб позвоночника, хромота, асимметрия осанки, отсутствие или снижение мышечных рефлексов.
- **Признаки жестокого или небрежного обращения с ребенком:** несоблюдение личной гигиены, необычные травмы и кровоподтеки, характер которых не соответствует приведенному объяснению (с. 754)

Консультирование

- Проконсультируйте родителя или опекуна на следующие темы:
  - питание (с. 94);
  - гигиена полости рта и профилактика кариеса (с. 118);
  - физическая активность, малоподвижный образ жизни и сон (с. 119–121):
    - различные виды физической активности умеренной и высокой интенсивности на протяжении как минимум 60 минут в день;
    - следует ограничить время, проводимое в положении сидя или лежа, особенно перед экраном в развлекательных целях (в том числе за компьютером или видеоприставкой), двумя часами в день или менее;
    - 9–12 часов полноценного сна;
  - защита от солнца (с. 122);
  - профилактика травматизма (с. 123);
  - сексуальность, физическое и сексуальное созревание, контрацепция (в зависимости от степени зрелости) (с. 800);
  - употребление психоактивных веществ (табак, алкоголь, другие вещества) (с. 767).
- Проверьте прививочный статус и сделайте недостающие прививки (с. 80):
  - перечень плановых прививок включает в себя вакцинацию против дифтерии, столбняка, коклюша и ВПЧ. Используйте национальный календарь прививок, принятый в вашей стране.
- Назначьте дату следующего контрольного посещения здорового ребенка и следующей вакцинации.

3.15 Контрольное посещение здорового ребенка: 14 лет

- Контролируйте умственное и физическое развитие ребенка, этапы полового созревания, ход вакцинации.
- Предложите поддержку опекунам и подросткам.
- Проконсультируйте опекунов по вопросам питания, активности и безопасности ребенка.
- Проанализируйте поведение и образ жизни подростка с точки зрения здоровья и обсудите все интересующие их вопросы, связанные с поведением.
- Сообщите опекунам, что часть посещения вы посвятите беседе с подростком наедине (с. 790).
- Обеспечьте конфиденциальность, заручитесь согласием и проведите оценку компетенций подростка (с. 788).

Анамнез

- ▶ Проведите оценку с использованием алгоритма HEEADSSSS (с. 793).
- ■ Серьезные заболевания, перенесенные с момента предыдущего осмотра.
- ■ Условия ухода за ребенком и дополнительные нагрузки на семью.
- ■ Проблемы со сном (с. 643) или школьной успеваемостью.
- ■ Отклонения в отношениях с учителями, друзьями и родителями.
- ■ Проблемы, связанные с менструациями (с. 828) или контрацепцией (с. 804).
- ■ Поведение, привычки и окружение (см. оценку с использованием алгоритма HEEADSSSS, с. 793).
- ■ Курение, употребление алкоголя и других веществ (с. 767).
- ■ Проблемы с учебой.

Физикальное обследование

- ▶ Проведите полное физикальное обследование (с. 795). Ищите признаки острых заболеваний или хронических патологий:
  - — **Физическое развитие:** измерьте массу тела и рост и подтвердите z-оценку в соответствии с таблицами роста и веса детей, разработанными ВОЗ (приложение 3). При отклонениях в физическом развитии (например, при показателе «ИМТ/возраст» менее –2 СО или более +1 СО) см. с. 601–615.

— **Этап полового созревания:** соответствующие возрасту признаки полового созревания (с. 796).

— **Состояние кожи:** бледность (с. 471), сыпь (с. 450), признаки травм (например, кровоподтеки), угревая сыпь (с. 832).

— **Голова и шея:** нистагм, разный диаметр зрачков или отсутствие реакции на свет, острота зрения (с. 514), нарушения прорезывания зубов, увеличенные лимфатические узлы или щитовидная железа (с. 507).

— **Дыхание:** тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки, необычные звуки при дыхании.

— **Сердечно-сосудистая система:** тахикардия, аритмия, шумы в сердце (с. 376).

— **Живот:** увеличенная печень или селезенка, объемные образования, грыжи.

— **Опорно-двигательный аппарат и неврологический статус:** аномальный изгиб позвоночника, хромота, асимметрия осанки, отсутствие или снижение мышечных рефлексов.

— **Признаки жестокого или небрежного обращения:** несоблюдение личной гигиены, необычные травмы и кровоподтеки, характер которых не соответствует приведенному объяснению (с. 754).

Консультирование

▶ Проконсультируйте родителя или опекуна на следующие темы:

— питание (с. 81);

— гигиена полости рта и профилактика кариеса (с. 118);

— физическая активность, малоподвижный образ жизни и сон (с. 119–121):

- различные виды физической активности умеренной и высокой интенсивности на протяжении как минимум 60 минут в день;
- следует ограничить время, проводимое в положении сидя или лежа, особенно перед экраном в развлекательных целях (в том числе за компьютером или видеоприставкой), двумя часами в день или менее;
- 9–12 часов полноценного сна;

- защита от солнца (с. 122);
- профилактика травматизма (с. 123);
- сексуальность, физическое и сексуальное созревание, контрацепция (с. 800);
- употребление психоактивных веществ (табак, алкоголь, другие вещества) (с. 767).

▶ Проверьте прививочный статус и сделайте недостающие прививки (с. 80):

- перечень плановых прививок включает в себя вакцинацию против дифтерии, столбняка, коклюша и ВПЧ. Используйте национальный календарь прививок, принятый в вашей стране.

Для заметок

ГЛАВА 4

Укрепление здоровья и профилактика заболеваний

4.1	Развитие детей раннего возраста	70
4.2	Вакцинация	80
4.3	Скрининговые тесты и контроль	93
4.4	Консультирование по вопросам питания	94
4.5	Пищевые добавки с витаминами и микроэлементами	113
4.6	Гигиена полости рта	116
4.7	Сон	119
4.8	Малоподвижный образ жизни и время, проводимое перед экраном в развлекательных целях	119
4.9	Физическая активность	121
4.10	Защита от солнца	122
4.11	Предотвращение непреднамеренного травматизма	123
4.12	Поддержка психического здоровья и благополучия	129

Укрепление здоровья – это процесс, дающий родителям и детям возможность лучше контролировать свое здоровье и поощряющий здоровые формы поведения, включая, например, здоровое питание, развитие детей раннего возраста, гигиену полости рта и охрану психического здоровья.

Первичная профилактика означает меры, направленные на предотвращение проявлений болезней или других неблагоприятных событий; к таким мерам, например, относится вакцинация и снижение избыточного веса.

Вторичная профилактика охватывает область раннего выявления заболеваний в тех случаях, когда оно повышает вероятность положительного исхода; например, она включает в себя скрининг на нарушения метаболизма и другие основанные на фактических данных программы скрининга для раннего выявления заболеваний.

Третичная профилактика ставит своей целью смягчение негативного воздействия уже имеющейся патологии или заболевания с долгосрочными последствиями путем восстановления функций, повышения качества жизни и сокращения количества осложнений, связанных с заболеванием; например, к третичной профилактике относится лечение заболевания и реабилитация после тяжелой болезни.

4.1 Развитие детей раннего возраста

Развитие детей раннего возраста начинается с момента зачатия и определяет первые три года жизни ребенка. Оно включает в себя такие аспекты, как социальные, эмоциональные и когнитивные функции ребенка, коммуникация и речь, отношение к другим людям, крупная и мелкая моторика, игровая активность, навыки самообслуживания, занятия и участие в повседневной жизни, а также влияющие на жизнь ребенка факторы семейной и общественной жизни.

Нарушения развития в раннем возрасте варьируются от проблем развития, вызванных распространенными предотвратимыми обстоятельствами (например, недостаточно внимательным уходом, дефицитом железа и недостаточным питанием), до нарушений развития нервной системы, включая детский церебральный паралич (с. 681) или аутизм (с. 671).

Неблагоприятные события раннего детства могут отрицательно повлиять на развитие мозга, а также на долгосрочное соматическое и психическое здоровье во взрослом возрасте. Наличие факторов риска в области здоровья или психосоциальной среды может потребовать дополнительной поддержки в сфере развития ребенка.

Данная глава выстроена таким образом, чтобы позволить работникам первичной медико-санитарной помощи:

- контролировать развитие ребенка, оказывать помощь и определять области, требующие дополнительной поддержки;
- выявлять и устранять факторы риска, способствующие возникновению нарушений развития;
- работать с нарушениями развития после проявления их признаков.

Отдельные патологии, которые могут сопровождаться нарушениями развития, и их лечение описаны в главе 7.

Оценка и контроль развития

Оценка факторов риска, способствующих возникновению нарушений развития (таблица 16)

- Перед началом обсуждения психосоциальных факторов риска и сложностей семейной ситуации установите контакт с семьей. Например, вы можете сказать: «Иногда люди страдают от чрезмерной нагрузки, стрессов или депрессии. Семья может столкнуться с финансовыми трудностями или болезнью одного из членов, а опекунам ребенка бывает трудно обеспечить его развитие. Есть ли в вашей семье какие-то из этих трудностей?»

Оценка внимательности ухода и возможностей для раннего обучения

- Узнайте, кто из членов семьи заботится о ребенке и каким образом опекуны, родители и другие члены семьи поддерживают развитие ребенка. Спросите: «Что вы и ваша семья делаете дома, в повседневной жизни, чтобы помочь вашему ребенку развиваться, учиться и общаться?»

Таблица 16. Факторы риска, способствующие возникновению нарушений развития

Психосоциальные и связанные с окружающей средой факторы риска	Связанные со здоровьем факторы риска
• Соматические и психические заболевания у членов семьи (например, депрессия у матери) • Злоупотребление психоактивными веществами • Нищета • Воздействие токсических веществ (табачный дым, алкоголь, свинец, ртуть, загрязнение окружающей среды) • Неудовлетворительные жилищные условия • Недостаточно внимательный уход, неполноценное питание • Отсутствие условий для раннего обучения • Семейные конфликты или семейно-бытовое насилие	• Низкая масса тела при рождении (< 2500 г) или недоношенность (< 37 недель) • Проблемы перинатального периода, в том числе асфиксия в родах • Тяжелая желтуха • Патологии центральной нервной системы, включая менингит, травмы или судороги • Недостаточное питание • Дефицит железа и йода • Нарушения слуха и зрения

Психосоциальные и связанные с окружающей средой факторы риска	Связанные со здоровьем факторы риска
• Влияние насильственного конфликта или войны • Перемещение (переезд) • Бездомность, проживание в казенном учреждении, разлука с родителями • Низкий уровень образования у опекунов	• Врожденные, генетические, метаболические, эндокринные и другие хронические патологии • Кровное родство между родителями

Контроль и оценка основных этапов и различных областей развития

- В таблице 17 указан возраст, к которому большинство (85%) детей проходят те или иные основные этапы развития.
- Если к указанному возрасту ребенок не проходит те или иные основные этапы развития, ему может помочь дополнительная поддержка и вмешательства на раннем этапе.
- В каждом возрасте у ребенка должны сохраняться все основные этапы развития, пройденные в предыдущих возрастных группах. Откат назад или утрата какого-либо навыка являются тревожным признаком.

- Контролируйте основные этапы и различные области развития в ходе контрольных посещений здорового ребенка в возрасте 6 месяцев, 1 года, 2 лет и 3 лет (таблица 17).
- При оценке развития у недоношенных (с гестационным возрастом менее 37 недель) детей в возрасте до 2 лет вносите гестационную поправку. Используйте следующую формулу: скорректированный возраст = вычисленный возраст (текущая дата минус дата рождения) минус поправка на недоношенность (40 недель минус гестационный возраст при рождении в неделях).
- Осмотрите ребенка. Не следует «проверять» ребенка на достижение основных этапов развития. Ребенок может стесняться, робеть или бояться и не демонстрировать свои умения по заказу.

Таблица 17. Основные этапы развития

Области развития	Как правило, в возрасте 6 месяцев ребенок...	Как правило, в возрасте 14 месяцев ребенок...
Экспрессивная речь	• Громко смеется • Произносит гласные («а-а», «у-у»)	• Лепечет, повторяя много слогов • Произносит одно осмысленное слово • Показывает на людей или предметы пальцем или рукой
Рецептивная речь	• Отвечает звуками на речь опекунов	• Понимает: обозначения действий («пойдем», «возьми», «стой»); названия предметов («мяч», «игрушка»); обозначения знакомых людей («мама», «папа»)
Крупная моторика	• Поднимает голову на 90° (из положения лежа на животе) • Когда его держат вертикально, выпрямляет ноги и отталкивается • Сидит с поддержкой • Активно меняет положение (переворачивается)	• Уверенно сидит без поддержки (к 10 месяцам) • Подтягивается и встает, держась за предметы • Стоит без поддержки в течение секунды • Ходит, держась за предметы 
Мелкая моторика	• Тянет руки к предметам (игрушкам) • Держит предметы и манипулирует ими	• Берет маленькие предметы большим и указательным пальцем
Отношение к другим людям	• Поддерживает длительный и осмысленный зрительный контакт • Демонстрирует узнавание и желание общаться с опекуном (тянется навстречу, улыбается, изучает лица)	• Спонтанно стремится разделить радость и интерес с другими людьми (обнимает или целует опекуна, изучает игрушки вместе с ним) • Демонстрирует признаки узнавания незнакомых людей (отворачивается, пристально смотрит)

Области развития	Как правило, в возрасте 6 месяцев ребенок...	Как правило, в возрасте 14 месяцев ребенок...
Игровая активность	• При играх лицом к лицу издает ответные звуки • Тянет игрушки/предметы в рот	• С любопытством изучает игрушки/предметы (как крутятся колеса, двигается кукла, звенит колокольчик, зажигается лампочка) • Делает жесты по просьбе опекуна • Имитирует игру в прятки, повторяет жесты во время игры (хлопает в ладони, строит гримасы)
Навыки самообслуживания	• В этом возрасте развитие навыков самообслуживания не предполагается	• Ест пальцами (узнает еду и ест ее)

Как правило, в возрасте 24 месяцев ребенок...	Как правило, в возрасте 36 месяцев ребенок...
• Использует не менее двух осмысленных слов • Показывает указательным пальцем • Опекун частично понимает коммуникацию ребенка	• Использует для коммуникации предложения из трех слов • Использует местоимения («я», «меня», «ты») • Опекун по большей части понимает коммуникацию ребенка
• Машет на прощание или делает по просьбе опекуна какой-либо другой распространенный жест • Понимает одну простую просьбу («принеси ботинки»)	• Понимает один предлог (кроме «в»), например «под» или «на»
• Ходит без поддержки (к 18 месяцам) • Ударяет ногой по мячу или другому предмету	• Лазает, прыгает
• Держит карандаш или палочку (любым способом) и рисует на бумаге, земле или полу 	• Манипулирует даже очень мелкими предметами, уверенно держа их тремя пальцами (большим, указательным и средним)

Как правило, в возрасте 24 месяцев ребенок...	Как правило, в возрасте 36 месяцев ребенок...
• Вступает в целенаправленное взаимодействие с людьми • Имитирует поведение людей (машет в ответ, «пишет», моет руки, складывает одежду, подражая другим)	• Первым инициирует все более дружелюбное и разнообразное взаимодействие с людьми
• Изучает, как работают игрушки/предметы (как двигается кукла, звенит колокольчик) • Играет в простые игры с использованием воображения (кормит куклу, катает машинку, ездит верхом)	• Включает других людей в свои игры • Играет в сложные игры, задействуя воображение
• Ест пальцами (узнает еду и ест ее) • Может уметь пользоваться одним столовым прибором	• Умеет пользоваться одним столовым прибором • Снимает с себя один предмет одежды • Моет руки с посторонней помощью

▶ Спросите родителей или опекунов, вызывает ли у них беспокойство развитие ребенка (задавайте открытые вопросы).

Экспрессивная речь: как ребенок дает понять, что он чего-то хочет? Какие звуки, жесты, слова он использует?

Рецептивная речь: как ребенок показывает, что понимает обращенную к нему речь?

Крупная моторика: расскажите о движениях ребенка – как он поднимает и держит голову, сидит, ходит.

Мелкая моторика: как ребенок использует свои руки (например, держит предметы)?

Отношение к другим людям: как ребенок относится к знакомым людям? Как демонстрирует интерес к ним? Каким образом взаимодействует с ними? Как поддерживает зрительный контакт?

Игровая активность: расскажите об играх ребенка. Как он играет с людьми, предметами или игрушками?

Навыки самообслуживания: что ребенок умеет делать самостоятельно (например, есть)? Примечание: возраст развития навыков самообслуживания у ребенка может варьироваться в разных культурах в зависимости от предоставляемых ему возможностей.

Порядок действий

- Относитесь с уважением к культурному опыту, приоритетам и убеждениям ребенка и его семьи.
- Используйте навыки активного слушания.
- Опекуны будут с готовностью сотрудничать с вами, если вы отметите, похвалите и поддержите их усилия и положительные стороны.

Если все основные этапы развития достигнуты и у ребенка отсутствуют психосоциальные или связанные со здоровьем факторы риска:

- Прокомментируйте процесс развития ребенка; поддержите опекунов, похвалив их за приложенные усилия.
- Проконсультируйте опекунов относительно дальнейшей поддержки развития (с. 78) и надлежащего кормления ребенка, например о введении прикорма начиная с 6 месяцев (с. 104).

Если у ребенка присутствуют психосоциальные или связанные со здоровьем факторы риска:

- Примите меры для устранения психосоциальных или связанных со здоровьем факторов риска:
  - окажите дополнительную поддержку и при необходимости направьте ребенка к специалистам. Предложите доступные ресурсы в местном сообществе, например службы социальной поддержки;
  - примите меры для устранения таких связанных со здоровьем факторов риска, как потеря слуха и дефицит железа (с. 478);
  - помогите ребенку и его семье найти и задействовать собственные сильные стороны и ресурсы для борьбы с факторами стресса.

Если основные этапы развития не достигнуты:

- Будьте бдительны. Определите, нуждается ли ребенок во вмешательствах и поддержке на раннем этапе, но не заставляйте родителей тревожиться без необходимости.
- Поддержите опекунов и проконсультируйте их о том, какая дополнительная поддержка и мероприятия могут способствовать развитию их ребенка (с. 78).
- Примите меры для устранения психосоциальных или связанных со здоровьем факторов риска (см. выше).
- При повторном посещении через месяц:
  - — если основные этапы развития достигнуты, продолжайте поощрять внимательный уход за ребенком и проведите повторную проверку во время следующего планового контрольного посещения здорового ребенка;
  - — если основные этапы развития не достигнуты или факторы риска не могут быть устранены, направьте ребенка к специалисту для оценки уровня развития и предоставления соответствующих услуг. В процессе ожидания оценки специалистом продолжайте оказывать поддержку и комментировать процесс развития: совместно с опекунами составьте план, который обеспечит ребенку получение дополнительной поддержки. Не позднее чем через два месяца оцените достигнутые успехи и продолжайте отслеживать их через регулярные промежутки времени (в ходе контрольных посещений здорового ребенка).
- Информацию о лечении нарушений развития см. на с. 76.

Если у ребенка наблюдается откат от ранее достигнутых основных этапов развития:

- Направьте ребенка к специалисту для комплексной оценки уровня развития и предоставления соответствующих услуг. В процессе ожидания оценки специалиста продолжайте оказывать следующую поддержку:
  - — комментируйте процесс развития и совместно с опекунами составьте план, который обеспечит ребенку получение дополнительной поддержки;
  - — не позднее чем через два месяца оцените достигнутые успехи и продолжайте отслеживать их через регулярные промежутки времени (в ходе контрольных посещений здорового ребенка, см. главу 3).

Блок рекомендаций 1. Развитие детей раннего возраста

Поддержка развития детей раннего возраста

Развитие мозга и обучение ребенка зависят от внимательного ухода за ним и событий, которые он переживает в раннем детстве. Негативный опыт может отрицательно повлиять на развитие мозга вашего ребенка и привести к долгосрочным нарушениям его физического и психического здоровья в будущем.

Оказывайте положительное влияние и поддерживайте развитие вашего ребенка

- Установите доверительные, стабильные и здоровые отношения с ребенком.
- Участвуйте в повседневном общении с ребенком: улыбайтесь ему, разговаривайте с ним, обнимайте его, пойте ему песенки.
- Защищайте ребенка от насилия и травм.
- Обращайте внимание на болезни и прибегайте к медицинской помощи.

Обеспечьте поддерживающий и внимательный к эмоциональному состоянию уход

- Чутко реагируйте на потребности ребенка в отношении питания, безопасности, занятий, утешения, игр и общения.
- Внимательно наблюдайте за признаками, сигналами, поведением, движениями, звуками, жестами и словесными просьбами ребенка, распознавайте их и реагируйте на них.
- Реагируйте с любовью и предсказуемо. Ваши реакции должны быть своевременными, последовательными и уместными.

Способствуйте раннему обучению



- Занимайтесь ранним обучением ребенка, особенно в первые три года его жизни: рассказывайте или читайте вслух сказки, расширяйте возможности для обучения с помощью игры.
- Обеспечьте качественную среду для раннего обучения дома, а позднее в дошкольном и школьном учреждении.

Применяйте позитивные стратегии воспитания

- Применяйте соответствующие методы, такие как гибкая дисциплина и установление границ.
- Хвалите ребенка. Не прибегайте к жестким дисциплинарным методам и принуждению.

Содействие развитию всех детей раннего возраста

- Сообщите опекунам следующую информацию о развитии ребенка:
  - Развитие включает в себя обучение, коммуникацию, понимание, отношения с людьми, движение, а также использование рук, пальцев, слуха и зрения.
  - Возраст, в котором дети осваивают такие навыки, как ходьба, может варьироваться в широких пределах. Родители ни в коем случае не должны давить на ребенка: каждый ребенок развивается в своем собственном темпе и освоит новые навыки, когда будет готов к этому.
  - Развитие ребенка, особенно при наличии факторов риска, должно сопровождаться поддержкой, которая позволит ребенку сформировать надежную привязанность и развить свои эмоциональные, поведенческие и когнитивные способности.
  - Отслеживать и поддерживать развитие ребенка не менее важно, чем контролировать его физическое здоровье и рост.
- Дайте общие рекомендации по уходу за ребенком. Проконсультируйте родителя или опекуна на следующие темы:
  - как поддержать развитие и обучение детей раннего возраста (блок рекомендаций 1);
  - соответствующее возрасту кормление и питание, включая грудное вскармливание (с. 94);
  - важность установления режима дня, например времени отхода ко сну или приема пищи.
- Рассмотрите возможность применения психосоциальных вмешательств для поддержки психического здоровья матери (например, при тревожности или депрессии), включая направление в группы родительской взаимопомощи, на психообразование или когнитивно-поведенческую терапию.
- При необходимости рассмотрите возможность направить родителей на курсы обучения уходу за ребенком.
- Назначьте дату следующего визита (контрольного посещения здорового ребенка).

4.2 Вакцинация

Вакцины облегчают страдания и спасают от смерти. С 1990-х гг. детская смертность в мире сократилась на 30%; более чем наполовину – благодаря иммунизации.

Убедитесь, что ребенок проходит вакцинацию в рекомендованном возрасте в соответствии с национальным календарем прививок.

При каждом контрольном посещении здорового ребенка **не упускайте возможность** проверить, сделаны ли все необходимые по возрасту прививки. В таблице 18 приведены сводные рекомендации ВОЗ относительно вакцинации детей и подростков. Эта таблица представляет собой общие указания (по состоянию на сентябрь 2020 г.) и не предназначена для непосредственного использования медицинскими работниками. Используйте национальный календарь прививок, принятый в вашей стране.

- Попросите опекуна на каждом приеме иметь с собой прививочную карту или другой медицинский документ ребенка. Если опекун забыл взять документ с собой, он может устно сообщить вам, когда ребенок проходил вакцинацию в последний раз.
- Вносите сведения о каждой вакцинации в прививочную карту или другой медицинский документ ребенка.
- Сообщайте опекуну дату следующей вакцинации ребенка.
- Живые вакцины (например, тривакцина против кори, паротита и краснухи (КПК) или против ветряной оспы) можно вводить одновременно или с интервалом в 28 дней. Инактивированные вакцины можно вводить в любое время.
- Каждая доза имеет значение. Если серия прививок была прервана, нет необходимости повторять ее с начала. Возобновите вакцинацию, не вводя повторно предыдущие дозы.
- При отложенной иммунизации могут действовать особые указания. Для большинства вакцин число доз и интервалы между ними остаются без изменений. Исключения см. в таблице 19 на с. 84.
- Более подробную информацию о плановой иммунизации см. в таблице 19 на с. 84.

Таблица 18 Рекомендации ВОЗ относительно плановой иммунизации детей и подростков

Антиген	Число доз в первичной серии	Возраст введения первой дозы	Минимальный интервал между дозами	Бустерные дозы
Рекомендации для всех детей и подростков				
БЦЖ	1 доза (внутрикожно)	Как можно раньше после рождения (< 48 часов)		
Гепатит В	3–4 дозы: 1 доза при рождении + 2–3 дозы одновременно с АКДС-содержащей вакциной	Как можно раньше после рождения (< 48 часов)	Между 1-й и 2-й – 4 недели; между 2-й и 3-й – 5 месяцев	3 дозы (для групп риска, не вакцинированных ранее)
Полиомиелит	4 дозы бОПВ + ИПВ	6 недель	4 недели	
	1–2 дозы ИПВ и 2 дозы бОПВ (последовательно)	8 недель	4 недели	
	3 дозы ИПВ	8 недель	4 недели	Если серия была начата до 2-месячного возраста, то не менее 6 месяцев после последней дозы
Вакцина, содержащая адсорбированный коклюшно-дифтерийно-столбнячный компонент (АКДС-содержащая вакцина)	3 дозы	6 недель (минимум)	4 недели	3 бустерные дозы: 12–23 месяца (АКДС-содержащая вакцина); 4–7 лет (АДС-М/АДС-содержащая вакцина); 9–15 лет (АДС-М-содержащая вакцина); не менее 4 лет между бустерными дозами

Антиген	Число доз в первичной серии	Возраст введения первой дозы	Минимальный интервал между дозами	Бустерные дозы
***Haemophilus influenzae* тип b**	3 дозы одновременно с АКДС-содержащей вакциной	6 недель (минимум) 59 месяцев (максимум)	4 недели	Бустерная доза не обязательна
	2 дозы		8 недель	Не менее 6 месяцев после последней дозы
Пневмококк (конъюгированная вакцина)	3 дозы одновременно с АКДС-содержащей вакциной	6 недель (минимум)	4 недели	
	2 дозы одновременно с АКДС-содержащей вакциной		8 недель	9–18 месяцев; дополнительная бустерная доза для ВИЧ-положительных и недоношенных детей
Ротавирус	2 дозы Rotarix или 3 дозы RotaTeq либо Rotavac одновременно с АКДС-содержащей вакциной	6 недель (минимум)	4 недели	
Корь	2 дозы	9 или 12 месяцев	4 недели	
Краснуха	1 доза одновременно с вакциной против кори	9 или 12 месяцев (6 месяцев минимум)		
ВПЧ (только девочкам)	2 дозы	Как можно раньше начиная с 9-летнего возраста	6 месяцев	

Рекомендации для детей из некоторых групп высокого риска				
Менингококковый менингит А	1 доза	9–18 месяцев		
Менингококковый менингит С	2 дозы	2–11 месяцев	8 недель	1 год после первой дозы
	1 доза	≥ 12 месяцев		
Менингококковая четырехвалентная вакцина	2 дозы	9–23 месяца	12 недель	
	1 доза	> 2 лет		
Гепатит А	Не менее 1 дозы	> 1 года	От 6 до 18 месяцев	
Рекомендации для детей, проживающих в определенных регионах				
Клещевой энцефалит	3 дозы «ФСМЕ-Иммун» и «Энцепур»	> 1 года	Между 1-й и 2-й – 1–3 месяца; между 2-й и 3-й – 12 месяцев	Не менее 1 бустерной дозы
	3 дозы: «Клещ-Э-Вак» и «Энцевир»	> 3 лет	Между 1-й и 2-й – 1–7 месяцев; между 2-й и 3-й – 12 месяцев	Раз в 3 года
Рекомендации для программ иммунизации с определенными характеристиками				
Паротит	2 дозы одновременно с вакциной против кори	12–18 месяцев	4 недели	
Ветряная оспа	1–2 дозы	12–18 месяцев	От 1 до 3 месяцев в зависимости от вакцины	2 дозы
Сезонный грипп (трех- или четырехвалентная вакцина)	Первично: 2 дозы (< 9 лет); 1 доза (≥ 9 лет)	6 месяцев (минимум)	4 недели	Ежегодная ревакцинация: 1 доза

АКДС – адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина; АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин; АДС-М – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов; БЦЖ – бацилла Кальмета – Герена; бОПВ – бивалентная оральная вакцина против полиомиелита, ВПЧ – вирус папилломы человека; ИПВ – инактивированная полиомиелитная вакцина.

Таблица 19. Особые указания для плановой и отложенной иммунизации

Антиген	Особые указания
БЦЖ	Рекомендовано в странах с высокой заболеваемостью ТБ.
Гепатит B	Дети с низкой массой тела при рождении и недоношенные дети должны при рождении получать дозу вакцины сверх первичной серии. Рекомендации для следующих групп риска: частый прием препаратов крови, диализ, диабет, хронические заболевания печени, ВИЧ, реципиенты трансплантации паренхиматозных органов.
АКДС-содержащая вакцина	При отложенной иммунизации: детям > 12 месяцев – 3 дозы с интервалом не менее 4 недель между 1-й и 2-й дозами и не менее 6 месяцев между 2-й и 3-й дозами.
***Haemophilus influenzae* тип b**	При возрасте > 12 месяцев – 1 доза. При отложенной иммунизации: детям > 12 месяцев – только 1 доза; не рекомендовано здоровым детям > 5 лет.
Пневмококк (конъюгированная вакцина)	ВИЧ-положительным и недоношенным детям, получившим первичную серию до 12 месяцев, может быть показана бустерная доза на 2-м году жизни. При отложенной иммунизации: детям 1–5 лет из групп риска – только 2 дозы.
Ротавирус	Отложите вакцинацию при остром гастроэнтерите или повышении температуры, если ребенок находится в состоянии средней или высокой тяжести. При отложенной иммунизации: польза для детей > 24 месяцев ограничена.
Корь	Рассмотрите возможность введения дополнительной дозы детям старше 6 месяцев и представителям следующих групп: • известный ВИЧ-положительный статус или контакт с ВИЧ-инфицированным; • внутренне перемещенные лица или беженцы; • высокий риск заражения корью (например, контакты с больными корью или посещение мест с повышенным риском заражения во время вспышек, например детского сада).
Краснуха	Вакцинация проводится у девочек подросткового возраста. Не проводите вакцинацию во время беременности.

Антиген	Особые указания
ВПЧ	Целевая группа: девочки 9–14 лет, желательно до начала половой жизни. При ослабленном иммунитете – 3 дозы.
Сезонный грипп	В первую очередь вакцинируют группу риска – детей от 6 месяцев до 5 лет. Для детей 6–35 месяцев применяется уменьшенная дозировка.
Гепатит А	Инактивированная (1–2 дозы в/м) или живая ослабленная вакцина (1 доза п/к). Желательно 2 дозы для групп риска: пожизненный прием препаратов крови, хронические заболевания печени, ослабленный иммунитет. Рекомендуется детям из групп риска (см. выше) и детям, совершающим поездки или проживающим в регионах с широкой распространенностью гепатита.
Клещевой энцефалит	Рекомендовано в географических регионах с высокой распространенностью клещевого энцефалита.
Менингококковый менингит А	При отложенной иммунизации: детям < 9 месяцев – 2 дозы с интервалом в 8 недель; детям до 24 месяцев – 1 доза 5 мкг.
Менингококковый менингит С	При отложенной иммунизации: детям > 12 месяцев – только 1 доза.
Менингококковая четырехвалентная вакцина	При отложенной иммунизации: детям > 12 месяцев – только 1 доза.

АКДС – адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина; БЦЖ – бацилла Кальмета – Герена; ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; ВПЧ – вирус папилломы человека; ТБ – туберкулез.

Консультирование по заболеваниям, предупреждаемым вакцинацией

Благодаря эффективным программам вакцинации большинство людей в промышленно развитых странах никогда не страдали от заболеваний, предупреждаемых вакцинацией; многие люди считают, что эти заболевания больше не представляют угрозы. Вы оказываете огромное влияние на решения человека относительно вакцинации.

- Будьте осведомлены о распространенных опасениях, связанных с вакцинацией, чтобы иметь возможность давать корректные с научной точки зрения рекомендации.

- Боритесь с мифами о вакцинации (с. 92). Выслушивайте опекунов и родителей, обсуждайте с ними преимущества и риски вакцинации, а также риски развития заболеваний и их осложнений, связанные с отказом от вакцинации. В таблице 20 вы найдете полезную информацию для консультирования родителей, опекунов, детей и подростков.
- Если опекун или ребенок возражают против вакцинации, наилучшим подходом будет выслушать их опасения, изучить их доводы, а затем предоставить информацию, соответствующую их ситуации и уровню образования. Раздавайте письменные памятки с соответствующей информацией, не содержащей рекламы фармацевтических компаний.
- Не отметайте опасения как неважные. Уважайте чужое мнение и учитывайте индивидуальные, культурные и религиозные факторы, которые могут повлиять на решения человека относительно вакцинации.
- Расскажите о возможных побочных эффектах (с. 89).

Таблица 20. Последствия и осложнения заболеваний, предупреждаемых вакцинацией, у невакцинированных детей

Заболевание	Последствия и осложнения
Дифтерия	• Ранее считалась одной из самых страшных болезней, которая вызывала эпидемии с высоким уровнем летальности • Инфекция ротоглотки вызывает слабость, повреждение нервных клеток, сердечную недостаточность и смерть (в 10% случаев)
Столбняк	• Мышечные спазмы и судороги • Высокий уровень летальности даже при интенсивной терапии • Без медицинского вмешательства приводит к смерти почти в 100% случаев
Коклюш (с. 238)	• Тяжелые приступы кашля, пневмония, судороги; возможно повреждение головного мозга • У детей самого младшего возраста – апноэ и цианоз • Показатель летальности: 2,8–4%
Полиомиелит	• До изобретения вакцины был основной причиной инвалидности • Примерно у каждого 200-го ребенка развивается паралитический полиомиелит

Заболевание	Последствия и осложнения
Haemophilus influenzae **тип b**	Попадание инфекции в кровоток приводит к ее вторичному распространению, которое вызывает: • пневмонию, артрит, остеомиелит, флегмону, эпиглоттит и менингит; • менингит приводит к повреждению головного мозга, глухоте (в 10–15% случаев) и смерти (в 5% случаев)
Корь **(с. 285)**	• Средний отит, круп, диарея, пневмония • Постинфекционный коревой энцефалит (около 1–4 случаев на 1000–2000 заболевших) • Подострый склерозирующий панэнцефалит (около 1 случая на 10 000–100 000 заболевших) • Показатель летальности: 0,01–6% (может доходить до 30%)
Паротит (свинка) **(с. 276)**	• Глухота (5 случаев на 10 000 заболевших) • Паротитный энцефалит (0,02–0,3% случаев) • Орхит (у 20–30% мальчиков), который может привести к бесплодию
Краснуха **(с. 289)**	Инфицирование в начале беременности может привести к: • выкидышу или смерти плода; • синдрому врожденной краснухи (дефектам развития сердца, глаз и ушей)
Ветряная оспа **(с. 295)**	• Мозжечковая атаксия (1 случай на 4000 заболевших) • Энцефалит (1 случай на 33 000–50 000 заболевших) • Смерть от осложнений (1 случай на 40 000 заболевших)
Пневмококковая инфекция	• Фебрильная бактериемия (показатель летальности 15–20%) • Менингит (в 15–20% случаев приводит к необратимому повреждению головного мозга или глухоте)
Менингококковая инфекция	• Тяжелое, угрожающее жизни заболевание • Инвазивная инфекция приводит к стремительно нарастающей септицемии, которая сопровождается нарушением кровообращения и менингитом • Повреждение головного мозга, глухота, ампутация конечностей, потеря кожных покровов (в 10% случаев) и смерть (в 10% случаев)

Заболевание	Последствия и осложнения
Гепатит B (с. 485)	• Инфекция печени может перейти в хроническую форму и привести к циррозу, раку печени и смерти
Ротавирус	• Основная причина диареи с тяжелым обезвоживанием у детей младше 5 лет • Причина около 5% от общего числа случаев детской смерти в мире
Сезонный грипп	• Дети младше 5 лет и особенно младше 2 лет болеют гриппом особенно тяжело
Гепатит A	• Примерный показатель летальности: 0,1–2,1%
Клещевой энцефалит	• Одна из значимых причин вирусных инфекций ЦНС • В 40% случаев энцефалита развиваются стойкие нарушения со стороны ЦНС и постэнцефалитный синдром
ВПЧ	• Остроконечные кондиломы гениталий, рак анального канала и ротоглотки • Рак шейки матки и вульвы (у женщин), рак полового члена (у мужчин)
Туберкулез (с. 746)	• У детей в основном встречается туберкулез легких • На внелегочные формы туберкулеза приходится 30–40% случаев • Дети грудного и младшего возраста имеют высокий риск развития туберкулезного менингита и милиарного диссеминированного туберкулеза, отличающегося высоким уровнем детской смертности
COVID-19 (с. 217)	• Используйте действующие национальные руководства по вакцинации против COVID-19

ВПЧ – вирус папилломы человека; COVID-19 – коронавирусная инфекция 2019 г.

Введение вакцин

Инструкции по введению внутримышечных (в/м) и подкожных (п/п) инъекций см. на с. 928. Перед проведением вакцинации обязательно получите согласие.

Смягчение болезненных ощущений при инъекциях

- Будьте спокойны и уверены: это снизит тревогу у ребенка.
- Убедитесь, что ребенок находится в правильной позе, соответствующей возрасту. Маленьких детей следует держать вертикально на руках у опекуна.

- Опекун должен присутствовать на всем протяжении процесса вакцинации.
- Ребенка, находящегося на грудном вскармливании, следует покормить грудью во время вакцинации, непосредственно перед или после нее.

НЕ втягивайте поршень шприца во время внутримышечной инъекции.

НЕ нагревайте вакцину.

НЕ стимулируйте место инъекции с помощью растирания или пощипывания кожи.

НЕ используйте местную анестезию, не давайте ребенку антигистаминные или обезболивающие препараты перед вакцинацией или во время нее.

Предотвращение ошибок при вакцинации

При вакцинации необходимо избегать ошибок, вызванных неправильным приготовлением, хранением или введением вакцины или неправильным информированием пациента.

- Соблюдайте правила перевозки и хранения вакцин и растворителей. НЕ храните вакцины в одном холодильнике с другими веществами.
- Используйте надлежащий растворитель, поставляемый производителем.
- Правильно стерилизуйте шприцы и иглы, соблюдайте надлежащую гигиену рук (с. 913).

НЕ используйте повторно одноразовые шприцы или иглы или вакцину, разведенную из лиофилизированного препарата.

НЕ вакцинируйте детей, у которых есть противопоказания (см. ниже).

НЕ вводите вакцины в ягодичную мышцу.

НЕ встряхивайте флакон с вакциной без необходимости.

НЕ заменяйте вакцину или растворитель на лекарственные препараты.

Возможные побочные эффекты вакцинации

К часто возникающим легким местным побочным эффектам относятся местные реакции (покраснение, отек и боль) в месте инъекции. В первые 24–48 часов возможно незначительное повышение температуры. После введения комбинированной вакцины КПК у 5–10% детей на протяжении 8–10 дней после вакцинации наблюдается повышение температуры с сыпью или без нее. Эта сыпь не заразна и не представляет опасности.

Тяжелые осложнения вакцинации возникают очень редко и не оправдывают отказ от вакцинации. Вероятность возникновения осложнений и смерти от заболевания, предупреждаемого вакцинацией, и его лечения значительно выше.

- Расскажите родителям или опекунам, как справляться с распространенными реакциями в течение нескольких дней после вакцинации (блок рекомендаций 2).

Блок рекомендаций 2. Лечение распространенных поствакцинальных реакций в домашних условиях



Лечение распространенных поствакцинальных реакций в домашних условиях

У некоторых детей возникает незначительная реакция на вакцинацию, которая может сопровождаться болью в месте инъекции, сыпью или повышением температуры. Распространенные побочные эффекты указывают на то, что иммунная система ребенка формирует эффективную естественную защиту от заболевания. Эти реакции совершенно нормальны, быстро проходят и не должны вызывать беспокойства.

Вы можете помочь смягчить легкие побочные эффекты:

- Чтобы уменьшить покраснение, болезненность и отек в месте инъекции, приложите к нему ткань, смоченную прохладной водой.
- Для снижения температуры оботрите ребенка губкой, смоченной слегка теплой водой.
- Чтобы облегчить боль или снизить температуру, дайте ребенку парацетамол. Убедитесь в правильности дозировки!
- Обеспечьте ребенку обильное питье. У некоторых детей в течение суток после вакцинации аппетит бывает снижен. Это нормально.

Противопоказания и ложные противопоказания

Существует **лишь очень небольшое** число противопоказаний для вакцинации.

Все вакцины

- Тяжелая аллергическая реакция (например, анафилактический шок) после предыдущего введения вакцины.

Живые вакцины (КПК, против ветряной оспы, БЦЖ, против желтой лихорадки)

- Иммунодефицит, ВИЧ-инфекция или синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) с симптомами.

АКДС

- Судороги или шоковое состояние в течение 3 дней после введения предыдущей дозы.
- Повторяющиеся неконтролируемые судороги.
- Активная фаза какого-либо заболевания нервной системы.

Оральная полиовакцина

- Диарея: проведите вакцинацию, но НЕ учитывайте эту дозу в календаре прививок.

Следующие заболевания и состояния **НЕ** являются противопоказаниями:

Текущие состояния	Индивидуальный анамнез
• Распространенные вирусные желудочно-кишечные или респираторные инфекции • Эпилепсия под контролем противосудорожных препаратов • Стабильное неврологическое состояние (например, при детском церебральном параличе) • Хронические заболевания • Грудное вскармливание • Экзема, дерматит, локальная кожная инфекция • Иммунодефицит (для инактивированных вакцин) • Стадия выздоровления после острой фазы заболевания • Прием антибиотиков или кортикостероидов в низких дозах • Небольшое повышение температуры	• Легкая/умеренная местная реакция или небольшое/умеренное повышение температуры после предыдущей дозы • Ранние нарушения развития • Недоношенность • Фебрильные судороги • Аллергия на пенициллин • Аллергия на латекс **Семейный анамнез** • СВДС • Побочные проявления вакцинации • Судороги

Борьба с мифами о вакцинации

Опровергните распространенные ложные представления и опасения по поводу вакцин, часто встречающиеся на сайтах и в социальных сетях.

НЕ СУЩЕСТВУЕТ связи между:

- вакцинами (в частности, КПК) и аутизмом;
- вакцинами и синдромом Гийена – Барре;
- вакцинами и аутоиммунными синдромами;
- вакциной против коклюша и повреждением головного мозга.

«Вакцины содержат чужеродные белки»

Некоторые вакцины производятся на основе культуры яичных эмбрионов, поэтому их следует с осторожностью назначать людям с известной аллергией на яйца. Вакцины против гриппа и кори содержат лишь незначительное количество белка куриных эмбрионов и могут применяться у детей с аллергией на яйца.

«Вакцины подавляют собственный иммунитет человека»

Вакцины не ослабляют иммунную систему ребенка, а повышают иммунитет, активизируя механизм защиты от болезней.

«Естественный иммунитет лучше, чем приобретенный с помощью вакцинации»

Вакцины стимулируют естественный иммунный ответ, чтобы обеспечить эффективную борьбу с заболеваниями. Выработка иммунитета за счет воздействия инфекции может повлечь за собой серьезные последствия, включая необратимые нарушения центральной нервной системы, приводящие к пожизненной инвалидности.

«Вакцины вызывают или усугубляют астму и аллергии»

Научные данные о том, что вакцины вызывают или усугубляют аллергические заболевания, отсутствуют. Все дети с астмой должны пройти полный рекомендованный курс вакцинации. Риск возникновения аллергических реакций на вакцинацию очень невелик.

«Инфекционные болезни не опасны»

Существует мнение, что инфекции – это нормальная часть процесса взросления. Тем не менее заболевания, предупреждаемые вакцинацией, могут протекать тяжело и приводить к летальному исходу. Возможно, представители нашего поколения просто не видели катастрофических последствий, к которым могут приводить такие заболевания, как паралитический полиомиелит.

4.3 Скрининговые тесты и контроль

Скрининговые тесты новорожденных

- Скрининг на метаболические и эндокринные нарушения (с. 139).
- Проверка на приобретенную дисплазию тазобедренного сустава (с. 165).
- Проверка зрения (проверка розового рефлекса с глазного дна) (с. 138).
- Аудиологический скрининг (с. 138).
- Пульсоксиметрический скрининг на врожденные пороки сердца (с. 139).

Скрининговые тесты в детском возрасте

Проверка зрения

Проверка зрения представляет собой важный компонент педиатрической помощи, поскольку дети зачастую не жалуются на имеющиеся у них проблемы со зрением или глазами. Все дети должны проходить соответствующие их возрасту регулярные проверки зрения для выявления амблиопии (с. 520), страбизма (с. 519) и аномалий рефракции (с. 518).

Аудиологический скрининг

Аудиологический скрининг необходимо проводить всем новорожденным (с. 138).

Проверка слуха необходима ребенку, у которого присутствуют:

- задержка речевого развития;
- трудности с учебой или нарушения развития;
- поведенческие нарушения;
- частые инфекции уха в анамнезе;
- нарушения слуха у членов семьи.

▶ Если у ребенка присутствуют эти признаки или факторы риска, направьте его к специалисту для проверки слуха.

Нарушения когнитивных функций, речи и развития – см. раздел «Оценка основных этапов развития» (с. 73).

Контроль физического развития (с. 24).

4.4 Консультирование по вопросам питания

Соответствующие возрасту ребенка рекомендации по вопросам питания играют важную роль в поощрении здорового питания и предотвращении всех форм неполноценного питания, других нарушений питания и расстройств пищевого поведения у детей и подростков.

Помогайте в организации надлежащего питания детей младшего и старшего возраста:

- Предоставляйте родителям и опекунам соответствующие возрасту ребенка рекомендации по вопросам питания и кормления (блок рекомендаций 3).
- Поощряйте здоровое питание (см. ниже) и физическую активность (с. 119) и предоставляйте соответствующие рекомендации, чтобы снизить риски возникновения избыточного веса, ожирения и других неинфекционных заболеваний.
- Во время плановых контрольных посещений здорового ребенка контролируйте физическое развитие и ИМТ ребенка, чтобы отслеживать нарушения питания. См. раздел «Контроль физического развития», с. 24.
- Проводите лечение возникающих нарушений питания, включая избыточный вес, ожирение (с. 608), недостаточное питание (с. 602) и расстройства пищевого поведения (с. 653).
- Отслеживайте характер питания и уровень физической активности, особенно у детей со случаями ожирения, диабета и других неинфекционных заболеваний в семейном анамнезе, а также у детей с задержкой внутриутробного развития.
- Поощряйте здоровые модели поведения в семье, включая здоровое питание

Блок рекомендаций 3. Рекомендации по кормлению

Рекомендации по кормлению



От рождения до 6 месяцев

- Сразу же после рождения: обеспечьте контакт матери и ребенка «кожа к коже». Предложите ребенку грудь в течение первого часа после рождения.
- Кормите ребенка грудью днем и ночью так часто, как он захочет (не менее 8 раз в сутки). Частое кормление стимулирует выработку молока.
- Ребенка младше 1 недели с низкой массой тела при рождении следует кормить не реже, чем через 2–3 часа. Будите ребенка для кормления по истечении 3 часов с момента предыдущего кормления.
- Не давайте ребенку другие жидкости или пищу. Грудное молоко – это все, что нужно вашему ребенку.
- Отслеживайте признаки того, что ребенок проголодался: он начинает беспокоиться, сосет пальцы или шевелит губами.
- Вводите прикорм, если в возрасте старше 4 месяцев ребенок выглядит голодным после кормления грудью и плохо набирает вес.

От 6 до 12 месяцев

- Кормите ребенка грудью днем и ночью так часто, как он захочет (не менее 8 раз в сутки).
- Вводите прикорм, когда ребенку будет около 6 месяцев. Давайте ребенку густую кашу или хорошо размятую либо мелко нарезанную обычную пищу, принятую в вашей семье, включая продукты животного происхождения, овощи и фрукты. Начните с 2–3 столовых ложек и постепенно увеличивайте объем прикорма:
  - 3 раза в день при грудном вскармливании;
  - 5 раз в день плюс 1–2 чашки молочной смеси при искусственном вскармливании.

От 12 месяцев до 2 лет

- Кормите ребенка грудью так часто, как он захочет.
- Давайте ребенку разнообразную хорошо размятую либо мелко нарезанную обычную пищу, принятую в вашей семье, включая продукты животного происхождения, овощи и фрукты.
- Кормите ребенка не реже 3–4 раз в день. Между основными приемами пищи предлагайте 1–2 перекуса.

Предлагайте ребенку еду, но не заставляйте его есть. Пусть ребенок пробует есть без посторонней помощи. Помогайте ему только при необходимости.

Рекомендации по кормлению (продолжение)



Старше 2 лет

- Давайте ребенку разнообразную пищу, включая продукты животного происхождения, овощи и фрукты.
- Кормите ребенка не реже 3–4 раз в день. Дважды в день предлагайте питательные перекусы между основными приемами пищи.
- Говорите с ребенком во время еды и поддерживайте с ним зрительный контакт.
- Если ребенок отказывается от новой еды, проявите терпение. Покажите, что эта еда вам нравится; предложите попробовать ее несколько раз.

- Помните, что у ребенка с отягощенной наследственностью (например, с семейной гиперхолестеринемией) может развиться дислипидемия. Дислипидемия может привести к раннему атеросклерозу, для предотвращения которого необходимо изменить образ жизни, включая переход на сбалансированное питание с большим количеством фруктов и овощей и серьезное снижение потребления продуктов, богатых жирами и холестерином. При возникновении вопросов относительно дальнейшего лечения дислипидемии (например, о назначении статинов детям старше 10 лет) направьте ребенка к специалисту.

Кормление детей грудного и раннего возраста

Получение достаточного количества питательных веществ за счет здорового сбалансированного питания, удовлетворяющего все потребности в питании детей грудного и раннего возраста, имеет основополагающее значение для развития каждого ребенка. Время от рождения до 2 лет представляет собой критически важный период для обеспечения оптимального развития ребенка с точки зрения физического роста, здоровья и поведения.

- Поощряйте грудное вскармливание (см. ниже).
- Выявляйте возможные проблемы с кормлением (с. 98).
- Консультируйте родителей по вопросам кормления ребенка (блок рекомендаций 3).

Поощрение и поддержка грудного вскармливания

Грудное вскармливание представляет собой непревзойденный источник идеальной пищи для детей грудного возраста. Грудное молоко безопасно для здоровья, гигиенично и содержит антитела, которые помогают защитить ребенка от множества распространенных детских болезней.

Дети, находящиеся на грудном вскармливании, реже страдают избыточным весом или ожирением и менее склонны к развитию диабета в более старшем возрасте. У матерей, которые кормят грудью, также снижается риск возникновения рака молочной железы и яичников.

Для обеспечения оптимального физического роста, развития и здоровья ребенка рекомендуется:

- применять исключительно грудное вскармливание с рождения ребенка (в течение 1 часа после рождения) до 6 месяцев.
- Для удовлетворения потребностей ребенка в питании начиная с 6 месяцев он должен получать достаточное количество безопасного для здоровья прикорма при одновременном продолжении грудного вскармливания (см. раздел «Прикорм», с. 104).

Исключительно грудное вскармливание с рождения осуществимо для большинства женщин, принявших такое решение. Оно рекомендовано для всех детей за исключением крайне редких патологий (с. 107).

Консультирование по вопросам грудного вскармливания

- Поощряйте мать кормить ребенка грудью и обсудите с ней важность грудного вскармливания.
- Поощряйте и поддерживайте мать в осуществлении следующих действий:
  - — обеспечение контакта «кожа к коже» после родов;
  - — начало грудного вскармливания как можно раньше после родов;
  - — сохранение грудного вскармливания. Помогите матери справиться с возникающими трудностями (с. 100) и практиковать адаптивное грудное вскармливание (выбор правильной позы и прикладывание младенца к груди; кормление каждый раз, когда младенец проголодается), не ограничивая число кормлений;
  - — распознавание признаков, свидетельствующих о готовности ребенка к грудному вскармливанию, и умение реагировать на эти сигналы.

- Проконсультируйте мать на следующие темы:
  - — исключительно грудное вскармливание (никаких других продуктов или жидкостей, кроме как по медицинским показаниям) (с. 107);
  - — сцеживание грудного молока и выход на работу (с. 105);
  - — использование бутылочек и сосок для кормления, пустышек (в контексте риска занесения инфекции);
  - — безопасное искусственное вскармливание для женщин, которые не могут кормить грудью (с. 107).
- Предложите матери ресурсы для поддержки грудного вскармливания (например, консультации по грудному вскармливанию в местном сообществе).
- Дайте матери рекомендации по поиску позы для кормления грудью, которая будет наиболее удобна для нее и ее ребенка (например, полулежа или лежа на боку). Если ребенок успешно получает грудное молоко, а матери удобно, менять позу для кормления нет необходимости.



Расслабленная поза для кормления грудью

Оценка качества грудного вскармливания

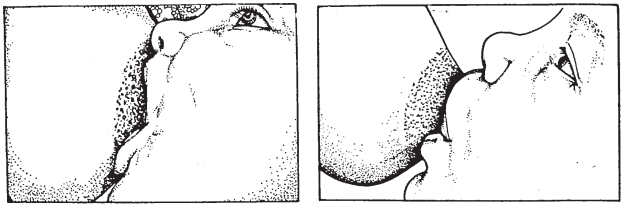
- Соберите анамнез грудного вскармливания, расспросив мать о кормлении ребенка и о его поведении.
- Понаблюдайте за тем, как мать кормит ребенка грудью, чтобы определить, нуждается ли она в помощи.

Пункты для оценки во время кормления грудью:

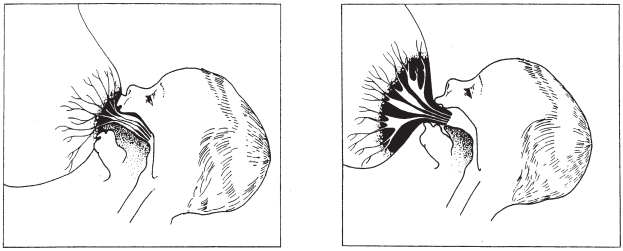
1. Как ребенок приложен к груди (см. иллюстрацию)?

   Признаки правильного прикладывания ребенка к груди:

   - — надо ртом ребенка видна пигментированная часть соска (ареола);
   - — рот ребенка широко открыт;
   - — нижняя губа вывернута наружу;
   - — подбородок касается груди матери.



Правильное (слева) и неправильное (справа) прикладывание младенца к материнской груди



Правильное (слева) и неправильное (справа) прикладывание — вид в разрезе

2. Как мать держит ребенка (см. иллюстрацию)?

   Признаки правильного выбора позы для кормления:

   — ребенок находится близко к телу матери;
   — ребенок повернут лицом к груди матери;
   — туловище ребенка составляет прямую линию с его головой;
   — мать поддерживает все тело ребенка.



Правильная (слева) и неправильная (справа) поза для кормления грудью

Преодоление трудностей

«Недостаточно молока»

Почти у всех матерей может вырабатываться достаточное количество грудного молока для одного или даже для двух детей. Однако в некоторых случаях ребенок не получает достаточно грудного молока. Признаки получения грудного молока в недостаточном объеме следующие:

- недостаточный набор веса (< 500 г в месяц или < 125 г в неделю, а также если масса тела ребенка в возрасте 2 недель меньше, чем была при рождении);
- выделение концентрированной мочи в небольших объемах (меньше 6 раз в сутки, желтого цвета, с сильным запахом).

Типичные причины, по которым ребенок не получает достаточного количества грудного молока:

- неправильная техника грудного вскармливания: неправильное прикладывание к груди (очень распространенная причина), позднее начало грудного вскармливания, кормление в строго определенное время, отсутствие кормлений ночью, непродолжительные кормления, использование бутылочек с сосками, пустышек, кормление другой пищей и другими жидкостями;
- психологические факторы у матери: отсутствие уверенности в себе, переживания, стресс, депрессия, неприязнь к кормлению грудью, негативное отношение к ребенку, усталость;

- физическое состояние матери: наличие хронических заболеваний (например, туберкулеза, тяжелой анемии или ревматической болезни сердца), прием противозачаточных препаратов, мочегонных средств, беременность, тяжелое нарушение питания, употребление алкоголя, курение, задержка части плаценты в матке (редко);
- состояние ребенка: болезнь или врожденная аномалия, препятствующие кормлению (например, расщелина нёба или врожденный порок сердца).

У матери со сниженной продукцией молока ее необходимо увеличить, в то время как матери, прекратившей грудное вскармливание, возможно, потребуется возобновить лактацию.

Помогите матери возобновить грудное вскармливание, объяснив, что ей необходимо:

- держать младенца как можно ближе к себе и только самой ухаживать за ним;
- постоянно обеспечивать контакт тела ребенка со своим телом («кожа к коже»);
- давать ребенку грудь в любое время, когда он этого захочет;
- помогать ребенку брать грудь, сцеживая грудное молоко в рот ребенка и располагая его таким образом, чтобы он мог легко приложиться к груди;
- избегать использования бутылочек, сосок и пустышек. При необходимости сцеживать грудное молоко и давать его ребенку из чашки (с. 105). Если этого нельзя сделать, возможно, потребуется искусственное вскармливание до восстановления выработки грудного молока в достаточном объеме.

Как увеличить секрецию молока

Основным способом увеличения или возобновления выработки грудного молока является частое сосание ребенком груди, что стимулирует лактацию.

- В ожидании прихода грудного молока давать другую пищу из чашки. Не использовать бутылочки, соски или пустышки. Снизить объем молочных смесей на 30–60 мл в сутки по мере увеличения объема собственного грудного молока. Следить за прибавлением веса ребенка.

Отказ или нежелание сосать грудь

Основные причины, по которым ребенок может отказываться сосать грудь, следующие:

- Ребенок нездоров или испытывает боль.

— Если ребенок может сосать, поощряйте мать кормить ребенка чаще. Если ребенок серьезно болен, матери, возможно, придется сцеживать молоко и кормить ребенка из чашки или через желудочный зонд до тех пор, пока он снова не сможет сосать грудь.

— Если ребенок находится в больнице, обеспечьте возможность матери находиться вместе с ним и продолжать грудное вскармливание.

— Помогите матери найти способ держать ребенка, не нажимая на болезненное место.

— Объясните матери, как прочищать заложенный нос ребенка (с. 211). Предложите в течение нескольких дней проводить короткие кормления, но чаще, чем обычно.

— Боль во рту может быть обусловлена инфекцией Candida (молочница) (с. 150) или прорезыванием зубов. Посоветуйте матери ребенка, у которого режутся зубы, проявлять терпение и продолжать предлагать ребенку грудь.

- Существуют трудности с техникой грудного вскармливания.

— Помогите матери улучшить технику грудного вскармливания: убедитесь, что ребенок правильно расположен и правильно приложен к груди, при этом мать не должна давить на головку ребенка или сжимать молочную железу.

— Посоветуйте матери не использовать бутылку с соской и пустышки: при необходимости можно использовать чашку.

— При нагрубании молочных желез необходимо сцеживать молоко; в противном случае может развиться мастит или абсцесс. Если ребенок не может сосать грудь, помогите матери правильно сцеживать грудное молоко (с. 105).

— Помогите уменьшить чрезмерную выработку молока. Если ребенка неправильно прикладывают к груди и он плохо сосет, иногда мать кормит его чаще и дольше, тем самым стимулируя грудь к секреции молока в большем объеме, чем это требуется. Чрезмерная выработка молока также может развиться, если мать старается кормить ребенка из обеих молочных желез во время каждого кормления, когда в этом нет необходимости.

- Смена обстановки раздражает ребенка.

  Такие изменения, как расставание с матерью, другая няня, болезнь матери, изменения домашней обстановки или изменение запаха матери (вследствие использования другого мыла, пищи или во время менструации), могут вызвать у ребенка раздражение и отказ сосать грудь.

Сцеживание и хранение грудного молока

Если мать сталкивается с трудностями, поощряйте ее и помогайте ей продолжать грудное вскармливание с помощью кормления ребенка сцеженным грудным молоком. Этот вариант может оказаться необходимым или полезным в следующих ситуациях:

- матери необходимо выйти на работу;
- ребенок временно не может сосать грудь (например, из-за болезни или низкой массы тела при рождении);
- ребенку трудно научиться сосать грудь;
- облегчение состояния при нагрубании груди, закупорке млечных протоков или лактостазе;
- профилактика сухости и болезненности в области сосков;
- создание запаса грудного молока на период болезни матери или ребенка.

Самый простой для матери способ сцеживать молоко – вручную. Для него не нужны никакие приспособления, сцеживать молоко можно в любом месте и в любое время. При отработанной технике этот метод очень эффективен. Раннее выявление и решение проблем помогут матери сохранить уверенность в своей способности вырабатывать молоко для ребенка.

- ▶ Проконсультируйте всех матерей на тему сцеживания грудного молока и его хранения в холодильнике и морозильнике (блок рекомендаций 4).
- ▶ Оцените применяемую матерью технику сцеживания молока и ее эффективность.
- ▶ Ответьте на все вопросы, вызывающие обеспокоенность у матери.
- ▶ Многие матери могут сцеживать много грудного молока, применяя нестандартные техники. Если выбранный матерью метод эффективен, не препятствуйте ей использовать его, однако если у матери возникают затруднения со сцеживанием достаточного количества молока, научите ее подходящей и эффективной технике (блок рекомендаций 4).

- При трудностях с ручным сцеживанием мать может использовать механический или электрический молокоотсос. В продаже имеются разные типы молокоотсосов. Способ их использования зависит от конкретной модели. Если мать использует молокоотсос, помогите ей делать это правильно. Оцените применяемую матерью технику сцеживания молока и ее эффективность.

Введение прикорма у ребенка, находящегося на грудном вскармливании

Примерно в возрасте шести месяцев потребности ребенка в энергии и питательных веществах начинают превышать тот уровень, на котором они могут быть удовлетворены грудным молоком. Для удовлетворения этих потребностей необходимо сочетать грудное вскармливание с прикормом. В этом возрасте ребенок готов к употреблению других пищевых продуктов и по своему развитию. Энергетические потребности ребенка составляют примерно 130 ккал в день в возрасте 6–8 месяцев, 310 ккал в день в возрасте 9–11 месяцев и 580 ккал в день в возрасте 12–23 месяцев.

- Проконсультируйте родителей или опекунов по вопросам введения прикорма (блок рекомендаций 5).

Блок рекомендаций 4. Сцеживание и хранение грудного молока

Сцеживание и хранение грудного молока

Как стимулировать отдачу грудного молока

- Сохраняйте контакт «кожа к коже» с ребенком или держите его на коленях во время сцеживания. Если это невозможно, смотрите на ребенка или его фотографию.
- Согрейте грудь с помощью теплого компресса, воды или душа.
- Помассируйте, погладьте или осторожно потяните сосок пальцами либо аккуратно протяните грудь через кулак по направлению к соску.

Как подготовить емкость для сцеженного грудного молока

- Вымойте чашку, стакан, кувшин или банку с широким горлом водой с мылом. Стерилизуйте посуду, налив в нее кипяток и оставив на несколько минут.

Как сцеживать грудное молоко вручную

1. Поместите указательный и большой пальцы с двух сторон от соска и надавите к себе (по направлению к груди).
2. Сожмите область за соском большим и указательным пальцами.
3. Чтобы опорожнить грудь целиком, сожмите эту область с боков.

Объем и частота сцеживаний грудного молока

- Для того, чтобы сохранить выработку молока, сцеживайте его часто (8–10 раз в сутки, в том числе один раз ночью).
- Составьте план сцеживания, но сохраняйте гибкость: не обязательно придерживаться строгого графика, однако избегайте длительных перерывов между сцеживаниями (более 4 часов днем и более 6 часов ночью).
- Если вы выходите на работу, перед уходом сцеживайте как можно больше молока, чтобы кормить ребенка во время вашего отсутствия.



Как хранить сцеженное вручную или с помощью молокоотсоса грудное молоко

- Грудное молоко остается безопасным для употребления до 8 часов при комнатной температуре, до 4 дней в холодильнике и до 6 месяцев в морозильнике.

Блок рекомендаций 5. Прикорм

Прикорм

Вводите прикорм вовремя: подрастающему ребенку прикорм понадобится в возрасте около 6 месяцев, когда одного грудного вскармливания будет недостаточно, чтобы обеспечить все его потребности в энергии и питательных веществах. Это питание играет важную роль в физическом развитии ребенка; без него развитие замедлится.

Используйте для прикорма подходящие продукты

- Продукты для прикорма должны иметь достаточную энергетическую ценность, содержание белков и микроэлементов.
- Ограничьте объем соков и **НЕ ДАВАЙТЕ** ребенку чай, кофе или сладкие безалкогольные напитки.
- Лучший выбор – это домашняя еда. Если вы выбираете еду промышленного производства, проверьте ее питательную ценность. Зачастую такая еда рекламируется как здоровая, однако в действительности содержит слишком много сахара, соли и калорий.

Убедитесь в безопасности продуктов питания

- Мойте свои руки и руки ребенка перед приготовлением и приемом пищи.
- Храните еду правильно. Подавайте еду сразу же после приготовления.
- Используйте для приготовления и подачи еды чистые столовые приборы, чашки и миски.
- Избегайте использования бутылочек и сосок, так как их сложно мыть.
- Пока ребенок не научится есть самостоятельно, не давайте ему еду, которой можно подавиться (например, орехи, виноград, сырую морковь).

Внимательно реагируйте на потребности ребенка и его сигналы, свидетельствующие о голоде или насыщении

- Начинайте прикорм в возрасте около 6 месяцев с небольших количеств еды 2–3 раза в день, продолжая грудное вскармливание.
- По мере взросления ребенка увеличивайте частоту кормлений и объем пищи: в период с 9–11 месяцев до 12–24 месяцев число кормлений должно составлять 3–4 в день при сохранении грудного вскармливания.





Прикорм (продолжение)

- Ребенок в возрасте 12–24 месяцев должен получать 1–2 дополнительных перекуса здоровой пищей в день.
- Постепенно пища должна становиться более твердой и разнообразной:
  - в 6 месяцев: предлагайте протертую, размятую и мягкую еду;
  - в 8 месяцев: в качестве перекуса предлагайте еду, которую можно есть руками;
  - в 12 месяцев: предлагайте ту же еду, которую едят остальные члены семьи.

Во время и после болезни

- Обеспечьте ребенку во время болезни более обильное питье, чем обычно. Увеличьте частоту кормлений грудью.
- Предлагайте ребенку мягкую, разнообразную и вызывающую аппетит пищу (в соответствии с возрастом).
- После болезни кормите ребенка чаще, чем обычно.

Смеси для детского питания

Смеси для детского питания следует использовать только в том случае, если грудное вскармливание невозможно (см. ниже).

Коммерческие детские смеси выпускаются в жидкой и порошкообразной форме.

- Детей в возрасте до 12 месяцев следует кормить детскими смесями, специально разработанными для удовлетворения их потребностей в питании.
- Начиная с 12 месяцев ребенку можно давать коровье молоко.

Поводы для использования заменителей грудного молока

Со стороны ребенка:

- метаболические нарушения (лейциноз, фенилкетонурия);
- масса тела при рождении < 1500 г и гестационный возраст < 32 недель, если сцеженное грудное молоко не удовлетворяет энергетические потребности ребенка.

Со стороны матери:

- прием лекарственных препаратов или веществ, которые проникают в грудное молоко (например, опиоидов, противоэпилептических препаратов);
- гепатит В, гепатит С;
- ВИЧ-инфекция (если в общемировом масштабе матерям с ВИЧ рекомендуется грудное вскармливание, то в Европе искусственное вскармливание считается более безопасным вариантом).

▶ Проконсультируйте родителей или опекунов по вопросам искусственного вскармливания (блок рекомендаций 6).

▶ Проконсультируйте родителей или опекунов по вопросам кормления недоношенных детей и детей с низкой массой тела при рождении грудным молоком (сцеженным материнским, от кормилицы или их сочетанием) с добавлением калорий (в форме углеводов или жиров), белков и микроэлементов.

Популяризация здорового питания среди детей и подростков

Здоровое, сбалансированное питание, которое включает в себя ежедневное потребление разнообразных необработанных и свежих продуктов, обилие овощей и фруктов и ограниченное количество насыщенных жиров, трансжиров, натрия и сахара, помогает детям и подросткам:

- получать достаточное количество необходимых питательных веществ;
- обеспечить оптимальный физический рост и развитие;
- существенно снизить риск неполноценного питания и развития неинфекционных заболеваний (включая избыточный вес и ожирение, кариес, инфаркт, гипертонию, инсульт, диабет и рак) в более позднем возрасте.

Потребности в питании в подростковом возрасте

Для роста, развития и оптимального функционирования подросткам необходимо здоровое питание. В подростковом возрасте пищевые привычки меняются, а потребности в питании существенно возрастают на фоне двух важных процессов – изменений размеров и строения тела. В течение второго десятилетия жизни рост подростков увеличивается на 20% (в основном за период ростового скачка), а масса скелета – на 50% по сравнению с окончательной. Кроме того, у подростков отмечается повышенная потребность в следующих элементах:

- железо – в связи с увеличением объема циркулирующей крови и мышечной массы. Девушкам необходимы дополнительные количества железа после менархе (начала менструаций);
- кальций – в период ростового скачка и повышения минерализации костных тканей. Рекомендуется принимать с пищей 1300 мг кальция в день.

▶ Проконсультируйте подростка и родителя или опекуна по вопросам здорового питания (блок рекомендаций 7).

Блок рекомендаций 6. Смеси для детского питания

Смеси для детского питания

НЕ используйте самостоятельно приготовленные детские смеси. Они могут содержать слишком много или слишком мало тех или иных компонентов; кроме того, велик риск их загрязнения, что может привести к серьезным нарушениям здоровья.

НЕ используйте молочные смеси третьего уровня, а также напитки или смеси с маркировкой «Для детей ясельного возраста». Для удовлетворения потребностей детей в питании они не нужны.

НЕ используйте напитки на растительной основе (из риса, миндаля или овса), которые зачастую вводят в заблуждение маркировкой «Молоко»), а также молоко животных (коровье, козье, овечье): они не подходят для детей.

Приготовление и хранение детских смесей



- Прежде чем приступить к подготовке бутылочек, вымойте руки. Вымойте и продезинфицируйте рабочую поверхность и бутылочки.
- При приготовлении и хранении детской смеси следуйте инструкциям на упаковке.
- Не подогревайте бутылочки в микроволновой печи.
- Используйте количество воды, указанное в инструкции.
- Для разведения порошкообразных детских смесей используйте воду из безопасных источников.
- Чтобы детская смесь не испортилась, неоткрытые банки следует хранить в прохладном, сухом помещении. **НЕ** храните банки в автомобиле, гараже или на улице.

Смеси для детского питания (продолжение)

- Чтобы приготовленная детская смесь не испортилась, ее необходимо использовать в течение 2 часов с момента приготовления и в течение часа с момента начала кормления.
- Если вы не использовали приготовленную детскую смесь в течение 2 часов, немедленно поместите ее в холодильник и используйте в течение 24 часов.
- Если после кормления часть смеси осталась недоеденной, ее следует выбросить.

Объем и частота кормлений детской смесью

- Каждый ребенок индивидуален. Объем и частота кормлений детской смесью зависят от потребностей ребенка.
- Следует адаптировать искусственное вскармливание к потребностям ребенка, а не следовать заранее установленному графику. Чтобы определить время и объем кормления, обращайте внимание на сигналы, свидетельствующие о голоде или насыщении.

НЕ перекармливайте ребенка детскими смесями, так как это увеличивает риск ожирения.

Блок рекомендаций 7. Здоровое питание

Здоровое питание детей и подростков

Сбалансированное разнообразие продуктов питания

Употребление в пищу достаточного количества разнообразных и здоровых продуктов имеет важное значение для нормального роста и развития.

На диаграмме ниже показано соотношение различных групп продуктов, из которых состоит сбалансированное питание.



Много фруктов и овощей

Достаточное количество цельнозерновых продуктов *(необработанная кукуруза, овес, пшеница, просо, коричневый рис, ячмень, рожь) и картофель.*

Некоторое количество животной пищи *(мясо, рыба, яйца и орехи, а также бобовые, например чечевица, фасоль и нут)*

Небольшое количество сладостей

Некоторое количество молока и молочных продуктов *(йогурт и сыр)*

Достаточные размеры порций и энергетическая ценность пищи

- Важно питаться регулярно.
- Размеры порций могут варьироваться в зависимости от возраста, массы тела и уровня физической активности. Простым и надежным правилом будет начинать с небольших порций и брать добавку, если ребенок еще голоден.

Много овощей и фруктов

- Ешьте много разнообразных свежих овощей и фруктов, поскольку они являются важным источником витаминов, минералов, пищевых волокон, растительного белка и антиоксидантов.
- При приготовлении овощей и фруктов старайтесь не готовить их слишком долго, поскольку при этом утрачиваются важные витамины.
- При использовании консервированных или сушеных овощей и фруктов убедитесь, что они не содержат добавленной соли и сахара.

Здоровое питание детей и подростков (продолжение)

Ограничьте потребление жиров и растительных масел

- Выбирайте ненасыщенные жиры из таких источников, как рыба, авокадо, орехи и растительные масла (например, оливковое, соевое, подсолнечное или кукурузное масло), а не животные жиры или масла с высоким содержанием насыщенных жиров (например, жирное мясо, сливочное масло, сыр, кокосовое и пальмовое масла).
- Ешьте белое мясо (например, птицу) и рыбу вместо красного мяса.
- Ограничьте потребление обработанных продуктов (с высоким содержанием жиров и соли).
- По возможности выбирайте обезжиренное (или со сниженным содержанием жира) молоко и молочные продукты.
- Избегайте обработанных, жареных продуктов и выпечки, содержащих промышленные трансжиры.

Сократите потребление соли и сахара

- При приготовлении и подаче еды уменьшите количество добавляемой соли и приправ, содержащих много соли (например, соевого или рыбного соуса).
- Ограничьте потребление безалкогольных и других сладких напитков, таких как фруктовые соки, сиропы, ароматизированное молоко и напитки на основе йогурта.

Откажитесь от нездоровых закусок

- В качестве закусок выбирайте свежие фрукты, сырые овощи и/или орехи вместо закусок с высоким содержанием жира, соли и сахара, таких как печенье, пирожные, чипсы и шоколад.

Откажитесь от ненужных диет без контроля специалиста

- Диеты могут быть опасными: фальшивые «эксперты» и авторитетные блогеры продвигают в социальных сетях множество видов якобы здоровых и модных несбалансированных диет, обещая пользу для здоровья (например, здоровую кожу без прыщей).

Принимайте добавки с витаминами и микроэлементами только по назначению врача

- Если вы употребляете достаточно разнообразную пищу, вам НЕ НУЖНО принимать витамины или минералы дополнительно.

4.5 Пищевые добавки с витаминами и микроэлементами

Ежедневное поступление в организм достаточного количества микроэлементов, включая фтор, железо, йод и витамин D, имеет важное значение для физиологических функций и оптимального развития ребенка. Железо и йод особенно важны для развития мозга начиная с внутриутробного периода и позже. Фтор необходим для укрепления зубов и предотвращения кариеса. Чрезвычайно важно предотвращать и корректировать дефицит отдельных витаминов и микроэлементов, возникающий в раннем детстве.

Обычно сбалансированное повседневное питание обеспечивает организм ребенка достаточным количеством микроэлементов. Как правило, необходимости в регулярном приеме поливитаминных пищевых добавок нет; исключением являются дети из определенных возрастных групп (см. ниже разделы, посвященные витаминам D и K) и дети, у которых возможно развитие дефицита в связи с особыми обстоятельствами и факторами риска.

ВОЗ не рекомендует проводить сплошной скрининг на дефицит микроэлементов или витаминов, однако важно своевременно выявлять детей, подверженных факторам риска или уже страдающих от дефицита микроэлементов.

Витамин K

Для предотвращения геморрагической болезни новорожденных или кровотечений, вызванных дефицитом витамина K, всем детям после рождения необходимо профилактически ввести витамин K. Дозировки см. в приложении 4.

Витамин D

Для укрепления костей и профилактики рахита все дети должны получать витамин D в дозировке 400 МЕ ежедневно в течение не менее 12 первых месяцев жизни. Прием витамина D нужно начинать вскоре после рождения вне зависимости от метода вскармливания.

Прием витамина D в возрасте старше 12 месяцев рекомендован детям, у которых имеются факторы риска возникновения дефицита этого витамина, включая следующие:

- дефицит витамина D у матери: матери, которые редко бывают на солнце, имеют темный цвет кожи, носят одежду, закрывающую бóльшую часть тела, или потребляют мало продуктов, содержащих витамин D;
- недоношенные дети или дети со слишком маленькой массой тела для гестационного возраста;
- дети, получающие недостаточно витамина D: находятся на длительном исключительно грудном вскармливании без добавок витамина D или потребляют мало продуктов, содержащих витамин D;
- дети с хроническими заболеваниями, приводящими к нарушению всасывания в кишечнике: болезни тонкого кишечника (например, целиакия), недостаточность поджелудочной железы (например, муковисцидоз), обструкция желчевыводящих путей (например, атрезия желчевыводящих путей);
- дети с нарушением синтеза или повышенным расщеплением витамина D: с хроническими заболеваниями печени или почек или принимающие рифампицин, изониазид либо противосудорожные препараты.

НЕ УВЕЛИЧИВАЙТЕ дозировку свыше рекомендованных 400 МЕ, поскольку это не принесет дополнительной пользы, но приведет к токсическому эффекту.

Железо

Проверьте наличие факторов риска возникновения железодефицитной анемии и наличие клинических признаков анемии (с. 475). Факторы риска включают в себя следующие:

- недоношенность или низкая масса тела при рождении, многоплодная беременность;
- связанные с питанием факторы риска: недоедание, строгая вегетарианская или веганская диета (у веганов также есть риск возникновения дефицита витамина B12, см. ниже); исключительно грудное вскармливание в возрасте старше 6 месяцев или чрезмерное потребление коровьего молока;
- плохое социально-экономическое положение или статус беженца;
- нарушения всасывания или желудочно-кишечное кровотечение (редко);
- хронические патологии;
- девушки-подростки в период менструации.

▶ Указания по диагностике и лечению железодефицитной анемии см. на с. 478.

Витамин B12

Витамин B12 жизненно необходим для нормального функционирования мозга и нервной системы, а также для созревания эритроцитов. Основным источником витамина B12 являются продукты животного происхождения, включая мясо, рыбу, молоко и яйца.

Факторы риска возникновения дефицита витамина B12 включают в себя следующие:

- веганская диета без приема витаминно-минеральных добавок (также повышает риск развития дефицита железа, см. выше);
- нарушение всасывания, вызванное *Helicobacter pylori* или избыточным бактериальным ростом;
- генетическое нарушение метаболизма витамина B12.

▶ Если родители настойчиво желают кормить ребенка веганской пищей, проконсультируйте их относительно необходимости перорального приема добавок с витамином B12.

Фтор

Фтор снижает вероятность возникновения кариеса. Существуют различные способы обеспечить достаточный уровень потребления фтора:

- фторирование воды: применяется во многих странах;
- зубная паста с фтором: дети должны чистить зубы зубной пастой с фтором два раза в день (с. 118);
- пищевые добавки с фтором.

▶ Будьте осведомлены о методах добавления фтора, применяемых в вашей стране, и следуйте национальным рекомендациям, чтобы избежать передозировки этого элемента.

Натрий

Натрий необходим организму для правильной работы мышц и нервов, однако зачастую люди получают слишком много этого элемента; для контроля за артериальным давлением его потребление следует сократить. Основными источниками натрия являются поваренная соль и переработанные пищевые продукты: их присутствие в рационе ребенка и каждого человека необходимо исключить или снизить.

Йод

Йод необходим ребенку для роста и функционирования щитовидной железы. Дефицит йода, вызванный недостаточным поступлением этого элемента в организм, может привести к гипотиреозу, кретинизму и зобу. Важным источником йода является йодированная соль, однако йодирование соли обязательно не во всех странах.

▶ Обеспечьте присутствие достаточного количества йода в рационе ребенка за счет йодированной соли, рыбы и молочных продуктов (например, молока, йогурта и сыра).

Цинк

Цинк является важным микроэлементом для общего здоровья и развития ребенка, но при диарее он теряется в больших количествах.

Факторы риска возникновения дефицита цинка включают в себя следующие:

- недостаточное потребление продуктов животного происхождения;
- потребление большого количества солей фитиновой кислоты (фитатов);
- нарушения всасывания и заражение кишечными паразитами, особенно затяжная диарея (с. 333);
- генетические нарушения.

В районах с высокой распространенностью дефицита цинка или недоедания детям до 6 месяцев могут быть полезны препараты цинка. Восполнение потерь цинка способствует выздоровлению ребенка, уменьшает продолжительность заболевания и его тяжесть, а также снижает вероятность возникновения новых случаев диареи в последующие 2–3 месяца.

Дополнительный прием препаратов цинка не рекомендуется детям младше 6 месяцев, а также детям, получающим полноценное питание или проживающим в районах с низким уровнем риска развития дефицита цинка.

4.6 Гигиена полости рта

Дети и подростки должны посещать стоматолога для профилактического осмотра раз в 6–12 месяцев в зависимости от индивидуальных потребностей ребенка, наличия факторов риска или предрасположенности к кариесу и пародонтиту. Детям с потребностями в комплексной помощи может потребоваться индивидуальный подход к профилактике и лечению, зависящий от конкретного заболевания.

- Контролируйте и оценивайте состояние зубов путем медицинского осмотра при каждом контрольном посещении здорового ребенка.

Анамнез

Проведите оценку следующих факторов:

- способ кормления, состав пищи, использование зубной пасты с фтором и соблюдение гигиены полости рта;
- оральные привычки, например сосание большого пальца или пустышки, бруксизм (скрежет, клацание или стискивание зубов), выталкивание языка (положение, при котором язык слишком сильно вытягивается во рту), самоповреждения.
- Факторы риска:
  - частое потребление сахара, присутствие свободных сахаров в продуктах питания и напитках;
  - частые перекусы продуктами, вызывающими кариес;
  - неправильный состав детской смеси; добавление свободных сахаров в молочную смесь для детей грудного возраста;
  - отсутствие надлежащих мер профилактики, например отказ от использования зубных паст с фтором; физические или психические нарушения, препятствующие правильной чистке зубов;
  - неосведомленность родителей в вопросах гигиены полости рта;
  - сухость во рту или снижение выработки слюны;
  - анатомические изменения полости рта, включая слизистую оболочку, например расщелина нёба, использование брекетов, гиперплазия десен;
  - заболевания, при которых стоматологические процедуры сопровождаются серьезными рисками, например пороки сердца, снижение иммунитета, гемофилия;
  - кариес в анамнезе.

Физикальное обследование

Проверьте состояние зубов ребенка.

- Развитие черепно-лицевой области.
- Прорезывание и рост зубов, включая прикус, выравнивание зубного ряда и верхней и нижней челюсти.
- Другие патологии полости рта (например, слизистой оболочки).

- Проконсультируйте ребенка и родителя или опекуна по вопросам гигиены полости рта и профилактики кариеса в зависимости от ситуации (блок рекомендаций 8).
  - — Узнайте, проводится ли в вашей стране фторирование питьевой воды.
  - — Содержание фтора в зубной пасте должно составлять от 500 до 1500 ppm (частей на миллион) в зависимости от возраста ребенка и конкретной ситуации.
  - — Использование местных фторсодержащих препаратов, таких как гели и защитные лаки, эффективно предотвращает кариес и в основном рекомендуется детям с высоким риском развития этого заболевания.
  - — Прием пищевых добавок с фтором не рекомендуется.

Блок рекомендаций 8. Профилактика кариеса

Профилактика кариеса

- Начинайте чистить ребенку зубы с момента прорезывания первого зуба. Чистите зубы не менее двух раз в день, в том числе перед сном.
- Как только у ребенка появится интерес к чистке зубов, позвольте ему делать это самостоятельно, но затем почистите ему зубы сами, чтобы убедиться, что они чистые.
- Когда ребенок подрастет, он сможет взять ответственность за чистку зубов на себя.
- Если ребенку меньше 3 лет, намазывайте зубную щетку пастой лишь слегка, затем используйте количество пасты размером с горошину.
- Надлежащее количество фтора важно для здоровья зубов, но его избыток может привести к обесцвечиванию зубов, появлению на них пятен или белых полосок.



Чтобы организм ребенка получал достаточно фтора, используйте зубную пасту с содержанием ..... ppm фтора.

Дополнительно используйте гель ..... в неделю[a].

НЕ давайте ребенку еду и напитки со слишком высоким содержанием сахара.

[a] Заполните поля в зависимости от возраста ребенка и ситуации или вычеркните, если эти меры не требуются.

4.7 Сон

Сон представляет собой важную часть жизни и повседневных занятий. Полноценный сон достаточной продолжительности в правильное время необходим нам для выживания не меньше, чем вода и пища. Без сна мозг не в состоянии учиться и запоминать новое.

- Проконсультируйте опекуна и ребенка или подростка о том, сколько сна необходимо в сутки (таблица 21) и как убедиться в том, что ребенок или подросток получает достаточно полноценного сна.

Таблица 21. Потребности в сне для здорового роста и развития

Дети младше 1 года[a]		
0–3 месяца	14–17 часов	Включая дневной сон: ребенку потребуется несколько недель, чтобы привыкнуть к ритму сна и бодрствования. Пробуждения хотя бы один раз за ночь считаются нормой.
4–11 месяцев	12–16 часов	
Дети младше 5 лет		
1–2 года	11–14 часов	Может включать в себя дневной сон; ребенок должен засыпать и просыпаться в одно и то же время.
3–4 года	10–13 часов	
Дети и подростки в возрасте 5–17 лет		
5–13 лет	9–11 часов	Непрерывный сон; ребенок должен засыпать и просыпаться в одно и то же время.
14–17 лет	8–10 часов	

[a] Обязательно проконсультируйте родителей новорожденных по поводу предотвращения СВДС (с. 143).

4.8 Малоподвижный образ жизни и время, проводимое перед экраном в развлекательных целях

Малоподвижный образ жизни и время, проводимое перед экраном, имеют непосредственное отношение к здоровью детей и подростков. Проводить слишком много времени перед экраном в развлекательных целях (с. 772) и вести малоподвижный образ жизни вредно для здоровья; иногда негативные последствия такого поведения заметны уже у дошкольников.

- Проконсультируйте родителей или опекунов на тему ограничения максимального времени в день, проводимого перед экраном в развлекательных целях (например, за просмотром телевизора или видео, компьютерными играми) или в малоподвижном состоянии (таблица 22).

Таблица 22. Максимальное время, проводимое ребенком в малоподвижном состоянии или перед экраном в развлекательных целях (в зависимости от возраста)

Возраст	Малоподвижное состояние	Время перед экраном
До 1 года	Продолжительность ограниченной подвижности детей **НЕ ДОЛЖНА** превышать более 1 часа в каждом отдельном случае (например, при использовании колясок/ходунков, высоких стульчиков или при ношении в слинге на спине того, кто присматривает за ребенком). Дети не должны находиться в сидячем положении в течение продолжительного периода времени.	Ребенок не должен проводить время у экрана
1–2 года	В период малоподвижности лицам, присматривающим за ребенком, рекомендуется читать и рассказывать сказки. Продолжительность ограниченной подвижности детей **НЕ ДОЛЖНА** превышать более 1 часа в каждом отдельном случае (например, при использовании колясок или при ношении в слинге на спине того, кто присматривает за ребенком).	Ребенок не должен проводить время у экрана
3–4 года	Продолжительность ограниченной подвижности детей **НЕ ДОЛЖНА** превышать более 1 часа в каждом отдельном случае.	Дети в возрасте 3–4 лет не должны проводить более 1 часа перед экраном
5–17 лет	Необходимо как можно чаще делать перерывы в длительных периодах малоподвижности.	Время, проводимое перед экраном в развлекательных целях, не должно превышать 2 часов

4.9 Физическая активность

Физическая активность играет важную роль в укреплении кардиореспираторной системы и костно-мышечных тканей, улучшении обмена веществ, а также снижении риска развития неинфекционных заболеваний и ожирения.

- Проконсультируйте опекуна и ребенка или подростка о том, какой объем физической активности необходим в сутки (таблица 23).

Таблица 23. Нормы физической активности в зависимости от возраста

Возраст	Физическая активность
До 1 года	Различные виды физической активности с использованием интерактивных напольных игр несколько раз в день; не менее 30 минут в день в положении ничком (лежа на животе), если ребенок еще не передвигается самостоятельно.
1–2 года	Различные виды физической активности на протяжении не менее 180 минут в день; все уровни интенсивности, включая умеренный и высокий[a].
3–4 года	Различные виды физической активности на протяжении не менее 180 минут в день, включая не менее 60 минут физической активности умеренной и высокой интенсивности[a].
5–17 лет	Не менее 60 минут различных видов физической активности умеренной и высокой интенсивности[a]. Уделять минимум 3 раза в неделю время для физической активности высокой интенсивности, включая те ее виды, которые укрепляют скелетно-мышечную систему. Физическая активность может включать в себя игры, состязания, занятия спортом, поездки (дорогу в школу и обратно пешком или на велосипеде), домашние дела, оздоровительные мероприятия, физкультуру или упражнения по графику в школе, семье или в рамках внешкольной занятости.

[a] Физическая активность умеренной и высокой интенсивности – это те виды деятельности и активных игр, в ходе которых у ребенка сбивается дыхание и ему становится жарко. Такая активность может принимать разные формы, в том числе с участием других детей и взрослых, и предполагать использование различных предметов: например, быстрая ходьба, езда на велосипеде, активные игры с мячом, плавание, танцы.

4.10 Защита от солнца

Детям нужна особая защита от солнца. Дети находятся в динамическом состоянии роста и более восприимчивы к экологическим угрозам, чем взрослые, поскольку воздействие солнечных лучей на детей и подростков повышает риск развития у них меланомы и немеланомных раковых заболеваний кожи в будущем. Значительная доля воздействия солнечной радиации, которое человек испытывает в течение всей жизни, приходится на возраст до 18 лет; детский возраст означает, что у детей могут развиваться болезни с продолжительным латентным периодом.

Поскольку основная часть вредного воздействия солнца приходится на период детства, детей необходимо защищать от прямых солнечных лучей.

- Проконсультируйте опекуна и ребенка или подростка о защите от солнца и рисках для здоровья, связанных с ультрафиолетовым (УФ) излучением (блок рекомендаций 9).

Блок рекомендаций 9. Защита от солнца

Защита от солнца

Воздействие солнечных лучей на детей и подростков повышает риск развития у них раковых заболеваний кожи в будущем.

- **Ограничивайте время пребывания на полуденном солнце:** как правило, УФ-излучение солнца наиболее интенсивно на протяжении нескольких часов в районе полудня и слабее ранним утром и во второй половине дня (вечером). По возможности ограничьте время пребывания на солнце в эти часы.
- **Обращайте внимание на УФ-индекс:** уделяйте особое внимание мерам защиты от солнца, когда прогноз УФ-индекса показывает умеренный или высокий уровень этого показателя.
- **Проявляйте благоразумие, пользуйтесь тенью:** стремитесь находиться в тени в то время, когда УФ-лучи наиболее интенсивны, но имейте в виду, что тень от деревьев, зонтиков, тентов и т.п. не обеспечивает полную защиту от солнца. Помните про «правило тени»: «Следите за своей тенью: если она короткая, немедленно прячьтесь от солнца!»
- **Одевайте ребенка в солнцезащитную одежду:** широкополую шляпу, обеспечивающую защиту от солнца для глаз, ушей, лица и задней части шеи, солнечные очки, защищающие от УФ-А и УФ-Б лучей на 99–100%, плотную и просторную одежду, закрывающую руки и ноги.

Защита от солнца (продолжение)

- **Используйте солнцезащитный крем:** обильно наносите солнцезащитный крем широкого спектра с очень высоким фактором защиты от УФ-излучения (SPf) на открытые участки кожи через каждые два часа либо после купания, игр или упражнений на свежем воздухе.
- **Подростки не должны пользоваться оборудованием и лампами для искусственного загара:** оборудование для искусственного загара оказывает вредное воздействие на кожу и наносит вред незащищенным глазам. Его использование лучше полностью исключить.



4.11 Предотвращение непреднамеренного травматизма

Основными причинами непреднамеренного травматизма являются дорожно-транспортные происшествия, утопления, отравления, термические травмы и падения. Травматизм входит в число ведущих причин заболеваемости и стойкой инвалидности у детей и подростков. Смерть в результате непреднамеренного травматизма можно предотвратить.

Дорожно-транспортный травматизм

Дорожно-транспортные происшествия являются основной причиной смертельных травм у детей; они также вызывают повреждения головного мозга и конечностей, которые могут приводить к стойкой инвалидности. Детям необходимо уделять особое внимание, поскольку в качестве участников дорожного движения (особенно пешеходов и велосипедистов) они находятся в уязвимом положении и не обладают достаточным опытом.

▶ Проконсультируйте родителя или опекуна и ребенка на тему снижения риска дорожно-транспортного травматизма (блок рекомендаций 10).

Блок рекомендаций 10. Профилактика дорожно-транспортного травматизма

Профилактика дорожно-транспортного травматизма

- Убедитесь, что во время езды на велосипеде или пассажиром на мотоцикле ребенок находится в шлеме.
- Убедитесь, что во время поездки в автомобиле даже на короткое расстояние ребенок использует соответствующие возрасту удерживающие устройства или пристегнут ремнем безопасности.
- Для защиты детей существует широкий спектр удерживающих устройств, включая сиденья для грудных детей, кресла для детей более старшего возраста, дополнительные подушки-сиденья и ремни безопасности. Выбор устройства зависит от возраста, веса и роста ребенка. Они обеспечивают надежную защиту только при правильном использовании.



- Сделайте ребенка более заметным на дороге. Убедитесь, что ребенок:
  - — носит светлую или яркую одежду или светоотражающие элементы, например светоотражательные ленты на одежде и школьном ранце;
  - — имеет на велосипеде передний фонарь, а также рефлекторы спереди, сзади и на колесах.
- Не оставляйте ребенка без присмотра во время игры.
- Помогайте ребенку правильно оценивать риски на дороге. Научите ребенка безопасно вести себя в ситуациях высокого риска на дороге, например безопасно передвигаться пешком, ездить на велосипеде и переходить дорогу. Объясните ребенку значение сигналов светофора и дорожных знаков.

Утопление

Дети принадлежат к группе с особенно высоким риском утопления, которое часто заканчивается смертельным исходом, поэтому профилактические меры здесь играют жизненно важную роль. Риск утопления существует везде, где есть вода, – не только в больших водоемах (пруды, озера, моря), но и в ведре или ванне.

▶ Проконсультируйте родителя или опекуна на тему предотвращения утоплений (блок рекомендаций 11).

Блок рекомендаций 11. Предупреждение случаев утопления

Предупреждение случаев утопления

- Как можно раньше научите ребенка хотя бы базовым навыкам плавания (держаться на поверхности и двигаться в воде), а также навыкам обеспечения безопасности на воде.
- Убедитесь, что когда ребенок находится в озере или море либо поблизости, на нем надет спасательный жилет или индивидуальное плавательное спасательное средство, даже если он умеет плавать. Не оставляйте ребенка без присмотра, даже если на нем надет спасательный жилет или индивидуальное плавательное спасательное средство.



- Разрешайте ребенку плавать только в специально отведенных местах в присутствии спасателя.
- Установите вокруг плавательного бассейна четырехстороннее изолирующее ограждение с самозакрывающимися и самоблокирующимися дверцами. Это ограждение должно отделять бассейн от дома и игровой площадки.
- Пристально наблюдайте за ребенком все время, пока он находится в воде или около нее (в том числе в ванне). Не отвлекайтесь на другие дела: утопление происходит быстро и беззвучно.
- Научитесь базовым приемам оказания первой помощи для проведения неотложной сердечно-легочной реанимации утонувшего ребенка.
- Как можно раньше расскажите ребенку об опасности утопления.

НЕ оставляйте детей без присмотра вблизи водоемов.

Отравление

Отравление – это повреждение организма, полученное в результате воздействия токсичного вещества путем проглатывания, вдыхания, впрыскивания или впитывания. Большинство смертельных случаев отравления связано с фармацевтическими препаратами, бытовыми продуктами (например, отбеливателями, дезинфицирующими, моющими или чистящими средствами, косметикой, уксусом), пестицидами и ядовитыми растениями. Чаще всего отравления детей происходят дома; особенно опасно хранить вредные вещества в местах, доступных для детей, и в контейнерах, не защищенных от них.

- Проконсультируйте родителя или опекуна на тему предотвращения отравлений (блок рекомендаций 12).

Блок рекомендаций 12. Предупреждение случаев отравления

Предупреждение случаев отравления

- Научите детей не трогать ядовитые вещества.
- Внесите изменения в домашнюю обстановку так, чтобы ограничить доступ к ядам.
- Держите лекарства и другие токсичные вещества вне доступа детей и под замком.
- Уберите токсичные вещества, которые легко перепутать со съедобными предметами.
- Снабдите токсичные вещества четкими этикетками.
- Используйте для хранения лекарств и бытовой химии контейнеры с защитой от детей.

НЕ храните лекарства в небезопасных местах, включая сумки, холодильники или полки в ванной комнате.

НЕ храните химикаты в неподходящей таре (например, в бутылках из-под напитков), так как есть риск того, что дети могут выпить их содержимое по ошибке.

Падения

Падения случаются часто, особенно у детей. Большинство падений не опасны, но некоторые из них могут приводить к серьезным травмам, инвалидности и даже смерти. У маленьких детей падения зачастую вызывают тяжелые и смертельные травмы головы.

- Проконсультируйте родителя или опекуна на тему предотвращения падений (блок рекомендаций 13).

Блок рекомендаций 13. Предупреждение падений

Предупреждение падений

- В небезопасных ситуациях дети должны находиться под надлежащим наблюдением взрослых.

Дети грудного и раннего возраста

- Переделайте или замените небезопасные устройства (коляски, ходунки, стульчики для кормления, пеленальные столики, детские тренажеры). В частности, вы можете заменить столик для пеленания на матрас, уменьшить высоту кровати-чердака и установить ограждения на верхнем уровне.
- Устраните опасности, которые могут встретиться дома. Установите защитные устройства, включая оконные решетки, ворота безопасности перед лестницами, ограждения балконов, на которые нельзя взобраться, и безопасные стекла в окнах.

НЕ используйте такие потенциально опасные устройства, как ходунки.

Дети более старшего возраста

- Убедитесь, что ребенок носит шлем, защиту для запястий и зубную капу во время таких занятий, как езда на велосипеде, катание на роликовых коньках или скейтборде.



Ожоги (термические травмы)

Термические травмы кожи и других органических тканей включают в себя ожоги (от контакта с горячими твердыми предметами) и обваривания (от контакта с горячими жидкостями). Пожары являются одной из ведущих причин смерти у детей, а контактные ожоги и обваривания могут вызвать серьезные увечья и стойкую инвалидность. Наибольшему риску получения ожогов подвергаются дети младше 5 лет. В большинстве случаев они получают ожоги на кухне при контакте с горячими жидкостями, маслом или небезопасными печами.

- Проконсультируйте родителя или опекуна на тему предупреждения ожогов (блок рекомендаций 14).

Блок рекомендаций 14. Предупреждение ожогов

Предупреждение ожогов

- Используйте безопасные печи (т. е. с высоко расположенной варочной поверхностью) и безопасные кухонные принадлежности.
- Используйте зажигалки с защитой от детей.
- Убедитесь, что одежда ребенка сделана из негорючих материалов.
- Проверьте потенциально опасные места в доме и устраните опасность.
- Установите детекторы дыма и обеспечьте их функционирование.
- Не оставляйте ребенка без присмотра.
- Отрегулируйте температуру воды в водонагревателе.

НЕ курите в постели.

НЕ надевайте длинную и свободную одежду во время приготовления пищи.

НЕ устанавливайте высокую температуру в водонагревателе.

▶ 4.12 Укрепление психического здоровья и благополучия

Поддержка психического здоровья и благополучия детей и подростков играет важную роль в обеспечении их безопасности, способствует их развитию и помогает добиться успехов во взрослом возрасте. Перепады в настроении и поведении, особенно у подростков (с. 618), являются нормальными.

▶ Проконсультируйте всех детей, подростков и их опекунов относительно способов сохранения или укрепления психического здоровья и благополучия детей и подростков. Советы для детей и подростков см. в блоке рекомендаций 15, а для родителей и опекунов – в блоке 16.

▶ **Примечание:** эти советы необходимо давать каждому пациенту вне зависимости от того, подозреваете ли вы у него эмоциональные или поведенческие нарушения (например, депрессию или тревожность).

Блок рекомендаций 15. Что дети и подростки могут сделать для поддержания своего психического здоровья и благополучия

Что дети и подростки могут сделать для поддержания своего психического здоровья и благополучия



- Продолжайте (или возобновите) занятия, от которых вы получаете удовольствие, и общественную деятельность.
- Выполняйте одну и ту же последовательность дел утром и вечером перед сном.
- Высыпайтесь: придерживайтесь определенного режима сна и уберите телевизор или другие электронные устройства с экранами из спальной зоны или спальни.
- Установите режим дня с соблюдением одних и тех же часов приема пищи, игр, обучения и сна.
- Регулярно питайтесь: детям и подросткам необходимо ежедневное трехразовое питание (завтрак, обед и ужин) и несколько перекусов.
- Будьте физически активными: дети и подростки в возрасте 5–17 лет должны ежедневно уделять физической активности не менее 60 минут в форме повседневной деятельности, игр или занятий спортом.
- Как можно чаще старайтесь принимать участие в делах школы и местного сообщества и другой общественной деятельности.
- Проводите время с близкими друзьями и семьей.
- Избегайте употребления наркотиков, алкоголя и никотина.

Блок рекомендаций 16. Что родители и опекуны могут сделать для поддержания психического здоровья и благополучия своего ребенка



Что родители и опекуны могут сделать для поддержания психического здоровья и благополучия своего ребенка

- Занимайтесь приятными делами вместе с ребенком или подростком.
- Относитесь к ребенку с любовью, играйте и общайтесь с ним каждый день.
- Поощряйте соответствующие возрасту ребенка игровые занятия (например, спорт, рисование) и предлагайте практическую помощь (например, оказание помощи в выполнении домашнего задания или обучение другим жизненным навыкам).
- Выслушивайте ребенка и демонстрируйте понимание и уважение.
- Защищайте ребенка от любых форм плохого обращения, в том числе издевательств и проявлений насилия в семье, школе и обществе.
- Будьте готовы к важным изменениям в жизни ребенка (например, рождению брата или сестры, началу учебы или периоду полового созревания) и окажите необходимую поддержку в эти периоды жизни.

НЕ применяйте угрозы или физические наказания, которые могут ухудшить ваши отношения с ребенком.

- Не начинайте серьезных разговоров с ребенком до тех пор, пока вы оба не успокоитесь; избегайте резкой критики, повышения голоса и ругани.
- Будьте последовательны в том, что ребенку разрешено и что запрещено делать.
- Хвалите или вознаграждайте ребенка за хорошее поведение.

ГЛАВА 5

Здоровье новорожденных

5.1 Уход за новорожденным после рождения и его медицинский осмотр 132
5.2 Контроль роста и веса 138
5.3 Скрининговые тесты 138
5.4 Дополнительная информация, касающаяся домашних родов 140
5.5 Консультирование в неонатальном периоде 141
5.6 Варианты нормы и явления, вызывающие обеспокоенность 146
5.6.1 Голова и череп 146
5.6.2 Лицо 149
5.6.3 Рот 149
5.6.4 Шея 151
5.6.5 Уши 152
5.6.6 Глаза 152
5.6.7 Живот 156
5.6.8 Половые органы, задний проход и паховая область 158
5.6.9 Позвоночник и пояснично-крестцовая область 161
5.6.10 Руки и кисти 162
5.6.11 Ноги и стопы 163
5.6.12 Бедра 165
5.6.13 Кожа 167
5.7 Желтуха новорожденных и гипербилирубинемия 173
5.8 Задержка отхождения мекония 175
5.9 Чрезмерный плач 177
5.10 Рвота 180
5.11 Синдром Дауна 183
5.12 Фетальный алкогольный синдром 184
5.13 Врожденный порок сердца 185
5.14 Врожденный стридор (ларингомаляция) 186
5.15 Новорожденные с возможным нарушением обмена веществ 187
5.16 Врожденный гипотиреоз 188
5.17 Новорожденные дети матерей с инфекционными заболеваниями 189
5.18 Больные новорожденные с опасными признаками 198

В этой главе рассматриваются **патологии, специфичные для неонатального периода**. Все остальные патологии, возникающие как в неонатальном, так и в детском возрасте, освещены в главах 6 и 7 настоящего справочника.

5.1 Уход за новорожденным после рождения и его медицинский осмотр

Обследование и оценка состояния каждого новорожденного должны проводиться в течение 24–72 часов после рождения (с. 27), затем между 7 и 14 днем жизни (с. 32) и приблизительно через 4–6 недель после рождения (с. 35). При преждевременной выписке или домашних родах первый послеродовой контакт должен состояться как можно раньше в течение первых 24 часов после рождения. Особые указания, касающиеся домашних родов, см. на с. 140. В течение первой недели после родов рекомендуется посещать мать и новорожденного на дому.

Эти послеродовые контакты дают возможность оказать родителям или опекунам помощь и поддержку в неонатальный период, а также позволяют выявить нарушения здоровья, способные без надлежащего лечения и устранения оказать негативное воздействие на здоровье новорожденного (например, инфекции, гипогликемию или желтуху), либо социально-экономические условия, поддающиеся улучшению за счет междисциплинарной поддержки или вмешательств.

Не забудьте поздравить родителей, ведь вы присутствуете при важном моменте в их жизни.

При каждом послеродовом контакте:

- Проанализируйте анамнез ребенка (семейный, материнский, дородовой и перинатальный) и спросите родителя или опекуна, беспокоит ли их что-либо (с. 133).
- Осмотрите новорожденного (с. 135).
- Если вы не выявили никаких нарушений, заверьте опекуна, что ребенок здоров. Если вы заметили незначительные отклонения, не имеющие клинического значения, заверьте опекуна, что поводов для беспокойства нет.
- Если вы обнаружили какие-либо нарушения, обсудите с опекуном их последствия, зафиксируйте их в документации и примите соответствующие меры.

- Проведите иммунизацию в соответствии с национальным руководством, основанным на рекомендациях ВОЗ (с. 81). Проверьте прививочный статус в семейных записях или прививочной карте и внесите в них новые данные об иммунизации.
- Проконсультируйте опекуна и ответьте на все возникшие у него вопросы.
- Убедитесь, что все новорожденные получили витамины K и D после рождения.

Витамин K

— 1 мг в/м в течение первого часа после рождения (во время первого кормления грудью, когда ребенок находится в контакте «кожа к коже» с матерью) или

— Трехкратно по 2 мг перорально: при рождении, в возрасте 4–6 дней и 4–6 недель.

— Недоношенным новорожденным необходима более низкая доза: 0,4 мг/кг в/м.

Витамин D

— 400 МЕ перорально ежедневно начиная с первых дней после рождения и в течение не менее 12 первых месяцев жизни.

Анамнез

Тщательно соберите анамнез, включая следующие сведения.

- **Изменения в состоянии ребенка после рождения:** любые события, вызывающие обеспокоенность родителей, кормление, проблемы с отхождением мочи (обычно в первые 24 часа после рождения) и мекония (обычно в первые 48 часов после рождения) (с. 175).
- **Материнский анамнез:** возраст, социальное происхождение, хронические заболевания, перенесенное лечение и принимаемые лекарства, рекреационные наркотики, включая алкоголь и курение.
- **Семейный анамнез:** возраст отца, генетические заболевания, кровное родство родителей, предыдущие беременности и состояние здоровья братьев и сестер.
- **Текущая беременность:** патологии, которые могли повлиять на беременность (например, гестационный диабет), осложнения, скрининговые тесты и специальные диагностические процедуры, контакт с инфекциями матери во время беременности или родов, включая гепатит B (с. 196), ВИЧ (с. 195), цитомегаловирус (ЦМВ) (с. 190), сифилис (с. 191) или токсоплазмоз (с. 192).

- **Роды:** способ родоразрешения, продолжительность родов, признаки дистресс-синдрома у плода, прием лекарственных препаратов и/или анестезия, число баллов по шкале Апгар (с. 28).
- **Факторы риска развития инфекций новорожденных:**
  - — преждевременный разрыв плодных оболочек (более чем за 18 часов до родов);
  - — повышенная температура (38 °C и выше) у матери до или во время родов;
  - — неприятный запах или примесь гноя в околоплодных водах (хориоамнионит);
  - — инфицирование матери стрептококком группы B;
  - — преждевременные роды.

Медицинский осмотр

- ▶ Вымойте руки перед началом осмотра (с. 912).
- ▶ Разденьте новорожденного полностью (до подгузника) и осмотрите его в теплом и хорошо освещенном месте (таблица 24). Проявите гибкий подход к организации осмотра: те виды обследования, которые могут вызвать беспокойство ребенка, следует проводить в последнюю очередь. Для аускультации сердца выберите момент, когда ребенок будет спокоен.

Таблица 24. Составные части медицинского осмотра новорожденного

Кожа
• Осмотрите кожу: есть ли бледность, желтуха (с. 173), текстура, родимые пятна (с. 146–148), шелушение (с. 167), сыпь (с. 169), признаки травм (например, кровоподтеки).
Голова, лицо и шея
• Осмотрите и пропальпируйте голову и швы: есть ли признаки травмы, кровотечение, отек, изменение формы черепа во время родов (с. 148), выбухание или западение родничка (с. 148)? • Проверьте состояние лицевых тканей и симметричность лица: присутствует ли асимметрия лица (с. 149)? • Осмотрите глаза, отметьте их размер, форму и скошенность: имеется ли косоглазие (с. 153), признаки инфекции (с. 153), птоз (с. 155), колобома (с. 155), увеличение размеров (с. 155)? • Проверьте розовый рефлекс с глазного дна: наблюдаете ли вы отсутствие розового рефлекса, помутнение роговицы или хрусталика (с. 138)? • Оцените размер и форму ушей: имеются ли деформации ушей, преаурикулярные повреждения кожи (с. 152)? • Пропальпируйте шею и ключицы: есть ли кисты, объемные образования шеи, переломы (с. 151)? • Осмотрите рот и пропальпируйте нёбо: имеется ли расщелина нёба, кисты нёба или дна ротовой полости, молочница, укороченность уздечки языка (с. 150)?
Дыхание
• Подсчитайте число дыхательных движений за 60 секунд (норма – от 30 до 60 вдохов в минуту). • Проведите осмотр на предмет цианоза и дыхательной недостаточности: присутствует ли использование вспомогательных мышц, втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа? • Определите на слух присутствие стридора и проведите аускультацию легких на предмет отсутствующих или аномальных звуков дыхания. • Однократно измерьте насыщение крови кислородом для скрининга на врожденный порок сердца (с. 185) и при наличии признаков респираторного дистресс-синдрома.
Сердечно-сосудистая система
• Проведите аускультацию сердца: присутствует ли тахикардия, аритмия, шумы (с. 376)? • Проверьте пульс на плечевой или бедренной артерии.

Живот

- Проверьте форму, симметричность, вздутие живота. Осмотрите культю пуповины: присутствует ли инфекция, пупочная грыжа (с. 156), гранулема пупка (с. 156)?
- Пропальпируйте живот на предмет органомегалии. Печень обычно пальпируется на расстоянии до 2 см, а верхушка селезенки – до 1 см ниже края реберной дуги. Проведите бимануальную пальпацию почек сбоку.

Наружные половые органы и задний проход

- Осмотрите задний проход: имеется ли атрезия (с. 160) или переднее смещение (с. 160)?
- Осмотрите наружные половые органы мальчиков, включая крайнюю плоть и положение отверстия мочеиспускательного канала (гипоспадия, с. 160); присутствует ли отек половых органов (с. 158), уплотнения (врожденный перекрут), неопущение яичек (с. 159), гидроцеле (с. 159) или асимметрия?
- Осмотрите наружные половые органы девочек: присутствует ли гипертрофия клитора, отек половых органов, выделения из влагалища, атрезия девственной плевы (с. 159)?

Опорно-двигательный аппарат

- Проверьте голову, лицо, шею, конечности и туловище на наличие признаков родовой травмы: имеются ли переломы, паралич, асимметрия, кровоподтеки, отеки, снижение подвижности, боли при пальпации и движении?
- Осмотрите область позвоночника и копчика, пропальпируйте костные структуры и проверьте целостность со стороны кожи: присутствует ли пилонидальная ямка, дефект нервной трубки (с. 161)?
- Осмотрите верхние и нижние конечности: имеется ли асимметрия движений, ладонных и подошвенных складок, лишние пальцы (с. 162), косолапость (с. 163)?
- Оцените симметричность конечностей и кожных складок, выполните пробы Барлоу и Ортолани (с. 166): присутствует ли врожденная дисплазия тазобедренного сустава (с. 165)?

Показатели жизненно важных функций

- Измерьте температуру в подмышечной впадине, ЧСС (норма – до 180 уд./мин), частоту дыхания (норма – 30–60 вдохов/мин), время наполнения капилляров (норма – до 2 с).

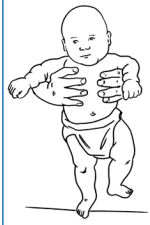
Физическое развитие

- Измерьте массу тела, длину тела и окружность головы (контроль физического развития см. на с. 24). Чтобы ребенок меньше плакал, эту процедуру можно провести в конце осмотра.

Неврологический статус

- Проверьте поведение, движения, позу, уровень активности, мышечный тонус и одинаковость движений рук и ног. Обратите внимание на плач ребенка.

Проверьте рефлексы новорожденного (см. иллюстрации).



Автоматический рефлекс ходьбы: если ребенка поднять в вертикальном положении и поставить его ноги на твердую поверхность, он будет делать движения, напоминающие ходьбу или пританцовывание. Этот рефлекс исчезает приблизительно в 2 месяца.



Шейно-тонический рефлекс («поза фехтовальщика»): если повернуть голову ребенка в сторону, он вытянет руку с этой стороны и согнет в локте противоположную. Этот рефлекс исчезает приблизительно в 5–7 месяцев.



Хватательный рефлекс: если погладить ребенка по ладони, он сожмет пальцы в захват (верхний хватательный рефлекс). Этот рефлекс исчезает приблизительно в 5–6 месяцев. Аналогичный рефлекс на пальцах ног (нижний хватательный рефлекс) исчезает приблизительно в 9–12 месяцев.



Рефлекс ползания: если ребенка уложить на живот и надавить ему на подошвы ног, он упрется стопами в руку и начнет имитировать движения ползания. Этот рефлекс исчезает приблизительно в 4–6 месяцев.



Рефлекс Моро: если ребенка неожиданно лишить опоры, он запрокидывает голову, вытягивает руки и ноги, плачет, а затем снова прижимает руки и ноги к туловищу. Этот рефлекс исчезает приблизительно в 2 месяца.

ЧСС – частота сердечных сокращений.

5.2 Контроль роста и веса

Если новорожденный в первые дни жизни теряет 5–10% массы тела при рождении, это нормально. Потеря веса не должна превышать 10% от массы тела при рождении. Вес должен восстановиться в течение 14 дней.

▶ Чтобы убедиться в том, что ребенок нормально прибавляет в весе, контролируйте его физическое развитие при каждом посещении (с. 24).

▶ Если потеря веса превышает 10% от массы тела при рождении, проведите тщательный медицинский осмотр ребенка; оцените качество грудного вскармливания, прикладывание к груди, объем получаемого молока, а также анамнез, убеждения и поведение матери. При отсутствии конкретных поводов для беспокойства предложите матери продолжать грудное вскармливание и назначьте повторный визит через 2–3 дня. Если во время осмотра вы выявили тревожные признаки и/или подозреваете наличие у ребенка какого-либо сопутствующего заболевания либо состояние ребенка не улучшилось через 2–3 дня, направьте его в стационар.

5.3 Скрининговые тесты

Каждый новорожденный должен пройти скрининг на врожденные, генетические и метаболические заболевания, нарушения слуха и зрения, а также дисплазию тазобедренного сустава.

Аудиологический скрининг

- Проведите у всех новорожденных в возрасте до 1 месяца аудиологический скрининг методом ОАЭ или автоматического слухового ответа ствола головного мозга (АСОСГМ, AABR), если эти исследования не проводились в роддоме перед выпиской или если ребенок родился дома.

▶ При аномальных результатах аудиологического скрининга направьте ребенка к аудиологу не позднее чем в возрасте 3 месяцев.

Проверка зрения

- Проведите у всех новорожденных проверку розового рефлекса с глазного дна, используя тонкий фонарик, чтобы увидеть отражение красного света от сетчатки.

▶ При отсутствии розового рефлекса направьте ребенка к специалисту, так как этот признак может указывать на врожденную катаракту (с. 538) или лейкокорию при ранней ретинобластоме (с. 537).

Скрининг новорожденных на метаболические и эндокринные заболевания

Многие метаболические и эндокринные заболевания можно обнаружить путем анализа нескольких капель крови, полученных из пятки или вены. Кровь для скрининга новорожденных следует брать через 48–72 часа после рождения. В разных странах существуют различные рекомендации относительно скрининга, но в целом новорожденным должен проводиться скрининг на следующие заболевания:

- фенилкетонурия;
- врожденный гипотиреоз (с. 188);
- галактоземия;
- муковисцидоз (с. 705);
- гемоглобинопатии: серповидно-клеточная анемия (с. 724), талассемия (с. 722);
- врожденная гиперплазия надпочечников.

Скрининг на гипербилирубинемию

- Проведите оценку на наличие желтухи и факторов риска гипербилирубинемии (с. 173).

▶ Проведите проверку всех новорожденных на гипербилирубинемию (с. 173) с применением транскутанного билирубинометра (с. 918). В случае отсутствия транскутанного билирубинометра и у новорожденного наблюдается желтуха или другие факторы риска гипербилирубинемии, следует измерить уровень билирубина в сыворотке крови, особенно в первые 72 часа жизни

▶ Для того, чтобы отслеживать развитие физиологической желтухи, проверте пороговые значения уровня билирубина, соответствующиепатологической желтухе, и проведите соответствующую терапию (с. 173).

Насыщение крови кислородом

- Проведите пульсоксиметрию, чтобы проверить SpO_2 и диагностировать врожденные пороки сердца, сопровождающиеся цианозом (с. 185). Результаты скринингового теста считаются аномальными в следующих случаях:
  - — $SpO_2 < 90\%$ на любой из конечностей, или
  - — $SpO_2 < 95\%$ на правой руке и правой ноге при трех измерениях с интервалом в один час, или

— разница > 3% между результатами на правой руке и правой ноге при трех измерениях с интервалом в один час.

▶ При аномальном результате: если $SpO_2 \leq 90\%$, дайте кислород; проведите терапию других причин гипоксии (например, сепсиса). Незамедлительно направьте ребенка в стационар.

Проверка врожденной дисплазии тазобедренного сустава

- Проведите осмотр: у детей в возрасте до 1 месяца проверьте симметричность нижних конечностей и ягодичных складок, в том числе проведите пробы Барлоу и Ортолани (с. 166).

▶ При обнаружении тревожных признаков направьте ребенка к специалисту для проведения ультразвукового исследования (УЗИ).

5.4 Дополнительная информация, касающаяся домашних родов

Если роды проходили на дому, то помимо сбора общего анамнеза, осмотра и скрининговых тестов проведите плановую иммунизацию (с. 30) и введите витамин К (с. 133).

Сбор дополнительного анамнеза при первом посещении ребенка, родившегося дома

- Проведите оценку на наличие факторов риска:
  - — **инфекций новорожденных** (с. 134);
  - — **гипоксически-ишемической энцефалопатии** (асфиксии в родах): очень молодая или пожилая мать, многоплодная беременность, низкая масса тела при рождении, патологии пуповины, отслойка плаценты, примесь мекония в околоплодной жидкости, длительные роды, дистоция плечиков;
  - — **гипогликемии:** диабет у матери, асфиксия, задержка внутриутробного развития, слишком маленький или слишком большой вес для гестационного возраста.

▶ При наличии каких-либо факторов риска развития инфекций новорожденных, если мать не получала антибиотики при родах, немедленно направьте ребенка в стационар.

▶ При наличии каких-либо факторов риска проведите измерение уровня глюкозы (см. ниже).

Дополнительный осмотр при первом посещении ребенка, родившегося дома

- Измерьте и зафиксируйте массу тела при рождении (с. 24).
- Проверьте наличие серьезных врожденных патологий, включая расщелину губы и нёба (с. 150), непроходимость кишечника, дефекты нервной трубки (с. 161) и дефекты брюшной стенки, например омфалоцеле.
- Проверьте признаки асфиксии в родах: низкий мышечный тонус, слабый крик, плохое сосание, заторможенность, сниженный уровень сознания, ограниченность движений и рефлексов, судороги.

▶ При наличии каких-либо серьезных врожденных нарушений немедленно направьте ребенка в стационар.

▶ При наличии каких-либо признаков асфиксии в родах немедленно направьте ребенка в стационар.

▶ При судорогах перед направлением в стационар проведите терапию фенобарбиталом (с. 977).

Скрининг на уровень глюкозы

- Измерьте уровень глюкозы у всех новорожденных, у которых присутствуют факторы риска развития гипогликемии (см. выше). При выявлении гипогликемии (уровня глюкозы < 2,5 ммоль/л или < 45 мг/дл), сохраняющейся после кормления, немедленно направьте ребенка в стационар для оценки состояния и проведения терапии.

5.5 Консультирование в неонатальном периоде

Неонатальный период во многом определяет здоровье ребенка и чрезвычайно важен для его семьи, особенно для матери. Консультируйте, хвалите и поддерживайте родителей или опекунов ребенка и семью в целом.

Планирование семьи

▶ Сообщите родителям, что оптимальный интервал между рождением детей составляет не менее 2 лет.

▶ Расскажите родителям, что при планировании количества детей следует принимать во внимание такие внешние факторы, как необходимость внимательного ухода, возможности для обучения детей и финансовые ресурсы.

Эмоциональное благополучие родителей или опекунов

- Во время каждого послеродового посещения спрашивайте опекунов об их эмоциональном благополучии, доступной им поддержке в семье и обществе, а также о стратегиях преодоления повседневных трудностей.
- Узнайте, какие страхи и тревоги связаны у них с уходом за ребенком, нормальным развитием или реакциями ребенка.
- Определите, имеются ли у членов семьи потенциальные отклонения психического здоровья.

Расширение прав и возможностей родителей или опекунов

- Предоставляйте актуальную и своевременную информацию, которая позволит опекунам укреплять здоровье и благополучие всей семьи, выявлять проблемы и реагировать на них.
- Убедитесь, что опекуны знают, как оценить общее состояние ребенка, как определить опасные признаки и когда обратиться к медицинскому работнику или в службу неотложной помощи. К опасным признакам относятся:
  - плохой аппетит, отказ от еды;
  - судороги;
  - сонливость или потеря сознания;
  - учащенное или затрудненное дыхание.

Грудное вскармливание

- Поощряйте матерей кормить детей грудью. При каждом посещении они должны иметь возможность показать вам, как происходит процесс кормления грудью (с. 97).
- Оцените технику грудного вскармливания, включая наблюдение за расположением и прикладыванием ребенка, а также определите, получает ли ребенок достаточно грудного молока (с. 98).

«Метод кенгуру» (вид материнского ухода)

- Младенцам, родившимся с низкой массой тела (< 2,0 кг) и находящимся в стабильном состоянии, необходимо сразу после рождения обеспечить материнский уход по «методу кенгуру» на протяжении как можно более длительного времени. Этот метод также полезен для здоровья доношенных новорожденных.
- Проконсультируйте опекунов относительно применения «метода кенгуру» (блок рекомендаций 17).

Блок рекомендаций 17. «Метод кенгуру» (вид материнского ухода)

Использование «метода кенгуру» благоприятно сказывается на развитии ребенка



«Метод кенгуру»

- На младенце должны быть только подгузник, шапочка и носочки. Температуру тела ребенка поддерживают в пределах 36–37 °C: ножки должны быть теплыми на ощупь, а кожные покровы – розовыми.
- Младенец должен находиться в прямом контакте («кожа к коже») с телом матери на ее груди между молочными железами, головка младенца должна быть повернута в одну сторону.
- Младенца нужно привязать к матери куском ткани или пеленкой, а затем накрыть мать и младенца одеждой матери. Мать должна часто кормить младенца грудью.
- Разумеется, отцы не могут кормить детей грудью, однако им отлично удается уход по «методу кенгуру».

Сон у новорожденных

В первые 3 месяца жизни дети спят по 14–17 часов в сутки, причем продолжительность сна колеблется в значительных пределах. К возрасту 6–12 месяцев продолжительность сна сокращается в среднем до 12–16 часов в сутки. Ребенку потребуется несколько недель, чтобы привыкнуть к ритму сна и бодрствования. На протяжении первого года жизни ребенок, как правило, просыпается не реже одного раза за ночь. С самого раннего возраста у ребенка формируются различные способы засыпания.

Предупреждение синдрома внезапной детской смерти

СВДС представляет собой внезапную неожиданную смерть ребенка в возрасте до 1 года во время сна, причина которой остается неизвестной после тщательного расследования, включая вскрытие. Во многих странах СВДС является распространенной причиной смерти у детей грудного возраста после завершения неонатального периода.

▶ Проконсультируйте родителя или опекуна относительно способов предупреждения СВДС (блок рекомендаций 18).

Блок рекомендаций 18. Предупреждение СВДС

Как обеспечить безопасность ребенка во время сна

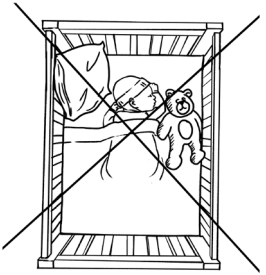
ПРАВИЛЬНО

- Ребенок должен спать на спине на твердой поверхности.
- Создайте безопасную обстановку для сна: ребенок должен спать в отдельной кроватке, находящейся в вашей спальне.
- Ребенок должен спать с непокрытой головой и желательно в спальном мешке.
- Кормите ребенка исключительно грудью на протяжении шести месяцев.
- Защитите ребенка от воздействия табачного дыма.



НЕПРАВИЛЬНО

- Ребенок не должен спать на животе.
- Ребенок не должен спать в одной постели с другими людьми.
- В комнате не должно быть слишком жарко.
- Если ребенок спит в помещении, не надевайте ничего ему на голову.
- Ребенок не должен спать на мягком матрасе.
- Не кладите в кроватку к ребенку посторонние предметы (игрушки, подушки, мягкие вещи) и не оставляйте незаправленные края постельного белья.
- Не позволяйте курить рядом с ребенком.
- Не курите в период грудного вскармливания.



Уход за кожей и ногтями новорожденного, купание

▶ Проконсультируйте родителя или опекуна относительно ухода за кожей и ногтями, а также купания ребенка (блок рекомендаций 19).

Блок рекомендаций 19. Уход за кожей и ногтями новорожденного, купание

Как ухаживать за ногтями, кожей и пуповиной ребенка

Ногти

Ногти на руках и ногах у новорожденных мягкие и гибкие.

- Если ногти становятся неровными или слишком длинными, укоротите их с помощью пилочки для ногтей, детских кусачек для ногтей или ножниц с тупыми закругленными кончиками.

Смена подгузников

Кожа под подгузником часто бывает раздраженной и красной из-за влаги и контакта с калом и мочой.

- Регулярно меняйте подгузники и протирайте кожу ребенка ватными шариками или салфетками, смоченными теплой водой.
- Если вы обнаружили признаки опрелостей, наносите защитный крем при каждой смене подгузника, меняйте подгузники чаще и снимайте их на как можно более долгое время, чтобы подсушить кожу.
- Если опрелости не проходят в течение 3 дней или более, несмотря на хороший уход, они могут быть вызваны грибком (Candida); в этом случае необходимо лечение противогрибковыми препаратами. Проконсультируйтесь с врачом для назначения соответствующего лечения.

Уход за пуповиной

- Следите за тем, чтобы кожа на пуповине и вокруг нее была чистой и сухой. Для очистки кожи используйте воду. НЕ применяйте спиртовые салфетки.
- Культя пуповины должна находиться на открытом воздухе; не закрывайте ее подгузником, чтобы избежать контакта с мочой и влагой. Пуповина отпадает через 1–3 недели.
- Проверьте, не инфицирован ли пупок.

Купание

- Первое купание должно состояться не раньше чем через 24 часа после рождения.
- Ребенка следует купать 1–2 раза в неделю не дольше, чем по 5 минут.
- Нагрейте воду до 37 °C. Температура воздуха в комнате должна составлять 26–27 °C. Проверяйте температуру воды во время купания.

Как ухаживать за ногтями, кожей и пуповиной ребенка (продолжение)

Защита от солнца

- Пока ребенку не исполнится как минимум 6 месяцев, защищайте его от прямых солнечных лучей. Одевайте его в легкую одежду, закрывающую руки и ноги, и шапочку с полями, прикрывающую шею.
- Используйте солнцезащитный крем с SPf не ниже 15.

5.6 Варианты нормы и явления, вызывающие обеспокоенность

В этой главе описываются различные явления, охватывающие спектр от распространенных вариантов нормы до признаков редких патологий, включая врожденные заболевания и родовые травмы. Вы можете заметить эти явления во время планового послеродового осмотра или о них могут сообщить родители либо опекуны новорожденного.

5.6.1 Голова и череп

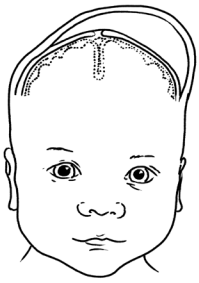
Родовой отек головы

Родовой отек головы представляет собой сравнительно распространенное у новорожденных явление, вызванное давлением на голову при прохождении через родовые пути. Его можно спутать с цефалогематомой (с. 147).

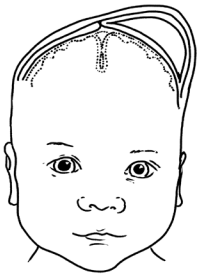
- Мягкая припухлость (скопление жидкости) под кожей волосистой части головы и над надкостницей (см. рисунок на следующей странице) с нечетко очерченными краями.
- Пересекает среднюю линию головы.
- Сопровождается эритемой, кровоподтеками и петехиями.

▶ Успокойте опекунов. Это состояние обычно проходит в течение нескольких дней и не требует какого-либо вмешательства. Напомните им, что если припухлость не спадет в течение 3 дней, необходимо повторно обратиться к врачу.

▶ Если родовой отек головы имеет большие размеры, не исчезает в течение 48–72 часов, припухлость увеличивается, возникает неврологический дефицит или гемодинамическая нестабильность, рассмотрите возможность проведения диагностической визуализации.



Родовой отек головы: *припухлость над надкостницей, которая пересекает среднюю линию головы*



Кефалогематома: *отек под надкостницей, который не пересекает линии швов на черепе*

Кефалогематома

Кефалогематома – это скопление крови под кожей головы по причине разрыва кровеносных сосудов во время родов.

- Обычно возникает на 2–3 день после родов.
- Подвижная гематома под надкостницей (см. рисунок на противоположной стороне разворота).
- Границы гематомы ограничены одной костью черепа и не пересекают линии швов.
- Иногда присутствует перелом черепа (обычно линейный).
- ▶ Предупредите развитие желтухи (с. 173) и проверьте на наличие твердых уплотнений. Если гематома большого размера, убедитесь, что у ребенка нет анемии, и предупредите развитие желтухи.
- ▶ Успокойте опекунов. Рассасывание цефалогематомы может занять несколько месяцев, но обычно она не требует какого-либо вмешательства.

Подапоневротическое кровоизлияние

Подапоневротическое кровоизлияние – это наименее распространенная, но самая серьезная внечерепная травма, вызванная кровоизлиянием в полость между надкостницей и надчерепным апоневрозом.

- Диффузный отек мягких тканей.
- Развивается постепенно через 12–72 часа после родов.
- Распространяется по направлению к шее и за ушами.
- Также может присутствовать отек периорбитальной области.
- При пальпации на волосистой части головы, главным образом на затылке, ощущается подвижное водянистое образование, сопровождаемое поверхностными кровоподтеками на коже. При большом скоплении крови могут быть заметны волны жидкости.

▶ Если вы подозреваете у ребенка подапоневротическое кровоизлияние, немедленно направьте его в стационар.

Кровоподтеки на голове

Большинство кровоподтеков на голове бывают вызваны длительными родами или незначительными травмами от инструментов, используемых для родовспоможения (щипцов или вакуум-экстрактора). Кровоподтеки можно спутать с «винными пятнами» (разновидностью родимых пятен) (с. 172).

▶ Большинство кровоподтеков безвредны, легко заживают и не требуют лечения. Если вы исключили «винное пятно», успокойте опекуна.

Краниотабес

Краниотабес – это размягчение или истончение костей черепа (как правило, боковых и затылочных). Оно может быть вариантом нормы, в особенности у недоношенных новорожденных. Кости деформируются под давлением, а когда оно исчезает, встают на место.

▶ Исключите патологии, влияющие на рост костной ткани, включая рахит (с. 496), сифилис (с. 191) или талассемию (с. 722).

Выбухание родничка

Выбухание родничка обычно происходит при плаче. Когда ребенок не плачет, родничок мягкий.

▶ Исключите повышенное внутричерепное давление, например по причине менингита (с. 272).

Молдинг (изменение формы черепа во время родов)

Молдинг – это процесс, в ходе которого теменные кости находят друг на друга при прохождении головы ребенка через родовые пути. Это может проявляться в виде гребней, расположенных вдоль линий швов на черепе.

- Успокойте опекунов. Молдинг – это физиологическое состояние, которое может сохраняться на протяжении нескольких дней и не требует каких-либо вмешательств.

5.6.2 Лицо

Кровоподтеки на лице

Кровоподтеки на лице в основном возникают по причине сдавливания при естественных родах и могут быть ошибочно приняты за «винное пятно» (вид родимых пятен) (с. 172).

- Успокойте опекунов. Большинство кровоподтеков легко заживают и не требуют лечения.

Асимметрия лица

Сдавливание при прохождении через родовые пути может привести к тому, что лицо ребенка изначально кажется асимметричным. Очень редко асимметрия лица бывает вызвана повреждением лицевого нерва во время родов.

- Успокойте опекунов. Как правило, асимметрия постепенно проходит через несколько недель после рождения. Пригласите опекунов на повторный прием в том редком случае, если асимметрия не исчезнет.

5.6.3 Рот

Укороченность уздечки языка

Необычно короткая, толстая или плотная складка кожи под языком (уздечка языка), которая прикрепляет нижнюю часть языка ко дну ротовой полости. Как правило, при этом отклонении ребенок сохраняет способность сосать грудь.

- Заверьте родителей, что по мере роста ребенка его язык будет развиваться нормально.

НЕ направляйте ребенка на хирургическую коррекцию уздечки в обязательном порядке.

- Направьте ребенка на коррекцию в том случае, если ему трудно есть, поскольку уздечка ограничивает подвижность языка, и он не набирает вес.

Ранула (киста подъязычной железы)

Ранула – это скопление жидкости (киста) на дне ротовой полости под языком.

- Успокойте родителей. Небольшая киста без дополнительных симптомов не требует лечения.
- Если киста большая и присутствуют дополнительные симптомы, направьте ребенка на малую челюстно-лицевую операцию.

«Жемчужины Эпштейна» (десневые кисты)

«Жемчужины Эпштейна» – это маленькие белые припухлости (десневые кисты), расположенные вдоль свода ротовой полости.

- Успокойте родителей. Лечение не требуется.

Молочница полости рта (кандидоз)

Молочница полости рта – это инфекция, вызываемая грибком вида *Candida albicans*. Она часто встречается в течение первого года жизни, особенно у детей, находящихся на грудном вскармливании.

- Молочница проявляется в виде белых пятнышек с красной каймой, расположенных на языке, щеках, дне ротовой полости или нёбе.
- Назначьте гель нистатин (100 000 ЕД/мл) или миконазол (20 г/л) по 1 мл 4 раза в день. Лечение следует продолжать на протяжении нескольких дней после исчезновения белых пятен.
- Успокойте родителей.

Расщелина верхней губы и нёба

- Расщелина верхней губы и нёба может встречаться одновременно или по отдельности (см. рисунок ниже).
- Заверьте родителей, что хирургическая операция позволит восстановить нормальные функции и обеспечит ребенку нормальную внешность с минимально заметными рубцами.
- Направьте ребенка на хирургическую коррекцию. Коррекция расщелины губы проводится в 6-месячном возрасте, коррекция дефекта нёба — в возрасте 1 года. Расщелину губы можно ушивать и раньше, если не опасно проводить анестезию и коррекция технически возможна.



Односторонняя расщелина верхней губы | *Двусторонняя расщелина верхней губы* | *Сопряженная с расщелиной нёба*

Расщелина верхней губы и нёба

- Внимательно следите за тем, как ребенок ест и развивается. Дети с изолированной расщелиной губы могут питаться нормально, в то время как расщелина нёба сопровождается трудностями с питанием.
- Проконсультируйте опекунов по вопросам кормления: ребенка следует кормить сцеженным грудным молоком с помощью чашки и ложечки или применять специальные соски. Техника кормления заключается в том, чтобы небольшое количество молока с ложечки, из пипетки или другого приспособления попадало сразу в глотку (за корень языка). Последующее глотание происходит нормально. Если кормление сопряжено с трудностями или ребенок не развивается удовлетворительными темпами, направьте его к специалисту.
- Обратите внимание, что обструкция верхних дыхательных путей, возникающая во время сна, может привести к гипоксемии и отставанию в физическом развитии. При подозрении на наличие такой обструкции направьте ребенка к специалисту.

5.6.4 Шея

Врожденное объемное образование шеи

Врожденное объемное образование шеи, как правило, представляет собой безболезненное образование на шее, однако оно может затруднять глотание и дыхание, а также вызывать боль в шее за счет сдавливания окружающих тканей.

- Направьте ребенка к специалисту для подтверждения диагноза и планирования хирургического вмешательства. Дополнительную информацию см. на с. 510.

Кривошея

Кривошея обусловлена укорочением мышц шеи с одной стороны, что приводит к наклону головы вбок.

- Ребенок наклоняет голову в ту сторону, на которой расположены укороченные мускулы, и поворачивает ее в противоположную.

▶ Успокойте опекунов и расскажите им, как расположить ребенка, чтобы его лицо было обращено в пораженную сторону (например, во время кормления грудью), и как зафиксировать голову ребенка с помощью полотенец, когда он лежит на спине, чтобы осторожно растянуть пораженные мышцы.

▶ Назначьте повторный осмотр через 4–6 недель. Если состояние ребенка не улучшится, направьте его к специалисту для дальнейшей оценки и проведения физиотерапии.

5.6.5 Уши

Врожденные вариации строения ушей

Существует множество анатомических вариаций уха, в том числе:

- преаурикулярные повреждения кожи и отростки, мясистые выросты или углубления на поверхности одного или обоих ушей, расположенные непосредственно перед ухом;
- оттопыренные, прижатые (край ушного завитка загнут, сморщен или стянут), недоразвитые или отсутствующие ушные раковины;
- вариации мочки уха (разделенные или двойные мочки).



Преаурикулярное повреждение кожи

▶ Успокойте опекунов и обеспечьте проведение аудиологического теста: отклонения в строении уха могут быть связаны с повышенным риском потери слуха.

5.6.6 Глаза

Новорожденные могут видеть, но их зрение расфокусировано. Зрение развивается постепенно в течение первых нескольких месяцев жизни. В возрасте 3 месяцев ребенок начинает следить глазами за лицами или красочными предметами, которые подносят близко к его лицу.

▶ Если новорожденный к 3 месяцам не начал следить глазами за движениями, направьте его к офтальмологу.

Косоглазие

В первые несколько месяцев жизни ребенка косоглазие представляет собой нормальное явление.

- Глаза могут смотреть в разные стороны либо их движения могут выглядеть рассогласованными.

▶ Если косоглазие не прошло к 3 месяцам или присутствует постоянно, направьте ребенка к специалисту.



Косоглазие

Конъюнктивит (офтальмия новорожденных)

Конъюнктивит у новорожденных может быть вызван химическим раздражением от профилактической обработки глаз при рождении либо инфекцией, вызванной вирусами или бактериями, которые передались ребенку от матери во время родов.

- **Легкий конъюнктивит** (покраснение глаз, клейкие выделения и болезненные опухшие веки) является распространенной проблемой у новорожденных и детей грудного возраста.
- **Конъюнктивит, вызванный вирусом герпеса**, встречается редко. Он проявляется острым началом через 1–14 дней после рождения, сопровождается выделениями из одного или обоих глаз и волдырями на коже.
- **Тяжелый конъюнктивит** (покраснение глаз, клейкие выделения, обильное гноетечение и/или сильный отек и воспаление век, флегмона окружающих тканей) часто возникает из-за гонококковой инфекции (появление симптомов через 1–5 дней после рождения) или *Chlamydia trachomatis* (появление симптомов через 5–14 дней после рождения).



Офтальмия новорожденных: опухшие покрасневшие веки и выделение гноя

▶ **Конъюнктивит, вызванный профилактической обработкой глаз** при рождении, обычно проходит за 2–4 дня. Лечение не требуется.

- **Легкий конъюнктивит,** вызванный бактериями (кроме *Chlamydia trachomatis* и *Neisseria gonorrhoea*): назначьте местные антибиотики, схему лечения см. на с. 955.
- **Тяжелый конъюнктивит:** предположите гонококковый или хламидийный конъюнктивит и немедленно направьте ребенка в стационар, поскольку ему необходимо срочное лечение. Если госпитализация откладывается, введите цефтриаксон 50 мг/кг (не более 150 мг) в/м однократно.
- Если вы подозреваете **конъюнктивит, вызванный вирусом герпеса**, немедленно направьте ребенка в стационар для в/в терапии ацикловиром.

Сужение (стеноз) слезного протока

Иногда ребенок рождается с закупоренными слезными протоками. В результате закупорки слезы не могут вытекать.

- Отек и покраснение сбоку от носа.
- Слезящиеся глаза.
- По утрам на глазах обычно скапливаются липкие крошащиеся выделения.
- Заверьте опекунов, что протоки раскроются в течение нескольких месяцев.
- Объясните, как промывать глаза ребенка чистой водой и осторожно массировать внешние края переносицы.
- Если до 1 года ситуация не улучшится, направьте ребенка к специалисту.

Кровоизлияние в склеру, налитые кровью глаза (субконъюнктивальное кровоизлияние)

Кровоизлияние в склеру (часть глазного яблока белого цвета) вызвано увеличением давления на голову ребенка при прохождении через родовые пути. Обычно протекает бессимптомно и проходит в течение недели без лечения.

- Успокойте опекунов.

Помутнение хрусталика или отсутствие розового рефлекса

Помутнение (серовато-белая туманная пленка) хрусталика или отсутствие розового рефлекса во время проверки розового рефлекса с глазного дна (с. 138) могут быть признаками врожденной катаракты (с. 538) или ранней ретинобластомы (с. 537).

▶ Немедленно направьте к офтальмологу новорожденного с отсутствием розового рефлекса или помутнением хрусталика. Раннее выявление и лечение этих патологий имеют крайне важное значение.

Увеличение размеров глаз и помутнение роговицы

Увеличение размеров глаз и помутнение (побеление) роговицы могут указывать на первичную врожденную глаукому. Глаукома вызывает повышение внутриглазного давления, которое провоцирует повреждение структур глаза, включая зрительный нерв, что в конечном итоге может стать причиной слепоты.

- Как правило, глаукома заметна уже в момент рождения или проявляется в течение первого года жизни.
- В большинстве случаев эта патология затрагивает оба глаза.

▶ Немедленно направьте ребенка к офтальмологу.

Колобома

- Колобома – это расщепление одной из структур глаза, например радужной оболочки (чаще всего), сетчатки, сосудистой оболочки или диска зрительного нерва. Как правило, она расположена в нижней части глаза и является относительно редким врожденным заболеванием. В зависимости от положения и размера расщелины степень поражения может варьировать от отсутствия проблем со зрением до возможности различать лишь свет и темноту.

▶ Направьте ребенка к офтальмологу для оценки состояния.

Врожденный птоз

Врожденный птоз представляет собой опущение или нависание верхнего века. Это относительно редкая и безвредная патология, которая не проходит без лечения. Птоз может поражать оба глаза или свидетельствовать о системных патологиях, например о триаде Горнера.

▶ Внимательно наблюдайте за ребенком на предмет развития астигматизма или амблиопии.

▶ Если у ребенка возникнут нарушения зрения или появится риск развития амблиопии (с. 520), направьте его к специалисту для проведения оперативного хирургического вмешательства.

▶ У детей с небольшим птозом рассмотрите возможность проведения хирургического вмешательства по функциональным или косметическим соображениям.

Ретинопатия недоношенных

Ретинопатия недоношенных – это заболевание сетчатки, сопровождающееся аномальным разрастанием сосудов, которое может привести к отслоению сетчатки, ухудшению зрения и слепоте. В основном оно поражает детей с самой высокой степенью недоношенности и требует лечения в раннем возрасте.

- Направьте к офтальмологу для проведения скрининга и лечения всех новорожденных, у которых присутствуют следующие факторы риска:
  - недоношенность (гестационный возраст 32 недели или меньше);
  - масса тела при рождении 1500 г или меньше;
  - нахождение на аппарате ИВЛ или чрезмерная подача кислорода.

5.6.7 Живот

Пупочная грыжа

Пупочная грыжа представляет собой выпячивание участка кишечника через брюшную стенку под кожу в области пупка.

- Мягкое, вправляемое, безболезненное выпячивание в районе пупка.
- Обычно увеличивается в размере, когда ребенок находится в стрессе и плачет.

Если грыжа безболезненна и легко вправляется в брюшную полость, она безвредна.

- Заверьте родителей, что большинство бессимптомных грыж регрессируют самопроизвольно.
- Ребенка старше 3 лет направьте к детскому хирургу, поскольку по мере взросления вероятность самопроизвольной ликвидации грыжи снижается.
- Если выпячивание становится болезненным при манипуляциях, изменяет цвет и не поддается вправлению, сопровождается рвотой или запором, немедленно направьте ребенка в стационар, чтобы исключить ущемление пупочной грыжи.

Гранулема пупка

Гранулема пупка – это небольшое разрастание тканей, которое образуется в области пупка в течение первых нескольких недель после отпадения пуповины.

- Представляет собой небольшой красный влажный нарост у основания пупочной культи.
- Нанесите раствор нитрата серебра непосредственно на гранулированную ткань. Гранулема потемнеет и быстро отпадет. Будьте осторожны при нанесении нитрата серебра; защитите окружающую кожу с помощью вазелина, так как нитрат серебра может вызвать ожог и боль. Назначьте повторный осмотр через 2 дня, чтобы оценить необходимость повторного прижигания раствором нитрата серебра.
- В качестве альтернативного средства нанесите на гранулему пупка поваренную соль и объясните родителям, как продолжить лечение на дому (блок рекомендаций 20).
- Если из пупка подтекает моча или кал, направьте ребенка к специалисту для корректировки диагноза.

Блок рекомендаций 20. Как лечить гранулему пупка

Как лечить гранулему пупка у ребенка

- Очистите область вокруг пупка с помощью влажного ватного диска.
- Нанесите на гранулему небольшую щепотку поваренной соли.
- Накройте область пупка небольшим кусочком марли и оставьте его на 10–30 минут.
- Затем протрите гранулему чистой марлей, смоченной в теплой воде.
- Повторяйте процедуру 3 раза в день на протяжении не менее 3 дней, пока гранулема не уменьшится в размерах и не отпадет. Место ее отпадения постепенно заживет.
- После протирания подсушите гранулему и соблюдайте ее гигиену на всем протяжении лечения.
- Если через 3 дня ситуация не улучшится, повторно обратитесь к врачу.

5.6.8 Половые органы, задний проход и паховая область

Отек половых органов

Изначально половые органы у мальчиков и девочек выглядят отекшими, но в течение нескольких недель приходят в норму. Редко отек может указывать на адреногенитальный синдром.

- Заверьте опекунов, что это состояние проходит самостоятельно и лечение не требуется.
- При обнаружении других признаков возможного адреногенитального синдрома направьте ребенка к специалисту.

Набухание молочных желез

У мальчиков и девочек при рождении может наблюдаться набухание молочных желез, вызванное влиянием материнского гормона пролактина; у некоторых новорожденных даже выделяется несколько капель молока.

- Заверьте опекунов, что набухание пройдет самостоятельно в течение нескольких недель и лечение не требуется. Скажите им, что не следует надавливать на молочные железы ребенка.
- Если молочные железы становятся покрасневшими и болезненными, это может указывать на инфекцию или абсцесс. Если вы подозреваете инфекцию или абсцесс, направьте ребенка к специалисту, который проведет в/в лечение антибиотиками, эффективными в отношении *Staphylococcus aureus*, или проведет вскрытие и дренаж абсцесса.

Паховая грыжа

При паховой грыже органы брюшной полости выпячиваются через мышцы нижней части живота под кожу в области паха. Эта патология чаще возникает у недоношенных детей и мальчиков.

- Выпячивание увеличивается в размерах, когда ребенок кашляет или плачет.
- Когда ребенок находится в покое, оно может полностью исчезнуть.
- Всех новорожденных с паховой грыжей необходимо направлять к специалисту для оценки состояния и последующего хирургического лечения. Дополнительную информацию см. на с. 436.



Паховая грыжа

▶ Если выпячивание не исчезает или становится болезненным, немедленно направьте ребенка к специалисту.

Выделения из влагалища

Выделения из влагалища у новорожденных девочек являются нормой; их появление вызвано материнскими гормонами.

▶ Заверьте опекунов, что лечение не требуется. Кровянистые или мутные выделения из влагалища проходят самостоятельно.

Атрезия девственной плевы

Иногда девочки рождаются без отверстия в девственной плеве, при этом влагалище бывает закрыто сплошной мембраной.

■ Невозможность нормального оттока слизистых выделений из влагалища может приводить к выбуханию перегородки гимена.

▶ Направьте ребенка на хирургическую коррекцию.

Гидроцеле

Мальчики иногда рождаются с увеличенной мошонкой, что вызвано скоплением прозрачной жидкости вокруг яичек.

■ Мошонка мягкая.

■ Отек не увеличивается при плаче или кашле.

■ Отек просвечивает (мошонка видна на просвет, если поместить за ней источник света).

▶ Если отек увеличивается при плаче или кашле, исключите паховую грыжу (с. 436).

▶ У мальчиков младше 1 года гидроцеле обычно проходит самостоятельно в течение первого года жизни. Дополнительную информацию см. на с. 434.

Неопущение яичек

Опущение яичек может задержаться на несколько месяцев. Это не связано с какими-либо нарушениями.

■ Одно или оба яичка не находятся в мошоночном мешке. Иногда они могут пальпироваться над мошонкой.

▶ Продолжайте наблюдение и направьте ребенка к специалисту, если оба яичка не опустятся в мошонку к 6 месяцам. Дополнительную информацию см. на с. 435.

Анатомические вариации строения крайней плоти

Анатомические вариации строения крайней плоти могут варьироваться от самостоятельно встречающейся недоразвитости (безопасное явление, не требующее лечения) до связанных с анатомическими изменениями полового члена, такими как гипоспадия (отклонение, при котором отверстие мочеиспускательного канала расположено не на кончике полового члена).

- ▶ При наличии показаний направьте ребенка на хирургическую коррекцию.

Переднее смещение заднего прохода

Переднее смещение заднего прохода – это распространенная врожденная вариация строения аноректальной области, чаще распространенная у девочек.

- Задний проход выглядит нормально, но смещен ближе к влагалищу (у девочек) или к основанию мошонки (у мальчиков).
- Иногда у детей грудного и младшего возраста сопровождается запорами.
- ▶ При необходимости назначьте послабляющие препараты или свечи с глицерином, чтобы облегчить дефекацию.
- ▶ Заверьте родителей, что при отсутствии дополнительных симптомов хирургическое лечение не требуется.

Атрезия заднего прохода

Атрезия заднего прохода является редкой врожденной патологией.

- Отсутствие нормального анального отверстия.
- Эвакуация каловых масс невозможна.

В некоторых случаях прямая или толстая кишка может быть соединена свищом с мочевым пузырем или нижней частью влагалища (у девочек) или с мошонкой (у мальчиков).

- ▶ Направьте ребенка к специалисту для неотложного хирургического вмешательства.

5.6.9 Позвоночник и пояснично-крестцовая область

Пилонидальная (сакральная) ямка

Пилонидальная (сакральная) ямка – это углубление в коже поясничной области в районе межъягодичной складки, присутствующее в момент рождения. Он считается неосложненным, если имеет до 0,5 см в диаметре, расположен не более чем в 2,5 см от заднего прохода и не сопровождается изменениями кожи (например, оволосением или гемангиомами).

▶ Если пилонидальная ямка имеет неосложненный характер, успокойте опекунов. Если эпителиальный копчиковый ход НЕ отвечает вышеописанным критериям, направьте новорожденного к специалисту для дальнейшего обследования.

Дефекты нервной трубки

Дефекты нервной трубки – это врожденные дефекты головного мозга, позвоночника или спинного мозга. Зачастую дефекты нервной трубки диагностируются еще до рождения ребенка. После рождения дефекты нервной трубки наблюдаются в нижних отделах позвоночника, реже в средних и шейном. Существуют три основных вида дефектов нервной трубки:

- **Spina bifida occulta (незаращение дужки позвонка):** симптомы отсутствуют или выражены слабо – например, выпячивания на позвоночнике, участки оволосения, углубления или темные пятна.
- **Менингоцеле:** выпячивание содержит мозговые оболочки и спинномозговую жидкость.
- **Миеломенингоцеле (spina bifida):** выпячивание в форме кисты содержит ткань спинного мозга и/или нервные корешки. Эта форма дефекта является наиболее тяжелой. Она сопровождается нарушениями функций нижних конечностей, мочевого пузыря или кишечника, гидроцефалией, синдромом фиксированного спинного мозга (т. е. аномальным сращением спинного мозга с окружающими его тканями).

▶ Направьте ребенка к специалисту для оценки состояния и проведения лечения. Дополнительную информацию см. на с. 677.

5.6.10 Руки и кисти

Лишние пальцы (полидактилия)

Иногда дети рождаются с лишними пальцами на руках или ногах. Размер такого пальца может варьироваться от маленького выпуклого бугорка до полноценного пальца.

- Зачастую лишние пальцы меньше основных, недоразвиты и не имеют костной структуры.
- Если лишний палец небольшого размера и не имеет кости внутри: обмотайте основание пальца ниткой в несколько оборотов. Вскоре он высохнет и отпадет.
- Если лишний палец большого размера и имеет кость внутри, направьте ребенка к специалисту для запланированного удаления пальца хирургическим путем, когда ему исполнится несколько месяцев или лет.
- Направьте ребенка к специалисту, если у него имеются какие-либо другие врожденные патологии, поскольку лишние пальцы могут быть связаны с различными синдромами.

Паралич Эрба (спастический спинальный паралич)

Паралич Эрба – это паралич верхних конечностей, вызванный повреждением основных нервов руки во время родов. Факторы риска возникновения этой патологии включают в себя тазовое предлежание плода, крупные размеры ребенка, дистоцию плечиков или вытягивание за конечность при родах.

- Пораженная параличом рука вялая, повернута внутрь, запястье согнуто.
- Функции рук не затронуты.
- Рефлекс Моро асимметричный.
- Заверьте опекунов, что этот вид паралича, как правило, проходит самостоятельно. Порекомендуйте им в течение первых 2 недель жизни бережно обращаться с ребенком и избегать движений, причиняющих ему дискомфорт.
- Продолжайте наблюдение. Если паралич не пройдет самостоятельно, направьте ребенка на физиотерапию.

Перелом ключицы

- Припухлость над ключицей, определяемая визуально или на ощупь.
- При пальпации и пассивных движениях возникает боль и крепитация.
- Может присутствовать асимметричный рефлекс Моро.

▶ Заверьте опекунов, что у новорожденных кости срастаются быстро. При этом может образоваться большая костная мозоль, которая впоследствии рассосется.

▶ Купируйте болевой синдром путем иммобилизации конечности; порекомендуйте опекунам осторожно обращаться с новорожденным. Никаких дальнейших вмешательств не требуется.

Перелом руки

- Пораженная рука не двигается, отечна.
- При пальпации и пассивных движениях возникает боль.
- Рефлекс Моро на пораженной стороне отсутствует.

▶ Направьте ребенка к хирургу для оценки состояния и проведения лечения. Сломанную плечевую кость необходимо зафиксировать к туловищу для иммобилизации. Перелом локтевой или лучевой кости требует наложения гипса или шины.

5.6.11 Ноги и стопы

Эквиноварусная (конско-варусная) косолапость

Эквиноварусная (конско-варусная) косолапость – это распространенная врожденная патология, затрагивающая стопы и нижнюю часть ног.

- Стопа направлена вниз и внутрь.
- Стопу невозможно вернуть в нормальное положение.
- Может затрагивать одну или обе стопы.

▶ Лечение косолапости необходимо начать с возраста 1 недели. Это длительный процесс, который в некоторых случаях может занимать 4–5 лет и даже дольше.



Косолапость

- Умеренные формы (стопа поддается пассивной коррекции): вскоре после рождения начните простое вытягивание стопы.
- Новорожденных с умеренной или тяжелой степенью деформации направьте к специалисту. Лечение заключается в наложении гипсовых повязок (метод Понсети, состоящий из последовательных манипуляций и гипсования), ношении фиксаторов (брейсов) и иногда дополнительных хирургических операциях.

Кальканеовальгусная стопа

При кальканеовальгусной стопе стопа направлена вверх и наружу. В тяжелых случаях верхняя часть стопы касается берцовых костей.

- Заверьте опекунов, что это состояние не причиняет ребенку боли и пройдет самостоятельно в первые несколько недель жизни.

Приведенная стопа

Приведенная стопа – это патология, при которой передняя часть стопы новорожденного повернута внутрь.

- Заверьте опекунов, что в большинстве случаев это состояние проходит без лечения. Продолжайте наблюдение за более тяжелыми случаями, чтобы убедиться в нормальном развитии стопы.

Перелом ноги или стопы

Перелом ноги или стопы встречается редко и обычно происходит при тазовом предлежании плода.

- Видимая деформация и отек.
- Пораженная нога не двигается.
- При пассивных движениях и пальпации возникает боль.
- Немедленно направьте ребенка к ортопеду для оценки состояния. Перелом бедренной кости требует вытяжения и гипсования. При переломе большеберцовой или малоберцовой кости необходимо наложение лонгеты из гипса или стекловолокна.

Лишние пальцы ног

См. раздел «Лишние пальцы», с. 162.

5.6.12 Бедра

Приобретенная дисплазия тазобедренного сустава

Дисплазия тазобедренного сустава – это патология, при котором впадина тазовой кости имеет маленькую глубину и не полностью охватывает шаровидную головку бедренной кости. Это состояние часто приводит к неустойчивости и смещению тазобедренного сустава (при этом головка бедренной кости выходит из вертлужной впадины).

Приобретенная дисплазия тазобедренного сустава требует как можно более раннего выявления и лечения. При отсутствии лечения она может привести к долгосрочным нарушениям здоровья, включая затрудненное передвижение, хронические боли и дегенеративный артрит.

Диагностика

В большинстве стран применяется целенаправленный подход, при котором во время контрольных посещений здорового ребенка проводится систематический клинический осмотр с выполнением проб Барлоу и Ортолани и оценкой факторов риска. В зависимости от результатов осмотра новорожденный может быть направлен на УЗИ в возрасте 6 недель.

Анамнез

Проведите оценку на наличие факторов риска:

- роды при тазовом предлежании плода (в особенности девочки);
- многоплодная беременность;
- семейный анамнез;
- кривошея;
- деформации стоп.

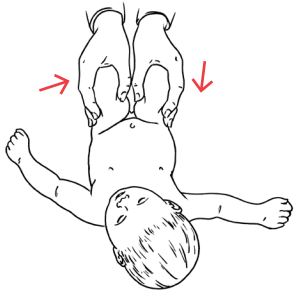
Физикальное обследование

Все дети грудного возраста должны пройти клинический осмотр тазобедренных суставов вскоре после рождения, но не позднее, чем в возрасте 1 месяца (см. главу 3). Во время осмотра:

Выполните пробы Барлоу и Ортолани. Проверьте симметричность ног и ягодичных складок. При односторонней дисплазии конечность на ее стороне выглядит укороченной, отмечаются ограниченное отведение бедра в согнутом положении и асимметричность ягодичных складок.

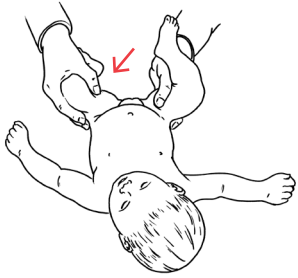
Проба Барлоу: возьмите ребенка за бедро рядом с тазобедренным

суставом и попытайтесь, применяя легкое надавливание в направлении вниз и наружу, вывести головку бедренной кости из гнезда сустава (вертлужной впадины). При нормальном состоянии движения в этом направлении не происходит. Если тазобедренный сустав поддается вывихиванию, то в момент выскальзывания головки бедренной кости из сустава вы ощутите заметный щелчок. В этом случае мы говорим, что результат пробы Барлоу положительный, тазобедренный сустав слабый (неустойчивый) или поддающийся вывихиванию.



Проба Барлоу

Проба Ортолани: возьмите ребенка за верхнюю часть ноги и осторожно надавите на отведенное бедро, чтобы попытаться вернуть уже вывихнутую головку бедренной кости в вертлужную впадину. При наличии дисплазии вы ощутите заметный щелчок при возвращении головки на место (положительный симптом Ортолани).



Проба Ортолани

После 6-недельного возраста этот признак отмечается редко; его не следует путать с щелчками, которые представляют собой обычное явление и могут присутствовать при устойчивом тазобедренном суставе, когда связки внутри и вокруг него издают щелкающие звуки.

Лечение

- Если у ребенка присутствуют факторы риска или во время осмотра были обнаружены клинические признаки (например, положительные симптомы Барлоу и Ортолани, неустойчивость тазобедренного сустава), незамедлительно направьте его к специалисту для дальнейшей оценки состояния и постановки диагноза с помощью УЗИ тазобедренного сустава.

- Приобретенная дисплазия тазобедренного сустава лечится с помощью фиксаторов (брейсов или стремян Павлика), которые удерживают бедра и колени согнутыми, а ноги – разведенными. Эти устройства применяются в течение 2–3 месяцев и обеспечивают нормальное развитие тазобедренного сустава.
- Если диагноз был поставлен после 6 месяцев или лечение с помощью стремян Павлика оказалось неэффективным, может потребоваться хирургическое вмешательство.

5.6.13 Кожа

Кровоподтеки

У многих новорожденных в процессе рождения появляются кровоподтеки или гематомы. Они чаще встречаются у недоношенных или крупных детей, а также при использовании средств родовспоможения, например щипцов или вакуум-экстракторов. Большинство кровоподтеков или гематом безвредны и не требуют никакого лечения.

- Если гематома большого размера, убедитесь, что у ребенка нет анемии, и предупредите развитие желтухи. В противном случае успокойте опекунов.

Шелушение кожи

Шелушение кожи – это безвредное и распространенное состояние, которое возникает вскоре после рождения, особенно у переношенных детей.

- Верхний слой кожи сходит, при этом под ним находится здоровая кожа.

НЕ назначайте какие-либо кремы или лосьоны.

- Исключите следующие редкие причины шелушения кожи: врожденный сифилис (с. 191) и стафилококковый ожоготодобный кожный синдром (с. 398).
- После того, как эти заболевания будут исключены, заверьте опекунов, что шелушение кожи безвредно и пройдет самостоятельно.

Токсическая эритема новорожденных

Поражение кожи, очень часто встречающееся в первые дни жизни. Высыпания обычно начинаются на лице и распространяются на туловище и конечности. Отдельные поражения появляются и исчезают в течение нескольких минут или часов.

- Различные сочетания плоских красных пятен (эритематозных пятен) с расположенными на них белыми или желтыми небольшими бугорками (папулами) или заполненными гноем бугорками (пустулами).
- Число и размер поражений могут быть различными.
- Как правило, не затрагивает ладони и ступни.

Обычно проходит в течение первых 2 недель жизни.

- Заверьте опекунов, что лечение не требуется.

Молочная корочка (себорейный дерматит новорожденного)

Молочная корочка, как правило, представляет собой безвредное явление, которое возникает в возрасте до 2 месяцев и обычно проходит к 6–12 месяцам.

- Не вызывающие зуда белые или желтые сальные или покрытые корочкой пятна на волосистой части головы (в английском языке это заболевание носит название cradle cap, то есть «чепчик»), лице, туловище, конечностях и кожных складках.
- Заверьте опекунов, что эта сыпь не заразна и не опасна.
- Посоветуйте не заниматься лечением без необходимости, поскольку сыпь, как правило, исчезает самостоятельно.
- Для улучшения состояния волосистой части головы порекомендуйте:
  - — вымыть голову с детским шампунем;
  - — осторожно удалить чешуйки мягкой щеточкой;
  - — при необходимости с вечера смазать корочки вазелином, а утром смыть их с шампунем.
- В более серьезных случаях и если вышеописанные меры не помогают, назначьте крем с 1–2,5% гидрокортизона или противогрибковые кремы (например, кетоконазол 2% или эконазол 1%) два раза в день. Если через 4 недели не наступит улучшение, направьте ребенка к специалисту.
- При поражении других участков кожи порекомендуйте родителям купать ребенка не реже одного раза в день, используя вместо мыла на пораженных участках смягчающее средство (эмолент). При необходимости можно использовать указанные выше противогрибковые кремы один или два раза в день. Как правило, местные стероиды не назначаются.

Акне новорожденных

Акне новорожденных – это распространенное заболевание кожи, которое встречается приблизительно у 20% новорожденных. Как правило, акне возникают в возрасте около 2 недель, однако могут появиться в любой момент от рождения до 6-недельного возраста.

- Небольшие бугорки и пустулы на носу и щеках ребенка; также могут поражать лоб, подбородок, кожу головы, шею, спину или грудь.

- Акне новорожденных обычно исчезают через несколько недель или месяцев. От них редко остаются рубцы; как правило, они проходят самостоятельно через несколько недель или месяцев. **НЕ** назначайте препараты для борьбы с акне.
- Порекомендуйте опекуну умывать ребенка только водой и прийти на повторный прием, если акне не пройдут в первые месяцы жизни.
- Если улучшение не наступит или акне появятся впервые в возрасте старше 6 недель (младенческие, или инфантильные акне), направьте ребенка к специалисту.

Милия (белые угри)

Милия (белые угри) – это небольшие белые бугорки, расположенные на носу, подбородке или щеках новорожденного.

Они присутствуют с рождения и широко распространены (у 40–50% всех новорожденных).

- Отдельные или многочисленные белые папулезные поражения, расположенные на лице (обычно вокруг носа и глаз) или на всей поверхности лица, волосистой части головы и верхней части туловища, иногда на наружных половых органах.

- Заверьте опекунов, что лечение не требуется.

Потница

Потница возникает при закупорке потовых протоков.

- Везикулярная или папулезная сыпь размером 1–3 мм на шее, в паху, в подмышках и на лице.

- Порекомендуйте опекунам по возможности избегать жарких и влажных условий, чтобы держать пораженные места в прохладе.
- Назначайте местные стероиды (гидрокортизон 0,5–1%) с осторожностью и только при необходимости.

Опрелости (пеленочный дерматит)

Опрелости – это воспаление кожи под подгузниками. Повышенная влажность и длительный контакт с калом и мочой раздражают кожу, вызывая дерматит. Факторы риска включают в себя диарею, прием антибиотиков, нарушение всасывания и отмену опиатов.

- Сливная эритема области вокруг наружных половых органов и заднего прохода.

▶ Исключите другие патологии кожи паховой области, включая атопический дерматит (с. 457), себорейный дерматит (с. 453), аллергический контактный дерматит (с. 461), импетиго (с. 459), перианальную стрептококковую инфекцию (с. 457) и чесотку (с. 462).

▶ Проконсультируйте родителя или опекуна относительно лечения опрелостей (блок рекомендаций 21).

Если опрелости долго не проходят или сопровождаются молочницей полости рта, возможно, у ребенка присутствует кандидозная инфекция. К другим признакам кандидозной инфекции относятся:

- отдельные пятна за пределами основной области сыпи;
- пятнышки или папулы на покрасневших участках кожи.

▶ При подозрении на кандидозную инфекцию назначьте нистатин или препарат имидазола (например, миконазол) местно (с. 985).

Блок рекомендаций 21. Как лечить опрелости

Как лечить опрелости

- Меняйте подгузники чаще, чтобы кожа ребенка оставалась сухой.
- При каждой смене подгузника очищайте паховую область с помощью смоченных водой салфеток или ватных шариков и наносите защитный крем (например, цинковую пасту или касторовое масло).
- Как можно дольше оставляйте кожу ребенка неприкрытой и держите пораженный участок сухим.
- Если опрелости не проходят в течение нескольких дней, обратитесь к врачу повторно.

Врожденный меланоцитарный невус (родинка)

- Светлое или темное пигментированное пятно от менее 1,5 до более 20 см в поперечнике (самые крупные).
- Обычно размер пятна постепенно увеличивается пропорционально размерам тела.
- ▶ Как правило, родинки безвредны и не требуют лечения.
- ▶ Большие родинки связаны с повышенным риском развития меланомы. Регулярно контролируйте их состояние.
- ▶ Из косметических соображений или при больших размерах родинки могут быть удалены с помощью хирургического вмешательства или лазерного прижигания (в зависимости от типа и размера пятна).

Врожденный дермальный меланоцитоз («монгольское пятно»)

- Маленькие или большие пятна овальной или неправильной формы с синей или черной пигментацией, в основном расположенные в пояснично-крестцовой области. Иногда эти пятна ошибочно принимают за кровоподтеки.
- Часто встречается у детей африканского или азиатского происхождения.
- ▶ Заверьте опекунов, что в большинстве случаев пятна исчезнут в раннем детском возрасте.

Коричневые (кофейные) пятна

- Коричневые или бежевые пятна с четко очерченными границами.
- ▶ Если пятен меньше шести, заверьте родителей, что они не свидетельствуют о патологии и не требуют лечения.
- ▶ Если пятен шесть или более, они могут быть признаком нейрофиброматоза. Направьте ребенка к специалисту.

Младенческая (инфантильная) гемангиома

Младенческая (инфантильная) гемангиома является наиболее распространенной доброкачественной сосудистой опухолью кожи, которая встречается у 4% детей, чаще у недоношенных новорожденных. Она может быть врожденной, но в большинстве случаев возникает в течение первых недель жизни и увеличивается в размерах до возраста 6–9 месяцев, а затем начинает сокращаться; 95% гемангиом исчезают к началу полового созревания.

- Темно-красные пятна, находящиеся в любом месте на теле.
- Поверхностные гемангиомы: выпуклые ярко-красные участки кожи.
- Глубокие гемангиомы: синеватого цвета.

▶ Небольшие гемангиомы могут встречаться на туловище, руках или ногах. Лечение не требуется.

▶ Если у ребенка имеются обширные или множественные гемангиомы, затрагивающие область глаз, ушей, рта, носа или заднего прохода, направьте его к специалисту для дальнейшей оценки состояния и проведения лечения.

Пятна цвета лосося

Пятна цвета лосося являются очень распространенной разновидностью родимых пятен, обусловленной сосудистой мальформацией.

- Небольшие розовые пятна заметны уже при рождении. Обычно они расположены на лбу, верхних веках, шее или других участках кожи.

▶ На протяжении нескольких месяцев они постепенно светлеют, но могут сохраняться во взрослом возрасте. Лечение не требуется.

«Винное пятно» (невус пламенеющий)

- Большой плоский участок фиолетовой или темно-красной кожи с четко очерченными границами, обусловленный расширением кровеносных капилляров.
- Обычно расположено на лице, голове, руках или ногах и может быть различных размеров.
- Встречается реже, чем пятна цвета лосося.
- Пятно на одной стороне лица может быть признаком синдрома Стерджа – Вебера и эпилепсии.
- Этот вид родимых пятен не исчезает. Иногда они бледнеют со временем, но большинство остаются неизменными или даже становятся ярче.

▶ Лечение зависит от расположения и размера родимого пятна. Для удаления «винного пятна» успешно применяется лазерная терапия. Направьте ребенка к специалисту для консультации и лечения до поступления в школу.

5.7 Желтуха новорожденных и гипербилирубинемия

Желтуха – это желтоватая пигментация кожи и белков глаз, обусловленная высоким уровнем билирубина в крови (гипербилирубинемией). Желтуха возникает более чем у 50% здоровых и у 80% недоношенных новорожденных. В зависимости от уровня билирубина в крови и сопутствующих патологий желтуха может быть физиологической или нефизиологической.

Физиологическая желтуха

- Кожа и глаза желтого цвета, но у ребенка не наблюдается ни одного из признаков или симптомов нефизиологической желтухи, перечисленных ниже.

Нефизиологическая желтуха

- Возникает в первый день жизни.
- Сохраняется более 14 дней у доношенных и более 21 дня у недоношенных младенцев.
- Высокая температура.
- Выраженная желтуха: ладони и подошвы младенца имеют насыщенно-желтый цвет.
- Острая билирубиновая энцефалопатия: чрезмерная сонливость (заторможенность), отсутствие аппетита, гипотонус.
- Хроническая билирубиновая энцефалопатия (ядерная желтуха, керниктерус): пронзительный плач, высокая температура, судороги.

Факторы риска:

- тяжелая бактериальная инфекция или сепсис;
- гемолитическая болезнь, вызванная несовместимостью по группе крови или резус-фактору;
- дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы;
- болезни печени, например гепатит или атрезия желчевыводящих путей;
- большая потеря веса после рождения;
- гипотиреоз или другие метаболические заболевания;
- кефалогематома или крупные кровоподтеки;
- недоношенность или низкая масса тела при рождении;
- случаи выраженной желтухи у старших братьев и сестер.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Скрининг на гипербилирубинемию см. с.139.;
- У всех новорожденных с симптомами или признаками нефизиологической желтухи (с. 173) измерьте уровень билирубина в сыворотке крови.

Лечение

Лечение зависит от уровня билирубина, возраста новорожденного и основной причины возникновения желтухи. Терапия может включать в себя частое кормление, фототерапию или обменное переливание крови.

- Если уровень билирубина превышает пороговые значения (таблица 25), немедленно направьте ребенка в стационар для проведения фототерапии или обменного переливания крови. Если вы подозреваете инфекцию или сепсис, а госпитализация откладывается, введите антибиотик (цефотаксим 50 мг/кг в/в, см. с. 959).
- Если уровень билирубина не превышает порогового значения 2,9 мг/дл (50 мкмоль/л), внимательно наблюдайте за состоянием ребенка (проведите повторное измерение на следующий день и продолжайте контролировать уровень билирубина, пока не убедитесь в его уверенном снижении).
- Порекомендуйте родителям продолжать грудное вскармливание, чтобы обеспечить достаточную гидратацию, и при необходимости решите проблемы, связанные с грудным вскармливанием (с. 98).

Таблица 25. Пороговые значения уровня билирубина для лечения детей с гестационным возрастом ≥ 35 недель

Возраст	От 35 до 38 недель при наличии факторов риска	От 35 до 38 недель при отсутствии факторов риска От 38 недель при наличии факторов риска	От 38 недель при отсутствии факторов риска
24 часа	140 мкмоль/л (8 мг/дл)	170 мкмоль/л (10 мг/дл)	200 мкмоль/л (12 мг/дл)
48 часов	190 мкмоль/л (11 мг/дл)	220 мкмоль/л (13 мг/дл)	260 мкмоль/л (15 мг/дл)
72 часа	230 мкмоль/л (13,5 мг/дл)	260 мкмоль/л (15 мг/дл)	310 мкмоль/л (18 мг/дл)
96 часов	250 мкмоль/л (14,5 мг/дл)	290 мкмоль/л (17 мг/дл)	340 мкмоль/л (20 мг/дл)
≥ 120 часов	260 мкмоль/л (15 мг/дл)	310 мкмоль/л (18 мг/дл)	360 мкмоль/л (21 мг/дл)

5.8 Задержка отхождения мекония

Своевременное отхождение первородного кала является одним из важных признаков хорошего самочувствия новорожденного. Задержка отхождения мекония более чем на 48 часов может свидетельствовать о кишечной непроходимости, гестационной незрелости или тяжелом заболевании. Относительно новорожденных, нарушения дефекации у которых возникли впоследствии, см. главу 6 (с. 365).

Анамнез

Проведите оценку на наличие факторов риска:

- Получение матерью некоторых лекарственных препаратов во время родов (сульфат магния, обезболивающие препараты).
- Употребление опиоидов матерью.
- Недоношенные дети и дети с очень низкой массой тела при рождении.
- Другие врожденные патологии и синдромы (например, синдром Дауна, с. 183).

Физикальное обследование

Проверьте:

- состояние заднего прохода, перианальной и пояснично-крестцовой области;
- вздутие живота;
- тонус, мышечную силу и рефлексы в обеих ногах.

Лечение

- Если вы не обнаружили ни один из вышеперечисленных основных факторов риска, задержка отхождения мекония обычно разрешается самостоятельно. Проведите повторный осмотр через 24–48 часов.
- Рассмотрите возможность присутствия патологий, описанных в таблице 26.
- Срочно и неотложно направьте к специалисту новорожденного с подозрением на:
  - — болезнь Гиршпрунга;
  - — муковисцидоз;
  - — врожденный порок развития;
  - — атрезию заднего прохода.

Дифференциальная диагностика

Таблица 26. Дифференциальная диагностика задержки отхождения мекония

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Болезнь Гиршпрунга	• Вздутие живота и рвота темно-зеленого цвета (желчью) • При пальцевом ректальном исследовании: гипертонус анального сфинктера, ампула прямой кишки пустая, стремительное отхождение стула и воздуха при удалении пальца. Исследование должно проводиться только медицинским работником, имеющим опыт проведения подобных манипуляций и интерпретации полученных результатов
Муковисцидоз (с. 705)	• Вздутие живота, боль, пальпируемое объемное образование
Врожденный порок развития	• Выявление каких-либо аномалий при обследовании ног, заднего прохода или пояснично-крестцовой области

Атрезия заднего прохода (с. 160)	• Отсутствие анального отверстия
Переднее смещение заднего прохода (с. 160)	• Задний проход выглядит нормально, но смещен ближе к влагалищу (у девочек) или к основанию мошонки (у мальчиков)
Врожденный гипотиреоз (с. 188)	• Чрезмерная сонливость, отсутствие аппетита, низкий и слабый мышечный тонус, хриплый плач, гипотермия, брадикардия, длительная желтуха, низкая температура тела

5.9 Чрезмерный плач

У детей младшего возраста плач представляет собой нормальное физиологическое поведение. Под чрезмерным плачем («детскими коликами») подразумевается плач, который продолжается свыше 3 часов в день на протяжении более 3 дней в неделю в течение более 3 недель. Как правило, чрезмерный плач возникает у детей на третьей неделе жизни, проявляясь внезапными приступами резкого и длительного плача. Эти эпизоды беспокойства чаще наблюдаются в конце дня и у первенцев. Опекуны, которым дают противоречивые советы, зачастую чувствуют себя измученными и растерянными; они не уверены, нормально ли такое поведение, и не знают, как снизить дискомфорт ребенка. Дети, страдающие коликами, обычно чувствуют себя хорошо, а при их обследовании невозможно найти какие-либо медицинские причины для плача или тревожные признаки.

Анамнез

- Начало чрезмерного плача после второй недели жизни.
- Продолжительность плача.
- Сопутствующие симптомы, например подтягивание ног к животу, потеря веса, ритм дефекации, характер питания.
- Голод у ребенка: более вероятен, если ребенок часто питается, плохо набирает вес или получает недостаточно молока.
- Вид кормления и поведение ребенка.
- Усталость родителей.

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ

- Внезапное начало плача нехарактерно для колик. Ищите конкретную причину, включая инфекцию или ущемленную паховую грыжу.
- Чрезмерный плач является фактором риска возникновения синдрома детского сотрясения (с. 755): уточните психосоциальную обстановку вокруг ребенка, включая благополучие родителей и послеродовую депрессию у матери.

Физикальное обследование

- Проведите обычный осмотр новорожденного, включая измерение веса и роста. Как правило, при осмотре не выявляются какие-либо тревожные признаки.
- Проведите оценку качества грудного вскармливания. Проверьте позу ребенка при сосании и продолжительность кормления.
- Исключите такие причины, как голод и недостаточное питание, а также другие медицинские причины, включая инфекции (например, средний отит), врожденные нарушения метаболизма (с. 187), запор (с. 365), ущемление паховой грыжи (с. 436), инвагинацию, волосяной жгут (волосы, обкрутившиеся вокруг пальца или полового члена). Другие дифференциальные диагнозы см. в таблице 27.

Таблица 27. Дифференциальная диагностика колик (плача)

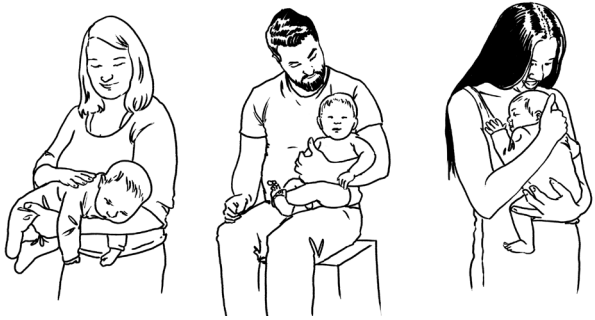
Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Аллергия на коровье молоко (с. 338)	• Кровь или слизь в стуле на фоне диареи, рвота, недостаточный набор веса, атопия в семейном анамнезе или ее симптомы (экзема, астматическое дыхание), существенные нарушения питания
Гастроэзофагеальная болезнь (с. 353)	• Частая рвота (например, 4 раза в день или более) и трудности с кормлением • Беспрепятственное срыгивание или рвота после кормления • Ребенок может беспокоиться и дугообразно изгибать спину (дистоническая кривошея или синдром Сандифера) • Иногда ребенок плохо развивается или проявляет респираторные симптомы (хронический кашель, стридор, свистящее дыхание)

Лечение

- Заверьте опекунов, что колики безвредны и не являются признаком какой-либо болезни или неврологического отклонения. Постепенно они прекратятся.

НЕ назначайте никаких лекарств: препараты против рефлюкса, противосудорожные или антигистаминные средства не нужны и могут нанести вред ребенку. Способов лечения колик, которые доказали бы свою эффективность, не существует, а у некоторых препаратов имеются серьезные побочные эффекты.

- Если родители продолжают беспокоиться, порекомендуйте им вести дневник, в котором они будут отмечать периоды плача и сна, и назначьте повторный прием, во время которого вы проверите нормальность характера плача.
- Попросите родителей и других членов семьи не курить рядом с ребенком. Если мать курит, помогите ей отказаться от этой привычки. Если это невозможно, попросите ее не курить перед кормлением грудью и во время него.
- При возникновении проблем с кормлением проведите соответствующую консультацию (с. 94).
- Покажите родителям или опекунам способы успокоить плачущего ребенка: скажите, что ребенка необходимо прижать к себе, совершая медленные движения и осторожно поглаживая его по животу (см. рисунки ниже).



Способы держать ребенка, страдающего коликами

- Проконсультируйте родителей или опекунов по вопросам содействия развитию детей раннего возраста и при необходимости направьте их за получением дополнительной помощи.

Направление к специалисту

- Рассмотрите возможность направить ребенка к специалисту, если:
  - причина плача остается невыясненной;
  - ребенок выглядит нездоровым;
  - ребенок плохо развивается;
  - у вас есть опасения относительно безопасности ребенка.
- Направьте к специалисту мать, если у нее имеется риск развития послеродовой депрессии.

5.10 Рвота

Рвота, а чаще срыгивание (выброс некоторого количества проглоченного молока) является сравнительно распространенным симптомом у новорожденных. Если в остальном ребенок питается и развивается нормально, то это физиологическое явление. В лечении нет необходимости, срыгивание пройдет самостоятельно на втором году жизни. Тем не менее рвота у новорожденных может быть признаком сепсиса, гастроэзофагеального рефлюкса, непроходимости кишечника или какого-либо врожденного заболевания (таблица 28).

Анамнез

- Дата начала, привязка по времени к другим событиям и продолжительность рвоты.
- Частота возникновения рвоты, объем и содержание рвотных масс (желчь, кровь, молоко).
- Зависимость рвоты от объема, вида и времени кормления.
- Вызванная кашлем рвота (проходящая самостоятельно).
- Связь с другими признаками или симптомами.

Физикальное обследование

- При возможности пронаблюдайте за кормлением и возникновением рвоты.

- Проверьте наличие признаков обезвоживания: сухая кожа или слизистые оболочки, западение глаз и родничка, менее 6 мочеиспусканий в день.
- Проверьте наличие признаков непроходимости кишечника.

НЕ давайте новорожденным противорвотные препараты.

Таблица 28. Дифференциальная диагностика рвоты у детей грудного возраста

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Гастроэзофагеальный рефлюкс (с. 353)	• Рвота различными количествами частично переваренного молока после кормления • Беспрепятственное срыгивание или рвота после кормления • Ребенок беспокоится и дугообразно изгибает спину (дистоническая кривошея, с. 353) • Иногда ребенок плохо развивается или проявляет респираторные симптомы (хронический кашель, стридор, свистящее дыхание)
Проблемы с кормлением (с. 100)	• Перекармливание, ошибки при приготовлении пищи (молочных смесей)
Острый гастроэнтерит (с. 319)	• Диарея, высокая температура.
Прочие инфекции	• Высокая температура или местные признаки • Острый средний отит (с. 243), инфекции мочевыводящих путей (с. 413), менингит (с. 272), пневмония (с. 213), коклюш (с. 238) • Рвота желчью (зеленого цвета)
Гипертрофический стеноз привратника	• Рвота фонтаном через несколько минут после кормления, не содержащая желчи • Возникает на 2–12 неделе жизни • Заметна перистальтика желудка или объемное образование в эпигастрии
Аллергия на молоко (с. 338)	• Возникает в течение первых нескольких месяцев жизни • Рвота, гастроэзофагеальный рефлюкс, колики, запор, атопический дерматит (экзема)

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Непроходимость тонкого кишечника (заворот, атрезия двенадцатиперстной кишки, неправильный поворот кишечника, инвагинация)	• Спастические боли в животе • Вздутие живота • Метеоризм отсутствует • Живот напряженный и болезненный • Иногда на передней брюшной стенке можно увидеть волны кишечной перистальтики
Трахео-эзофагеальная фистула	• Рвота молоком вскоре после кормления, сопровождаемая нарушением дыхания • Кашель • Чрезмерное слюновыделение • Невозможность введения назогастрального зонда
Врожденное нарушение обмена веществ	• Неспецифические симптомы: отсутствие аппетита, заторможенность, гипотонус, судороги, нарушения дыхания • Гипогликемия, ацидоз
Субдуральное кровотечение	• Эпизоды жестокого обращения с ребенком в прошлом и/или его признаки в настоящем • Травмы или нейрохирургические вмешательства в анамнезе

Лечение

Если ребенок питается и развивается нормально, лечение не требуется; проблема разрешится самостоятельно.

- Успокойте опекунов и порекомендуйте им продолжать грудное вскармливание, увеличив частоту и снизив объем кормлений (т. е. кормить грудью следует чаще, но каждое кормление должно быть короче по времени).

Направление к специалисту

- Немедленно направьте к специалисту новорожденного с рвотой, если у него присутствует любой из следующих симптомов:
  - — рвота наблюдается с рождения, имеет чрезмерный объем или продолжительность;
  - — плохое прибавление в весе и отставание в росте;

— в рвотных массах присутствует кровь;
— признаки гипертрофического стеноза привратника;
— признаки трахео-эзофагеальной фистулы;
— признаки кишечной непроходимости;
— признаки обезвоживания (с. 325);
— признаки сепсиса: высокая температура, заторможенность, отсутствие аппетита, нарушения дыхания, беспокойство, нарушения периферического кровообращения, пятнистая сыпь или серый цвет кожи.

5.11 Синдром Дауна (трисомия 21)

Один из 700 новорожденных рождается с лишней копией 21-й хромосомы. Это явление приводит к нарушениям физического и психического развития. Ребенок с синдромом Дауна также может иметь пороки сердца и нарушения зрения и слуха. Степень выраженности этих нарушений может быть различной. Родителям необходимо знать, что дети с синдромом Дауна могут прожить долгую и полноценную жизнь.

Диагностика

Как правило, синдром Дауна диагностируется во внутриутробном периоде.

После рождения у новорожденных могут присутствовать следующие особенности:

- маленькая круглая голова с плоским затылком;
- скошенное вниз направление глазных щелей, узкие глазные щели;
- широко расставленные глаза (гипертелоризм);
- эпикантус (кожная складка верхнего века, прикрывающая внутренний угол глазной щели);
- поперечная ладонная складка;
- большое расстояние между первыми и вторыми пальцами ног;
- маленькие уши;
- маленький рот и большой язык (макроглоссия);
- гипотонус мышц и повышенная эластичность связок.

У большинства детей с синдромом Дауна встречаются некоторые, но не все вышеперечисленные особенности. Наличие какого-либо одного признака у здорового в остальном новорожденного не указывает на синдром Дауна.

Лечение

- Свяжите родителей или опекунов с группами поддержки и другими семьями, в которых есть дети с синдромом Дауна.
- Направьте ребенка к специалисту для дальнейшей оценки, поскольку синдром Дауна может сопровождаться непроходимостью двенадцатиперстной кишки, пороком сердца, гипотиреозом и другими патологиями. Проведите лечение в соответствии с планом, составленным специалистом.
- Контролируйте питание и рост ребенка и консультируйте родителей или опекунов по вопросам кормления (с. 94).
- Контролируйте развитие ребенка и осуществляйте вмешательства на раннем этапе, призванные помочь новорожденному и его семье вести полноценную и здоровую жизнь. Информацию о лечении и долгосрочной поддержке см. на с. 676.

5.12 Фетальный алкогольный синдром

Фетальный алкогольный синдром включает в себя отклонения внутриутробного роста, нарушения развития, а также характерные особенности внешнего вида лица и головы, вызванные воздействием алкоголя на плод при употреблении матерью алкоголя во время беременности. Запойное пьянство на ранних сроках беременности (больше 5 порций алкоголя за один прием) может привести к тяжелым порокам развития органов и даже к гибели плода, в то время как употребление алкоголя на поздних сроках беременности может повлиять на рост и развитие центральной нервной системы плода.

Диагностика

Оценить воздействие алкоголя на плод можно, задав матери вопросы о потреблении алкоголя перед наступлением беременности и во время нее (для получения достоверных ответов необходимы конфиденциальность и доверие со стороны матери). Если мать скрывает факты употребления алкоголя, постановка диагноза может быть затруднена.

Признаки и симптомы

- Беспокойство, дрожь и выраженный четверохолмный рефлекс (абстинентный синдром новорожденных).
- Задержка роста.

- Короткие глазные щели, сглаженный носогубной желобок и тонкая верхняя губа.
- Микроцефалия при рождении.
- Замедление роста окружности головы в постнатальный период.
- Отсутствие аппетита и медленный набор веса.
- Пороки развития почек и сердца.

Лечение

- Оцените ситуацию в семье новорожденного и проведите вмешательства на раннем этапе. Свяжите родителей или опекунов с группами поддержки.
- Информацию о лечении и долгосрочной поддержке см. на с. 686.
- Направьте ребенка к специалисту для дальнейшей оценки состояния.

5.13 Врожденный порок сердца

Один из 100 детей рождается с тем или иным врожденным пороком сердца. Эти отклонения чаще встречаются у недоношенных детей и приблизительно в 30% случаев связаны с другими врожденными нарушениями здоровья. Некоторые виды пороков сердца можно диагностировать во внутриутробном периоде с помощью УЗИ. Как правило, тяжелые врожденные пороки сердца становятся заметными вскоре после рождения, когда меняется принцип кровообращения плода. Менее серьезные врожденные пороки сердца могут быть диагностированы только в более позднем детском возрасте.

Признаки и симптомы

Признаки и симптомы различаются в зависимости от вызвавшего их порока сердца и могут включать в себя следующие:

- цианоз или дифференциальный цианоз: показатель насыщения крови кислородом на нижних конечностях ниже, чем на правой руке;
- увеличение времени наполнения капилляров;
- слабый пульс на бедренной артерии;
- одышка и тахипноэ;
- шумы в сердце (могут отсутствовать у детей с тяжелыми угрожающими жизни пороками сердца), громкий второй тон сердца или ритм галопа, тахикардия или брадикардия, смещение верхушечного толчка влево;

- увеличенная пальпируемая печень;
- низкий диурез;
- трудности при кормлении или грудном вскармливании, ребенок потеет во время кормления;
- плохое прибавление в весе и отставание в росте;
- отеки на ногах, в брюшной полости или вокруг глаз.

Лабораторные и инструментальные исследования

Проведите пульсоксиметрию на руках и ногах.

Лечение и направление к специалистам

Другие пороки сердца более сложны и корректируются с помощью нескольких операций на протяжении ряда лет.

- Если ребенок с врожденным пороком сердца стабилен, направьте его к специалисту для проведения оценки. Проведите лечение в соответствии с планом, составленным специалистом (с. 688).
- Некоторые врожденные пороки сердца у детей имеют легкую форму и не требуют лечения.
- **Немедленно** направьте новорожденного в критическом состоянии в стационар. До направления и в процессе госпитализации:
  - — при $SpO_2 \leq 90\%$ дайте кислород;
  - — примите меры для устранения опасных признаков (с. 198) и контролируйте показатели жизненно важных функций;
  - — если вы подозреваете наличие дуктус-зависимого врожденного порока сердца (признак – дифференциальный цианоз), попросите бригаду, которая будет перевозить новорожденного в стационар, привезти с собой простагландин Е1. Простагландин Е1 необходим для сохранения открытого просвета артериального протока. Отложенное начало инфузионной терапии простагландином может ухудшить состояние ребенка и привести к летальному исходу;
  - — обеспечьте надежный сосудистый доступ.

5.14 Врожденный стридор (ларингомаляция)

Ларингомаляция – это врожденная незрелость тканей гортани, расположенных над голосовыми связками. Ларингомаляция является наиболее распространенной врожденной причиной обструкции верхних

дыхательных путей и возникновения стридора у детей грудного возраста. Симптомы появляются вскоре после рождения и могут усиливаться на протяжении 6–8 месяцев, после чего состояние ребенка постепенно улучшается и заболевание проходит самостоятельно в течение 12–24 месяцев.

- Шумное дыхание во время плача или кормления, а также при инфекциях верхних дыхательных путей.
- Втяжение уступчивых мест грудной клетки при вдохе или выдохе.

Лечение и направление к специалистам

- Лечение зависит от степени тяжести заболевания; в большинстве случаев целесообразно ограничиться наблюдением.
- Если вы обнаружили опасные признаки или ребенок плохо прибавляет в весе, направьте его к специалисту.

5.15 Новорожденные с возможным нарушением обмена веществ

Многие метаболические заболевания (врожденные нарушения обмена веществ) можно выявить с помощью метаболического скрининга новорожденных (с. 139), для которого используются сухие капли крови, взятые в возрасте от 48 до 72 часов. Число патологий, выявляемых с помощью скрининга, может различаться в зависимости от страны.

Анамнез

Факторы риска:

- кровное родство между родителями;
- выкидыши или мертворождения во время предыдущих беременностей;
- случаи необъяснимой смерти у братьев и сестер;
- задержка внутриутробного развития.

Признаки и симптомы

У новорожденных с нарушениями обмена веществ через несколько часов или дней после рождения проявляются неспецифические симптомы, которые могут напоминать инфекции центральной нервной системы, сепсис или сердечную декомпенсацию:

- макроцефалия или микроцефалия;
- катаракта;

- нистагм;
- желтуха;
- мышечный гипо- или гипертонус;
- необычный запах мочи или тела;
- отсутствие аппетита, рвота или диарея;
- задержка роста;
- апноэ;
- пониженная или повышенная температура тела;
- увеличенная пальпируемая печень и/или селезенка;
- неврологические симптомы.

Лечение

- При подозрении на метаболическое заболевание обратитесь за консультацией в специализированный центр и организуйте срочное направление ребенка к специалисту.
- Примите меры для устранения опасных признаков при их наличии (с. 198) и регулярно контролируйте показатели жизненно важных функций.
- Измерьте уровень сахара в крови и проведите терапию гипогликемии (с. 201).
- При наличии судорог проведите противосудорожную терапию (с. 201).
- При диарее и рвоте установите внутривенный доступ для борьбы с обезвоживанием и восполнения текущих потерь жидкости.
- До исключения галактоземии прекратите грудное вскармливание и кормление молочной смесью.

5.16 Врожденный гипотиреоз

Гипотиреоз является наиболее распространенным врожденным заболеванием эндокринной системы. Наиболее распространенной причиной его возникновения является дефицит в рационе матери йода, который необходим для выработки гормонов щитовидной железы. Генетическими причинами обусловлены от 15 до 20% всех случаев гипотиреоза. Гормоны щитовидной железы играют жизненно важную роль в развитии центральной нервной системы. Очень важно диагностировать это заболевание в раннем возрасте, поскольку оно может приводить к серьезной задержке развития, нарушению нейрокогнитивных функций и задержке роста.

Диагностика

Выявить врожденный гипотиреоз можно с помощью программ скрининга новорожденных.

Симптомы

Предполагайте гипотиреоз у всех новорожденных со следующими симптомами:

- чрезмерная сонливость, отсутствие аппетита, низкий и слабый мышечный тонус, хриплый плач, запор, гипотермия, брадикардия, длительная желтуха, низкая температура тела;
- в редких случаях возможно развитие тяжелой внутриутробной формы гипотиреоза, которая сопровождается увеличением большого родничка, поздним закрытием малого родничка, пупочной грыжей и макроглоссией.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Диагноз подтверждается повышенным уровнем тиреотропного гормона (ТТГ) при рождении.

Лечение и направление к специалистам

- Если у новорожденного наблюдаются клинические признаки гипотиреоза или был обнаружен повышенный уровень ТТГ при метаболическом скрининге, направьте его к специалисту для дальнейшей оценки состояния и начала заместительной терапии тироксином.

5.17 Новорожденные дети матерей с инфекционными заболеваниями

Врожденные инфекционные заболевания плода или новорожденного вызываются патогенами, которые передаются ему от инфицированной матери во время беременности (трансплацентарная передача) или родов. Хотя диагностика большинства врожденных инфекций проводится в роддоме или с помощью скрининговых тестов матери во время беременности, при обследовании новорожденного необходимо учитывать возможность присутствия таких заболеваний, как цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, сифилис, парвовирус B19, ветряная оспа, гепатит B, ВИЧ, листериоз, краснуха или вирус простого герпеса (ВПГ). Врожденные инфекции повышают риски развития заболеваний в долгосрочной перспективе, а в самых тяжелых случаях могут привести к гибели плода или смерти в ранний неонатальный период.

В первые дни жизни новорожденные могут контактировать с матерями, страдающими инфекционными заболеваниями, что требует принятия мер по профилактике инфицирования новорожденных.

5.17.1 Врожденная цитомегаловирусная инфекция

Самая распространенная врожденная вирусная инфекция. Развитие заболевания, сопровождающегося симптомами, может быть вызвано заражением матери в любой момент беременности, однако риск наиболее высок в первом триместре.

Симптомы

Примерно 10% инфицированных детей рождаются с симптомами заболевания или приобретают его клинические признаки позже, в период младенчества и раннего детства.

Симптомы при рождении включают в себя следующие:

- недоношенность;
- низкая масса тела при рождении;
- микроцефалия;
- увеличение печени и селезенки;
- сыпь;
- желтуха;
- петехии;
- судороги;
- ретинит.

Диагностика

- Врожденная инфекция может быть подтверждена с помощью тестирования методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) на ДНК ЦМВ в слюне, моче или крови новорожденного в первые 3 недели жизни.

Лечение

▶ Направьте ребенка с признаками врожденного ЦМВ к специалисту для назначения противовирусной терапии, например ганцикловира или валганцикловира в/в. В случае длительного лечения лаборатория должна обладать возможностями для тщательного контроля за потенциальной токсичностью препаратов.

▶ Обеспечьте проведение аудиологических тестов и проверки зрения.

5.17.2 Врожденная краснуха

В случае если инфицирование женщины вирусом краснухи происходит в начале ее беременности (особенно в первом триместре), вероятность того, что она передаст вирус плоду, составляет 90%.

Симптомы

Симптомы у новорожденных могут отсутствовать или проявляться в форме врожденных дефектов, описанных под общим названием «синдром врожденной краснухи»:

- нарушение или потеря слуха;
- дефекты глаз (помутнение роговицы, катаракта);
- врожденные пороки сердца.

Лечение

▶ Новорожденного с нарушениями зрения или пороком сердца направьте к специалисту для оценки состояния и лечения.

▶ Специфического лечения не существует. Наладьте оказание согласованной многопрофильной помощи ребенку и его семье (с. 2).

5.17.3 Врожденный сифилис

Врожденный сифилис – это хроническое инфекционное заболевание, вызываемое спирохетой рода *Treponema pallidum*, которой плод заражается во внутриутробном периоде.

Симптомы

Симптомы могут проявляться лишь через несколько недель или месяцев после рождения, а в некоторых случаях – только через несколько лет:

- зачастую низкая масса тела при рождении;
- ладони и подошвы: красная сыпь, серые пятна неправильной формы, волдыри или отслойка эпидермиса;
- «гнусавость»: очень заразный ринит с нарушением носового дыхания;
- увеличение живота вследствие гепато- и спленомегалии;
- желтуха;
- анемия.

Диагностика

- Если вы подозреваете у ребенка сифилис, проверьте в медицинской карте матери результаты специализированной пробы на сифилис (теста VDRL).
- Новорожденным детям серопозитивных матерей необходимо пройти тщательное обследование и сдать тест VDRL.

Лечение

- Если в ходе медицинского осмотра состояние ребенка было оценено как нормальное, титр его теста VDRL превышает материнский менее чем в четыре раза, а мать получила надлежащую терапию и не имеет признаков повторного заражения, то лечение не требуется. Контролируйте состояние ребенка путем ежемесячного проведения теста VDRL.
- Если у новорожденного имеются симптомы или подтвержден врожденный сифилис, а также если ребенок находится в нормальном клиническом состоянии, но при этом его мать не проходила лечение от сифилиса, или проходила его в недостаточном объеме (в том числе в период за 30 дней до родов), или получала терапию без препаратов пенициллиновой группы, назначьте ребенку следующую терапию:
  - бензилпенициллин (пенициллин G) 50 000 ЕД/кг каждые 12 часов (в первые 7 дней жизни), затем каждые 8 часов (дети старше 7 дней) в/в 10–15 дней **или**
  - прокаин-бензилпенициллин (пенициллин G) 50 000 ЕД/кг/сут в/м (глубокая в/м инъекция) 1 р/сут 10–15 дней.

Терапия должна быть начата в роддоме. Новорожденные в стабильном состоянии могут быть выписаны для завершения лечения в амбулаторных условиях.

- Лечите мать и ее полового партнера по поводу сифилиса и обследуйте их на наличие других ИППП.

5.17.4 Врожденный токсоплазмоз

Причиной токсоплазмоза является заражение паразитом *Toxoplasma gondii*, который проникает в организм плода через плаценту.

Симптомы

У большинства инфицированных новорожденных симптомы при рождении отсутствуют. Типичные клинические признаки включают в себя классическую триаду симптомов врожденного токсоплазмоза:

- хориоретинит (часто двусторонний);
- очаги обызвествления в головном мозге;
- гидроцефалия (или микроцефалия).

Иногда также встречаются другие признаки:

- дыхательная недостаточность и пневмонит;
- сыпь (пятнисто-папулезная и/или петехиальная);
- миокардит;
- недоношенность;
- задержка внутриутробного развития;
- увеличение печени и селезенки;
- желтуха;
- судороги;
- нарушения слуха;
- нефротический синдром.

Лечение

В целях снижения тяжести заболевания и смягчения неврологических нарушений в дальнейшем дети с врожденной инфекцией могут получать терапию пириметамином и сульфадиазином начиная с внутриутробного периода (лечение беременной женщины) и далее на протяжении первого года жизни. Убедитесь в том, что терапия была начата. В противном случае направьте ребенка к специалисту для подтверждения диагноза и начала лечения.

5.17.5 Вирус простого герпеса

Как правило, заражение ВПГ происходит в результате непосредственного контакта ребенка с инфицированными вагинальными выделениями во время родов (в отдельных случаях заражение происходит внутриутробно или в послеродовом периоде). Чаще всего передача вируса от матери к ребенку происходит, когда женщина заражается ближе к моменту родов. Без лечения ВПГ у новорожденных может привести к тяжелым долгосрочным последствиям и смерти.

Признаки высокого риска инфицирования вирусом герпеса:

- симптомы неонатального герпеса у новорожденного, **или**
- активная форма первичного (или неизвестной стадии) генитального герпеса у матери на момент родов, **или**
- активная форма рецидивирующего генитального герпеса у матери на момент родов, осложненная одним из следующих факторов риска: разрыв плодных оболочек за 6 или более часов до момента родов (естественных или с помощью кесарева сечения); масса тела ребенка при рождении менее 2000 г; недоношенность (37 недель или менее); повреждения кожи у ребенка; ВИЧ-инфекция у матери.

Признаки низкого риска инфицирования вирусом герпеса:

- активная форма рецидивирующего генитального герпеса у матери, не осложненная ни одним из вышеперечисленных факторов риска.

Симптомы

У большинства новорожденных симптомы при рождении отсутствуют. Клинические признаки обычно проявляются на 7–14 день жизни и включают в себя следующие:

- везикулярные поражения на коже, глазах и слизистой оболочке рта. Первоначально они могут выглядеть доброкачественными, но при отсутствии лечения существует высокий риск распространения на центральную нервную систему или перехода заболевания в диссеминированную форму;
- симптомы со стороны центральной нервной системы: энцефалопатия и судороги;
- диссеминированная форма заболевания: неспецифические признаки сепсиса (беспокойство, заторможенность, высокая температура, плохой аппетит).

Лечение

- При каждом контакте с новорожденным используйте средства индивидуальной защиты (СИЗ) (перчатки и халат).
- Новорожденным с высоким риском инфицирования вирусом герпеса, даже если в настоящий момент у них отсутствуют симптомы, назначьте терапию ацикловиром в/в.

- Если у новорожденного имеется низкая степень риска инфицирования вирусом герпеса, рекомендуйте родителям обратиться к врачу при возникновении симптомов и назначьте повторный прием через 3–5 дней. При возникновении симптомов направьте ребенка в стационар для проведения терапии ацикловиром в/в (см. выше).
- Если у матери нет поражений на молочных железах, рекомендуйте грудное вскармливание.
- Объясните родителям или опекунам важность соблюдения гигиены рук при обращении с ребенком.

5.17.6 Новорожденные дети матерей с ВИЧ

У новорожденных имеется риск вертикального заражения ВИЧ путем передачи от матери к ребенку, если они контактируют с вирусом во внутриутробном периоде, во время родов и при грудном вскармливании. Основным фактором риска является высокая вирусная нагрузка матери. Без медицинского вмешательства риск вертикальной передачи ВИЧ-инфекции может достигать 30%, причем у инфицированных этим путем детей СПИД развивается гораздо быстрее, чем у взрослых. Информацию о ведении детей с ВИЧ-инфекцией см. на с. 736.

Предотвращение передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку

- Как правило, терапию начинают в роддоме. Контролируйте ход лечения и корректируйте дозировки по мере увеличения веса ребенка.

При **низком риске передачи** (если антиретровирусная терапия (АРТ) у матери эффективна и успешно снижает вирусную нагрузку):

- Проведите послеродовую профилактику невирапином (NVP) или зидовудином (AZT) (любым из препаратов) в течение 4–6 недель.

При **высоком риске передачи** (если ВИЧ-инфекция у матери была впервые выявлена в момент родов или в послеродовом периоде, мать была инфицирована во время беременности или во время грудного вскармливания, начала АРТ на поздних сроках беременности или вирусная нагрузка не снизилась к моменту родов):

- Проведите профилактику обоими препаратами (зидовудин плюс невирапин) в течение первых 6 недель жизни ребенка. Если ребенок находится на грудном вскармливании, то курс следует продлить еще на 6 недель, сохранив оба препарата (зидовудин плюс невирапин) или только невирапин (таблица 29).

Особые указания, касающиеся грудного вскармливания

В большинстве стран мира матерям с ВИЧ рекомендуется грудное вскармливание, однако в Европе искусственное вскармливание, если оно доступно по цене и безопасно, считается более предпочтительным для ребенка вариантом (с. 95).

Таблица 29. Профилактика у детей, имеющих высокий риск передачи ВИЧ-инфекции от матери, с использованием двухкомпонентной терапии

Варианты	Дозировки для возраста 0–6 недель	Дозировки для возраста 6–12 недель (варианты)	
	AZT + NVP	**AZT + NVP**	**Только NVP**
1. Сироп[a]	AZT – 1,5 мл (15 мг) 2 р/сут	AZT – 6 мл (60 мг) 2 р/сут	NVP – 2 мл (20 мг) 1 р/сут
	NVP – 1,5 мл (15 мг) 2 р/сут	NVP – 2 мл (20 мг) 1 р/сут	
2. Сироп и одиночный препарат в таблетках[b]	AZT – 1,5 мл (15 мг) 2 р/сут	AZT – 1 таблетка (60 мг) 2 р/сут	NVP – ½ таблетки (25 мг) 1 р/сут
	NVP – 1,5 мл (15 мг) 2 р/сут	NVP – ½ таблетки (25 мг) 1 р/сут	

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; AZT – зидовудин; NVP – невирапин.

[a] Возможные трудности: соблюдение точности в дозировках и сохранение одной и той же формы выпуска на протяжении всех 12 недель.

[b] Преимущества: вариант сочетает в себе точность дозировок сиропа в первые 6 недель жизни и простоту приема таблеток с 6 по 12 неделю жизни. Возможные трудности: ½ таблетки NVP несколько превышают рекомендованную дозу (25 мг против 20 мг).

5.17.7 Новорожденные дети матерей с гепатитом B

Основным путем передачи вируса гепатита B (ВГВ) от матери к ребенку является контакт с кровью во время родов. Заражение в перинатальном периоде представляет собой важнейшую причину хронического инфицирования вирусом гепатита B. Долгосрочные последствия инфицирования вирусом гепатита B включают в себя хроническую печеночную недостаточность, цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному.

Симптомы

У инфицированных новорожденных симптомы при рождении отсутствуют.

Профилактика передачи вируса гепатита В от матери ребенку

- Как можно скорее после рождения (желательно не позднее 12 часов) вакцинируйте ребенка моновалентной вакциной против гепатита В в качестве дозы, вводимой при рождении.
  - — Если вакцинация в течение 12 часов невозможна, отложенная доза, вводимая при рождении, может быть введена в любой момент до дня следующей вакцинации в соответствии с основным календарем прививок (обычно в возрасте 6 недель), хотя эффективность вакцинации в первые дни после рождения постепенно снижается.
- При наличии введите иммуноглобулин против гепатита В 100 МЕ/кг в/м (не в ту ногу, в которую была введена вакцина против гепатита В). Иммуноглобулин наиболее эффективен при введении в течение 12 часов после рождения, однако его можно вводить вплоть до 7 дня жизни.
- Проводите последующую иммунизацию моновалентными или комбинированными вакцинами в соответствии с национальным календарем прививок.
- Рекомендуйте матери продолжать грудное вскармливание.

5.17.8 Новорожденные дети матерей с COVID-19

Матери с COVID-19 и их дети должны круглосуточно находиться вместе и практиковать контакт «кожа к коже», включая использование «метода кенгуру», особенно сразу после рождения и в период начала грудного вскармливания. Преимущества грудного вскармливания существенно перевешивают потенциальные риски передачи инфекции.

- Рекомендуйте матерям с COVID-19 начать или продолжить грудное вскармливание.
- Проконсультируйте их по вопросам общей гигиены (с. 912).

5.17.9 Новорожденные дети матерей с туберкулезом

Если мать страдает активной формой туберкулеза легких и начала получать терапию менее чем за 2 месяца до родов или если туберкулез был диагностирован у нее уже после родов:

- Заверьте мать, что она может безопасно кормить ребенка грудью.

- Посоветуйте матери надевать хирургическую маску, когда она находится рядом с ребенком.

НЕ вводите вакцину БЦЖ ребенку при рождении.

- Назначьте ребенку для профилактики изониазид в дозе 10 мг/кг перорально 1 р/сут (с. 955).
- В возрасте 6 недель проведите повторный осмотр ребенка, проконтролируйте набор веса и проведите рентгенографию грудной клетки.
- При появлении симптомов активной формы заболевания начните противотуберкулезную терапию в соответствии с национальным руководством (с. 749).
- Если ребенок чувствует себя хорошо и тесты на туберкулез отрицательные, продолжайте давать изониазид с профилактической целью до завершения 6-месячного курса.
- Отложите вакцинацию БЦЖ на 2 недели после завершения лечения. Если вакцинация БЦЖ уже проводилась, повторите ее через 2 недели после завершения лечения изониазидом.

5.18 Больные новорожденные с опасными признаками

У новорожденных и детей раннего возраста часто появляются неспецифические симптомы и признаки, указывающие на тяжелые заболевания (в частности, тяжелые бактериальные инфекции). Все работники первичной медико-санитарной помощи, которые имеют дело с новорожденными и детьми раннего возраста, должны уметь распознавать эти признаки и оказывать хотя бы первичную помощь при соответствующих заболеваниях.

Тяжелые бактериальные инфекции, включая септицемию, менингит и врожденную пневмонию, могут быть вызваны различными инфекционными агентами. В большей степени подвержены тяжелым бактериальным инфекциям те новорожденные, у которых имеются перечисленные ниже факторы риска:

- преждевременный разрыв плодных оболочек (более чем за 18 часов до родов);
- повышенная температура (38 °C и выше) у матери до или во время родов;
- неприятный запах или примесь гноя в околоплодных водах (хориоамнионит);

- инфицирование матери стрептококком группы B;
- преждевременные роды.

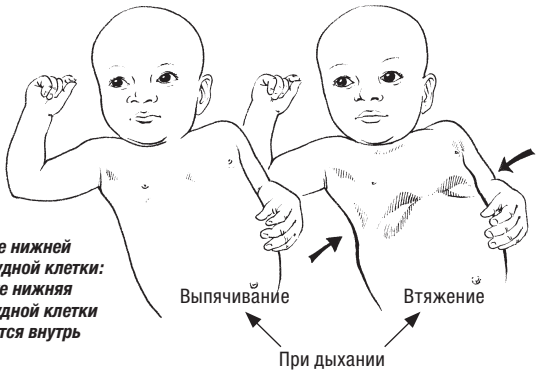
Затрудненное дыхание может быть вызвано сепсисом, различными респираторными инфекциями, пороками сердца или другими врожденными нарушениями (трахеопищеводный свищ, пороки развития легких, атрезия пищевода, атрезия хоан, диафрагмальная грыжа). Как правило, врожденные нарушения диагностируются в роддоме. У детей, родившихся дома, может присутствовать респираторный дистресс-синдром (у недоношенных детей) или синдром мекониальной аспирации.

Физикальное обследование

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ

Новорожденные и дети раннего возраста требуют немедленного медицинского вмешательства и срочной госпитализации, если у них присутствует любой из перечисленных ниже опасных признаков:

- отсутствие аппетита или неспособность сосать;
- судороги;
- сонливость или отсутствие сознания;
- движения только при стимуляции или отсутствие двигательной активности;
- центральный цианоз;
- температура тела ниже 35,5 или выше 38 °C;
- нарушения дыхания:
  - затрудненное дыхание;
  - стонущее дыхание;
  - раздувание крыльев носа;
  - сильное втяжение уступчивых мест грудной клетки;
  - увеличение частоты дыхательных движений (≥ 60 вдохов в минуту);
  - снижение частоты дыхательных движений (< 30 вдохов в минуту).
- Выраженная желтуха (проявляется на лице в течение первого дня жизни или распространяется на ладони и подошвы в любое время).

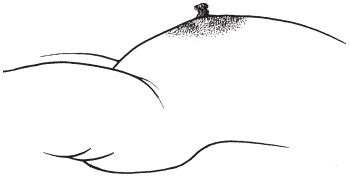


Втяжение нижней части грудной клетки: при вдохе нижняя часть грудной клетки втягивается внутрь

Признаки тяжелой бактериальной инфекции

На **тяжелую бактериальную инфекцию** могут указывать все перечисленные выше опасные признаки, однако существуют и другие **локальные симптомы инфекции**:

- признаки пневмонии (см. признаки затрудненного дыхания выше);
- множественные или крупные пустулы на коже;
- покраснение пуповины, распространяющееся на кожные покровы вокруг пупка (омфалит);
- гнойные выделения из пупка;



Гиперемия в области пупка при пупочном сепсисе. Воспаление распространяется за пределы пупка и захватывает брюшную стенку

- сильное вздутие и болезненность живота;
- болезненность суставов, их отечность, ограничение подвижности, беспокойство ребенка при пассивных движениях в пораженных суставах.

Признаки менингита

Предполагайте менингит при наличии признаков тяжелой бактериальной инфекции (см. выше), в особенности если присутствует один из следующих симптомов:

- сонливость, заторможенность или отсутствие сознания;
- судороги;
- беспокойство;
- выбухание родничка;
- пронзительный плач.



Выбухание родничка – признак менингита у детей младшего возраста с открытым родничком

Лабораторные и инструментальные исследования

- Уровень глюкозы в крови
- Пульсоксиметрия

Оказание экстренной помощи новорожденным с опасными признаками

Первоначальная помощь новорожденным с такими признаками направлена на стабилизацию их состояния и предупреждение ухудшения.

- Проведите оценку по алгоритму ABCDE (с. 846) и примите соответствующие меры.
- При лечении гипогликемии и судорог у новорожденных учитывайте нижеследующие особые указания:

- При гипогликемии (уровень глюкозы < 2,2 ммоль/л или < 40 мг/дл) введите 10%-ный раствор глюкозы 2 мл/кг в/в. Если нет возможности проверить уровень глюкозы в крови, следует предположить наличие гипогликемии и ввести глюкозу в/в. Если вы не можете ввести раствор глюкозы в/в, давайте сцеженное грудное молоко или глюкозу через назогастральный зонд.
- При наличии судорог дайте фенобарбитал (с. 977). Следите за возможным появлением апноэ. Всегда имейте под рукой маску с мешком Амбу.

- При подозрении на тяжелую бактериальную инфекцию, менингит или нарушения дыхания: если ребенок находится в очень тяжелом состоянии или госпитализация откладывается, введите антибиотик (цефотаксим 50 мг/кг в/в, см. с. 959). Обратитесь за консультацией в центр, куда будет направлен ребенок.
- Организуйте срочное направление ребенка в стационар для дальнейшей оценки состояния и проведения лечения (информацию о перевозке больных новорожденных и детей младшего возраста см. на с. 919); предупредите службу скорой помощи, если для безопасной перевозки новорожденного будет необходим кислород.

ГЛАВА 6

Дети и подростки с конкретными жалобами или симптомами

6.1	Кашель или затрудненное дыхание	205
6.2	Заболевания уха, горла и носа	241
6.3	Высокая температура	260
6.4	Диарея	315
6.5	Рвота	347
6.6	Боль в животе	356
6.7	Боль в груди	369
6.8	Шумы в сердце	376
6.9	Учащенное сердцебиение	384
6.10	Обморок	390
6.11	Высокое артериальное давление (гипертензия)	395
6.12	Поражения почек	400
6.13	Симптомы со стороны мочеполовой системы	409
6.14	Сыпь, зуд и другие поражения кожи	450
6.15	Бледность	471
6.16	Желтуха	480
6.17	Отек или болезненность суставов или костей	488
6.18	Уплотнения и припухлости	504
6.19	Поражения глаз	513
6.20	Головная боль	539
6.21	Судороги	550
6.22	Низкий и слабый мышечный тонус	564
6.23	Травмы	570
6.24	Инородные тела	589
6.25	Боль	594
6.26	Отклонения веса и роста	601
6.27	Отклонения окружности головы	615
6.28	Сниженное настроение и депрессия	618
6.29	Суицидальные мысли или акты самоповреждения	624
6.30	Страх, тревожность, избегание ситуаций или объектов	628
6.31	Невнимательность или гиперактивность	633

6.32 Гнев, истерики, непослушание 636
6.33 Трудности с социальным взаимодействием и общением 639
6.34 Нарушения сна 643
6.35 Нарушения питания, страх набора веса 651
6.36 Повторяющиеся необъяснимые физические симптомы 657

В данной главе представлены рекомендации по проведению дифференциальной диагностики на основании распространенных текущих жалоб и лечению основных заболеваний у детей старше 2 месяцев и подростков. Информацию о лечении этих заболеваний у новорожденных и детей в возрасте до 2 месяцев см. в главе 5. Сведения о заболеваниях, специфичных для подросткового возраста, см. в главе 8.

6.1 Кашель или затрудненное дыхание

6.1.1	**Кашель или простуда**	**210**
6.1.2	**Острый бронхит**	**211**
6.1.3	**Пневмония**	**213**
6.1.4	**COVID-19**	**217**
6.1.5	**Астмоидное дыхание**	**222**
	Бронхиолит	224
	Рецидивы астмоидного дыхания на фоне простуды	227
6.1.6	**Стридор**	**229**
	Вирусный круп	230
	Заглоточный абсцесс	232
	Дифтерия	233
	Эпиглоттит	234
6.1.7	**Хронический кашель**	**234**
	Коклюш	238

Большинство видов кашля вызываются вирусными инфекциями.

НЕ назначайте в плановом порядке ничего из перечисленного ниже: антибиотики (они неэффективны и не предотвращают развитие пневмонии); средства, содержащие атропин, кодеин и его производные, алкоголь (они могут причинить вред ребенку); муколитики; антигистаминные капли для носа.

Кашель и затрудненное дыхание являются частыми проблемами у маленьких детей. Причины их возникновения варьируют от легких заболеваний, проходящих самостоятельно без лечения, до тяжелых, опасных для жизни болезней.

В большинстве случаев кашель вызывается обычной простудой, которой каждый ребенок страдает по нескольку раз в год. Наиболее распространенным тяжелым заболеванием, которое сопровождается кашлем или затрудненным дыханием и приводит к летальному исходу, является пневмония, которую следует предполагать в первую очередь во всех случаях при проведении дифференциальной диагностики (таблица 30, с. 208).

Поддерживайте осведомленность о текущей эпидемиологической ситуации в стране и местном сообществе.

Анамнез

Обратите особое внимание на следующее:

- кашель:
  - — продолжительность в днях, поскольку кашель продолжительностью свыше 14 дней обусловлен другими причинами;
  - — приступы спазматического кашля, сопровождающиеся репризами, рвотой или центральным цианозом;
- бронхиальная астма у ребенка или в семейном анамнезе;
- повышение температуры в анамнезе;
- сопутствующие хронические заболевания (например, муковисцидоз);
- наличие в анамнезе приступов удушья или внезапного появления симптомов;
- статус вакцинации;
- при кашле продолжительностью свыше 14 дней – контакт с членом семьи, больным туберкулезом (или страдающим хроническим кашлем).

Физикальное обследование

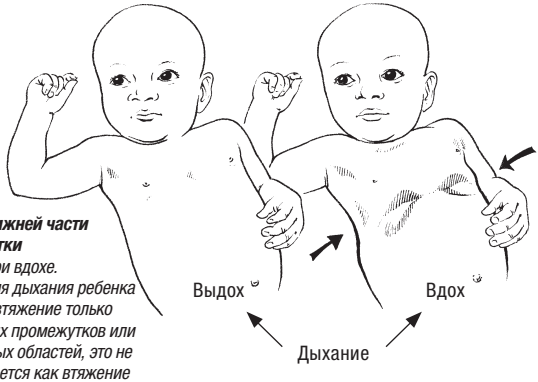
На основании нижеперечисленных признаков и симптомов врач может поставить правильный диагноз. Не у каждого ребенка будут наблюдаться одновременно все симптомы или признаки.

Общий осмотр

- Повышенная температура.
- Центральный цианоз.
- Апноэ, затрудненное или стонущее дыхание, раздувание крыльев носа, астмоидное дыхание, слышимое на расстоянии, стридор.
- Кивательные движения головой (движения головой в такт вдоху, указывающие на тяжелую дыхательную недостаточность).
- Тахикардия.
- Выраженная бледность ладоней.

Грудная клетка

- Частота дыхания (подсчитайте число дыхательных движений за 1 минуту у ребенка в покое).



Втяжение нижней части грудной клетки
возникает при вдохе. Если во время дыхания ребенка происходит втяжение только межреберных промежутков или надключичных областей, это не рассматривается как втяжение нижней части грудной клетки

- Учащенное дыхание:
  - — возраст < 2 месяцев: ≥ 60 дыхательных движений в минуту;
  - — возраст 2–11 месяцев: ≥ 50 дыхательных движений в минуту;
  - — возраст 1–5 лет: ≥ 40 дыхательных движений в минуту;
  - — показатели для детей более старшего возраста см. в таблице 128 (с. 843).
- Втяжение нижней части грудной клетки.
- Чрезмерное расширение грудной клетки.
- Повышенное давление в яремных венах.
- При аускультации легких — влажные хрипы, бронхиальное или свистящее дыхание или отсутствие дыхательных шумов.
- При аускультации сердца — нарушение сердечного ритма.
- При перкуссии — признаки выпота в плевральной полости (тупой перкуторный звук) или пневмоторакса (коробочный или тимпанический звук).

Живот

- Пальпируемые образования (например, увеличенные лимфатические узлы).
- Увеличение печени или селезенки.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Пульсоксиметрия — для выявления гипоксии и определения показаний к началу кислородотерапии.
- Рентгенологическое исследование грудной клетки (при наличии возможности) — только у детей с признаками тяжелой пневмонии, с пневмонией, не реагирующей на лечение, с осложненной пневмонией, при подозрении на туберкулез или при неясном диагнозе.
- Другие исследования в зависимости от предполагаемого диагноза.

Таблица 30. Дифференциальная диагностика при кашле или затрудненном дыхании

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Простуда (с. 210)	• Кашель, выделения из носа • В целом ребенок выглядит хорошо • Затрудненное дыхание и стридор отсутствуют
Пневмония (с. 213)	• Кашель с учащенным дыханием • Втяжение нижней части грудной клетки • Повышенная температура • Влажные хрипы или бронхиальное дыхание при аускультации или притупление перкуторного звука • Стонущее дыхание
Бронхиальная астма (с. 692)	• Периодические приступы одышки или астмоидного дыхания • Ночной кашель или кашель с астмоидным дыханием при физической нагрузке • Чрезмерное расширение грудной клетки • Удлинение выдоха • Ослабленное дыхание • Положительный эффект от применения бронхолитиков (кроме самых тяжелых форм)
Бронхиолит (с. 224)	• Случаи астмоидного дыхания в период сезонного повышения заболеваемости бронхиолитом • Обычно встречается у детей младше 1 года
Рецидивы астмоидного дыхания (с. 227)	• Обычно встречаются у детей младше 5 лет • Рецидивы одышки или астмоидного дыхания всегда связаны с кашлем и простудой

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Острый бронхит (с. 211)	• Простуда • Затем упорный кашель, иногда продуктивный (с отхождением мокроты)
Круп (с. 230)	• Стридор при вдохе • Лающий кашель • Осиплый голос
Коклюш (с. 238)	• Приступы спазматического кашля, сопровождающиеся репризами, рвотой, цианозом или апноэ • Отсутствие симптомов между приступами кашля • Субконъюнктивальные кровоизлияния • Отсутствие вакцинации АКДС в анамнезе или неполный курс вакцинации • Температура нормальная
COVID-19 (с. 217)	• Контакт с больным COVID-19 в анамнезе либо положительный результат тестирования методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией (ОТ-ПЦР) или теста на антигены к SARS-CoV-2 • Разнообразные симптомы со стороны респираторной системы – от инфекции верхних дыхательных путей до пневмонии • Иногда утрата обоняния и вкуса
Туберкулез (с. 746)	• Длительный кашель (более 14 дней) • Контакт с больным туберкулезом в анамнезе • Замедление роста, истощение или потеря веса
Сердечная недостаточность (с. 379)	• Наличие в анамнезе порока сердца или шумов в сердце • Нарушение сердечного ритма (очень учащенный или замедленный) • Повышение давления в яремных венах у более старших детей • Увеличенная печень при пальпации • Мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах
Аспирация инородного тела (с. 591)	• Внезапное возникновение удушья • Внезапное развитие стридора или дыхательной недостаточности • Локализованное ослабление дыхания или свистящие хрипы при аускультации

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Пневмоторакс (с. 865)	• Внезапное начало, обычно после обширной травмы грудной клетки • Коробочный или тимпанический звук при перкуссии с одной стороны грудной клетки • Смещение средостения в сторону, противоположную пораженной, указывает на напряженный пневмоторакс
Паническая атака (с. 631)	• Чаще встречается у подростков • Наличие в анамнезе страхов, тревожности, обычно вызываемых стрессами • Частое и глубокое дыхание (гипервентиляция) • Чувство стеснения в груди • Чувство покалывания или подергивания в губах, руках или ногах; головокружение

ОТ-ПЦР – полимеразная цепная реакция с обратной транскрипцией; SARS-CoV-2 – коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома – 2, COVID-19 – коронавирусная инфекция 2019 г.

Дополнительные причины затрудненного дыхания у детей или подростков, прибывших из-за границы, см. в таблице 46 (с. 312).

6.1.1 Кашель или простуда

Это распространенные вирусные инфекции, проходящие самостоятельно, при которых требуется только поддерживающее лечение. Антибиотики при этих заболеваниях назначать не следует. У некоторых детей, особенно у младенцев, может появиться астмоидное дыхание или стридор. В большинстве случаев болезнь проходит в течение 2 недель. Кашель, продолжающийся 14 дней или более, может быть вызван бронхиальной астмой, коклюшем, туберкулезом или другими заболеваниями (с. 234).

Диагностика

Типичные признаки:
- кашель;
- насморк;
- дыхание через рот при заложенности носа;
- высокая температура.

Следующие признаки отсутствуют:
- опасные признаки: неспособность сосать грудь или пить или срыгивание (рвота) всей принятой пищей; заторможенность, судороги или снижение уровня сознания;

- признаки пневмонии (с. 213);
- стридор в состоянии покоя.

У детей младшего возраста может наблюдаться астмоидное дыхание (с. 222).

Лечение

- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому (блок рекомендаций 22) и проконсультируйте их о снижении температуры и обезболивании с помощью парацетамола и ибупрофена (блок рекомендаций 25, с. 267).

Блок рекомендаций 22. Лечение кашля в домашних условиях



Как ухаживать за ребенком с кашлем в домашних условиях

- Смягчайте горло и облегчайте кашель с помощью безопасного средства, например теплого напитка.
- Перед кормлением очищайте нос ребенка от выделений с помощью солевого раствора, если заложенный нос приводит к затруднению дыхания.
- При высокой температуре (≥ 39 °C), если она причиняет ребенку дискомфорт, давайте парацетамол или ибупрофен.
- Убедитесь, что ребенок получает достаточное количество жидкости, а при высокой температуре давайте ему дополнительное грудное молоко или жидкость. Небольшие объемы жидкости, принимаемые чаще, лучше усваиваются и реже вызывают рвоту.
- Повторно обратитесь к врачу при появлении учащенного или затрудненного дыхания, если ребенку станет хуже либо если он не сможет пить или сосать грудь.

6.1.2 Острый бронхит

Острый бронхит представляет собой воспаление бронхов вирусной природы, которое обычно встречается в холодное время года. Часто бронхит развивается после простуды, сопровождаемой насморком. При значительном поражении трахеи используется термин «острый трахеобронхит».

Анамнез

- Кашель, насморк, нормальная или субфебрильная температура, иногда боли в теле в течение первых 1–3 дней заболевания.
- Затем начинается упорный кашель, который может стать продуктивным.
- Боль в груди, усиливающаяся при кашле (у детей старшего возраста).

Физикальное обследование

- Ранние симптомы включают ринит и конъюнктивит.
- При аускультации грудной клетки: влажные и сухие хрипы, в некоторых случаях астмоидное дыхание.
- Признаки других тяжелых заболеваний, включая учащенное или затрудненное дыхание (см. ниже), отсутствуют.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Обычно не требуются; если есть сомнения, проведите пульсоксиметрию для выявления гипоксии.

Лечение

Острый бронхит относится к заболеваниям, которые проходят самостоятельно без лечения

НЕ назначайте ребенку противокашлевые препараты.

НЕ назначайте антибиотики в плановом порядке.

- ▶ Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому (блок рекомендаций 22). Помимо рекомендаций, перечисленных в рамке, не забудьте:
  - — посоветовать очищать нос ребенка младшего возраста от выделений с помощью солевого раствора, если заложенный нос приводит к затруднению дыхания;
  - — сообщить, что кашель может продлиться несколько недель.

Последующее наблюдение

Назначьте повторный прием для оценки состояния ребенка через 2–3 дня или предложите опекунам обратиться раньше назначенной даты, если состояние ребенка ухудшится или он не сможет пить.

6.1.3 Пневмония

Пневмония – это инфекция нижних дыхательных путей, которая обычно вызывается вирусами или бактериями. В число основных бактериальных патогенов входят *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* тип b, *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus pyogenes*. Кроме того, заболевание могут вызывать бактерии *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*, которые приводят к так называемой атипичной пневмонии.

Диагностика

В основном диагноз ставится на основе симптомов и анамнеза. Симптомы могут варьироваться в зависимости от возраста ребенка, тяжести заболевания и конкретного возбудителя.

Клинических признаков и результатов рентгенографии недостаточно для надежного определения причины заболевания (бактерии или вируса).

Анамнез

- Перенесенная пневмония в анамнезе
- Статус вакцинации (против *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* тип b)

У детей грудного и раннего возраста:

- повышенная температура;
- кашель;
- беспокойство;
- рвота, диарея;
- неспособность пить или сосать грудь.

У детей старшего возраста и подростков:

- повышенная температура;
- кашель;
- внезапно возникшая боль в животе;
- боль в груди.

Физикальное обследование

- Высокая температура
- Учащенное дыхание:
  - возраст < 2 месяцев: ≥ 60 дыхательных движений в минуту;
  - возраст 2–11 месяцев: ≥ 50 дыхательных движений в минуту;
  - возраст 1–5 лет: ≥ 40 дыхательных движений в минуту;
  - показатели для детей более старшего возраста см. в таблице 128 (с. 843).
- Втяжение нижней части грудной клетки.
- Раздувание крыльев носа.
- Стонущее дыхание.
- При аускультации легких: влажные хрипы или шум трения плевры. Ослабленное дыхание может указывать на экссудативный плеврит.

Примечание. Характерные признаки атипичной пневмонии:

- возраст ребенка от 5 лет и старше;
- кашель, высокая температура и характерные симптомы при аускультации;
- отсутствие высокой температуры и признаков тяжелой пневмонии (таблица 31).

Осложнения

Предположите наличие возможных осложнений, включая экссудативный плеврит или эмпиему плевры, при следующих симптомах:

- снижение подвижности на пораженной стороне грудной клетки;
- тупой перкуторный звук (над выпотом);
- отсутствие дыхательных шумов (над выпотом).

Лабораторные и инструментальные исследования

- Пульсоксиметрия для выявления гипоксии.
- Если у ребенка нет признаков тяжелой пневмонии, рентгенография грудной клетки не рекомендована.

Таблица 31. Классификация тяжести пневмонии у детей в возрасте до 5 лет

Признаки или симптомы	Степень тяжести	Лечение
Кашель или затруднение дыхания и: ■ насыщение крови кислородом < 90% по данным пульсоксиметрии или центральный цианоз; ■ тяжелая дыхательная недостаточность (например, стонущее дыхание, выраженные втяжения уступчивых мест грудной клетки); ■ неспособность сосать грудь или пить, рвота после любого приема пищи; ■ заторможенность, судороги или снижение уровня сознания.	**Тяжелая пневмония**	▶ Немедленно начните кислородотерапию и направьте ребенка в стационар
■ Учащенное дыхание: — возраст 2–11 месяцев: ≥ 50 дыхательных движений в минуту; — возраст 1–5 лет: ≥ 40 дыхательных движений в минуту; — втяжение нижней части грудной клетки.	**Пневмония**	▶ Схему лечения см. ниже
Нет признаков пневмонии или тяжелой пневмонии.	**Пневмонии нет** Возможно, простуда	**НЕ** назначайте антибиотики

Дифференциальная диагностика

Исключите бронхиолит, астмоидное дыхание, бронхиальную астму или другие заболевания (таблица 30, с. 208).

Лечение

▶ Назначьте амоксициллин 30 мг/кг/прием перорально 3 раза в сутки в течение 5–7 дней (дозировки см. в приложении 4).

НЕ назначайте антибиотики, если у ребенка нет учащенного дыхания или других признаков пневмонии.

- Если ребенок младше 5 лет и не вакцинирован против *Haemophilus influenzae* тип b или если пневмония сопровождается гриппом: назначьте амоксициллин с клавулановой кислотой (комплексный препарат с фиксированным соотношением 8:1) в дозировке 30 мг амоксициллина/кг/прием перорально 3 раза в сутки в течение 5–7 дней.
- При бета-лактамной аллергии (см. приложение 9):
  - с гиперчувствительностью I типа (анафилаксией): азитромицин или кларитромицин перорально;
  - без гиперчувствительности I типа: цефуроксим аксетил перорально.
- При подозрении на атипичную пневмонию: азитромицин 10 мг/кг/прием перорально 1 раз в сутки в течение 3 дней.
- Если у ребенка снижен иммунитет или есть такие хронические заболевания, как муковисцидоз, предположите другие патогены и рассмотрите возможность назначения других антибиотиков.
- Дайте кислород при насыщении крови кислородом:
  - < 90%, если у ребенка затруднено дыхание;
  - < 94%, если у ребенка очень затруднено дыхание, присутствует заторможенность, судороги или снижение уровня сознания.
- Обратите внимание на такие факторы риска, как курение родителей, загрязнение воздуха внутри жилых помещений и нарушение питания.
- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому (блок рекомендаций 23) и проконсультируйте их о снижении температуры и обезболивании с помощью парацетамола и ибупрофена (блок рекомендаций 25, с. 267).

Направление к специалисту

Если у ребенка тяжелая пневмония или вы подозреваете осложнения (экссудативный плеврит, эмпиему плевры или пневмоторакс), направьте его в стационар. До направления и в процессе госпитализации:

- при любых признаках тяжелой пневмонии (таблица 31) немедленно начните кислородотерапию;
- если госпитализация откладывается на длительное время, рассмотрите возможность введения первой дозы ампициллина в дозировке 50 мг/кг/прием в/в или в/м (дозировки см. в приложении 4).

Блок рекомендаций 23. Лечение пневмонии в домашних условиях



Как ухаживать за ребенком с пневмонией в домашних условиях

- При высокой температуре (≥ 39 °C), если она причиняет ребенку дискомфорт, давайте парацетамол или ибупрофен.
- Убедитесь, что ребенок получает достаточное количество жидкости, а при высокой температуре давайте ему дополнительное грудное молоко или жидкость. Небольшие объемы жидкости, принимаемые чаще, лучше усваиваются и реже вызывают рвоту.
- Если ребенку трудно дышать, держите его в полусидячем положении.

НЕ курите рядом с ребенком.

- Придите на повторный прием для оценки состояния ребенка через 2–3 дня или раньше, если состояние ребенка ухудшится, дыхание станет учащенным или затрудненным, он не сможет пить или сосать грудь.

Последующее наблюдение

Назначьте повторный прием для оценки состояния ребенка через 2–3 дня или предложите опекунам обратиться раньше назначенной даты, если состояние ребенка ухудшится (блок рекомендаций 23):

- при улучшении состояния предложите опекунам довести до конца начатый курс антибиотиков;
- если улучшение не наступает, направьте ребенка в стационар.

Проверьте, были ли приняты меры для устранения выявленных факторов риска.

6.1.4 COVID-19

Коронавирусное заболевание 2019 г. (COVID-19) вызывает недавно обнаруженный коронавирус SARS-CoV-2. Передача инфекции происходит главным образом от пациентов с симптомами или без них к другим людям при близком контакте воздушно-капельным путем, при непосредственном контакте с инфицированным, при контакте с зараженными предметами и поверхностями либо аэрозольным путем.

По данным статистики, в большинстве случаев дети грудного и младшего возраста переносят заболевание бессимптомно или в легкой форме.

При подозрении на COVID-19 используйте меры ПИИК (см. приложение А1.3).

Анамнез

- Контакт с больным COVID-19 в анамнезе.
- Факторы риска развития тяжелой формы COVID-19: хронические заболевания легких (бронхиальная астма), ожирение, сердечно-сосудистые заболевания или снижение иммунитета.

COVID-19 может сопровождаться различными признаками и симптомами, включая следующие:

- повышенная температура;
- кашель;
- заложенность носа;
- повышенная утомляемость;
- анорексия;
- одышка;
- миалгия;
- боль в горле;
- головная боль;
- диарея, тошнота, рвота;
- потеря обоняния или вкуса (обычно предшествующая появлению респираторных симптомов);
- неврологические проявления: головокружение, психомоторное возбуждение, мышечная слабость, судороги, расстройства речи или зрения, потеря чувствительности, нарушения равновесия.

Признаки тяжелой или критической формы COVID-19:

- признаки пневмонии или тяжелой пневмонии (таблица 31, с. 215);
- сепсис или септический шок: увеличенное время наполнения капилляров (> 2 с), артериальная гипотензия, измененное состояние психики, брадикардия или тахикардия, тахипноэ, пятнистая или холодная кожа, петехиальная сыпь или пурпура, олигурия.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Пульсоксиметрия для выявления гипоксии.
- Возьмите образцы из носоглотки и ротоглотки для проведения ОТ-ПЦР (предпочтительно) или теста на антиген.
- В зависимости от локальной эпидемиологической обстановки и симптоматики рассмотрите возможность проведения теста на другие возбудители респираторных болезней, например вирус гриппа.
- Как правило, методы диагностической визуализации грудной клетки не показаны.

Лечение

- Все дети с подозреваемой или подтвержденной инфекцией COVID-19 должны быть изолированы на дому для предотвращения дальнейшей передачи вируса.

НЕ назначайте антибиотики без клинического подозрения на бактериальную инфекцию.

- При подозрении на пневмонию у детей младше 5 лет рассмотрите возможность назначения эмпирического лечения антибиотиками (с. 215).
- Проконсультируйте опекунов по вопросам проведения поддерживающей терапии на дому (блок рекомендаций 23, с. 217) и принятия мер профилактики инфекций и инфекционного контроля (ПИИК) в домашних условиях (блок рекомендаций 24, с. 220).
- Предложите им незамедлительно обратиться к врачу для повторной оценки состояния ребенка, если у него возникнет любой из перечисленных ниже признаков: затрудненное или учащенное дыхание, синюшная окраска губ или лица, боль или ощущение стесненности в грудной клетке, спутанность сознания, медленное пробуждение или слабая реакция на внешние стимулы в бодрствующем состоянии, невозможность принимать жидкость или сосать грудь, обезвоживание, головокружение.

Последующее наблюдение

Для регулярного наблюдения за детьми с умеренной формой COVID-19 на предмет появления признаков или симптомов прогрессирования заболевания (в особенной степени это касается детей, у которых присутствуют факторы риска развития тяжелой формы болезни, например сопутствующие хронические болезни, такие как астма или иммунодефицит,

а также детей младшего возраста) обеспечьте оказание помощи на дому и по возможности с использованием методов телемедицины (по телефону или по электронной почте) вплоть до полного исчезновения симптомов. Если состояние ребенка ухудшится или возникнут признаки, указывающие на тяжелую или критическую форму COVID-19, направьте его в стационар.

Проверьте, возможна ли отмена режима изоляции для ребенка. Следуйте действующим национальным рекомендациям в отношении изоляции на дому.

Блок рекомендаций 24. Меры ПИИК при лечении детей с респираторными заболеваниями в домашних условиях

Профилактика инфекций при лечении детей с респираторными заболеваниями (например, гриппом или COVID-19) в домашних условиях

Примите следующие меры, принимая во внимание возраст ребенка (вред от ваших действий не должен перевешивать пользу):

- Регулярно проветривайте помещения общего пользования.
- Следите за тем, чтобы уязвимые члены семьи (пожилые, маленькие дети, больные) не приближались к инфицированному ребенку.
- Желательно, чтобы за больным ребенком ухаживал кто-нибудь один.
- Если нет возможности соблюдать дистанцию в 2 метра, вы и ребенок (в зависимости от его возраста) должны по возможности носить маску. Не прикасайтесь к маске, когда она находится на лице. Меняйте маску ежедневно, а также если она намокла или испачкана выделениями.
- Регулярно мойте и тщательно вытирайте руки, в том числе перед тем как надеть и после того как снять маску, до и после готовки и приема пищи, а также после посещения туалета.
- Чихайте и кашляйте в салфетку или согнутый локоть. Сразу же после этого выбросьте салфетку и вымойте руки.
- Избегайте контакта с предметами, на которых может находиться вирус (использованными салфетками, зубными щетками, столовыми приборами, чашками).
- Выделите ребенку отдельный комплект постельного белья, полотенец и столовых приборов.
- Протирайте поверхности, к которым часто прикасаются.

Направление к специалисту

Всех детей с признаками тяжелой или критической формы COVID-19 следует немедленно направлять в стационар. Стабилизируйте состояние ребенка и при необходимости проведите кислородотерапию.

Осложнения

Мультисистемный воспалительный синдром у детей и подростков, связанный с COVID-19 (MIS-C)

У детей с COVID-19 описана острая картина заболевания с синдромом гиперреактивного воспаления, приводящего к полиорганной недостаточности и шоку.

Предварительное определение случая, составленное ВОЗ:

Наличие у ребенка или подростка повышенной температуры в течение 3 или более дней, А ТАКЖЕ два или более следующих признаков:

- сыпь или двусторонний негнойный конъюнктивит или признаки воспаления кожи и слизистых оболочек (полость рта, кисти или стопы);
- гипотензия или шок;
- признаки дисфункции миокарда, перикардит, вальвулит или коронарные аномалии;
- признаки коагулопатии (протромбиновое время, активированное частичное тромбопластиновое время, повышение D-димеров);
- острые желудочно-кишечные расстройства (диарея, рвота или боль в животе);

А ТАКЖЕ повышенные маркеры воспаления, такие как скорость оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивный белок (СРБ) или прокальцитонин;

А ТАКЖЕ отсутствие других очевидных инфекционных причин воспаления, включая бактериальный сепсис, стафилококковый или стрептококковый шоковые синдромы;

А ТАКЖЕ подтвержденный диагноз COVID-19 (ОТ-ПЦР, антигенный тест или серологический положительный результат), или вероятный контакт с пациентами с COVID-19.

- Всех детей с признаками мультисистемного воспалительного синдрома, связанного с COVID-19, следует **немедленно направлять** в стационар.

6.1.5 Астмоидное дыхание

Астмоидное дыхание характеризуется высокими, свистящими звуками при выдохе. Эти звуки обусловлены спазматическим сужением дистальных отделов дыхательных путей. Астмоидное дыхание может проходить самостоятельно без лечения или быть симптомом тяжелого респираторного заболевания. У детей в возрасте до 2 лет астмоидное дыхание чаще всего вызывается острыми респираторными вирусными инфекциями, например бронхиолитом или простудой (рецидивирующие приступы астмоидного дыхания). У детей старше 2 лет астмоидное дыхание в большинстве случаев обусловлено бронхиальной астмой (таблица 32, с. 223).

Анамнез

- Предыдущие случаи астмоидного дыхания.
- Приступы одышки, кашля или астмоидного дыхания по ночам или ранним утром.
- Положительный эффект от применения бронхолитических средств.
- Установленный диагноз бронхиальной астмы или длительный прием противоастматических средств.
- Аллергия или бронхиальная астма в семейном анамнезе.

Физикальное обследование

- Свистящие хрипы на выдохе.
- Удлинение выдоха.
- Коробочный перкуторный звук.
- Чрезмерное расширение грудной клетки.
- Сухие хрипы при аускультации легких.
- Одышка в покое или при физической нагрузке.
- Втяжение нижней части грудной клетки.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Пульсоксиметрия для выявления гипоксии.
- Реакция на применение быстродействующего бронхолитического средства.

Если причина астмоидного дыхания неясна или если у ребенка в дополнение к астмоидному дыханию также наблюдаются учащенное дыхание или втяжения уступчивых мест грудной клетки, дайте сальбутамол через небулайзер или из дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) через спейсер и оцените реакцию организма ребенка через 15 минут на предмет признаков улучшения:

- — уменьшение выраженности расстройства дыхания (более свободное дыхание);
- — уменьшение втяжения нижней части грудной клетки;
- — менее ослабленное дыхание.

- Детям, у которых остаются признаки гипоксии (центральный цианоз, насыщение крови кислородом ≤ 90%, неспособность пить вследствие дыхательной недостаточности, выраженное втяжение нижней части грудной клетки) или наблюдается учащенное дыхание, следует дать вторую дозу сальбутамола и направить их в стационар.

Таблица 32. Дифференциальная диагностика у ребенка с астмоидным дыханием

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Бронхиальная астма (с. 692)	• В анамнезе рецидивирующие приступы одышки или астмоидного дыхания • Ночной кашель или кашель с астмоидным дыханием при физической нагрузке • Чрезмерное расширение грудной клетки • Удлинение выдоха • Ослабление дыхания (если выражено очень сильно — исключить непроходимость дыхательных путей) • Хорошая реакция на применение бронхолитических средств
Бронхиолит (с. 224)	• Первый случай астмоидного дыхания у ребенка в возрасте < 2 лет • Случаи астмоидного дыхания в период сезонного повышения заболеваемости бронхиолитом • Чрезмерное расширение грудной клетки • Удлинение выдоха • Ослабление дыхания (если выражено очень сильно — исключить непроходимость дыхательных путей) • Слабая реакция или отсутствие реакции на применение бронхолитических средств • Апноэ у детей раннего возраста, особенно у недоношенных

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Рецидивы астмоидного дыхания (с. 227)	• В анамнезе астмоидное дыхание было связано только с кашлем и простудой • Отсутствие аллергии у ребенка или членов семьи • Удлинение выдоха • Ослабление дыхания (если выражено очень сильно — исключить непроходимость дыхательных путей) • Хорошая реакция на применение бронхолитических средств • Обычно менее выражено, чем при бронхиальной астме
Аспирация инородного тела (с. 591)	• Внезапное возникновение удушья • Астмоидное дыхание может выслушиваться только с одной стороны • Отсутствие реакции на применение бронхолитических средств • Внезапное развитие стридора или дыхательной недостаточности • Локализованное ослабление дыхания или свистящие хрипы при аускультации
Пневмония (с. 213)	• Высокая температура • Влажные хрипы • Стонущее дыхание

Бронхиолит

Бронхиолит — это вирусная инфекция нижних дыхательных путей, которую обычно определяет первый случай астмоидного дыхания у ребенка в возрасте младше двух дет. Бронхиолит характеризуется нарушением проходимости дыхательных путей и наиболее тяжело протекает у детей раннего возраста. Наиболее часто его возбудителем является респираторно-синцитиальный вирус (РСВ), причем частота случаев возрастает сезонно. Иногда (редко) может присоединяться вторичная бактериальная инфекция.

- Холодное время года.
- Обычно начинается с симптомов простуды: кашель и/или насморк, повышенная или обычная температура на протяжении первых 1–3 дней. У детей младшего возраста первым симптомом инфицирования РСВ может быть апноэ, за которым следует упорный кашель и затрудненное дыхание.

Физикальное обследование

Типичные симптомы включают в себя:

- затруднения при кормлении, грудном вскармливании и приеме жидкостей из-за расстройства дыхания;
- чрезмерное расширение грудной клетки с усилением перкуторного звука;
- учащенное дыхание;
- втяжение нижней части грудной клетки;
- выделения из носа, которые могут привести к выраженной обструкции носовых ходов;
- мелкопузырчатые влажные хрипы и астмоидное дыхание при аускультации легких; астмоидное дыхание, которое не облегчается введением быстродействующего бронхолитического средства (**примечание:** бронхолитики не рекомендуются детям младше 6 месяцев).

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ

- Насыщение крови кислородом < 90% по данным пульсоксиметрии или центральный цианоз.
- Тяжелая дыхательная недостаточность: затрудненное или стонущее дыхание, выраженное втяжение нижней части грудной клетки.
- Апноэ на момент осмотра или в анамнезе.
- Неспособность сосать грудь или пить, рвота после любого приема пищи.
- Заторможенность, судороги или снижение уровня сознания.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Пульсоксиметрия для выявления гипоксии.

Лечение

Большинство детей можно лечить на дому с помощью поддерживающей терапии.

НЕ назначайте бронхолитики, глюкокортикостероиды, ингибиторы лейкотриенов или противокашлевые препараты.

НЕ назначайте антибиотики в плановом порядке (только в том случае, если у ребенка есть признаки пневмонии).

- Рассмотрите возможность применения распыленного гипертонического солевого раствора для смягчения респираторных симптомов.
- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому (блок рекомендаций 22, с. 211). Расскажите, как будет протекать заболевание (оно может продлиться несколько недель) и объясните, что лекарственная терапия неэффективна. Помимо рекомендаций, перечисленных в рамке, не забудьте посоветовать:
  - — перед кормлением очищать нос ребенка от выделений с помощью солевого раствора, если заложенный нос приводит к затруднению дыхания;
  - — при высокой температуре (≥ 39 °C), если она причиняет ребенку дискомфорт, давать парацетамол, но не ибупрофен (блок рекомендаций 25, с. 267).

Направление к специалисту

Если у ребенка наблюдаются какие-либо тревожные признаки, направьте его в стационар. До направления и в процессе госпитализации:

- Немедленно начните кислородотерапию при тяжелой дыхательной недостаточности, то есть при насыщении крови кислородом < 90% или < 94%, если у ребенка присутствуют другие признаки тяжелого состояния.

Рассмотрите возможность направления к специалисту:

- — если ребенку меньше 3 месяцев;
- — если у него есть сопутствующие заболевания (например, врожденный порок сердца или нервно-мышечные заболевания);
- — при наличии социальных факторов риска, потенциально указывающих на невозможность внимательного ухода за ребенком во время лечения.

Последующее наблюдение

- Назначьте повторный прием для оценки состояния ребенка через 2–3 дня или предложите опекунам обратиться раньше назначенной даты, если состояние ребенка ухудшится (появятся признаки тяжелой пневмонии) или он перестанет пить. Если улучшение не наступит, направьте ребенка в стационар.

- У младенцев с бронхиолитом кашель и астмоидное дыхание могут сохраняться в течение нескольких недель или месяцев. Эти дети не нуждаются в назначении антибиотиков при условии, что у них нет дыхательной недостаточности, повышенной температуры и апноэ и они хорошо едят.

Рецидивы астмоидного дыхания на фоне простуды

Основной причиной астмоидного дыхания у детей является вирусная инфекция, вызывающая воспаление бронхов. Астмоидное дыхание на фоне вирусной инфекции часто встречается в первые годы жизни. Если первый эпизод астмоидного дыхания возник у ребенка до 2 лет, его причиной может быть бронхиолит (с. 224). В большинстве случаев рецидивы астмоидного дыхания в первые годы жизни связаны с вирусными инфекциями и к школьному возрасту становятся менее частыми, хотя иногда у таких детей впоследствии диагностируется бронхиальная астма (с. 692).

Анамнез

- Холодное время года.
- Отсутствие бронхиальной астмы, экземы, поллиноза у ребенка и членов семьи.
- Кашель, насморк, нормальная или субфебрильная температура в течение первых 1–3 дней заболевания, за которыми следует упорный частый кашель и затрудненное дыхание.
- Между эпизодами ребенок хорошо себя чувствует и не проявляет никаких симптомов.

Физикальное обследование

- Удлинение выдоха.
- Учащенное дыхание.
- Втяжение нижней части грудной клетки.
- При аускультации грудной клетки – астмоидное дыхание во всех отделах легких; состояние облегчается при приеме бронхолитиков.
- Ринит, конъюнктивит.

При наличии одного из перечисленных ниже признаков тяжелого состояния предположите альтернативный диагноз (см. раздел «Дифференциальная диагностика»).

- Насыщение крови кислородом < 94% по данным пульсоксиметрии или центральный цианоз.
- Тяжелая дыхательная недостаточность: затрудненное или стонущее дыхание, выраженное втяжение нижней части грудной клетки.
- Неспособность сосать грудь или пить, рвота после любого приема пищи.
- Заторможенность, судороги или снижение уровня сознания.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Пульсоксиметрия для выявления гипоксии.

Дифференциальная диагностика

При наличии любого из признаков тяжелого состояния предположите альтернативный диагноз. См. таблицу 30 «Кашель» (с. 208), таблицу 32 «Астмоидное дыхание» (с. 223) и таблицу 34 «Хронический кашель» (с. 236).

Лечение

Большинство детей можно лечить на дому.

НЕ назначайте противокашлевые препараты.

НЕ назначайте антибиотики в плановом порядке (только в том случае, если у ребенка есть признаки пневмонии).

- ▶ Лечение острого приступа астмоидного дыхания подчиняется тем же принципам, что и лечение обострения бронхиальной астмы (с. 695). Оцените степень тяжести приступа и проведите соответствующее лечение.
- ▶ Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому (блок рекомендаций 22, с. 211). Помимо рекомендаций, перечисленных в рамке, не забудьте посоветовать перед кормлением очищать нос ребенка от выделений с помощью солевого раствора, если заложенный нос приводит к затруднению дыхания.
- ▶ Для лечения рецидивов (не во время острых приступов) назначьте ингаляционные глюкокортикостероиды (дозировки см. в приложении 4).

Направление к специалисту

При подозрении на другой диагноз, например гастроэзофагеальный рефлюкс, муковисцидоз или иммунодефицит, рассмотрите возможность направить ребенка к специалисту.

Последующее наблюдение

Назначьте повторный прием для оценки состояния ребенка через 2–3 дня или предложите опекунам обратиться раньше назначенной даты, если состояние ребенка ухудшится или он не сможет пить. При улучшении состояния уменьшите частоту приема бронхолитиков. Оцените необходимость использования ингаляционных глюкокортикостероидов для контроля состояния.

6.1.6 Стридор

Стридор — это резкий звук во время вдоха, обусловленный препятствием прохождению воздуха в ротоглотке, подсвязочном пространстве или трахее. При локализации места обструкции ниже уровня гортани стридор может наблюдаться и во время выдоха.

Основными причинами тяжелого стридора могут быть вирусный круп (возникающий при парагриппе и других вирусных инфекциях), попадание инородного тела в дыхательные пути, редко – эпиглоттит или заглоточный абсцесс (таблица 33). Стридор также может возникать в раннем младенческом возрасте из-за врожденных пороков развития.

Анамнез

- Первый или повторный случай стридора.
- Приступы удушья в прошлом.
- Стридор, возникший вскоре после рождения.

Таблица 33. Дифференциальная диагностика у ребенка со стридором

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Вирусный круп (с. 230)	• Лающий кашель • Дыхательная недостаточность • Осиплый голос
Аспирация инородного тела (с. 591)	• Внезапное возникновение удушья • Дыхательная недостаточность
Аллергический круп, анафилаксия (с. 864)	• Контакт с аллергеном в анамнезе • Астмоидное дыхание • Шоковое состояние • Крапивница, отек губ и лица

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Ларинготрахеомаляция (с. 186)	• Симптомы присутствуют с рождения • Шумное дыхание во время плача или кормления, а также при инфекциях верхних дыхательных путей • Втяжение нижней части грудной клетки при вдохе или выдохе
Ожоги (с. 578)	• Распухшие губы • Признаки отравления дымом
Заглоточный абсцесс (с. 232)	• Отек мягких тканей в области задней стенки глотки • Затрудненное глотание • Высокая температура
Дифтерия (с. 233)	• Симптом «бычьей шеи» из-за увеличения шейных лимфатических узлов и отека • Гиперемия зева • Серые налеты (пленки) на слизистой оболочке глотки • Выделения из носа с примесью крови • Нет подтверждения факта вакцинации
Эпиглоттит (с. 234)	• Легкий стридор • Признаки гнойного процесса • Легкий кашель или его отсутствие • Слюнотечение • Неспособность пить • Отсутствие вакцинации против Hib

Вирусный круп

Круп – это воспаление верхних дыхательных путей, гортани и трахеи, обычно вызываемое вирусом (чаще всего вирусом парагриппа). Вирусный круп чаще всего встречается у детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет. В тяжелых случаях круп может угрожать жизни ребенка. Наиболее тяжелые случаи встречаются у детей в возрасте до 2 лет.

Диагностика

При обследовании не проводите излишних манипуляций, которые могут напугать ребенка и причинить ему вред, так как это способно ухудшить его состояние.

Для **легкого крупа** характерны следующие признаки:

- высокая температура;
- осиплый голос;
- лающий или отрывистый кашель;
- стридор, который слышно только тогда, когда ребенок беспокоен.

Тяжелый круп характеризуется следующими дополнительными признаками:

- стридор даже в состоянии покоя;
- учащенное дыхание и втяжение нижней части грудной клетки;
- цианоз или насыщение крови кислородом < 90%.

Лечение

Ребенка с **легким крупом** можно лечить на дому.

НЕ назначайте антибиотики.

НЕ назначайте седативные или противокашлевые препараты.

- Дайте однократную дозу дексаметазона перорально (0,15 мг/кг) или преднизолон 1 мг/кг 2 раза в сутки в течение 3 дней. Начните терапию кортикостероидами как можно скорее. Дайте повторную дозу препарата тем детям, у которых наблюдается рвота.
- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому (блок рекомендаций 22, с. 211). Помимо рекомендаций, перечисленных в рамке, не забудьте дать следующие советы:
  - — обеспечьте ребенку покой. Старайтесь как можно меньше беспокоить его;
  - — придите на повторный прием для оценки состояния ребенка на следующий день или раньше, если состояние ребенка ухудшится или появятся любые признаки тяжелого крупа: стридор в покое, учащенное дыхание или втяжение нижней части грудной клетки.

Последующее наблюдение

Назначьте повторный прием для оценки состояния ребенка с легким крупом на следующий день или предложите опекунам обратиться раньше, если состояние ребенка ухудшится (появятся признаки тяжелого крупа).

Направление к специалисту

Ребенка с **тяжелым крупом** следует госпитализировать. До направления и в процессе госпитализации дайте следующие препараты:

- дексаметазон перорально однократно 0,6 мг/кг. Дайте повторную дозу препарата тем детям, у которых наблюдается рвота;
- ингаляция эпинефрином (адреналином) (0,5 мл/кг 0,1% (1:1000) раствора, не более 5 мл/прием). Если способ окажется эффективным и госпитализация откладывается, повторяйте ингаляцию каждый час и тщательно проверяйте состояние ребенка, особенно его дыхание, каждые 2–3 часа вплоть до стабилизации состояния. Хотя такое лечение может привести к улучшению состояния ребенка в течение 30 минут, это улучшение зачастую бывает временным, и эффект длится не более 2 часов;
- кислород для поддержания уровня насыщения крови кислородом > 94%.

Заглоточный абсцесс

Заглоточный абсцесс включает в себя инфекцию глубоких тканей шеи и отек мягких тканей в области задней стенки глотки. Это состояние встречается у детей редко, но может протекать в очень тяжелой форме.

Признаки и симптомы

На ранней стадии заглоточный абсцесс сложно отличить от неосложненного тонзиллита. Диагноз ставится на основе рентгенографии шеи в боковой проекции, которую обычно не проводят в медицинском учреждении первого уровня, поэтому ребенка необходимо направить в другое учреждение. По мере развития заболевания появляются признаки воспаления и обструкции верхних дыхательных путей:

- затрудненное глотание, боль при глотании;
- осиплый голос;
- слюнотечение;
- ригидность затылочных мышц;
- отек шеи;
- дыхательная недостаточность, сопровождаемая стридором и учащенным дыханием.

Лечение и направление к специалистам

Немедленно направьте ребенка в стационар (с. 919). До направления и в процессе госпитализации:

- если госпитализация откладывается на длительное время, рассмотрите возможность введения первой дозы антибиотиков (амоксициллин с клавулановой кислотой в дозировке 50 мг амоксициллина/кг/прием в/в, дозировки см. в приложении 4).

Дифтерия

Дифтерия — это тяжелая бактериальная инфекция, которая в последнее время встречается редко благодаря эффективной вакцинации. Инфекция верхних дыхательных путей или носоглотки вызывает появление серой пленки, которая, находясь в гортани или трахее, может вызвать стридор и обструкцию дыхательных путей. При дифтерии носа наблюдаются кровянистые выделения из него. Дифтерийный токсин вызывает паралич мышц и миокардит, которые могут стать причиной летального исхода.

Диагностика

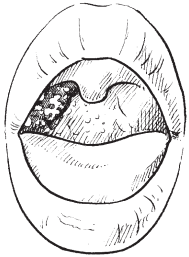
- Серые налеты (пленки) на слизистой оболочке глотки, плотно спаянные с ней.
- Симптом «бычьей шеи» из-за увеличения шейных лимфатических узлов и отека.
- Нет подтверждения факта вакцинации АКДС.

Примечание: осматривать горло нужно очень осторожно, поскольку это может спровоцировать развитие полной обструкции дыхательных путей.

Лечение и направление к специалистам

Немедленно направьте ребенка в стационар (с. 919). До направления и в процессе госпитализации:

- Обеспечьте ребенку покой. Избегайте использования кислорода за исключением случаев начинающейся обструкции дыхательных путей.



Дифтерийная пленка. Обратите внимание: пленка выходит за пределы миндалин и покрывает прилегающую стенку глотки

Эпиглоттит

Эпиглоттит является неотложным состоянием, которое может привести к смерти больного, если быстро не приступить к его лечению. Данное заболевание вызывается главным образом бактерией *H. influenzae* типа b и в настоящее время встречается редко благодаря эффективной вакцинации. Эпиглоттит обычно начинается как воспаление и отек между основанием языка и надгортанником. Отек может приводить к обструкции дыхательных путей.

Диагностика

- Боль в горле с затруднением речи.
- Затруднение дыхания.
- Легкий кашель или его отсутствие.
- Легкий стридор.
- Высокая температура.
- Слюнотечение.
- Затруднение глотания или неспособность пить.

Лечение и направление к специалистам

Немедленно направьте ребенка в стационар (с. 919). До направления и в процессе госпитализации:

- Обеспечьте ребенку покой. Дайте кислород при хорошей переносимости и внимательно наблюдайте за состоянием ребенка. Не тревожьте ребенка.

6.1.7 Хронический кашель

Хронический кашель — это кашель, который продолжается более 14 дней без улучшения состояния. Хроническим кашлем могут сопровождаться многие заболевания (таблица 34).

Некоторые заболевания, например бронхиолит, могут иметь продолжительное течение и сопровождаться кашлем, длящимся более 14 дней. Если симптомы постепенно уходят, а ребенок в основном чувствует себя хорошо, такие состояния не относятся к хроническому кашлю.

Анамнез

- Продолжительность кашля.
- Ночной кашель.
- Пароксизмальный кашель или сильные приступы спазматического кашля, заканчивающиеся рвотой или репризами.
- Ночное потоотделение.
- Высокая температура, не спадающая на протяжении нескольких дней.
- Тесный контакт с больным туберкулезом (имеющим положительный результат микроскопии мокроты) или коклюшем.
- Наличие в анамнезе приступов астмоидного дыхания.
- Наличие в семейном анамнезе аллергии или бронхиальной астмы.
- Наличие в анамнезе приступов удушья или случаев аспирации инородных тел (также может проявляться в форме внезапных приступов кашля).
- Наличие у ребенка подтвержденной ВИЧ-инфекции или подозрение на нее.
- Проводимое лечение и его результаты.
- Статус вакцинации.

Физикальное обследование

- Высокая температура.
- Лимфаденопатия (генерализованная и локальная, например на шее).
- Астмоидное дыхание или удлиненный выдох.
- Утолщение концевых фаланг пальцев («барабанные палочки»).
- Приступы апноэ (при коклюше).
- Субконъюнктивальные кровоизлияния.
- Признаки, сопровождающие аспирацию инородного тела:
  - — одностороннее астмоидное дыхание;
  - — наличие участка ослабленного дыхания, который при перкуссии имеет либо тупой, либо коробочный перкуторный звук;
  - — смещение трахеи или верхушечного толчка.
- Признаки, сопровождающие ВИЧ-инфекцию (с. 736).
- Потеря веса или плохое прибавление в весе и отставание в росте (проверьте карту роста и развития ребенка, если она есть, см. приложение 3).

Таблица 34. Дифференциальная диагностика у ребенка с хроническим кашлем

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Бронхиальная астма (с. 692)	• Периодические приступы одышки или астмоидного дыхания • Ночной кашель или кашель с астмоидным дыханием при физической нагрузке • Чрезмерное расширение грудной клетки • Удлиненный выдох, ослабленное дыхание • Хорошая реакция на применение бронхолитических средств • Положительный результат спирометрии
Коклюш (с. 238)	• Приступы спазматического кашля, сопровождающиеся репризами, рвотой, цианозом или апноэ, в анамнезе • Отсутствие симптомов между приступами кашля • Субконъюнктивальные кровоизлияния • Отсутствие вакцинации АКДС в анамнезе или неполный курс вакцинации • Температура нормальная
Гастро-эзофагеальная болезнь (с. 353)	• Младенческий возраст • Беспрепятственная рвота после кормления • Возможно беспокойство, выгибание спины • Иногда плохое прибавление в весе и отставание в росте
Курение или раздражающее воздействие других токсических веществ	• Подростковый возраст • Курение или раздражающее воздействие других токсических веществ в анамнезе
Психогенные причины (с. 657)	• Дети старшего возраста и подростки • Сухой кашель в течение дня, отсутствие кашля во время сна • Отсутствует органическая причина или медицинский диагноз

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Туберкулез (с. 746)	• Потеря веса или плохое прибавление в весе и отставание в росте • Ночное потоотделение • Увеличение лимфатических узлов, печени и селезенки • Хроническая или перемежающаяся лихорадка • В анамнезе контакт с больным открытой формой туберкулеза • Патологические изменения на рентгенограмме грудной клетки
Муковисцидоз (с. 705)	• Упорный кашель, иногда начинающийся вскоре после рождения • Рецидивирующие инфекции грудной клетки • Рецидивирующие инфекции пазух носа, носовые полипы • Плохое прибавление в весе и отставание в росте, неоформленный жирный стул
Врожденный порок сердца (с. 688)	• Шумы в сердце • Цианоз • Плохое прибавление в весе и отставание в росте • Тахикардия • Учащенное дыхание • Увеличенная печень
Аспирация инородного тела (с. 591)	• Внезапное возникновение удушья или стридора во время еды или игры • Одностороннее астмоидное дыхание или одностороннее вздутие грудной клетки • Уплотнение доли легкого или ателектаз на рентгенограмме • Плохая реакция на медикаментозное лечение

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Иммунодефицит, включая ВИЧ-инфекцию (с. 736)	• Рецидивирующая или хроническая повышенная температура, рецидивирующие инфекции • Плохое прибавление в весе и отставание в росте • Кандидоз полости рта или пищевода • Кожная герпетическая инфекция (в анамнезе или на момент обследования) • Генерализованная лимфаденопатия • Затяжная диарея • Подтвержденная или подозреваемая ВИЧ-инфекция у матери или у кого-либо из родных сестер или братьев ребенка
Менее распространенные заболевания. Чтобы подтвердить предполагаемый диагноз, направьте ребенка к специалисту для проведения дополнительных исследований.	
Бронхолегочная дисплазия	• Недоношенность; очень низкая масса тела при рождении • Необходимость продолжительной искусственной вентиляции легких или кислородотерапии • Затруднения дыхания присутствуют с рождения
Бронхоэктазы и абсцесс легкого	• Тяжелая пневмония, туберкулез или аспирация инородного тела в анамнезе • Плохое прибавление в весе • Гнойная мокрота, неприятный запах изо рта • Утолщение концевых фаланг пальцев («барабанные палочки») • Очаговые изменения на рентгенограмме грудной клетки
Первичная цилиарная дискинезия	• Рецидивирующие инфекции грудной клетки • Хронические инфекции уха и постоянные выделения из носа, присутствующие с рождения • Зеркальное расположение внутренних органов (у 50% детей)

АКДС – адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина; ВИЧ – вирус иммунодефицита человека.

Коклюш

Коклюш наиболее тяжело протекает у детей раннего возраста, которые еще не были привиты против этого заболевания. После 7–10-дневного инкубационного периода у ребенка повышается температура, что обычно сопровождается кашлем и выделениями из носа, которые клинически невозможно отличить от обычной простуды и насморка. На второй неделе появляется типичный приступообразный кашель, характер которого позволяет поставить диагноз коклюша. Ребенок остается заразным в течение 3 недель после появления приступов кашля с репризами.

Анамнез

- Сильный кашель в течение более 2 недель.
- Известно о случаях этого заболевания в данной местности.
- Ребенок не полностью привит против коклюша.

Физикальное обследование

- Приступообразный спазматический кашель, сопровождаемый репризами на вдохе и нередко рвотой после кашля.
- У младенцев раннего возраста может не наблюдаться реприз; вместо этого кашель у них может сопровождаться задержкой дыхания (апноэ) или развитием цианоза, либо апноэ может возникать без приступов кашля.
- Субконъюнктивальные кровоизлияния.

Избегайте по возможности проведения любых процедур, которые могли бы спровоцировать кашель, например обследования горла.

Лечение

Лечите легкие случаи коклюша у детей в возрасте 6 месяцев и старше на дому с помощью поддерживающего лечения.

- Назначьте перорально эритромицин 12,5 мг/кг 4 раза в сутки в течение 10 дней или азитромицин 10 мг/кг (максимально 500 мг) в первый день, затем 5 мг/кг (максимально 250 мг) один раз в сутки в течение 4 дней.
- Если у ребенка высокая температура или имеются признаки пневмонии, назначьте амоксициллин для лечения возможной вторичной пневмонии.

НЕ назначайте лекарственные средства, подавляющие кашель, седативные, муколитические или антигистаминные препараты.

- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому (блок рекомендаций 22, с. 211). Помимо рекомендаций, перечисленных в рамке, не забудьте дать следующие советы:
  - — избегайте по возможности проведения любых процедур, которые могли бы спровоцировать кашель, например очистки носа от выделений без необходимости;
  - — приступы кашля могут продолжаться в течение 3 и более месяцев.

Профилактические мероприятия

- Сделайте прививку АКДС всем детям в семье, которые не прошли полный курс вакцинации, а также самому ребенку с коклюшем.
- Сделайте повторную прививку АКДС ранее вакцинированным детям.
- Если в семье есть младенец в возрасте до 6 месяцев, у которого отмечаются высокая температура или другие признаки респираторной инфекции, ему следует назначить курс эритромицина (12,5 мг/кг 4 раза в сутки в течение 10 дней). Новорожденному младше 1 месяца следует назначить азитромицин 10 мг/кг 1 раз в сутки в течение 5 дней.

Направление к специалисту

Направляйте в стационар:

- младенцев в возрасте до 6 месяцев;
- любого ребенка с пневмонией, судорогами, обезвоживанием или продолжительными эпизодами апноэ или цианоза после приступов кашля.

6.2 Заболевания уха, горла и носа

6.2.1	**Оталгия (боль в ухе)**	**241**
	Наружный отит	241
	Острый средний отит	243
	Экссудативный средний отит	246
	Хронический средний отит	247
6.2.2	**Мастоидит**	**248**
6.2.3	**Боль в горле**	**249**
	Тонзиллит	249
6.2.4	**Насморк**	**252**
	Синусит	252
6.2.5	**Заложенность носа**	**254**
	Гипертрофия аденоидов	255
	Искривление носовой перегородки	256
	Носовые полипы	257
6.2.6	**Эпистаксис (кровотечение из носа)**	**258**

Такие заболевания уха, горла и носа (ЛОР-заболевания), как средний отит и тонзиллит, особенно часто встречаются у детей младшего возраста, в то время как синусит больше распространен среди детей более старшего возраста и подростков. Наиболее частой причиной ЛОР-заболеваний выступают вирусы, хотя не следует исключать и бактериальные инфекции.

6.2.1 Оталгия (боль в ухе)

Оталгия является одним из наиболее распространенных симптомов у детей. Чаще всего ее причиной является острый средний отит, вторая по распространенности причина – наружный отит. В большинстве случаев диагноз может быть установлен путем тщательного сбора анамнеза и внимательного обследования уха.

Наружный отит

Острый наружный отит представляет собой диффузное воспаление наружного слухового прохода, которое может распространяться на ушную раковину или барабанную перепонку. Чаще всего причиной возникновения наружного отита становится острая бактериальная инфекция: наиболее распространенными возбудителями являются *Staphylococcus aureus* и *Pseudomonas aeruginosa*. В наиболее тяжелых случаях возможно развитие флегмоны. Пик заболеваемости приходится на период от 7 до 12 лет, причем болезнь чаще возникает летом.

Анамнез

- Внезапное возникновение симптомов.
- Боль в ухе (зачастую очень сильная), зуд или ощущение заложенности; может сопровождаться или не сопровождаться потерей слуха и болью при жевании.
- Чаще поражено одно ухо, однако до 10% случаев затрагивают оба уха.

Физикальное обследование

- Боль, усиливающаяся при потягивании ушной раковины и/или пальпации козелка.
- Признаки воспаления наружного слухового прохода: диффузный отек и/или эритема, сопровождаемые или не сопровождаемые выделениями.
- В тяжелых случаях: регионарный лимфаденит, эритема барабанной перепонки, флегмона прилегающих участков кожи и повышение температуры.

Дифференциальная диагностика

Следует отличать наружный отит от фурункула уха, острого среднего отита (с. 243), инородного тела наружного слухового канала (с. 589), острого мастоидита (с. 248), контактного дерматита (с. 461), флегмоны (с. 460) и травмы.

Осложнения

Отомикоз, злокачественный наружный отит.

Лечение

- Назначьте капли для местного применения с антибиотиками (например, ципрофлоксацином) или антисептиками (например, уксусной кислотой) с добавлением кортикостероидов или без них (с. 986).
- При поражении мягких тканей (флегмоне) дополнительно к местному лечению назначьте перорально антибиотики, действенные в отношении *Staphylococcus aureus* (цефадроксил, клоксациллин, амоксициллин с клавулановой кислотой; дозировки см. в приложении 4), в течение 7 дней.

- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому:
  - ребенку нельзя плавать или допускать попадания воды в уши;
  - при боли давать парацетамол или ибупрофен (блок рекомендаций 25, с. 267);
  - обратиться к врачу повторно, если состояние ребенка ухудшится или не улучшится через 48–72 часа.

Острый средний отит

Острый средний отит – это инфекция слизистой оболочки среднего уха, которая в основном встречается в сочетании с простудой и проходит самостоятельно без лечения. В большинстве случаев эта инфекция имеет вирусную природу.

Анамнез

Острый средний отит обычно сопровождает простуду или возникает как ее последствие и может проявляться любыми из перечисленных ниже симптомов:

- повышенная температура;
- боль в ухе;
- гнойные выделения из уха (на протяжении менее 2 недель);
- у детей младшего возраста – беспокойство.

Физикальное обследование

Для точной диагностики острого среднего отита необходимо проведение **отоскопии**:

- барабанная перепонка будет гиперемированной, воспаленной, выпуклой и матовой, или будут видны перфорация и жидкое отделяемое.

У многих детей с такими симптомами, как высокая температура или плач, гиперемия барабанной перепонки является симптомом вирусной инфекции верхних дыхательных путей и не требует антибиотикотерапии.

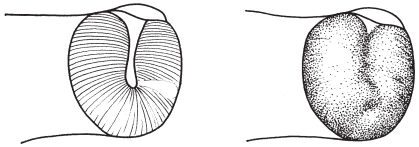
Осложнения

К редким, но тяжелым осложнениям острого среднего отита относятся холестеатома, мастоидит (с. 248), менингит (с. 272), внутричерепной абсцесс, тромбоз синусов и паралич лицевого нерва.

Лечение

У большинства детей улучшение состояния наступает в течение 3 дней без антибиотикотерапии.

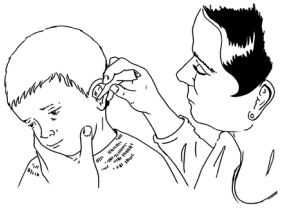
Применяется в основном поддерживающее лечение, которое включает в себя регулярный прием жаропонижающих, обезболивающих и противовоспалительных препаратов.



Острый средний отит: выбухающая гиперемированная барабанная перепонка (на правом рисунке) и нормальная барабанная перепонка (на левом рисунке)

- Назначьте антибиотики в следующих случаях:
  - — ребенок младше 6 месяцев;
  - — ребенок в возрасте 6–23 месяцев с острым двусторонним средним отитом;
  - — выраженные гнойные выделения из уха (не обусловленные наружным отитом);
  - — температура 39 °C и выше или сильная боль в ухе на протяжении не менее 48 часов, нездоровый вид ребенка;
  - — высокий уровень риска при тяжелом заболевании (угнетение иммунитета, муковисцидоз) и/или наличие осложнений;
  - — рецидивирующий острый средний отит (не менее 3 эпизодов за последние 6 месяцев или не менее 4 эпизодов за последние 12 месяцев).
- Назначьте амоксициллин 30 мг/кг/прием перорально 3 раза в сутки.
- Детям младше 6 месяцев, детям в возрасте 6–23 месяцев с тяжелым острым средним отитом, при рецидивирующем остром среднем отите, при безрезультатном применении амоксициллина в предыдущем эпизоде, приеме амоксициллина в течение последнего месяца или безрезультатном применении амоксициллина в течение 48–72 часов назначьте амоксициллин с клавулановой кислотой или цефуроксим аксетил перорально (дозировки см. в приложении 4).

- Продолжительность лечения: у детей младше 6 месяцев – 10 дней; у детей от 6 до 23 месяцев – 7–10 дней; у детей от 2 лет – 5–7 дней.
- При бета-лактамной аллергии (см. приложение 9):
  - — с гиперчувствительностью I типа (анафилаксией): азитромицин или кларитромицин перорально;
  - — без гиперчувствительности I типа: цефуроксим аксетил перорально.
- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому:
  - — Ребенку нельзя плавать или допускать попадания воды в уши.
  - — В первые 2 дня при боли регулярно давать парацетамол или ибупрофен (боль при этом заболевании встречается часто и может быть очень сильной).
  - — Если есть гнойные выделения из уха, сушить ухо турундой 3 раза в день до тех пор, пока они не прекратятся.



НЕ прикладывать горячие или холодные компрессы.

НЕ вливать в ухо никакие вещества, например масла или растительные экстракты.

  - — Обратиться к врачу повторно, если состояние ребенка ухудшится или не улучшится через 2–3 дня.

Последующее наблюдение

Назначьте повторный прием для оценки состояния ребенка через 2–3 дня или предложите опекунам обратиться раньше назначенной даты, если состояние ребенка ухудшится. Если состояние ребенка ухудшится или не улучшится, начните антибиотикотерапию или смените антибиотик (см. выше).

Если боль в ухе или выделения из него сохраняются, проведите дополнительное лечение в течение 5 дней тем же антибиотиком и рекомендуйте опекунам продолжать сушить ухо турундой. Назначьте повторный осмотр через 5–7 дней.

Направление к специалисту

При остром среднем отите, сопровождаемом тяжелой системной инфекцией или тяжелыми осложнениями (мастоидитом, менингитом, внутричерепным абсцессом, тромбозом синусов, параличом лицевого нерва), немедленно направьте ребенка в стационар.

Экссудативный средний отит

Экссудативный средний отит (серозный отит) характеризуется присутствием экссудата в полостях среднего уха без острых признаков и симптомов инфекции. Как правило, это заболевание проходит самостоятельно в течение 6 недель и не влечет за собой каких-либо долгосрочных последствий с точки зрения развития речи, грамотности или когнитивных функций.

Анамнез

- Потеря слуха.
- Ощущение заложенности в ухе.
- Звон в ушах.
- Нарушения равновесия.

Физикальное обследование

- Отоскопия для подтверждения наличия экссудата в полостях среднего уха (жидкости за барабанной перепонкой в среднем ухе) без признаков инфекции.

Лечение

В большинстве случаев заболевание возникает как последствие острого среднего отита и проходит самостоятельно.

НЕ назначайте антибиотики, пероральные или интраназальные глюкокортикостероиды, антигистаминные или противоотечные препараты.

Направление к специалисту

Если экссудативный отит не проходит в течение более 3 месяцев, направьте ребенка к ЛОР-специалисту для проверки слуха и дальнейшего лечения.

Хронический средний отит

Хронический средний отит, или хронический гнойный средний отит – это хроническое воспаление и инфекция среднего уха.

Анамнез

- Гной, выделяющийся из слухового прохода через перфорированную барабанную перепонку в течение более 2 недель.
- Часто сопровождается потерей слуха и может привести к нарушениям развития речи у маленьких детей.

Физикальное обследование

- Проведите отоскопию для подтверждения хронического среднего отита.

Лечение

▶ Назначьте капли для местного применения, содержащие ципрофлоксацин с добавлением кортикостероидов или без них (фторхинолоновые антибиотики), 2 раза в сутки в течение 2 недель.

НЕ назначайте местные антисептические растворы.

▶ Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому:

— Ребенку нельзя плавать или допускать попадания воды в уши.

— Сушить ухо турундой 3 раза в день до тех пор, пока гнойные выделения не прекратятся.

НЕ вливать в ухо никакие вещества, например масла или растительные экстракты, за исключением назначенных врачом капель с антибиотиками.

НЕ прикладывать горячие или холодные компрессы.

— Прийти на повторный прием через 5–7 дней.

Последующее наблюдение

Назначьте повторный прием для оценки состояния ребенка через 5–7 дней. Если выделения из уха продолжаются:

- Выясните, продолжает ли опекун сушить ухо ребенка турундой.

НЕ назначайте повторных курсов пероральных антибиотиков при наличии выделений из уха.

- Подумайте о присутствии у ребенка других возбудителей инфекции (например, синегнойной палочки) или возможной туберкулезной инфекции.
- Направьте ребенка к ЛОР-специалисту или в стационар для дальнейшего обследования и возможной парентеральной терапии.

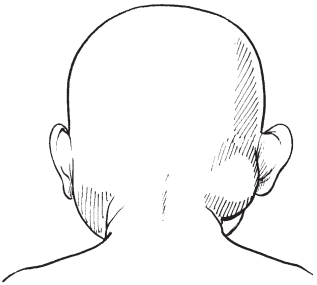
6.2.2 Мастоидит

Мастоидит – это редко встречающаяся, но тяжелая бактериальная инфекция клеток сосцевидного отростка, расположенного позади ушной раковины. Обычно она возникает как осложнение при остром или хроническом среднем отите. Без соответствующего лечения мастоидит может привести к менингиту и абсцессу головного мозга.

Диагностика

На основании клинической картины:

- высокая температура;
- острый средний отит;
- болезненная припухлость позади ушной раковины, которая сдвигает ушную раковину вперед.



Мастоидит: болезненная припухлость позади ушной раковины, которая сдвигает ушную раковину вперед

Лечение и направление к специалистам

Немедленно направьте ребенка в стационар для в/в антибиотикотерапии и возможной консультации у ЛОР-хирурга. До госпитализации:

- Если госпитализация откладывается на длительное время, рассмотрите возможность введения первой дозы антибиотиков (клоксациллина, флуклоксациллина или цефтриаксона) в/в или в/м.
- При боли или высокой температуре (≥ 39 °C), если она причиняет ребенку дискомфорт, дайте парацетамол или ибупрофен (с. 267).

6.2.3 Боль в горле

Тонзиллит

Боль в горле является распространенным у детей симптомом. Наиболее частая причина боли в горле у детей – тонзиллит или тонзиллофарингит, то есть инфекция миндалин и глотки. В большинстве случаев эта инфекция имеет вирусную природу.

Основным бактериальным возбудителем является *Streptococcus pyogenes* (фарингит, вызываемый стрептококком группы А). Эта разновидность заболевания, как правило, встречается у детей в возрасте 5–15 лет и редко поражает детей младше 3 лет. Другие бактериальные возбудители встречаются редко. Тонзиллит, вызываемый стрептококком группы А, может приводить к острой ревматической лихорадке (с. 279).

Признаки и симптомы

Проверьте следующее:

- симптомы и признаки, указывающие на бактериальную или вирусную инфекцию (таблица 35);
- гнойный налет на миндалинах (вирусного или бактериального происхождения);
- признаки одностороннего отека миндалин (перитонзиллярного абсцесса);
- признаки нарушения проходимости дыхательных путей:
  - невозможность открыть рот;
  - слюнотечение;
  - стридор;
- признаки, которые могут указывать на заглоточный абсцесс, другие тяжелые осложнения или заболевания (например, круп, эпиглоттит):
  - кривошея;
  - тризм;
  - отечность лица под нижней челюстью.

При признаках нарушения проходимости верхних дыхательных путей осматривать горло нужно очень осторожно, поскольку это может спровоцировать развитие полной обструкции дыхательных путей.

Таблица 35. Симптомы и признаки, указывающие на тонзиллит бактериального или вирусного происхождения

	Бактериальная инфекция	Вирусная инфекция
Анамнез	• Возраст от 3 лет • Внезапное появление боли в горле • Боль при глотании • Изменение голоса, шумное дыхание • Острая ревматическая лихорадка в анамнезе	• Возраст до 3 лет • Кашель, насморк • Конъюнктивит • Характерная вирусная экзантема • Диарея
Осмотр зева	• Петехии на миндалинах и мягком нёбе (стрептококковая инфекция) • Толстые сероватые пленки, покрывающие слизистую оболочку зева и миндалин (дифтерия)	• Везикулы или белые пятна на нёбе и горле • Серовато-белые пятна на миндалинах (ВЭБ, инфекционный мононуклеоз, с. 292)
Увеличенные лимфатические узлы	• Единичный болезненный передний шейный лимфатический узел	• Несколько увеличенных лимфатических узлов
Сыпь	• Скарлатиноподобная сыпь: мелкоточечная сыпь, которая сначала появляется на шее, а затем распространяется на туловище и конечности (с. 287)	• Неспецифическая или характерная для конкретного вируса сыпь (с. 283)

ВЭБ – вирус Эпштейна –Барр.

На основе одних лишь клинических признаков невозможно обнаружить разницу между бактериальной и вирусной инфекцией.

Лабораторные и инструментальные исследования

- У детей младше 3 лет с симптомами вирусной инфекции исследования не проводятся.

- Проведите экспресс-тест на выявление антигенов к стрептококку, если:
  - — ребенку 3 года или больше и симптомы указывают на бактериальную инфекцию;
  - — ребенку меньше 3 лет и в его анамнезе есть тесный контакт с пациентом, у которого была подтверждена стрептококковая инфекция, или присутствуют симптомы стрептококковой инфекции, например скарлатиноподобная сыпь.
- При подозрении на бактериальную инфекцию у ребенка от 3 лет рассмотрите возможность взять мазок из зева на бактериологический посев.

НЕ проводите диагностический экспресс-тест при любых признаках нарушения проходимости верхних дыхательных путей.

Дифференциальная диагностика

У ребенка с периодически повторяющимися эпизодами тонзиллита может быть синдром периодической лихорадки с афтозным стоматитом, фарингитом и лимфаденитом (синдром Маршалла).

Лечение

- ▶ При остром нарушении проходимости дыхательных путей немедленно проведите надлежащее лечение.
- ▶ Большинство случаев бывают вызваны вирусными инфекциями и не требуют применения антибиотиков.
- ▶ Назначьте антибиотики (дозировки см. в приложении 4) детям с симптомами бактериальной инфекции (см. выше) и положительным экспресс-тестом на стрептококк:
- феноксиметилпенициллин (пенициллин V) перорально: детям до 1 года 125 мг/сут, детям в возрасте 1–5 лет 250 мг/сут, детям в возрасте 6–12 лет 500 мг/сут в 2 приема в сутки или амоксициллин перорально 50 мг/кг/сут в 1 или 2 приема в сутки в течение 10 дней.
- При аллергии на пенициллин:
  - — с гиперчувствительностью I типа (анафилаксией): эритромицин или другой макролид перорально в течение 10 дней. Не назначайте азитромицин;
  - — без гиперчувствительности I типа: цефадроксил или цефалексин перорально в течение 10 дней.

- При невозможности перорального приема или подозрении на несоблюдение режима лечения: бензатин пенициллин (пенициллин G) в/м детям весом до 30 кг 0,6 млн ЕД, детям весом более 30 кг 1,2 млн ЕД однократно.

▶ Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому:

— при боли или высокой температуре (≥ 39 °C), если она причиняет ребенку дискомфорт, давать парацетамол или ибупрофен (блок рекомендаций 25, с. 267);

— обеспечить ребенка достаточным количеством жидкости;

— обратиться к врачу повторно, если состояние ребенка ухудшится или не улучшится через 2–3 дня.

Направление к специалисту

Направьте в стационар ребенка, который испытывает сильную боль, не может пить, страдает от обезвоживания, не может открыть рот, имеет нарушение проходимости дыхательных путей или признаки перитонзиллярного абсцесса либо дифтерии.

6.2.4 Насморк

Синусит

Синусит – это воспаление слизистой оболочки придаточных пазух носа, которое может иметь острый или хронический характер.

Острый синусит (риносинусит) представляет собой заболевание, проходящее самостоятельно без лечения. Как правило, к его возникновению приводит вирусная инфекция верхних дыхательных путей, например ОРВИ. В некоторых случаях острый синусит может быть осложнен бактериальной инфекцией. Кроме того, закупорку придаточных пазух носа может вызывать сенная лихорадка или носовые полипы (с. 257)

Хронический синусит (при котором симптомы сохраняются на протяжении 90 дней и более) может быть вызван другими патологиями, такими как аллергия (для подтверждения диагноза проводятся аллергопробы), муковисцидоз, гастроэзофагеальный рефлюкс или воздействие веществ, загрязняющих окружающую среду (например, табачного дыма).

Придаточные пазухи носа формируются в разном возрасте: гайморовы пазухи и пазухи решетчатой кости присутствуют уже у новорожденных, в то время как клиновидные пазухи развиваются к 3–7 годам, а лобные – к 7–12 годам.

Анамнез

- Симптомы обструкции носового дыхания или заложенности носа.
- Гнойные выделения из носа.
- Галитоз (неприятный запах из носа).
- Болезненные ощущения в зубах или лице при нажатии.
- Головная боль.
- Боль в пораженной пазухе при наклоне вперед.
- Снижение или потеря обоняния.

Физикальное обследование

- Болезненность на лице при постукивании в области пораженной пазухи.
- Гнойные выделения из носа.

Дифференциальная диагностика

- При односторонних гнойных выделениях из носа исключить инородное тело носа путем местного осмотра (передняя риноскопия).
- В сложных случаях исключить искривление носовой перегородки, гипертрофию аденоидов, объемные образования или полипы (с. 254).

Лечение

▶ Назначьте будесонид интраназально в течение 14 дней.

НЕ назначайте противоотечные или антигистаминные препараты либо системные кортикостероиды.

▶ Назначьте антибиотики в следующих случаях:

— системно – очень плохое самочувствие ребенка;

— симптомы и признаки серьезного заболевания и/или осложнений;

— высокий уровень риска осложнений при тяжелом заболевании (угнетение иммунитета, муковисцидоз).

- Назначьте амоксициллин перорально 30 мг/кг/прием 3 раза в сутки в течение 7–10 дней.
- Детям до 2 лет при тяжелом или продолжительном (свыше 30 дней) течении инфекции или безрезультатном применении амоксициллина в течение 48–72 часов назначьте амоксициллин с клавулановой кислотой или цефуроксим аксетил перорально (дозировки см. в приложении 4).

- При бета-лактамной аллергии (см. приложение 9):
  - — с гиперчувствительностью I типа (анафилаксией): азитромицин или кларитромицин перорально;
  - — без гиперчувствительности I типа: цефуроксим аксетил перорально.

▶ Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому:

- — промывать нос солевым раствором, чтобы облегчить симптомы заложенности;
- — при боли или высокой температуре (≥ 39 °C), если она причиняет ребенку дискомфорт, давать ибупрофен (желательно) или парацетамол (блок рекомендаций 25, с. 267);
- — симптомы обычно проходят через 2–3 недели без применения антибиотиков;
- — обратиться к врачу повторно, если состояние ребенка не улучшится через 2–3 недели (без применения антибиотиков) или через 2–3 дня (с применением антибиотиков). Обратиться раньше, если состояние ребенка ухудшится.

Направление к специалисту

Направьте в стационар ребенка с системным очень плохим самочувствием либо осложнениями, затрагивающими внутриглазничную, окологлазничную или внутричерепную области.

6.2.5 Заложенность носа

Заложенность носа – это распространенная жалоба, которая может быть вызвана различными причинами (таблица 36). Для постановки диагноза в основном используется сбор подробного анамнеза и физикальное обследование. При необходимости проведите переднюю риноскопию.

Таблица 36. Дифференциальная диагностика у ребенка с заложенностью носа

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Гипертрофия аденоидов (с. 255)	• Дыхание через рот • Храп может сопровождаться нарушениями дыхания во сне • Рецидивирующий острый средний отит
Ринит	• Атопия в анамнезе • Выделения из носа

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Синусит (с. 252)	• Заложенность носа и/или гнойные выделения из носа • Галитоз • Болезненные ощущения в зубах или лице при нажатии
Инородное тело носа (с. 589)	• Ребенок младшего возраста • Как правило, одностороннее нарушение носового дыхания
Искривление носовой перегородки (с. 256)	• Травма лица (носа) или хирургическая операция носа в анамнезе
Носовые полипы (с. 257)	• Полипы у членов семьи • Сопровождают муковисцидоз, хронический синусит или риносинусит

Гипертрофия аденоидов

Гипертрофия (увеличение) аденоидов является распространенной причиной заложенности носа у детей, вызывая нарушения носового дыхания. Она может быть вызвана вирусными или бактериальными инфекциями, а также неинфекционными факторами.

Признаки и симптомы

- Дыхание через рот.
- Гнойно-слизистые выделения из носа.
- Храп может сопровождаться нарушениями дыхания во сне (с. 650).
- «Аденоидное лицо» (возникает из-за продолжительного дыхания ртом): приоткрытый рот, удлиненная средняя часть лица, узкий нос, укороченная верхняя губа, узкое верхнее нёбо, скученность зубов.

Физикальное обследование

Проведите переднюю риноскопию, чтобы осмотреть аденоиды и исключить другие причины нарушения носового дыхания.

Лабораторные и инструментальные исследования

Проведение рентгенографии не требуется.

Лечение

Как правило, это состояние проходит самостоятельно без лечения, так как размер аденоидов уменьшается в старшем детском и подростковом возрасте.

При острой инфекции применяйте такое же лечение, как при тонзиллите (с. 249).

Направление к специалисту

При «аденоидном лице», повторных эпизодах инфекционных заболеваний (например среднего отита), нарушениях слуха или подозрении на нарушения дыхания во сне направьте ребенка к специалисту для оценки состояния, проведения дополнительных исследований и возможного проведения плановой аденоидэктомии.

Искривление носовой перегородки

Небольшие искривления носовой перегородки встречаются часто и обычно протекают бессимптомно. Более выраженные искривления носовой перегородки могут вызывать нарушение носового дыхания.

Анамнез

- Травма лица (носа) или хирургическая операция носа в анамнезе.
- Дыхание через рот.
- Ребенку легче дышать через одну из ноздрей.
- Громкое дыхание, храп во сне.
- Головная боль.

Физикальное обследование

Осмотрите носовую перегородку на предмет видимого искривления.

При наличии травмы в анамнезе исключите гематому носовой перегородки, которая выглядит как подвижный, обычно двусторонний (видимый из обеих ноздрей) отек внутри носовой перегородки.

Лечение и направление к специалистам

В большинстве случаев заболевание протекает бессимптомно и не требует лечения.

▶ При подозрении на гематому носовой перегородки немедленно

направьте ребенка в стационар.

- Если сильное искривление носовой перегородки причиняет ребенку дискомфорт, направьте ребенка к специалисту для оценки возможности проведения септопластики.

Носовые полипы

Носовые полипы – это мягкие безболезненные разрастания отечной и воспаленной слизистой оболочки носа. Наиболее распространенными причинами возникновения носовых полипов в детском возрасте являются муковисцидоз (с. 705) и хронический или рецидивирующий синусит (с. 252).

Анамнез

- Дыхание через рот, гнусавость.
- Иногда обильное истечение слизистых выделений из одной ноздри.
- Громкое дыхание, храп во сне.

Физикальное обследование

Осмотрите носовую полость на предмет присутствия блестящих серовато-розовых объемных образований.

Полипы, расположенные в задней части носовой полости, не видны при передней риноскопии.

Лабораторные и инструментальные исследования

Определите основную причину.

Исключите муковисцидоз (с. 705) у ребенка с носовыми полипами.

Лечение и направление к специалистам

- Назначьте кортикостероидный препарат (например, будесонид) в виде спрея интраназально (с. 985).
- При необходимости направьте ребенка к специалисту для подтверждения диагноза и основной причины.
- При полной обструкции носового дыхания и/или неконтролируемой ринорее направьте ребенка к специалисту для хирургического удаления полипов.

6.2.6 Эпистаксис (кровотечение из носа)

Эпистаксис (кровотечение из носа) у детей обычно возникает в сплетении Киссельбаха – зоне с большим количеством анастомозов на передней части перегородки носа. Как правило, выделяется венозная кровь, причем кровотечение длится недолго и часто бывает повторным.

Эпистаксис редко встречается у младенцев, но с возрастом частота этого явления возрастает: большинство подростков сталкивались с носовыми кровотечениями хотя бы один раз.

Эпистаксис может быть вызван:

- незначительными травмами от ковыряния в носу, потирания носа, чихания, кашля или напряжения;
- сухостью слизистой оболочки носа, обусловленной инфекциями верхних дыхательных путей, аллергическим ринитом, пересыханием слизистой оболочки, приемом стероидов интраназально;
- к более редким причинам относятся инородные тела, носовые полипы, геморрагический диатез, сосудистые патологии и опухоли носоглотки.

Анамнез

- Рецидивы или частые эпизоды.
- У ребенка легко возникают кровоподтеки.
- Инородное тело (ребенок младшего возраста, выделения с неприятным запахом из ноздри, в которой находится инородное тело).
- В анамнезе были кровотечения после хирургических вмешательств (например, удаления зубов, тонзиллэктомии, обрезания).
- Наличие в семейном анамнезе кровотечений, гиперменореи, рецидивирующих кровотечений из носа.
- Прием некоторых лекарств, например нестероидных противовоспалительных препаратов, спреев или капель для носа.

Лечение

- Оцените, представляет ли кровотечение угрозу для жизни, и при необходимости окажите экстренную помощь.
- Произведите остановку кровотечения из носа (см. рисунок).
- Если кровотечение вызвано пересыханием слизистой оболочки и трещинами на ней, назначьте вазелин до заживления.
- Указания по извлечению инородного тела из носа см. на с. 589.



Остановка кровотечения из носа
Попросите ребенка сесть в удобную позу и опустить голову. Зажмите пальцами переднюю часть носа и держите в течение 10 минут.

Направление к специалисту

Если кровотечения не поддаются остановке или повторяются часто, направьте ребенка к ЛОР-специалисту.

6.3 Высокая температура

6.3.1	**Высокая температура, сохраняющаяся до 7 дней**	**266**
	Менингит	272
	Грипп	274
	Паротит	276
	Герпетический гингивостоматит	277
	Герпетическая ангина	279
	Острая ревматическая лихорадка	279
6.3.2	**Высокая температура, сопровождающаяся сыпью**	**282**
	Корь	285
	Скарлатина	287
	Краснуха	289
	Инфекционная эритема	290
	Экзантема внезапная (розеола)	291
	Инфекционный мононуклеоз	292
	Болезнь Кавасаки	293
	Ветряная оспа (ветрянка)	295
	Вирусная пузырчатка полости рта и конечностей	297
6.3.3	**Высокая температура, сохраняющаяся свыше 7 дней**	**298**
	Абсцесс	303
	Бруцеллез	304
	Болезнь Лайма	306
	Возвратная клещевая лихорадка	308
	Риккетсиоз (средиземноморская пятнистая лихорадка)	309
6.3.4	**Рецидивирующая лихорадка**	**310**
	Семейная средиземноморская лихорадка	311
6.3.5	**Высокая температура у ребенка, прибывшего из-за границы**	**311**

Высокая температура – это базальная температура тела (измеряемая в слуховом проходе или прямой кишке) выше 38 °C. Все приведенные в данном справочнике цифры относятся к базальной температуре, если не указано иное. Температура, измеряемая в подмышечной впадине, ниже базальной приблизительно на 0,5 °C.

Высокая температура – не заболевание, а естественная реакция организма на противодействие инфекции (например, при кашле или простуде). В большинстве случаев высокая температура у детей не должна вызывать беспокойства, однако важно исключить угрожающие жизни состояния.



Высокая температура – это клинический признак, а не диагноз!



Исключите угрожающие жизни состояния (таблица 37) и при необходимости немедленно направьте ребенка к специалисту.

Анамнез

Узнайте, есть ли у ребенка:

- сонливость;
- ригидность затылочных мышц или боль в шее;
- конвульсии или судороги;
- головная боль;
- сколько дней держится высокая температура;
- высыпания на коже;
- боль при мочеиспускании;
- боль в животе;
- диарея или рвота;
- боль в ухе;
- утрата обоняния или вкуса;
- недавний контакт с больным, страдающим инфекционным заболеванием;
- недавняя поездка;
- статус вакцинации;
- наличие аллергий;
- а также какие лекарственные препараты принимает ребенок.

Физикальное обследование

Осмотрите все тело ребенка в поисках следующих признаков:

- *Общее состояние:* сонливость, бледность или цианоз кожных покровов, желтуха, лимфаденопатия.
- *Голова и шея:* выбухание родничка, ригидность затылочных мышц, отделяемое из уха или гиперемированная выпуклая барабанная перепонка при отоскопии, отек или болезненность при пальпации в области сосцевидного отростка, язвы в полости рта, энантема, внешний вид языка, коревая сыпь, увеличенные миндалины или гнойные выделения из них.
- *Грудь:* учащенное дыхание, шумы в сердце (примечание: шумы легочного кровотока часто присутствуют у детей с высокой температурой, см. с. 377).
- *Живот:* увеличение селезенки или печени, пальпируемые объемные образования, болезненность, боли в животе, поясничной или надлобковой области.
- *Конечности:* затруднение движений в суставе или всей конечности; горячие, отечные, гиперемированные, болезненные суставы.
- *Кожная сыпь:* пустулезные высыпания или признаки инфекции (покраснение, жар, отек, болезненность), пятнисто-папулезная сыпь, пурпура, петехии.

Таблица 37. Угрожающие жизни состояния, сопровождаемые высокой температурой

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Менингит (с. 272)	• Ригидность затылочных мышц • Выбухание родничка • Снижение уровня сознания • Головная боль • Конвульсии
Энцефалит	• Измененное состояние психики • Очаговые неврологические симптомы • Парциальные судороги • Снижение уровня сознания • Головная боль

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Сепсис (с. 869)	• Болезненный вид (заторможенность, бледность, вялость) без очевидной причины • Признаки шока: увеличенное время наполнения капилляров, гипотермия у ребенка младшего возраста • Пурпура, петехии (менингококковая инфекция) • Учащенное дыхание
Тяжелая пневмония (с. 213)	• Стонущее дыхание • Сильное втяжение уступчивых мест грудной клетки • Учащенное дыхание • Цианоз, насыщение крови кислородом < 90%
Миокардит (с. 374)	• Тахикардия, не соответствующая степени повышения температуры • Высокая температура • Боль в груди, дыхательная недостаточность • Признаки кардиогенного шока, аритмии, сердечной недостаточности (одышка, увеличение печени)
Перикардит (с. 373)	• Боль за грудиной (усиливается в положении лежа, ослабевает при наклоне вперед) • Шум трения перикарда, тахикардия • Ослабленные тоны сердца
Заглоточный абсцесс (с. 232)	• Боль в горле, затрудненное глотание, слюнотечение, приглушенный голос, неспособность говорить • Болезненность шейных лимфатических узлов • Обструкция дыхательных путей: стридор, учащенное дыхание
Перитонит (с. 894)	• Острая боль в животе • Напряженный живот, не участвующий в акте дыхания • Болезненность при пальпации живота • Шумы кишечной перистальтики ослаблены

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Тяжелое обезвоживание (с. 326)	• Запавшие глаза, медленное расправление кожной складки • Беспокойство, заторможенность, снижение уровня сознания
Тепловой (солнечный) удар (с. 873)	• Нахождение на солнце в анамнезе • Делирий, судороги, галлюцинации, атаксия, дизартрия, кома • Тахикардия, тахипноэ • Рвота, диарея
MIS-C (с. 221)	• Эритема, сыпь или отеки на ладонях или стопах, воспаление слизистых оболочек полости рта • Конъюнктивит • Признаки нарушения сердечных функций (например, перикардита) • Острые желудочно-кишечные расстройства • Контакт с больным COVID-19 или положительный тест на COVID-19 в анамнезе

COVID-19 – коронавирусная инфекция 2019 г.; MIS-C – мультисистемный воспалительный синдром у детей и подростков, связанный с COVID-19.

Дифференциальная диагностика

При дифференциальной диагностике необходимо учитывать продолжительность и рецидивирующий характер высокой температуры, поездки в анамнезе, наличие локальных симптомов и сыпи. В данном разделе применяется следующая классификация:

- Высокая температура, сохраняющаяся до 7 дней:
  - — без локальных симптомов (таблица 38, с. 268);
  - — с локальными симптомами (таблица 39, с. 269).
- Высокая температура, сопровождающаяся сыпью (таблица 41, с. 283).
- Высокая температура, сохраняющаяся свыше 7 дней (таблица 44, с. 299).
- Рецидивирующая высокая температура (таблица 45, с. 310).
- Высокая температура у ребенка, прибывшего из-за границы (таблица 46, с. 312).

Лечение состояний, сопровождающихся высокой температурой

Лечите ребенка, а не термометр!

НЕ назначайте эмпирическое лечение антибиотиками.
Высокая температура сама по себе не повод назначать антибиотики.

Основными сравнительно безопасными и эффективными препаратами, применяемыми для снижения температуры у детей, являются парацетамол и ибупрофен.

- Назначайте парацетамол и ибупрофен только тем детям, которые испытывают дискомфорт или стресс от высокой температуры.
- Применение жаропонижающих средств у детей, находящихся в бодром и активном состоянии, вероятнее всего, не даст хорошего эффекта.
- Используйте самую низкую эффективную дозу на протяжении минимально возможного срока.
- Объясните опекунам, как лечить ребенка с высокой температурой на дому (блок рекомендаций 25, с. 267).

Парацетамол 10–15 мг/кг каждые 4–6 ч или реже (максимум 60 мг/кг/сут или 4 г/сут). Парацетамол выпускается в форме суппозиториев для ректального введения, которые могут использоваться у детей с рвотой, снижением уровня сознания или судорогами.

НЕ назначайте парацетамол детям с нарушениями функции печени или **активным заболеванием печени**.

Ибупрофен 5–10 мг/кг каждые 6–8 ч (максимум 40 мг/кг/сут или 2400 мг/сут).

НЕ назначайте ибупрофен детям с желудочно-кишечными кровотечениями, тяжелым обезвоживанием или тяжелой формой астмы, поскольку он может вызывать гастрит, нарушения свертываемости крови, бронхиальную обструкцию и нарушения функции почек.

Другие препараты: аспирин не рекомендуется использовать в качестве жаропонижающего средства первого ряда, поскольку с его применением связывают возникновение синдрома Рея у детей младшего возраста.

НЕ назначайте аспирин детям с ветряной оспой, лихорадкой денге и другими геморрагическими заболеваниями.

НЕ назначайте прочие препараты (дипирон, фенилбутазон) вследствие их токсичности и неэффективности.

6.3.1 Высокая температура, сохраняющаяся до 7 дней

Самое главное — отличить инфекцию с возможными серьезными последствиями, которую обязательно нужно лечить, от легких заболеваний, сопровождающихся повышением температуры, которые проходят самостоятельно без лечения.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

Соберите подробный анамнез и проведите физикальное обследование (с. 261).

Лабораторные и инструментальные исследования

Как правило, если причина высокой температуры у детей старше 3 месяцев очевидна (например, при простуде или диарее), а **опасные признаки** (неспособность пить или сосать грудь, рвота после любого приема пищи, заторможенность, конвульсии или измененное состояние сознания) отсутствуют, в лабораторных и инструментальных исследованиях нет необходимости, так как они могут приводить к ложным результатам. Детей младше 3 месяцев с высокой температурой необходимо проверить на наличие тяжелых бактериальных инфекций (с. 199).

- При наличии признаков затрудненного дыхания проведите пульсоксиметрию.
- Проведите анализ мочи с помощью тест-полоски в следующих случаях:
  - — ребенок младшего возраста с очень высокой или высокой температурой, сохраняющейся на протяжении 24–48 часов, без каких-либо очаговых признаков или симптомов;
  - — присутствуют признаки или симптомы инфекции мочевыводящих путей (с. 413).
- Чтобы отличить бактериальную инфекцию от вирусной и принять решение о применении антибиотиков, проведите полный общеклинический анализ крови и проверьте уровень СРБ.
- Проведение других исследований (например, микроскопическое исследование и бактериологический посев мочи, бактериологический посев крови или люмбальная пункция для анализа спинномозговой жидкости) зависит от конкретных симптомов. Некоторые исследования проводятся по направлению другими специалистами.

Блок рекомендаций 25. Снижение высокой температуры в домашних условиях



Как ухаживать за ребенком с высокой температурой в домашних условиях

- Высокая температура – это не болезнь, а механизм защиты от инфекций.
- При высокой температуре (≥ 39 °C), если она причиняет ребенку дискомфорт или боль, давайте парацетамол или ибупрофен.
- Убедитесь, что вы даете ребенку правильную дозу препарата*:
  - Вес ребенка (кг): .....
  - Название препарата: .....
  - Доза: .....
  - Максимальное число доз в сутки: .....
- Убедитесь, что дозировка препарата соответствует назначенной.
- Парацетамол и ибупрофен имеют одинаковый обезболивающий и жаропонижающий эффект. Не сочетайте их между собой и не давайте попеременно.
- По возможности используйте градусник для измерения температуры.
- При очень высокой температуре ребенок должен находиться в теплом, но хорошо проветриваемом помещении и носить легкую одежду.
- Убедитесь, что ребенок получает более обильное питье, чем обычно, чтобы избежать обезвоживания.
- Если высокая температура сохраняется, придите на повторный прием через 2–3 дня.
- Обратитесь к врачу немедленно, если у ребенка появятся любые из следующих признаков:
  - неспособность пить или сосать грудь;
  - маленькие темно-красные пятнышки на коже, не исчезающие при растягивании прилегающей кожи;
  - ригидность затылочных мышц;
  - судороги, сонливость или потеря сознания;
  - учащенное или затрудненное дыхание.

* Впишите дозировки для парацетамола и ибупрофена (с. 265 и приложение 4).

Как ухаживать за ребенком с высокой температурой в домашних условиях (продолжение)



Когда у ребенка в следующий раз поднимется температура:

- При отсутствии тревожных признаков следуйте приведенным выше рекомендациям. Обращаться за срочной медицинской помощью нет необходимости.
- Если высокая температура сохраняется в течение 2–3 дней или у ребенка появляются какие-либо тревожные признаки, обратитесь к вашему лечащему врачу.
- При высокой температуре у ребенка младше 3 месяцев обратитесь к врачу в тот же день.

Дифференциальная диагностика

Высокая температура без локальных симптомов

Таблица 38. Дифференциальная диагностика при высокой температуре без локальных симптомов

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Инфекция мочевыводящих путей (с. 413)	• Распространенная причина повышения температуры у детей младшего возраста • Частое мочеиспускание или дизурия, ночное недержание мочи, если оно отсутствовало раньше • Боль в животе, болезненность в поясничной или надлобковой области • Рвота, отсутствие аппетита • Заторможенность, беспокойство
Повышение температуры как реакция на прием лекарств или вакцинацию	• Недавний прием лекарств или вакцинация • Мышечные боли • Стабильно повышенная температура без прочих симптомов • Снижение температуры до нормальной в течение 72 часов после прекращения приема лекарств (для некоторых лекарств – до 1 месяца)
Сепсис	См. таблицу 37 «Угрожающие жизни состояния», с. 262

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Брюшной тиф	• Недавняя поездка • Высокая температура, не спадающая на протяжении нескольких дней • Запор, рвота, боль в животе, болезненность при пальпации, транзиторная сыпь, увеличение печени или селезенки • У подростков может сопровождаться спутанностью сознания

Высокая температура с локальными симптомами

Таблица 39. Дифференциальная диагностика при высокой температуре с наличием локальных симптомов

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Высокая температура и кашель, выделения из носа, затрудненное дыхание	
Простуда (с. 210)	• Кашель, насморк • В целом ребенок выглядит хорошо • Затруднения дыхания отсутствуют
Риносинусит (с. 252)	• Кашель, головная боль • Гнойные выделения из носа • Болезненные ощущения и отечность лица, боль в горле
Пневмония (с. 213)	• Кашель • Учащенное дыхание • Втяжение нижней части грудной клетки, стонущее дыхание, раздувание крыльев носа
Грипп (с. 274)	• Кашель (обычно сухой, в сезон гриппа может быть сильным и продолжаться 2 недели и более) • Головная боль, боли в мышцах и суставах, общее недомогание • Боль в горле, насморк
COVID-19 (с. 217)	• Воздействие (контакт с больным) COVID-19 в анамнезе • Кашель, учащенное дыхание, втяжение нижней части грудной клетки • Утрата обоняния или вкуса

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Высокая температура, отечность лица	
Паротит (свинка) (с. 276)	• Мышечная боль, головная боль, общее недомогание • Затем возникает отек одной или обеих околоушных желез
Высокая температура и боль в ушах	
Острый средний отит (с. 243)	• Выбухающая барабанная перепонка, наличие экссудата в полостях среднего уха • У детей младшего возраста – беспокойство
Мастоидит (с. 248)	• Острый средний отит • Болезненная гиперемированная припухлость позади ушной раковины, которая сдвигает ушную раковину вперед
Высокая температура и боль во рту или горле	
Тонзиллит (с. 249)	• Боль в горле, боль при глотании • Увеличенные шейные лимфатические узлы • Петехии, везикулы, пленки на миндалинах
Инфекционный мононуклеоз (с. 292)	• Тонзиллярный фарингит • Общее недомогание, повышенная утомляемость, лимфаденопатия шейных узлов • Респираторные симптомы • Отек, увеличение селезенки и печени
Герпетический гингивостоматит (с. 277)	• Болезненные язвы во рту (похожие на афты), поражающие язык, десны и твердое нёбо • Увеличенные шейные и поднижнечелюстные лимфатические узлы • Галитоз
Герпетическая ангина (с. 279)	• Болезненные язвы во рту, поражающие заднюю часть полости рта, включая передние глоточные складки, язычок мягкого неба, миндалины и мягкое небо
Заглоточный абсцесс (с. 232)	См. таблицу 37 «Угрожающие жизни состояния», с. 262

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Высокая температура и диарея или боль в животе	
Гастроэнтерит (с. 319)	• Диарея • Рвота • Спазмы и боль в животе
Аппендицит	• Постоянная боль и болезненность при пальпации в правом нижнем квадранте живота • Тошнота, отсутствие аппетита, рвота
Гепатит (с. 485)	• Боль в животе • Болезненность при пальпации в правом верхнем квадранте живота, увеличенная печень • Желтуха, сопровождающаяся потемнением мочи
Высокая температура и боль/отечность суставов или кожи	
Септический артрит (с. 492)	• Сустав горячий, болезненный, опухший • Боли при движении и в покое • Отказ двигать пораженной конечностью или переносить тяжесть тела на больную ногу • Ограничение движений в суставе
Остеомиелит (с. 493)	• Подострое начало • Локальная болезненность и припухлость над пораженным участком кости • Локальная боль и боль при движении • Отказ двигать пораженной конечностью или переносить тяжесть тела на больную ногу
Инфекции кожи и мягких тканей (с. 460)	• Отечная гиперемированная кожа, болезненная и теплая на ощупь (флегмона) • Фурункулы и припухлости • Пустулы • Пиомиозит (гнойная инфекция мышц)
Острая ревматическая лихорадка (с. 279)	• Мигрирующие боли в суставах • Шумы в сердце, кардит • Ревматические подкожные узелки, ревматическая эритема • Хорея Сиденгама

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Высокая температура и шумы в сердце	
Миокардит (с. 374)	См. таблицу 37 «Угрожающие жизни состояния», с. 262
Перикардит (с. 373)	
Острая ревматическая лихорадка (с. 279)	См. выше
Высокая температура и изменение или снижение уровня сознания	
Менингит (с. 272)	См. таблицу 37 «Угрожающие жизни состояния», с. 262
Энцефалит	
Тепловой удар (с. 873)	

COVID-19 – коронавирусная инфекция 2019 г.

Менингит

Бактериальный менингит — это серьезное заболевание, которое является причиной высокой заболеваемости и смертности. Ни один клинический признак не является достаточно характерным, чтобы на его основе можно было уверенно поставить диагноз бактериального менингита, но лихорадка и судороги в анамнезе в сочетании с менингеальными знаками и нарушением сознания являются обычными признаками менингита. У детей с менингеальными знаками следует учитывать возможность наличия у них вирусного энцефалита или туберкулезного менингита.

Ранняя диагностика очень важна для проведения эффективного лечения.

Анамнез

- Судороги.
- Рвота.
- Неспособность пить или сосать грудь.
- Головная боль или боль в задней части шеи.
- Беспокойство.
- Светобоязнь.

- Недавно перенесенная черепно-мозговая травма.

Физикальное обследование

- Изменение уровня сознания.
- Ригидность затылочных мышц.
- Повторные судороги.
- Выбухание родничка у младенцев.
- Заторможенность.
- Беспокойство.
- Не бледнеющая при надавливании петехиальная сыпь или пурпура.
- Локальный паралич любой конечности.
- Признаки черепно-мозговой травмы, указывающие на возможность недавнего перелома костей черепа.



Обследование на наличие ригидности затылочных мышц у ребенка

Любые из перечисленных ниже признаков повышенного внутричерепного давления:

- Снижение уровня сознания.
- Неодинаковый размер зрачков.
- Ригидная поза.
- Неравномерное дыхание.
- Гипертония, сопровождаемая брадикардией или тахикардией.



Неодинаковый размер зрачков (анизокория) — признак повышенного внутричерепного давления

Опистотонус и ригидная поза — признак раздражения мозговых оболочек и повышенного внутричерепного давления

Лечение и направление к специалистам

Немедленно направьте ребенка в стационар для подтверждения диагноза и проведения дальнейшей терапии.

- Если госпитализация откладывается, как можно раньше введите первую дозу цефтриаксона 50 мг/кг в/м.

Грипп

Грипп — это острая респираторная инфекция, вызываемая вирусами гриппа. Серотипы А и В вируса гриппа вызывают сезонные эпидемии. Передача инфекции сезонного гриппа происходит легко и быстро воздушно-капельным путем или через контакт с руками, на которых находятся вирусы гриппа.

Диагностика

На основании клинической картины:

- Внезапное повышение температуры.
- Кашель (обычно сухой), может быть тяжелым и длиться 2 недели и более.
- Головная боль.
- Мышечные боли.
- Боли в суставах.
- Общее недомогание.
- Боль в горле.
- Насморк.

Осложнения

- Ларинготрахеит, трахеит.
- Бактериальная суперинфекция (*S. aureus, S. pneumoniae*).
- Пневмония (с. 213).
- Дыхательная недостаточность.

Лабораторные и инструментальные исследования

Для подтверждения диагноза возможно проведение диагностических экспресс-тестов либо анализов с выделением вируса или выявлением специфичной для гриппа рибонуклеиновой кислоты (РНК) методом ОТ-ПЦР из образцов выделений из зева, носа и носоглотки.

Лечение

- Объясните опекунам, как проводить поддерживающую терапию у ребенка с высокой температурой на дому (блок рекомендаций 25, с. 267), когда необходимо прийти на повторный прием и какие меры профилактики следует принимать при лечении на дому (блок рекомендаций 24, с. 220).

Направление к специалисту

Направьте в стационар для дальнейшего лечения и контроля ребенка, у которого имеются хронические заболевания, тяжелое или прогрессирующее клиническое состояние, связанное с подозреваемой или подтвержденной гриппозной инфекцией, а также какие-либо осложнения.

Профилактика

- Дети в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, а также дети с хроническими заболеваниями должны ежегодно проходить вакцинацию против гриппа (с. 81). Сверьтесь с национальным календарем прививок, действующим в вашей стране.

Паротит

Паротит (свинка) – это остро протекающее заболевание, вызываемое парамиксовирусом. Вирус паротита распространяется контактным и воздушно-капельным путем. Обычно паротит полностью проходит самостоятельно без лечения приблизительно в течение недели. Дети с паротитом контагиозны приблизительно за 2 дня до начала припухлости околоушных слюнных желез и до 9-го дня после начала припухлости.

Диагностика

На основании клинической картины:

- Отек одной или обеих околоушных желез.
- Отек остальных слюнных желез (в 10% случаев).
- Мышечные боли.
- Головная боль.
- Общее недомогание.
- Субфебрильная температура.



Нормальный размер околоушной железы

Отек околоушной железы

Осложнения

- Орхит (наблюдается у 20% мужчин половозрелого возраста, может приводить к нарушениям фертильности).
- Паротитный менингит (в 15% случаев), паротитный энцефалит, нейросенсорная глухота.
- Панкреатит (в 4% случаев).

Лабораторные и инструментальные исследования

При неосложненном течении заболевания никакие лабораторные исследования не требуются.

Лечение

Какого-либо специфического лечения паротита не существует.

- Объясните опекунам, как проводить поддерживающую терапию на дому (блок рекомендаций 25, с. 267), когда необходимо прийти на повторный прием и какие общие меры профилактики следует принимать (блок рекомендаций 24, с. 220).

Профилактика

Важнейшим методом профилактики паротита является вакцинация (с. 81).

Герпетический гингивостоматит

Гингивостоматит – это наиболее распространенное у детей проявление инфицирования ВПГ. Чаще всего первичная инфекция возникает у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, однако вирус может поразить ребенка любого возраста. Передача инфекции происходит при непосредственном контакте с инфицированными выделениями или повреждениями кожи либо слизистых оболочек.

Диагностика

На основании клинической картины:

- Болезненные язвы во рту (напоминающие афты), которые поражают язык, десны и твердое нёбо, кровоточат при легком прикосновении, вызывают слюнотечение и заставляют ребенка отказываться от еды и питья.
- Везикулярные поражения вокруг рта, которые могут распространяться на лицо и подбородок.
- Увеличение лимфатических узлов (шейных и подчелюстных).
- Галитоз.
- Высокая температура, беспокойство, общее недомогание, головная боль.

Осложнения

Обезвоживание, герпетический кератит, герпетический панариций (ногтоеда), вторичная бактериальная инфекция, герпетический энцефалит, эзофагит.

Лечение

- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому (блок рекомендаций 26) и проконсультируйте их о снижении температуры и обезболивании с помощью парацетамола и ибупрофена (блок рекомендаций 25, с. 267).
- Рассмотрите возможность назначить местные анестетики для полости рта (например, гель с лидокаином), чтобы на короткое время смягчить симптомы и облегчить прием пищи.
- Рассмотрите возможность назначить ацикловир перорально в течение 5–7 дней (дозировки см. в приложении 4) только в первые 72 часа после начала заболевания.

Блок рекомендаций 26. Лечение поражений полости рта в домашних условиях

Как ухаживать за ребенком с поражениями полости рта в домашних условиях

Как правило, поражения полости рта у ребенка не требуют лечения и проходят самостоятельно через 7–10 дней.

- Чтобы ребенок мог есть, не испытывая боли, проведите местное обезболивание:
  - Очистите рот ребенка: оберните палец чистой мягкой тканью, смочите ее в соленой воде и протрите полость рта.
  - Нанесите на поражения полости рта рекомендованный врачом гель с анестетиком.
  - Если ребенок достаточно взрослый, чтобы промывать или полоскать рот жидкостью, попросите его полоскать рот теплой соленой водой 3–4 раза в день.
  - Нанесите на губы ребенка вазелин или другое смягчающее средство.
- При боли или высокой температуре (≥ 39 °C), если она причиняет ребенку дискомфорт, дайте парацетамол или ибупрофен.
- Убедитесь, что ребенок получает более обильное питье, чем обычно, и не давайте ему острую, соленую и горячую пищу в течение 7–10 дней.
- Придите на повторный прием через 2–3 дня или раньше, если состояние ребенка ухудшится либо он не сможет пить или сосать грудь.

Направление к специалисту

Незамедлительно направьте в стационар ребенка, который не может пить, имеет осложнения или сниженный иммунитет.

Герпетическая ангина

Герпетическую ангину вызывает группа энтеровирусов человека А, в основном вирус Коксаки А.

Диагностика

На основании клинической картины:

- Множественные болезненные язвы во рту, поражающие заднюю часть полости рта, включая глотку, язычок, миндалины и мягкое нёбо. Иногда заболевание затрагивает и другие части полости рта, включая слизистую оболочку щек и язык.
- Высокая температура.
- Обезвоживание, вызванное недостаточным потреблением жидкости по причине боли при глотании.

Осложнения

Асептический менингит, энцефалит и острый вялый паралич, энцефалит ствола головного мозга (особенно у пациентов с иммунодефицитом).

Лечение

Лечение в целом носит поддерживающий характер.

- ▶ Объясните опекунам, как ухаживать за ребенком с язвами во рту в домашних условиях (блок рекомендаций 26).

Острая ревматическая лихорадка

Острая ревматическая лихорадка – это аномальная иммунная реакция, развивающаяся после стрептококковой инфекции группы А, обычно носоглотки (тонзиллит, с. 249). Чаще всего это заболевание встречается у детей и подростков в возрасте 5–14 лет.

Диагностика

При острой ревматической лихорадке обычно наблюдаются следующие симптомы:

- Высокая температура.
- «Мигрирующий» артрит крупных суставов (при котором боль возникает в одном суставе, а затем «переходит» на другой).
- Тахикардия.
- Иногда признаки кардита.

Диагностика осуществляется на основе критериев Киселя – Джонса (таблица 40).

- Первичная острая ревматическая лихорадка: 2 больших признака или 1 большой + 2 малых признака.
- Рецидивирующая острая ревматическая лихорадка (после первых эпизодов): 2 больших признака или 1 большой + 2 малых признака или 3 малых признака.

Таблица 40. Критерии Киселя – Джонса

	Популяции с низким уровнем риска	**Популяции со средним и высоким уровнем риска**
Анамнез	Подтверждение перенесенной инфекции, вызванной стрептококками группы А	
Большие признаки	• Кардит (клинический или субклинический) • Хорея Сиденгама (аномальные движения конечностей) • Ревматическая эритема (сыпь) • Ревматические подкожные узелки	
	• Полиартрит (боли и отеки в нескольких суставах)	• Артрит (боли и отеки в одном или нескольких суставах)
Малые признаки	• Полиартралгия (боли в суставах, не сопровождающиеся отечностью) • Температура выше 38,5 °С • СОЭ выше 60 мм/ч или СРБ выше 3,0 мг/дл • Удлинение интервала PR после учета поправки на возраст, если в число больших признаков не входит кардит	• Моноартралгия • Температура выше 38,0 °С • СОЭ выше 30 мм/ч или СРБ выше 3,0 мг/дл • Удлинение интервала PR после учета поправки на возраст, если в число больших признаков не входит кардит

СОЭ – скорость оседания эритроцитов, СРБ – С-реактивный белок.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Кровь: СОЭ, СРБ, определение титра антистрептолизина О и антидезоксирибонуклеазы В.
- Мазок из ротоглотки на стрептококк группы А.
- Электрокардиограмма (ЭКГ).
- Эхокардиограмма для выявления кардита.
- Рентгенография грудной клетки на наличие признаков сердечной недостаточности.

Лечение

- Назначьте феноксиметилпенициллин (пенициллин V) перорально в течение 10 дней или бензатин пенициллин в/м однократно (с. 251).
- Для облегчения болей в суставах назначьте ибупрофен (или другой нестероидный противовоспалительный препарат, например напроксен) 5–10 мг/кг 3 раза в сутки до исчезновения симптомов, обычно в течение 1–2 недель.
- Хорея Сиденгама обычно проходит в течение нескольких месяцев без лечения. При тяжелых аномалиях движений можно использовать карбамазепин.
- Для снижения риска повторения эпизодов в будущем и развития ревматической болезни сердца (с. 690) проведите вторичную профилактику антибиотиками.

Направление к специалисту

Направьте ребенка к специалисту для постановки диагноза и проведения исследований. Направьте в стационар ребенка с сердечной недостаточностью.

Немедленно направьте к специалисту для подтверждения диагноза и проведения дальнейшей терапии ребенка с подозрением на острую ревматическую лихорадку.

6.3.2 Высокая температура, сопровождающаяся сыпью

! Не бледнеющая сыпь (не исчезающая при нажатии стеклянным шпателем и различимая сквозь него), например петехии, у ребенка с нездоровым видом и высокой температурой может быть признаком менингококковой инфекции. Она требует немедленного направления в стационар, а если госпитализация откладывается – начала антибиотикотерапии (цефтриаксон 50 мг/км в/м).

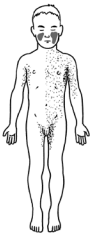
У детей младшего возраста высокая температура, сопровождающаяся сыпью, обычно бывает вызвана вирусной инфекцией. Наиболее распространенные причины высокой температуры с сыпью у детей приведены в таблице 41. Другие заболевания, сопровождающиеся сыпью с повышением температуры или без него, см. в разделе 6.14 на с. 450.

- Тщательно соберите анамнез и проведите полное физикальное обследование. Как правило, в проведении исследований для определения патогена нет необходимости.
- При отсутствии опасных признаков (неспособность пить или сосать грудь, рвота после любого приема пищи, заторможенность, конвульсии или измененное состояние сознания) проведите поддерживающую терапию и объясните опекунам, как ухаживать за ребенком с высокой температурой на дому (блок рекомендаций 25, с. 267).

Таблица 41. Дифференциальная диагностика при высокой температуре, сопровождаемой сыпью

Диагноз	Возраст	Предшествующее состояние	Температура	Сыпь	Прочие признаки
Корь (с. 285)	Любой	Кашель/простуда	Высокая	Пятнисто-папулезная сыпь (см. подробно на следующей странице)	Коревая сыпь Покраснение глаз Кашель, диарея, воспаление слизистых оболочек
Скарлатина (с. 287)	4–10 лет	Тонзиллит	Высокая на протяжении 1–2 дней	Пятнисто-папулезная сыпь (см. подробно на следующей странице)	Малиновый язык Петехии на верхнем нёбе
Краснуха (с. 289)	Любой	Нет или умеренный кашель/простуда	Субфебрильная	Пятнисто-папулезная сыпь (см. подробно на следующей странице)	Лимфаденопатия затылочной, задне-шейной и околоушной областей
Инфекционная эритема (с. 290)	Школьный возраст	Нет или умеренный кашель/простуда	Субфебрильная или нормальная	Пятнисто-папулезная сыпь (см. подробно на следующей странице)	–
Экзантема внезапная (с. 291)	6–24 месяца	Нет	Высокая на протяжении 3 дней	Пятнисто-папулезная сыпь (см. подробно на следующей странице)	Температура резко снижается, затем появляется сыпь
Болезнь Кавасаки (с. 293)	< 5 лет	Нет	Высокая на протяжении более 5 дней	Генерализованная Полиморфная Затрагивает ладони и подошвы Отечность кистей и стоп	Покраснение глаз Лимфаденопатия шейной области Изменения слизистой оболочки рта
Ветряная оспа (с. 295)	< 10 лет	Умеренное повышение температуры и общее недомогание	Слабая	Везикулярная сыпь (см. подробно на следующей странице)	Головная боль, мышечные боли
Вирусная пузырчатка полости рта и конечностей (с. 297)	Школьный возраст	Нет или умеренное повышение температуры и общее недомогание	Слабая	Везикулярная сыпь вокруг рта, на ладонях и подошвах	Небольшие язвы на слизистой оболочке рта и языке

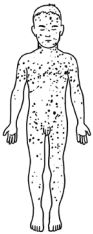












Корь	Скарлатина	Краснуха	Инфекционная эритема	Экзантема внезапная	Ветряная оспа
Сыпь возникает на лице за ушами и распространяется по задней стороне тела Сливная Затрагивает ладони и подошвы	Мелкоточечная сыпь возникает на шее и распространяется на туловище и конечности Выраженная в кожных складках (паховые складки, подмышечные впадины) Отсутствует вокруг рта Затрагивает ладони и подошвы	Сыпь возникает на лице и распространяется по задней стороне тела (от периферии к центру) Не сливная Не затрагивает ладони и подошвы	На лице возникает красная макулярная сыпь (по типу «пощечины»), а затем на теле и конечностях появляется сыпь в виде сетки, сопровождающаяся сравнительной бледностью области вокруг рта Не затрагивает ладони и подошвы	В основном на шее и туловище, немного затрагивает лицо и конечности Не сливная Не затрагивает ладони и подошвы	Зудящая сыпь появляется на шее и туловище (включая волосистую часть головы), распространяется от периферии к центру, не затрагивает ладони и подошвы Может поражать слизистую оболочку Все стадии одновременно: пятнисто-папулезная сыпь, везикулы, окруженные венчиком гиперемии, корочки

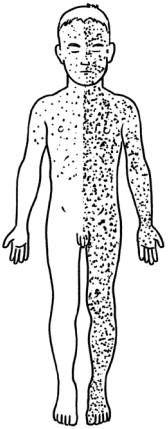
Корь

Корь — это высококонтагиозное вирусное заболевание с серьезными осложнениями и высоким уровнем смертности. У младенцев в возрасте до 3 месяцев корь встречается редко. На фоне расширения масштабов вакцинации корь поражает детей старшего возраста и невакцинированных взрослых.

Диагностика

На основании клинической картины:

- Высокая температура (иногда сопровождаемая фебрильными судорогами).
- Генерализованная пятнисто-папулезная сыпь.
  - — Небольшие белые пятнышки на внутренней стороне щек (коревая сыпь), возникающие непосредственно перед появлением генерализованной сыпи.
  - — Сыпь обычно возникает на лице и верхней части шеи и распространяется на руки и ноги в течение 3 дней (см. рисунок). Она держится на протяжении 5–6 дней, а затем постепенно проходит.
- Дополнительно – один из следующих признаков: кашель, насморк или покраснение глаз и рта.
- Отсутствует документально подтвержденная вакцинация против кори.



Корь
Ранняя (слева) и поздняя (справа) стадии появления сыпи

Осложнения

Тяжелые осложнения чаще возникают у детей младше 5 лет. Осложнения включают в себя кровавую (с. 329) или упорную диарею и связанное с ней обезвоживание (с. 333), средний отит (с. 243) или пневмонию (с. 213). Тяжелая форма кори чаще поражает детей младшего возраста, получающих недостаточное питание (особенно при дефиците витамина А), а также детей с ослабленным иммунитетом на фоне ВИЧ или других заболеваний. При обследовании обращайте внимание на такие признаки осложнений, как:

- заторможенность или отсутствие сознания;
- помутнение роговицы;

- глубокие или обширные язвы в ротовой полости;
- пневмония (с. 213);
- обезвоживание вследствие диареи (с. 319);
- стридор вследствие коревого крупа.
- тяжелое нарушение питания.

Лабораторные и инструментальные исследования

Лабораторные исследования не требуются. При сомнениях подтвердить диагноз может серологический тест на антитела к иммуноглобулину класса М (IgM).

Лечение

Специфической противовирусной терапии против вируса кори не существует.

- Дети с подозрением на корь должны быть изолированы.
- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии у ребенка с высокой температурой на дому и запишите их на повторный прием через 2–3 дня (блок рекомендаций 25, с. 267).
- Обеспечьте поддерживающий уход, включая надлежащее питание, достаточный объем жидкости и регидратационную терапию с помощью оральных регидратационных солей (ОРС). Всем детям с корью назначьте две дозы витамина А (дозировки см. в приложении 4) с интервалом в 24 часа.

Лечите осложнения кори:

- Язвы в полости рта: объясните опекунам, как ухаживать за ребенком с язвами во рту на дому (блок рекомендаций 26, с. 278). Если язвы во рту большие и/или имеют неприятный запах, назначьте амоксициллин перорально (25 мг/кг 2 раза в сутки) и метронидазол перорально (7,5 мг/кг 3 раза в сутки) в течение 5 дней.
- Пневмония: назначьте всем детям с корью и признаками пневмонии антибиотики, которые обычно назначают при пневмониях (с. 213).
- Коревой круп (с. 229): проводите поддерживающее лечение. Не давайте кортикостероиды.
- Осложнения неврологического характера: судороги, чрезмерная сонливость, нарушение сознания или кома могут быть симптомами энцефалита или тяжелого обезвоживания. Определите степень обезвоживания ребенка и назначьте соответствующее лечение (с. 319).

Лечение судорог описано на схеме 13 (с. 858), а уход за ребенком, находящимся в бессознательном состоянии, – на схеме 12 (с. 857).

- Лечите любую присутствующую инфекцию глаз. Если выделения из глаз прозрачные и водянистые, лечение не требуется. Если выделения гнойные, очистите глаза с помощью прокипяченного ватного тампона или чистой тканью, смоченной в чистой воде. Закладывайте тетрациклиновую глазную мазь 3 раза в день в течение 7 дней. Никогда не используйте кортикостероидную мазь. Используйте защитную глазную подушечку для предупреждения других инфекций. Если улучшение не наступает, направьте ребенка к офтальмологу.
- При ведении больных с прочими осложнениями следуйте рекомендациям, приведенным в других разделах данного справочника (см. ссылки на номера страниц в перечне осложнений выше).

Последующее наблюдение

Назначьте повторный прием для оценки состояния ребенка через 2–3 дня, чтобы посмотреть, улучшается ли состояние ротовой полости или глаз, и исключить любые тяжелые осложнения кори.

Направление к специалисту

Направьте ребенка в стационар при появлении любых осложнений (см. выше) либо любого из следующих признаков тяжелой коревой инфекции или осложнений: неспособность пить или сосать грудь, рвота после любого приема пищи, конвульсии.

Профилактика

Вакцинация против кори (с. 81).

Скарлатина

Эта инфекция чаще всего возникает зимой и весной после попадания стрептококка группы А в ротоглотку или на кожу. Скарлатина передается от человека к человеку воздушно-капельным путем или при непосредственном контакте со слизистыми выделениями, слюной или кожей инфицированных людей.

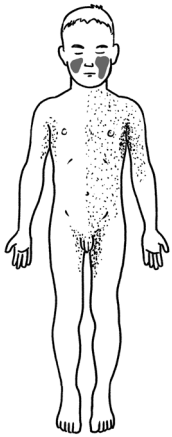
Диагностика

На основании клинической картины:

- Высокая температура.
- Боль в горле или кожная инфекция.
- Сыпь: мелкие приподнятые папулы, мелкоточечная сыпь, которая сначала появляется в паху и подмышечных впадинах, а затем распространяется на туловище и конечности и сгущается в кожных складках. Обычно не затрагивает область вокруг рта. Через 2–7 дней после появления сыпи кожа начинает шелушиться.
- Малиновый язык, петехии на верхнем нёбе, воспаление язычка.

Другие клинические признаки могут включать в себя следующие:

- боль в животе, тошнота, затруднения при приеме пищи.



Скарлатина
Ранняя (слева) и поздняя

Осложнения

При скарлатине возможны следующие осложнения:

- Острая ревматическая лихорадка (с. 279).
- Острое заболевание почек (см. постстрептококковый гломерулонефрит, с. 406).
- Реактивный артрит (с. 492).

Лабораторные и инструментальные исследования

- При необходимости подтвердить диагноз проведите экспресс-тест на антигены к стрептококку.

НЕ назначайте стандартные неспецифические лабораторные анализы.

Лечение

▶ Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии у ребенка с высокой температурой на дому и сообщите, когда они должны прийти на повторный прием (блок рекомендаций 25, с. 267).

- Назначьте феноксиметилпенициллин (пенициллин V) перорально: детям до 1 года 125 мг/сут, детям в возрасте 1–5 лет 250 мг/сут, детям в возрасте 6–12 лет 500 мг/сут в 2 приема в сутки или амоксициллин перорально 50 мг/кг/сут в 1 или 2 приема в сутки в течение 10 дней.
- При аллергии на пенициллин:
  - с гиперчувствительностью I типа (анафилаксией): эритромицин или другой макролид перорально; **НЕ** назначать азитромицин.
  - без гиперчувствительности I типа: цефадроксил или цефалексин перорально.

Краснуха

Вирус распространяется в организме человека в течение 5–7 дней. Симптомы обычно появляются через 2–3 недели после заражения. Наиболее инфекционный период наступает обычно за 1–5 дней до и через 1–5 дней после появления сыпи.

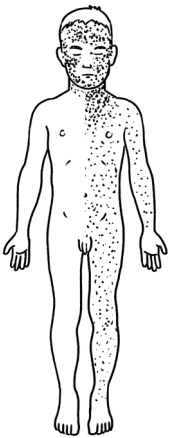
Диагностика

На основании клинической картины:

- Точечная пятнисто-папулезная сыпь розового цвета, которая появляется в 50–80% случаев, обычно сначала выступает на лице и шее, затем в течение 24 часов опускается ниже по телу и держится 1–3 дня.
- Кашель, боль в горле, насморк.
- Субфебрильная температура (ниже 39 °C).
- Тошнота.
- Лимфаденопатия (особенно задне-шейной, околоушной и подзатылочной областей).
- Конъюнктивит.
- Боли в суставах.

Лабораторные и инструментальные исследования

Лабораторные исследования не требуются.



Краснуха
Ранняя (слева) и поздняя (справа) стадии появления сыпи

Лечение

Симптоматическое, специфического лечения не существует.

- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии у ребенка с высокой температурой на дому и сообщите, когда они должны прийти на повторный прием (блок рекомендаций 25, с. 267).

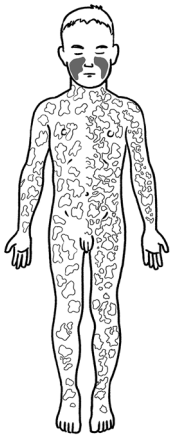
Инфекционная эритема

Инфекцию вызывает парвовирус группы B19.

Диагностика

На основании клинической картины, которая может варьироваться в широких пределах.

- Эритематозно-папулезная сыпь, сопровождающаяся сравнительной бледностью области вокруг рта, которая обычно возникает на лице (так называемая сыпь по типу «пощечины»), а затем на теле и конечностях появляется сыпь в виде сетки.
- Гриппоподобные симптомы (головная боль, общее недомогание, насморк и диарея).
- Артралгия.



Инфекционная эритема
Ранняя (слева) и поздняя (справа) стадии появления сыпи

Лабораторные и инструментальные исследования

Лабораторные исследования не требуются.

Лечение

Отсутствует; инфекционная эритема – это заболевание, проходящее самостоятельно без лечения.

- При необходимости рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии у ребенка с высокой температурой на дому (блок рекомендаций 25, с. 267).

Экзантема внезапная (розеола)

Чаще всего инфекцию вызывает вирус герпеса человека 6-го типа, но встречаются и другие вирусы, например вирус герпеса человека 7-го типа, энтеровирусы и аденовирусы.

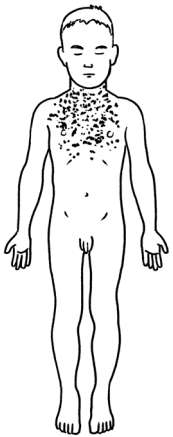
Диагностика

На основании клинической картины:

- Высокая температура на протяжении 3–5 дней, которая обычно резко снижается, а затем появляется сыпь.
- Сыпь: эритематозная, бледнеющая, пятнистая или пятнисто-папулезная, чаще всего возникающая на шее и туловище и распространяющаяся на руки и ноги.

К прочим признакам относятся:

- Лимфаденопатия.
- Эритема барабанных перепонок (без экссудата).
- Беспокойство.
- Симптомы со стороны верхних дыхательных путей.



Экзантема внезапная

Лабораторные и инструментальные исследования

Лабораторные исследования не требуются.

Лечение

Специфического лечения не существует.

- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии у ребенка с высокой температурой на дому (блок рекомендаций 25, с. 267).

Инфекционный мононуклеоз

Инфекционный мононуклеоз, который также называют железистой лихорадкой или «болезнью поцелуев», вызывается вирусом Эпштейна – Барр (ВЭБ). Большинство случаев заражения ВЭБ протекают субклинически и обычно встречаются у подростков старшего возраста и молодых взрослых. Комплекс клинических признаков, вызванных не ВЭБ (а, например, ЦМВ, вирусом герпеса 6-го типа или ВИЧ), носит название мононуклеозного синдрома.

Диагностика

- Лимфаденопатия, в основном шейной области.
- Боль в горле, экссудативный фарингит с выделением белого, серо-зеленого или некротического тонзиллярного экссудата; галитоз.
- Высокая температура, которая может держаться 1–2 недели.
- Повышенная утомляемость, иногда постоянная и тяжелая.
- Увеличение печени и селезенки.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Лейкоцитарная формула: лимфоцитоз со значительной долей атипичных лимфоцитов.
- Для подтверждения диагноза может быть проведено исследование на наличие гетерофильных антител, диагностический экспресс-тест или серологический тест на ВЭБ.

Лечение

Лечение симптоматическое, специфической терапии не существует.

НЕ назначайте амоксициллин. Инфекционный мононуклеоз легко спутать с тонзиллитом или скарлатиной, при этом амоксициллин может вызвать генерализованную кожную сыпь.

- Объясните опекунам, как лечить ребенка с высокой температурой на дому и сообщите, когда они должны прийти на повторный прием (блок рекомендаций 25, с. 267). Помимо рекомендаций, перечисленных в рамке, не забудьте сообщить им следующую информацию:
  - — если у ребенка увеличена селезенка, важно избегать любых действий, связанных с риском травмирования брюшной полости (это может привести к разрыву селезенки);
  - — повышенная утомляемость может сохраняться в течение нескольких недель.

Болезнь Кавасаки

Болезнь Кавасаки – это часто встречающееся воспалительное заболевание сосудов, которое в основном поражает детей в возрасте до 5 лет. В развитых странах болезнь Кавасаки является наиболее распространенной причиной возникновения приобретенных пороков сердца у детей. Без лечения она приводит к образованию аневризм коронарных артерий приблизительно в 25% случаев. Важное значение имеет своевременная диагностика и раннее начало лечения.

Диагностика

На основе диагностических критериев (таблица 42). Если ребенок не соответствует диагностическим критериям классической формы болезни Кавасаки, не исключайте возможность атипичной формы заболевания (таблица 43).

Таблица 42. Диагностические критерии классической формы болезни Кавасаки

Высокая температура, сохраняющаяся минимум **5 дней***, не имеющая другого объяснения и сопровождаемая хотя бы четырьмя** из приведенных ниже клинических критериев:

- Конъюнктивит: двусторонний, бульбарный, негнойный.
- Увеличение шейных лимфоузлов: обычно одиночный узел диаметром 1,5 см или более.
- Сыпь: полиморфная, без везикул или корочек.
- Изменения губ или слизистых оболочек ротовой полости: хейлит («заеды», покраснение и растрескивание губ), малиновый язык, диффузная эритема ротоглотки.
- Изменения на конечностях: сначала эритема и отек ладоней и подошв, затем шелушение на подушечках пальцев рук и ног.

* При наличии четырех и более клинических критериев постановка диагноза возможна после 3–4 дней высокой температуры.

** При наличии аномалий коронарной артерии диагноз следует считать подтвержденным даже в случае присутствия менее четырех критериев.

Таблица 43. Диагностические критерии неполной или атипичной формы болезни Кавасаки

Высокая температура, сохраняющаяся минимум **5 дней**, не имеющая другого объяснения и сопровождаемая 2–3 клиническими критериями (таблица 42). Высокая температура у детей грудного возраста, сохраняющаяся минимум 7 дней и не имеющая другого объяснения,
И СРБ выше 3,0 мг/дл или СОЭ от 40 мм/ч
И как минимум 3 из следующих результатов лабораторных исследований: • анемия с учетом возраста; • уровень тромбоцитов ≥ 450 000 после 7-го дня высокой температуры; • альбумин ≤ 3,0 г/дл; • повышенный уровень АЛТ; • лейкоцитоз ≥ 15 000/мм^3; • лейкоцитурия (≥ 10 лейкоцитов в поле зрения); **или** положительный результат эхокардиографии (выявлены специфические признаки).

АЛТ – аланинтрансаминаза, СОЭ – скорость оседания эритроцитов, СРБ – С-реактивный белок.

К другим признакам относятся: сильное беспокойство, артрит, диарея, рвота, боли в животе, гепатит, желтуха, асептический менингит.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Полный общий анализ крови, включая количество лейкоцитов и тромбоцитов, уровень трансаминаз, маркеры воспаления (СРБ, СОЭ).
- Как правило, анализ показывает лейкоцитоз и тромбоцитоз, повышение уровня трансаминаз и лабораторные признаки острой фазы воспаления.
- Эхокардиография для оценки поражения сердца.

Осложнения

Аномалии коронарных артерий, снижение сократительной способности миокарда, шоковый синдром, неврологические нарушения (например, потеря слуха).

Направление к специалисту

Направьте к специалисту или в стационар всех детей с подозрением на болезнь Кавасаки.

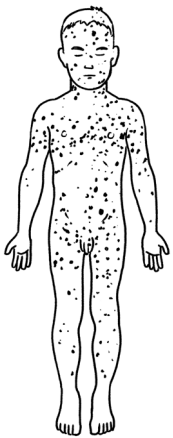
Последующее наблюдение

После обратного направления или выписки из стационара обеспечьте надлежащее последующее наблюдение. Ведение заболевания в основном сосредоточено на профилактике и лечении аномалий и тромбоза коронарных артерий путем внутривенного (в/в) введения иммуноглобулина (осуществляется специалистом или в больнице) и приема аспирина.

- Назначьте ацетилсалициловую кислоту (аспирин) в низкой дозировке (3–5 мг/кг/прием 1 раз в сутки) как антиагрегантное средство в течение нескольких недель до нормализации числа тромбоцитов и результатов эхокардиографии.
- Проведите повторную эхокардиографию в соответствии с планом, составленным специалистом.

Ветряная оспа (ветрянка)

Ветряная оспа – это остро протекающее высококонтагиозное заболевание, вызываемое вирусом ветряной оспы (ВВО). Передача вируса происходит воздушно-капельным, аэрозольным или контактным путем, а также косвенно – при прикосновении к недавно контаминированным предметам. Обычно пациенты контагиозны за несколько дней до появления сыпи и до момента, пока высыпания не покроются корочкой.



Ветряная оспа

Диагностика

На основании клинической картины:

- Сильно зудящая сыпь:
  - — поражения на различных стадиях: пятнисто-папулезные, везикулярные и даже пустулезные, центральный некроз и раннее образование корочек;
  - — обычно сначала появляется на волосистой части головы и лице;

- — распространяется на туловище и конечности в направлении от центра к периферии, но не затрагивает ладони и подошвы;
- — может поражать слизистые оболочки (афтозные язвы на деснах, нижней стороне языка, нёбе, ротоглотке);
- — все корочки отпадают приблизительно на 7–10 день.

- Общее недомогание.
- Фарингит.
- Отсутствие аппетита.

Лабораторные и инструментальные исследования

Лабораторные исследования не требуются.

Осложнения

В число осложнений входит пневмонит или энцефалит, вызываемый ВВО. После заражения вирус сохраняется в латентной форме в нервных ганглиях; при последующей реактивации ВВО приводит к возникновению опоясывающего герпеса (опоясывающего лишая).

Лечение

- Если сыпь сильно зудит, назначьте антигистаминный препарат (например, лоратадин) перорально в течение 2–3 дней.
- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому (блок рекомендаций 27).

Направление к специалисту

Если у ребенка снижен иммунитет (например, при онкологическом заболевании или ВИЧ), направьте его в стационар для дальнейшей оценки состояния и проведения терапии, в том числе ацикловиром.

Профилактика

Для профилактики ветряной оспы проводится иммунизация (с. 81).

Блок рекомендаций 27. Лечение ветряной оспы в домашних условиях

Как ухаживать за ребенком с ветряной оспой в домашних условиях



- Для снижения зуда используйте лосьон каламин.
- Одевайте ребенка в одежду с длинными рукавами и штанинами и коротко подстригайте ему ногти, чтобы он не расчесывал зудящие места (это снизит риск инфекций и образования рубцов).
- Попросите ребенка не расчесывать поврежденные участки кожи.
- При высокой температуре (≥ 39 °C), если она причиняет ребенку дискомфорт, давайте парацетамол.
- Обеспечьте ребенку более обильное питье, чем обычно.
- Обратитесь к врачу повторно, если температура не снизится через 2–3 дня, ребенку станет хуже или он не сможет пить или сосать грудь.

Вирусная пузырчатка полости рта и конечностей

Один и тот же синдром высокой температуры и сыпи у детей может проявляться двояко: как вирусная пузырчатка полости рта и конечностей или как герпетическая ангина (с. 279). Оба заболевания часто встречаются у детей и вызываются группой энтеровирусов человека А. Характерным признаком герпетической ангины является поражение, затрагивающее только слизистую оболочку полости рта, в то время как вирусная пузырчатка полости рта и конечностей проявляется в форме сочетания поражений в полости рта и изменений кожи, затрагивающих ладони и подошвы.

Диагностика

На основании клинической картины:

- кратковременное повышение температуры;
- небольшие болезненные язвы на слизистой оболочке полости рта или языке;
- типичная папуло-везикулярная сыпь, поражающая ладони и/или подошвы и возникающая через 1–2 дня после язв во рту. Вторичная бактериальная инфекция кожи присоединяется редко;

- обезвоживание, вызванное недостаточным потреблением жидкости по причине боли при глотании из-за болезненных язв во рту.

Лечение

Лечение в целом носит поддерживающий характер.

- Объясните опекунам, как ухаживать за ребенком с язвами во рту в домашних условиях (блок рекомендаций 26, с. 278).
- Если наблюдаются гнойные выделения вследствие вторичной бактериальной инфекции, обрабатывайте пораженные места тетрациклиновой или хлорамфениколовой мазью.

6.3.3 Высокая температура, сохраняющаяся свыше 7 дней

Сбор анамнеза и физикальное обследование

Чтобы поставить диагноз без проведения ненужных исследований, соберите подробный анамнез (с. 261) и проведите полное физикальное обследование (с. 262). Некоторые заболевания, вызывающие затяжное повышение температуры, например септицемия, брюшной тиф, милиарный туберкулез, ВИЧ-инфекция или инфекция мочевыводящих путей, у детей младшего возраста могут протекать без локальных признаков.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Полный общий анализ крови, включая количество тромбоцитов, уровень СРБ, СОЭ и уровень прокальцитонина.
- Мазки крови или диагностические экспресс-тесты на распространенные эндемичные причины высокой температуры.
- Анализ мочи (включая микроскопию).

Другие исследования в зависимости от предполагаемого диагноза:

- рентгенография грудной клетки;
- проба Манту;
- бактериологический посев крови;
- специфические серологические исследования;
- тестирование на ВИЧ;
- УЗИ брюшной полости.

Для проведения дальнейших исследований может потребоваться направление к специалисту.

Дифференциальная диагностика

Проанализируйте патологии, перечисленные в таблицах 38 (с. 268), 39 (с. 269) и 41 (с. 283). Оцените основные причины затяжной высокой температуры, приведенные в таблице 44. Вспомните, какие причины встречаются чаще всего в вашем географическом районе. Если вам не удалось идентифицировать ни одну из причин, рассмотрите возможность ревматических заболеваний или злокачественных новообразований.

Таблица 44. Дифференциальная диагностика при высокой температуре, сохраняющейся свыше 7 дней

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Инфекции	
Инфекция мочевыводящих путей (с. 413)	• Рвота, отсутствие аппетита • Заторможенность, беспокойство • Боль в животе, болезненность в поясничной или надлобковой области • Частое мочеиспускание или дизурия, недержание мочи, если оно отсутствовало раньше
Туберкулез (с. 746)	• Туберкулез у членов семьи • Необъяснимая потеря веса, нарушение нормального роста • Хронический кашель • Увеличенные безболезненные лимфатические узлы, вздутие живота • При аускультации и по результатам рентгенографии: первичный туберкулезный комплекс, туберкулезная пневмония, милиарный туберкулез
Абсцессы (с. 303)	• Локальная болезненность или боль • Специфические признаки в зависимости от локализации абсцесса — поддиафрагмальный, поясничной мышцы, забрюшинный, абсцессы легкого, почки, печени и др. • Глубокий абсцесс может проявляться высокой температурой при отсутствии явного очага инфекции

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Остеомиелит (с. 493)	• Локальная болезненность и припухлость над пораженным участком кости • Локальная боль и боль при движении • Отказ двигать пораженной конечностью или переносить тяжесть тела на больную ногу
Инфекционный эндокардит (с. 381)	• Необъяснимая потеря веса • Увеличение селезенки • Бледность • Шум в сердце или основное заболевание сердца • Петехии, утолщение концевых фаланг пальцев («барабанные палочки») или точечные кровоизлияния в ногтевое ложе
Бруцеллез (с. 304)	• В анамнезе употребление некипяченого молока или других молочных продуктов • Хроническая рецидивирующая или затяжная лихорадка • Общее недомогание, боль в костях и мышцах, боль в нижней части спины или в тазобедренных суставах, увеличение селезенки, лимфаденопатия, бледность • Важна информация о распространенности этого заболевания в данной местности
Болезнь Лайма (с. 306)	• Укус клеща в анамнезе • Распространенность этого заболевания в данной местности • Мигрирующая эритема • Высокая температура, повышенная утомляемость, головная боль, боли в мышцах
Клещевая лихорадка (с. 308)	• Педикулез или укус клеща в анамнезе • Важна информация о распространенности этого заболевания в данной местности • Рецидивирующие эпизоды (продолжительностью 3–5 дней) высокой температуры, озноба, головной боли, мышечных и суставных болей, рвоты • Между эпизодами ребенок не проявляет никаких симптомов

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Риккетсиоз (средиземно-морская пятнистая лихорадка) **(с. 309)**	• Укус клеща в анамнезе • Внезапное начало, сопровождающееся высокой температурой, ознобом, мышечными и суставными болями, сильной головной болью • Черная изъязвленная корочка [tache noire – черное пятно (фр.)] в месте укуса • Через 3–5 дней после подъема температуры возникает разлитая макулярная сыпь, затем пятнисто-папулезная, иногда петехиальная
Высокая температура, сопровождающая ВИЧ-инфекцию (с. 736)	• Затяжная или рецидивирующая высокая температура • Рецидивирующие инфекции (3 или более эпизода тяжелых бактериальных инфекций в течение 12 месяцев) • Кандидоз полости рта, хронический паротит, генерализованная лимфаденопатия, увеличение печени без видимой причины, неврологические расстройства, ВИЧ-дерматит
Менее распространенные в Европе инфекционные заболевания. Чтобы подтвердить предполагаемый диагноз, направьте ребенка к специалисту для проведения дополнительных исследований.	
Брюшной тиф	• Недавняя поездка • Высокая температура, не спадающая на протяжении нескольких дней • Запор, диарея, рвота, боль в животе, головная боль, кашель, транзиторная сыпь, увеличение печени и селезенки • У подростков может сопровождаться спутанностью сознания
Ревматологические заболевания	
Острая ревматическая лихорадка (с. 279)	• Недавно перенесенная скарлатина или тонзиллит • Мигрирующие боли в суставах • Шумы в сердце • Ревматические подкожные узелки, ревматическая эритема • Хорея Сиденгама

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Ювенильный идиопатический артрит (с. 498)	• Болезненность и/или отечность одного или нескольких суставов на протяжении нескольких недель • Высокая температура, не спадающая на протяжении нескольких дней • Сыпь (макулярная, обычно на туловище) • Лимфаденопатия, увеличение селезенки и/или печени
Системная красная волчанка	• Высокая температура, не спадающая на протяжении нескольких дней • Потеря веса • Бледность, повышенная утомляемость • Сыпь («волчаночная бабочка», фотосенсибилизация) • Болезненность и/или отечность суставов • Лимфаденопатия
Заболевания, связанные с новообразованиями	
Злокачественные новообразования	Любой из следующих признаков: обильное потоотделение, бледность, кровоподтеки, увеличение печени или селезенки, петехии, боли в костях, мешающие обычной жизнедеятельности ребенка, отсутствие аппетита, потеря веса, рвота, повышенная утомляемость, лимфаденопатия
Прочие нарушения	
Делегированный синдром Мюнхгаузена (с. 756)	• Симптомы и признаки появляются (в том числе повторно) или ребенок сообщает о них только в присутствии родителя или опекуна • Как только исчезают предыдущие симптомы, появляются новые • Необычно частое посещение медицинских служб • Необъяснимо плохая реакция на назначенное лечение

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека.

Лихорадка неясной этиологии

Лихорадка неясной этиологии – это высокая температура, которая документально подтверждена медицинским работником и остается без объяснимой причины в течение 3 недель амбулаторного или 1 недели стационарного наблюдения.

Большинство случаев представляют собой нетипичное течение распространенных заболеваний.

Основными причинами лихорадки неясной этиологии являются инфекции, ревматологические заболевания, новообразования и повышение температуры, вызванное приемом лекарственных препаратов. Чтобы провести дальнейшие исследования и назначить лечение, обратитесь к педиатрическим справочникам, в которых вы найдете информацию о дополнительных и менее распространенных причинах.

Абсцесс

Абсцесс – это скопление гноя, обычно вызванное бактериальной инфекцией, которое может возникнуть в любом месте организма. Существует два основных типа абсцессов: абсцессы кожи или мягких тканей (с. 460) и внутренние (глубокие) абсцессы, которые могут развиваться в любом органе или в пространстве между ними. Внутренние абсцессы сложнее поддаются диагностике и могут сопровождаться длительным повышением температуры. Зачастую они развиваются как осложнения уже имеющихся патологий (например, при осложненном аппендиците или в послеоперационный период).

Признаки и симптомы

Признаки и симптомы внутреннего (глубокого) абсцесса:

- повышение температуры в отсутствие явного очага инфекции;
- локальная болезненность или боль (например, при подозрении на внутрибрюшной абсцесс она возникает при пальпации живота);
- общее недомогание;
- специфические признаки в зависимости от локализации абсцесса — поддиафрагмальный, поясничной мышцы, забрюшинный, абсцессы легкого, почки и др.

Лабораторные и инструментальные исследования

- При наличии возможностей – УЗИ.
- В зависимости от предполагаемой локализации абсцесса направьте ребенка к специалисту для проведения дальнейших исследований (магнитно-резонансной томографии (МРТ)).

Лечение и направление к специалистам

Направьте ребенка к специалисту для дальнейшей оценки состояния и проведения лечения (чрескожного дренирования или хирургического вмешательства).

Последующее наблюдение

Убедитесь, что курс назначенных специалистом антибиотиков был завершен в соответствии с планом лечения. После взятия образцов жидкости или гноя из абсцесса скорректируйте вид антибиотиков в соответствии с результатами бактериологического посева и анализа на чувствительность.

Бруцеллез

Бруцеллез, также известный как «ундулирующая лихорадка», «средиземноморская лихорадка» или «мальтийская лихорадка», представляет собой инфекционное заболевание, которое передается человеку при непосредственном контакте с инфицированными животными (крупный рогатый скот, козы, овцы, свиньи, собаки) или при употреблении инфицированной пищи (некипяченое молоко или другие молочные продукты). Важна информация о распространенности этого заболевания в данной местности.

Признаки и симптомы

- В анамнезе употребление некипяченого молока или других молочных продуктов.
- Инкубационный период: 2–4 недели, иногда дольше.
- Хроническая рецидивирующая или затяжная лихорадка.
- Общее недомогание, боль в костях и мышцах, боль в нижней части спины или в тазобедренных суставах, головная боль.
- Увеличение селезенки, увеличение печени, лимфаденопатия, бледность.

Осложнения

Спондилоартрит, нейробруцеллез, эндокардит, пневмония, абсцессы.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Анализ крови: анемия, лейкопения или лейкоцитоз, лимфоцитоз, тромбоцитопения, небольшое повышение уровня СРБ и СОЭ.

Для подтверждения диагноза необходим один из следующих результатов:

- положительный результат бактериологического посева крови или мочи (при необходимости исследования других образцов, например костного мозга, спинномозговой или синовиальной жидкости, направьте ребенка в стационар) **или**
- серологический анализ на антитела к *Brucella* sp. – рост титра антител по крайней мере в 4 раза при сравнении образцов, полученных с интервалом в 2 недели или более (во время острой фазы и спустя 2 или более недели).

Лечение

- Детям от 8 лет назначьте доксициклин перорально (в течение 6 недель) и стрептомицин в/м (в течение 2–3 недель) или рифампицин перорально (в течение 6 недель) (дозировки см. в приложении 4).
- Детям младше 8 лет назначьте триметоприм-сульфаметоксазол перорально (в течение 6 недель) и рифампицин перорально (в течение 6 недель).
- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии ребенку с высокой температурой на дому и сообщите, когда они должны прийти на повторный прием (блок рекомендаций 25, с. 267).

Направление к специалисту

При подозрении на любые осложнения, а также при необходимости проведения исследований для подтверждения диагноза направьте ребенка в стационар.

Болезнь Лайма

Болезнь Лайма, также известная как боррелиоз Лайма, вызывается спирохетой вида *Borrelia burgdorferi.* Заражение происходит через укус инфицированных клещей рода *Ixodes*, обычно летом. Важна информация о распространенности этого заболевания в данной местности. Как правило, при отсутствии лечения через 3–12 недель после укуса клеща болезнь диссеминирует, что сопровождается все более тяжелыми симптомами и возникновением осложнений.

Признаки и симптомы

- Укус клеща в анамнезе.

При локализованном заболевании на ранней стадии:

- Мигрирующая эритема: на ранней стадии поражение кожи проявляется в виде расширяющегося кольца со свободной от поражения центральной зоной в месте укуса клеща. Поражение может иметь самую разную форму, обычно безболезненно и не зудит. Без лечения сыпь распространяется по телу.
- Высокая температура, повышенная утомляемость, головная боль, миалгия.

При диссеминированном заболевании на ранней стадии:

- Множественная мигрирующая эритема.
- Утрата способности к мимическим движениям на одной или обеих сторонах лица (паралич периферического лицевого нерва).
- Сильные головные боли, сопровождаемые ригидностью затылочных мышц (менингит).
- Учащенное сердцебиение (кардит).
- Заболевания глаз (конъюнктивит).

На поздней стадии:

- Боли в суставах (артрит), обычно в одном суставе (коленном).

Лабораторные и инструментальные исследования

- В большинстве случаев диагноз ставится на основании укуса клеща в анамнезе и мигрирующей эритемы, исследования не требуются. Серологическое тестирование на антитела к *B. burgdorferi* или обнаружение спирохет в мазке крови.

Лечение

- На ранней стадии инфекции (при мигрирующей эритеме и отсутствии признаков диссеминированного заболевания) назначьте доксициклин в течение 10 дней **или** амоксициллин в течение 14 дней **или** цефуроксим в течение 14 дней (дозировки см. в приложении 4). Если у ребенка или подростка возникают другие клинические проявления болезни, продолжительность лечения следует увеличить.

Направление к специалисту

При появлении любых признаков диссеминированного заболевания на ранней стадии направьте ребенка к специалисту или в стационар.

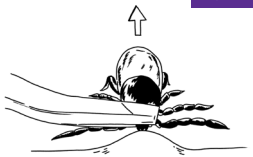
Профилактика

- Только в том случае, если с момента удаления клеща прошло менее 72 часов и укус может быть классифицирован как несущий высокую степень риска (клещ принадлежит к роду Ixodes, укус произошел в высокоэндемичной местности и клещ находился на теле не менее 36 часов), дайте профилактическую единичную дозу доксициклина перорально (4,4 мг/кг, не более 200 мг).
- Объясните опекунам, как избежать укуса клеща и что делать при укусе (блок рекомендаций 28).

Блок рекомендаций 28. Предупреждение и лечение укусов клещей

Как избежать укуса клеща и что делать при укусе

- Когда ребенок играет на траве или в лесу, убедитесь, что на нем надета одежда с длинными рукавами и штанинами. После игр на улице разденьте ребенка и осмотрите его одежду и все тело, включая кожные складки, на предмет клещей и следов от их укусов.
- В случае укуса удалите клеща как можно быстрее (см. рисунок).
- Если у ребенка появились симптомы (например, мигрирующая эритема), обратитесь к врачу.



Удаление клеща: *удалите клеща чистым тонким пинцетом, захватив его как можно ближе к коже. Потяните вверх, прилагая постоянное и равномерное усилие. Не следует выкручивать клеща.*

Возвратная клещевая лихорадка

Возвратную клещевую лихорадку вызывает ряд бактерий рода *Borrelia*, она передается через укус инфицированного клеща. Важна информация о распространенности этого заболевания в данной местности.

Анамнез

- Рецидивирующие эпизоды (продолжительностью 3–5 дней) высокой температуры с ознобом и потливостью.
- Неспецифические симптомы в период подъема температуры: головная боль, миалгия, артралгия, тошнота, рвота, боль в животе, диарея, кашель.
- Между эпизодами ребенок не проявляет никаких симптомов.

Физикальное обследование

У ребенка могут наблюдаться следующие признаки:

- сыпь (макулярная на туловище, петехии);
- увеличение печени и селезенки;
- желтуха;
- покраснение глаз;
- снижение уровня сознания.

Лабораторные и инструментальные исследования

Подтверждением диагноза является присутствие спирохет в мазке крови (при микроскопии).

Лечение

- Назначьте доксициклин перорально в течение 10 дней (дозировки см. в приложении 4). Если доксициклин противопоказан (при тяжелых аллергических реакциях, токсическом поражении печени в анамнезе), назначьте эритромицин перорально в течение 10 дней.
- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии у ребенка с высокой температурой на дому и сообщите, когда они должны прийти на повторный прием (блок рекомендаций 25, с. 267).
- Объясните опекунам, как избежать укуса клеща в будущем и что делать при укусе (блок рекомендаций 28).

Риккетсиоз (средиземноморская пятнистая лихорадка)

Риккетсиоз вызывают бактерии рода *Rickettsia conorii*, распространенные в Средиземноморье. Заболевание передается через укус собачьего клеща.

Признаки и симптомы

- Внезапное начало, сопровождающееся высокой температурой, ознобом, мышечными и суставными болями, сильной головной болью.
- Черная изъязвленная корочка [tache noire – черное пятно (фр.)], темный струп в месте укуса.
- Через 3–5 дней после повышения температуры возникает разлитая пятнистая сыпь, которая затем становится пятнисто-папулезной с округлыми папулами, напоминающими пуговицы; иногда сыпь петехиальная. Сыпь начинается на ладонях и подошвах, затем распространяется на туловище и живот.

Лабораторные и инструментальные исследования

Для подтверждения диагноза необходимо серологическое исследование, ПЦР-тест и иммунодетекцию риккетсий в биопсийных образцах.

Лечение

- Как только у вас появится подозрение на диагноз, не дожидаясь результатов лабораторных исследований, назначьте доксициклин перорально в течение 7–10 дней (дозировки см. на с. 962). Если доксициклин противопоказан (при тяжелых аллергических реакциях, токсическом поражении печени в анамнезе), назначьте азитромицин перорально в течение 3 дней.
- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии у ребенка с высокой температурой на дому и сообщите, когда они должны прийти на повторный прием (блок рекомендаций 25, с. 267).
- Объясните опекунам, как избежать укуса клеща в будущем и что делать при укусе (блок рекомендаций 28, с. 307).

6.3.4 Рецидивирующая лихорадка

Синдромы рецидивирующей или периодической лихорадки характеризуются 3 или более эпизодами лихорадки неясной этиологии на протяжении 6-месячного периода, которые разделены не менее чем 7-дневными промежутками. Эпизоды повышения температуры обычно сопровождаются различными симптомами, а между эпизодами ребенок или подросток обычно чувствует себя хорошо.

Поскольку для детей младшего возраста характерно частое повышение температуры, в основном на фоне повторных острых вирусных инфекций, выявить синдром рецидивирующей лихорадки может быть сложно. Это заболевание редко встречается в детском возрасте, однако важно вовремя распознать его для своевременной постановки диагноза и проведения соответствующего лечения.

Таблица 45. Дифференциальная диагностика рецидивирующей лихорадки

Характеристики	Дифференциальный диагноз
Повышение температуры через *нерегулярные* промежутки времени	Инфекции: • вирусные: ВЭБ, парвовирус B19 (с. 290), ВПГ (с. 277); • атипичные микобактерии, бруцеллез (с. 304), боррелиоз (с. 306); • малярия. Воспалительные или аутоиммунные заболевания: • ювенильный идиопатический артрит (с. 498); • системная красная волчанка; • рецидивирующий полихондрит; • болезнь Крона; • болезнь Бехчета. Злокачественные новообразования: • лимфома.
Повышение температуры через *регулярные* промежутки времени	• Синдром Маршалла (PFAFA-синдром) • Циклическая нейтропения
***Редкие* эпизоды повышения температуры через *регулярные* промежутки времени**	• Семейная средиземноморская лихорадка (см. ниже) • Гипер-IgD-синдром • Инфицирование ВЭБ

ВПГ – вирус простого герпеса; ВЭБ – вирус Эпштейна – Барр; PFAFA-синдром – синдром периодической лихорадки с афтозным стоматитом, фарингитом и лимфаденитом.

Семейная средиземноморская лихорадка

Семейная средиземноморская лихорадка – это наследственное аутоиммунное воспалительное заболевание, наиболее распространенное среди лиц турецкого, армянского, североафриканского, еврейского и арабского происхождения.

Признаки и симптомы

- Рецидивирующие приступы лихорадки продолжительностью 1–3 дня или больше, повторяющиеся каждые 1–4 недели. Между эпизодами симптомы отсутствуют.
- Боли в суставах (в основном бедренном, коленном, голеностопном).
- Боль в животе (стерильный перитонит).
- Боль в груди (односторонний плеврит).
- Сыпь, напоминающая рожистое воспаление.

Направление к специалисту

Направьте ребенка к специалисту для подтверждения генетического заболевания и проведения лечения.

6.3.5 Высокая температура у ребенка, прибывшего из-за границы

Информация, приведенная в данном разделе, относится ко всем детям или подросткам, которые вернулись из поездки (туристической, к друзьям или родственникам), а также были усыновлены в другой стране или иммигрировали.

Анамнез

- Подробная информация о поездке (маршрут, продолжительность); время, прошедшее с момента возвращения; дата появления симптомов.
- Обстановка в поездке: сельская или городская местность, условия жизни, высота над уровнем моря, сезон (муссонный, сухой).
- Контакты с возможными источниками заражения: грязная вода, пища (непастеризованные молочные продукты, мясо, морепродукты, недостаточно обработанные продукты), купание в пресной воде, укусы насекомых (особенно комаров, клещей), укусы животных или другие контакты с ними, сексуальные контакты (в соответствующем возрасте), контакты с больным (больными).

- Вакцинация, химиопрофилактика малярии, одежда, сетки от насекомых, репелленты.

Физикальное обследование

Проведите полный медицинский осмотр. Ищите:

- Аускультация грудной клетки: астмоидное дыхание, влажные хрипы.
- Живот: увеличенная печень или селезенка, болезненность.
- Осмотр кожи: бледность, желтуха, сыпь, пурпура, следы укусов.
- Увеличенные лимфатические узлы.
- Неврологическое обследование: спутанность сознания, очаговый дефицит.

Дифференциальная диагностика

Помимо распространенных заболеваний, сопровождающихся повышением температуры (см. таблицы 38 (с. 268), 39 (с. 269) и 41 (с. 283)), проанализируйте возможные причины завозного случая лихорадки на основе сопутствующих признаков и продолжительности периода повышенной температуры в соответствии с таблицей 46. Дополнительную информацию см. в других разделах настоящего справочника и в других справочниках. При необходимости направьте ребенка к специалисту или в стационар.

Таблица 46. Дифференциальная диагностика завозного случая лихорадки

Сопутствующие признаки	Дифференциальная диагностика
Высокая температура *без локальных симптомов*	• Малярия • Лихорадка денге • Брюшной тиф • Шистосомоз • Туберкулез (с. 746) • Острый вирусный гепатит (с. 485) • Бруцеллез (с. 304) • Геморрагические лихорадки • Лептоспироз • Риккетсиоз • Амебный абсцесс печени (*Entamoeba histolytica*)

Сопутствующие признаки	Дифференциальная диагностика
Высокая температура ***с респираторными симптомами***	• Коронавирусная респираторная инфекция (MERS-CoV, SARS-CoV-2) (с. 217) • Туберкулез (с. 746) • Легионеллез • Лептоспироз • Ку-лихорадка • Острый шистосомоз • Малярия • Гистоплазмоз • Синдром Лёффлера • Стронгилоидоз • Грибковая инфекция
Высокая температура ***с неврологическими симптомами (снижение уровня сознания, судороги)***	• Малярия • Вирусный или бактериальный менингит (с. 272) • Японский энцефалит • Африканский трипаносомоз (сонная болезнь) • Нейроцистицеркоз • Сыпной тиф
Высокая температура, ***сопровождающаяся диареей***	• Брюшной тиф • Шигеллез (с. 329) • Другие энтеропатогены, например *Campylobacter* sp. • Лихорадка денге • Малярия
Высокая температура, ***сопровождающаяся сыпью***	• Лихорадка денге • Чикунгунья • Брюшной тиф • Вирус зика • Риккетсиоз • Корь (с. 285) • Болезнь Лайма (с. 306) • Острая ВИЧ-инфекция (с. 736) • Геморрагические лихорадки • Лептоспироз • Сыпной тиф

Сопутствующие признаки	Дифференциальная диагностика
Высокая температура, ***сопровождающаяся желтухой***	• Малярия • Острый вирусный гепатит (с. 485) • Лихорадка денге • Лептоспироз • Бруцеллез (с. 304) • Желтая лихорадка • Геморрагические лихорадки • Сыпной тиф
Высокая температура, ***сопровождающаяся увеличением селезенки***	• Малярия • Мононуклеозный синдром (ВЭБ, ЦМВ, ВИЧ) (с. 292) • Висцеральный лейшманиоз • Брюшной тиф • Бруцеллез (с. 304) • Трипаносомоз • Шистосомоз
Высокая температура, ***сохраняющаяся свыше 7 дней***	• Малярия • Брюшной тиф • Туберкулез (с. 746) • Висцеральный лейшманиоз • Ку-лихорадка • Бруцеллез (с. 304) • Токсоплазмоз • Острая ВИЧ-инфекция (с. 736) • Шистосомоз

MERS-CoV – коронавирус ближневосточного респираторного синдрома, SARS-CoV-2 – коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома – 2, ВИЧ – вирус иммунодефицита человека, ВЭБ – вирус Эпштейна – Барр, ЦМВ – цитомегаловирус.

6.4 Диарея

6.4.1	**Острая диарея (гастроэнтерит)**	**319**
	Отсутствие обезвоживания	321
	Умеренное обезвоживание	324
	Тяжелое обезвоживание	326
	Диарея и неукротимая рвота	326
6.4.2	**Диарея, связанная с приемом антибиотиков**	**328**
6.4.3	**Пищевое отравление**	**329**
6.4.4	**Дизентерия (диарея с кровью)**	**329**
6.4.5	**Затяжная диарея**	**333**
	Постинфекционная диарея	337
	Пищевая аллергия и пищевая непереносимость	337
	Аллергия на молоко	338
	Непереносимость лактозы	338
	Диарея у ребенка раннего возраста (функциональная / хроническая неспецифическая)	340
	Синдром раздраженного кишечника	341
	Лямблиоз	341
	Целиакия	342
	Воспалительные заболевания кишечника	343
6.4.6	**Кишечные паразиты (гельминты)**	**345**

Диарея определяется как неоформленный или жидкий стул три или более раз в день. Частый оформленный стул не является диареей. Неоформленный, «пастообразный» стул детей, находящихся на грудном вскармливании, также не является диареей.

- Основными составными частями ведения всех детей с диареей являются регидратационная терапия и консультирование по вопросам продолжения кормления.
- Дети младше 12 месяцев и дети с нарушениями питания чаще подвергаются развитию тяжелой степени обезвоживания при диарее.
- Антипротозойные препараты редко бывают показаны.

НЕ назначайте детям противодиарейные и противорвотные средства в плановом порядке: они не предотвращают обезвоживания и не улучшают статус питания ребенка, а некоторые из них имеют опасные для здоровья, иногда даже смертельные побочные эффекты.

НЕ назначайте антибиотики детям при водянистой диарее.

Анамнез

- Характеристика стула:
  - частота стула;
  - жидкий или «пастообразный» стул;
  - кровь в стуле;
  - ночные дефекации;
  - продолжительность диареи в днях.
- Сопутствующие симптомы:
  - боль в животе или вздутие живота;
  - чрезмерная отрыжка и метеоризм;
  - эпизоды диареи, боли в животе или спазмов, перемежающиеся запорами;
  - тошнота и рвота;
  - высокая температура;
  - отсутствие аппетита, потеря веса;
  - беспокойство;
  - приступы плача у младенцев, сопровождающиеся бледностью.
- Прочие факторы:
  - недавний прием антибиотиков или других лекарств;
  - аналогичные симптомы у других членов домохозяйства или учеников школы;
  - недавняя поездка.
- Рацион и характер питания:
  - соки или напитки, подслащенные сахаром;
  - сырое или недостаточно обработанное мясо, свинина или рыба.
- При затяжной диарее, продолжающейся 14 дней и более:
  - продукты питания, содержащие пшеницу, ячмень и рожь (глютен); употребление молока и молочных продуктов;
  - известные сопутствующие хронические заболевания (например, муковисцидоз);
  - плохое прибавление в весе или отставание в росте (сверьтесь с таблицами роста и веса);
  - воспалительные заболевания кишечника в семейном анамнезе.

Физикальное обследование

- Признаки умеренного или тяжелого обезвоживания:
  - беспокойство или раздражимость;
  - заторможенность или снижение уровня сознания;
  - запавшие глаза;
  - кожная складка расправляется медленно или очень медленно (2 секунды или дольше);
  - потеря веса;
  - ребенок испытывает жажду или пьет с жадностью, или пьет плохо, или не может пить вообще.
- Кровь в стуле.
- Признаки тяжелого нарушения питания.
- Опухолевидное образование в брюшной полости.
- Вздутие живота.
- Сыпь, пурпура, петехии.
- Отеки суставов.
- Потеря мышечной массы.
- Бледность.
- Высыпания на коже.

Лабораторные и инструментальные исследования

НЕ назначайте стандартное микроскопическое исследование или бактериологический посев кала всем детям с диареей без крови.

Исследования могут быть необходимы детям с затяжной диареей (с. 333).

Дифференциальная диагностика

Чаще всего диарея является симптомом желудочно-кишечной инфекции, вызванной вирусным, бактериальным или паразитарным возбудителем; при этом она также может быть симптомом других острых или хронических заболеваний.

Основные причины диареи приведены в таблице 47 на с. 318.

Причины затяжной диареи, продолжающейся 14 дней или более, см. в таблице 49 на с. 333.

Причины затяжной диареи у ребенка с поездкой в анамнезе или прибывшего из-за границы см. в таблице 46 на с. 312.

Таблица 47. Дифференциальная диагностика диареи и других проблем со стороны брюшной полости

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Острая диарея (гастроэнтерит) (с. 319)	• Рвота • Высокая температура • Боль в животе (колики) • Кровь в стуле отсутствует
Диарея, связанная с приемом антибиотиков (с. 328)	• Недавно проведенный или текущий курс лечения пероральными антибиотиками широкого спектра действия
Пищевое отравление (с. 329)	• Люди, употреблявшие ту же пищу, также пострадали • Спастические боли в животе • Возможно быстрое развитие
Дизентерия (с. 329)	• Кровь в стуле (видимая или по сообщениям родителей)
Аппендицит	• Острая боль в правом нижнем квадранте живота • Напряженный и болезненный живот, перитонит • Высокая температура, анорексия, тошнота, рвота, запор или диарея
Инвагинация кишечника	• Ребенок грудного или младшего возраста • Объемное образование в брюшной полости • Рвота • Болезненный вид • Внезапные приступы плача/боли, сопровождающиеся бледностью и вялостью • Кровь и слизь в стуле (на поздней стадии)
Кишечные паразиты (с. 345)	• Маленькие белые гельминты или крупные фрагменты гельминтов в фекалиях • Зуд вокруг заднего прохода, особенно ночью, вызывающий нарушения сна и беспокойство • Анорексия, тошнота, рвота, диарея, боль в животе или вздутие живота • В анамнезе поездка в эндемичные регионы или потребление сырого или недостаточно обработанного мяса, свинины или рыбы

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
COVID-19 (с. 217)	• Воздействие (контакт с больным) COVID-19 в анамнезе • Высокая температура, кашель, учащенное дыхание, втяжение нижней части грудной клетки • Диарея, рвота • Головная боль, мышечные боли, повышенная утомляемость • Утрата обоняния или вкуса
Холера	• Профузная диарея с тяжелым обезвоживанием во время вспышки холеры

COVID-19 – коронавирусная инфекция 2019 г.

6.4.1 Острая диарея (гастроэнтерит)

Острая диарея обычно длится менее 7, но в любом случае не более 14 дней. Острая диарея встречается очень часто, особенно у детей в возрасте до 5 лет. Ее может вызывать ряд вирусов и бактерий. Наиболее частой причиной острой диареи, которая зачастую сопровождается обезвоживанием, является ротавирус. Широкомасштабное применение вакцин позволило сократить его распространенность.

Признаки и симптомы

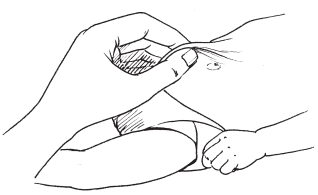
- Острая водянистая диарея.
- Тошнота, рвота.
- Высокая температура.
- Боль в животе (колики).
- Признаки обезвоживания (см. ниже).

Оценка степени обезвоживания

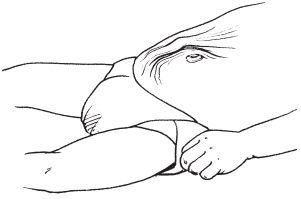
Обезвоживание является основным видом риска, связанного с диареей. Поэтому у всех детей с диареей необходимо оценить статус гидратации как **отсутствие обезвоживания**, **умеренное обезвоживание** или **тяжелое обезвоживание** (таблица 48) и выбрать соответствующее лечение. Оцените общее состояние ребенка, определите, не запавшие ли у него глаза, проверьте, как быстро расправляется кожная складка, а также предложите ребенку воду, чтобы выяснить, испытывает ли он жажду или пьет плохо.

Таблица 48. Классификация тяжести обезвоживания у детей с диареей

Степень тяжести	Признаки или симптомы
Отсутствие обезвоживания	Недостаточно признаков для причисления к умеренной или тяжелой степени обезвоживания
Умеренное обезвоживание	Два или более из нижеследующих признаков: ■ беспокойное поведение, раздражительность; ■ запавшие глаза; ■ ребенок пьет с жадностью, испытывает жажду; ■ после щипка кожа медленно возвращается в первоначальное состояние.
Тяжелое обезвоживание	Два или более из нижеследующих признаков: ■ заторможенность или отсутствие сознания; ■ запавшие глаза; ■ ребенок не может пить или пьет плохо; ■ после щипка кожа очень медленно (≥ 2 секунд) возвращается в первоначальное состояние.



Проверка реакции кожной складки на животе ребенка для определения сниженного тургора кожи



Медленное расправление кожной складки при тяжелом обезвоживании



Запавшие глаза

Лабораторные и инструментальные исследования

- Плановое проведение исследований не требуется.
- Микробиологические исследования кала (бактериологический посев и микроскопия) проводятся у детей с затяжными симптомами или сопутствующими хроническими заболеваниями, находящихся в тяжелом состоянии или имеющих поездки в анамнезе.

Лечение

Как правило, острая диарея (гастроэнтерит) проходит самостоятельно без лечения.

Основными составными частями ведения всех детей с диареей являются регидратационная терапия и консультирование по вопросам продолжения кормления и профилактики.

▶ Начните лечение в зависимости от степени обезвоживания.

— ***Отсутствие обезвоживания:*** лечите диарею на дому в соответствии с планом лечения А (с. 323).

— ***Умеренное обезвоживание:*** давайте жидкости в соответствии с планом лечения Б (с. 325).

— ***Тяжелое обезвоживание:*** немедленно направьте ребенка в стационар. В ожидании перевозки в стационар начните вводить жидкости в соответствии с планом лечения В (с. 327).

НЕ назначайте противодиарейные препараты.

НЕ назначайте антибиотики детям с острой водянистой диареей.

Последующее наблюдение

▶ Пригласите опекунов ребенка без обезвоживания или с умеренным обезвоживанием на повторный прием, если его состояние не улучшится через 5–7 дней.

▶ Проверьте статус вакцинации против ротавируса (с. 84).

Отсутствие обезвоживания

Детей с диареей, но без обезвоживания можно лечить на дому. Для профилактики обезвоживания они должны получать дополнительные жидкости и соответствующий их возрасту рацион здорового питания (с. 94), включая продолжение грудного вскармливания.

- Объясните опекунам, как лечить ребенка на дому (схема 1А) и когда прийти на повторный прием.
- Убедитесь, что опекуны знают, как готовить ОРС. При необходимости научите их этому. Информация о составе ОРС приведена в приложении 6.
- Рекомендуйте опекунам продолжать кормление (детей грудного возраста) или обеспечивать здоровое питание (детей более старшего возраста и подростков) (с. 108).
- Если ребенок не находится на грудном вскармливании, рассмотрите возможность релактации (т. е. возобновления грудного вскармливания после прекращения, с. 95) или кормления привычным заменителем грудного молока.
- Назначьте препарат цинка: 1 таблетка (20 мг) в сутки в течение 10–14 дней детям от 6 месяцев в районах с высокой распространенностью дефицита цинка или если ребенок недоедает.
- Покажите опекунам, как давать препарат цинка:
  - — младенцам растворить таблетку в небольшом количестве чистой воды, сцеженного молока или раствора ОРС в небольшой чашке или в ложке;
  - — дети более старшего возраста могут разжевать таблетку или принять ее растворенной в небольшом количестве чистой воды в чашке или в ложке.

Вопросы гигиены и консультирование

- Проконсультируйте членов семьи по вопросам гигиены и профилактики диареи.
  - — Чаще мойте руки водой с мылом:
    - после пользования туалетом;
    - после помощи ребенку при пользовании туалетом;
    - после смены подгузников;
    - перед приготовлением и употреблением еды.
  - — Ребенок с диареей и остальные члены семьи должны пользоваться разными полотенцами.
  - — Исключительно грудное вскармливание является наилучшим способом профилактики диареи в течение первых 6 месяцев жизни.

  НЕ отправляйте ребенка с диареей или рвотой по причине острой диареи в детский сад или школу.

Схема 1А. Лечение диареи: план А

Лечение диареи на дому

- Для предупреждения обезвоживания **давайте ребенку дополнительно столько жидкости, сколько он сможет выпить.**
  - Кормите грудью часто и увеличьте продолжительность каждого кормления.
  - Если ребенок находится на исключительно грудном вскармливании, давайте раствор ОРС или чистую воду в дополнение к грудному молоку.
  - Если ребенок не находится на исключительно грудном вскармливании, давайте ему один или несколько из следующих видов жидкости: раствор ОРС, жидкую пищу (например, суп, рисовый отвар, жидкие йогурты) или чистую воду.
  - Не давайте ребенку напитки с высоким содержанием сахара.
  - Дополнительно к обычному количеству жидкости давайте ОРС после каждого жидкого стула:

    до 2 лет: 50–100 мл;

    2 года и старше: 100–200 мл.

  Как готовить и давать ребенку ОРС

  - Вымойте руки водой с мылом.
  - Растворите 1 пакетик ОРС в 1 литре чистой воды.
  - Готовый раствор ОРС хранится не более 24 часов.
  - Давайте пить раствор из чашки или с ложки маленькими частыми глотками.
  - Если у ребенка рвота, надо подождать 10 минут, а затем продолжить давать жидкость, но медленнее.
  - Продолжайте давать дополнительно жидкости до полного прекращения диареи.
- **Продолжайте кормить ребенка и обеспечивать его обычным здоровым питанием.**
- **При высокой температуре** (≥ 39 °C), если она причиняет ребенку дискомфорт, **давайте парацетамол.**
- Диарея обычно длится 5–7 дней, но не более 2 недель.
- **Немедленно повторно обратитесь к врачу,** если у ребенка появятся любые из следующих признаков:
  - хуже себя чувствует (отсутствуют реакции, активность);
  - не может пить или сосать грудь;
  - плохо пьет;
  - высокая температура сохраняется свыше 2–3 дней;
  - в стуле присутствует кровь.
- Придите на повторный прием через 5–7 дней, если у ребенка отсутствуют все вышеперечисленные признаки, но его состояние не улучшается.

Умеренное обезвоживание

- Лечите диарею в соответствии с планом лечения Б (схема 1Б) или рассмотрите возможность госпитализации, если в вашем лечебном учреждении невозможно проведение лечения по плану.
- Оцените состояние ребенка через 4 часа или раньше, если ребенок не принимает раствор ОРС или ему очевидно становится хуже:
  - — При отсутствии обезвоживания объясните опекунам, как проводить лечение на дому (план лечения А, см. схему 1А на с. 323)
  - — Если обезвоживание сохраняется и ребенок плохо пьет, направьте его в стационар.
  - — При признаках тяжелого обезвоживания немедленно направьте ребенка в стационар (следуйте плану лечения В, с. 327).
- Если ребенок беспокоен, раздражителен или у него судороги, по возможности проверьте уровень глюкозы в крови и электролитный баланс и направьте ребенка в стационар. В ожидании госпитализации проведите соответствующую коррекцию выявленных нарушений. Если определить уровень глюкозы в крови не представляется возможным, введите глюкозу в/в или дайте ребенку сахар внутрь. .

Кормление

Продолжение полноценного питания является важной составляющей частью ведения больных с диареей.

- Во время начального 4-часового периода регидратации не давайте никакой другой пищи за исключением грудного молока. Детей, находящихся на грудном вскармливании, следует продолжать часто кормить грудью в течение всего периода времени, пока у них сохраняется диарея. Если дети не могут сосать грудь, следует кормить их сцеженным грудным молоком ложечкой из чашки или через назогастральный зонд.
- Через 4 часа, если у ребенка все еще есть умеренное обезвоживание и он продолжает получать раствор ОРС, давайте пищу каждые 3–4 часа.
- Все дети в возрасте от 6 месяцев должны получить немного пищи перед тем, как они будут отправлены домой.

Схема 1Б. Лечение диареи: план Б

Лечите умеренное обезвоживание с помощью ОРС

▶ Дайте рекомендуемый объем раствора ОРС в течение 4 часов.
Определите объем раствора ОРС, который следует дать в течение первых 4 часов.

Возраст[a]	Менее 4 месяцев	От 4 до 12 месяцев	От 12 месяцев до 2 лет	От 2 до 5 лет
Масса тела	До 6 кг	От 6 до 10 кг	От 10 до 12 кг	12–19 кг
	200–400 мл	400–700 мл	700–900 мл	900–1400 мл

[a] Используйте для расчетов возраст ребенка только тогда, когда неизвестна масса его тела. Приблизительный объем необходимого раствора ОРС (в мл) также можно рассчитать, умножив массу тела ребенка (в кг) на 75.

Если ребенок хочет пить больше раствора ОРС, чем указано в таблице, то дайте ему больше.

▶ **Покажите опекуну, как давать раствор ОРС ребенку.**

Если ребенку меньше 2 лет, давайте по чайной ложке раствора раз в 1–2 минуты.

Ребенку более старшего возраста давайте пить раствор из чашки маленькими частыми глотками.

Кормящим матерям рекомендуется кормить ребенка грудью так часто, как он хочет.

▶ **Регулярно проверяйте, нет ли каких-либо проблем.**

Если у ребенка рвота, подождите 10 минут; затем продолжайте давать раствор ОРС, но медленнее (например, полную чайную ложку каждые 2–3 минуты).

Если у ребенка начинают отекать веки, прекратите давать раствор ОРС, уменьшите потребление жидкости и продолжайте давать сцеженное грудное молоко. Взвесьте ребенка и контролируйте у него диурез.

▶ **Через 4 часа:**

Повторно оцените состояние ребенка и определите степень обезвоживания.

Выберите подходящий план для продолжения лечения.

Начните кормление ребенка в медицинском учреждении.

▶ **Если опекун должен покинуть медицинское учреждение до окончания лечения:**

Покажите ему, какой объем раствора ОРС нужно дать ребенку, чтобы закончить 4-часовой курс регидратации дома.

Объясните опекуну, как проводить лечение на дому (план лечения А, с. 323).

Тяжелое обезвоживание

- Немедленно направьте ребенка в стационар для проведения в/в регидратации и постоянного наблюдения.
- В ожидании госпитализации начните регидратацию и следуйте плану лечения В (схема 1В):
  - — Немедленно начните в/в введение жидкостей.
  - — Если ребенок может пить, дайте ему столько раствора ОРС, сколько он сможет выпить. Дайте опекуну раствор ОРС, чтобы он продолжал поить ребенка по пути в стационар.
  - — Если ребенок находится на грудном вскармливании, мать должна продолжать кормить его грудью по пути в стационар.

Примечание. Наиболее подходящими жидкостями для в/в регидратации являются изотонические растворы: раствор Рингер лактат (его также называют раствором Хартманна для инъекций) и физиологический раствор (0,9% NaCl).

НЕ СЛЕДУЕТ применять 5% раствор глюкозы (декстрозы) или 5% раствор декстрозы с 0,18% раствором NaCl, поскольку они повышают риск развития гипонатриемии, которая может вызвать отек мозга.

Диарея и неукротимая рвота

Как правило, рвота у детей с острой диареей (гастроэнтеритом) проходит самостоятельно без лечения за 1–3 дня.

- Предположите другие причины рвоты (таблица 50, с. 349).
- Если ребенку больше 6 месяцев и неукротимая рвота мешает осуществлению плана пероральной регидратации и кормления, рассмотрите возможность дать ондансетрон 0,15 мг/кг однократно перорально или в/в. Помните о потенциальных побочных эффектах ондансетрона.
  - — Со стороны сердечно-сосудистой системы: применять с осторожностью у детей с риском удлинения интервала QT (по причине заболевания или приема лекарств) и у детей с тяжелыми нарушениями электролитного баланса.
  - — Увеличенное время выведения: ищите признаки непроходимости кишечника (с. 351).

НЕ назначайте другие противорвотные препараты.

Схема 1В. Лечение диареи: план В

Срочно лечите тяжелое обезвоживание

→ Следуйте стрелкам. Если ответ **ДА**, переходите направо, если **НЕТ**, идите вниз.

НАЧНИТЕ ЗДЕСЬ

Можете ли вы немедленно приступить к введению внутривенной жидкости?

ДА

- Начинайте немедленно вводить внутривенную жидкость. Если ребенок может пить, давайте раствор ОРС, пока устанавливается капельница. Дайте раствор Рингер лактат в объеме 100 мл/кг (или, если его нет, то физиологический раствор) по следующей схеме:

Возраст	Сначала введите 30 мл/кг в течение:	Затем введите 70 мл/кг в течение:
Младенцы (до 12 месяцев)	1 часа[a]	5 часов
Дети (12 месяцев — 5 лет)	30 минут[a]	2,5 часов

[a] Повторите введение, если пульс на лучевой артерии по-прежнему слабый или не определяется.

- Оценивайте состояние ребенка каждые 15–30 минут. Если статус гидратации не улучшается, увеличьте скорость капельного введения жидкости. Следите за тем, чтобы не развилась гипергидратация.

НЕТ

Имеется ли в непосредственной близости (куда можно доставить ребенка в течение не более 30 минут) медицинское учреждение с условиями для в/в введения жидкостей?

ДА

- Также начните давать раствор ОРС (примерно 5 мл/кг/ч), как только ребенок сможет пить; это обычно происходит через 3–4 часа у грудных детей и через 1–2 часа — у детей более старшего возраста.
- Повторно оцените состояние младенца через 6 часов, а ребенка более старшего возраста — через 3 часа. Определите степень обезвоживания. Затем выберите соответствующий план (А, Б или В) для продолжения лечения.

НЕТ

Умеете ли вы проводить регидратацию с помощью назогастрального зонда?

ДА

- **Немедленно** направьте ребенка в больницу для в/в введения жидкостей.
- Если ребенок может пить, дайте опекуну раствор ОРС и покажите, как давать его маленькими глотками во время перемещения в больницу.

НЕТ

Может ли ребенок пить?

ДА

- Начинайте регидратацию раствором ОРС через зонд (или перорально): дайте 20 мл/кг/ч в течение 6 часов (всего 120 мл/кг).
- Оценивайте состояние ребенка каждые 1–2 часа.
  - В случае повторной рвоты или прогрессирующего вздутия живота давайте жидкость медленнее.
  - Если статус гидратации не улучшается через 3 часа, направьте ребенка на в/в терапию.
- Через 6 часов вновь оцените состояние ребенка и определите степень обезвоживания. Затем выберите соответствующий план (А, Б или В) для продолжения лечения.

НЕТ

НЕМЕДЛЕННО направьте ребенка в больницу для проведения регидратации внутривенно или через назогастральный зонд.

Примечание. По возможности наблюдайте ребенка в течение по крайней мере 6 часов после завершения регидратации, для того чтобы убедиться, что мать может поддерживать статус гидратации, давая ребенку раствор ОРС.

6.4.2 Диарея, связанная с приемом антибиотиков

Многие широко распространенные антибиотики могут вызывать диарею, поскольку изменяют состав кишечной флоры. К таким препаратам относятся амоксициллин, амоксициллин с клавулановой кислотой и цефалоспорины. Как правило, такая диарея проходит самостоятельно без лечения в течение нескольких дней. В некоторых случаях развивается хроническая диарея; основным патогеном при этом выступает бактерия *Clostridium difficile*.

Диагностика

На основании анамнеза: развитие диареи у ребенка, недавно прошедшего или проходящего в настоящее время курс лечения пероральными антибиотиками.

Лечение

Как правило, диарея, связанная с приемом антибиотиков, не является показанием к смене антибиотиков.

- Объясните опекунам, как лечить диарею на дому (схема 1А, с. 323).

6.4.3 Пищевое отравление

К пищевому отравлению приводит потребление загрязненных патогенами пищевых продуктов. В число наиболее распространенных патогенов входят *Campylobacter*, *Salmonella*, *E. coli spp.* и *Staphylococcus aureus*. Симптомы могут развиться в течение первых нескольких часов, но обычно возникают через 12–48 часов после употребления загрязненной пищи.

Диагностика

На основании анамнеза:

- Люди, употреблявшие ту же пищу, также пострадали.
- Рвота, диарея (обычно водянистая).
- Спастические боли в животе.
- Высокая температура.
- Общее плохое самочувствие.

Лечение

Как правило, это состояние проходит самостоятельно без лечения за 1–3 дня.

НЕ назначайте противодиарейные препараты.

- Объясните опекунам, как проводить лечение на дому (схема 1А, с. 323): давайте дополнительно жидкости; продолжайте кормить ребенка/давать ему еду; знайте, в каких ситуациях необходимо повторно обратиться к врачу.
- Напомните членам семьи о том, что необходимо правильно хранить пищу, соблюдать гигиену рук и правила приготовления еды.

6.4.4 Дизентерия (диарея с кровью)

Дизентерия — это диарея с частым жидким стулом, содержащим кровь (но не со следами крови на поверхности стула). Большинство случаев заболевания вызываются бактериями рода *Shigella* (бактериальная дизентерия) или амебами *Entamoeba histolytica* (амебная дизентерия, у детей встречается редко), хотя дизентерию могут вызывать и другие патогены.

Признаки и симптомы

- Частый жидкий стул с видимой примесью красной крови.

Кроме того, могут присутствовать следующие признаки:

- Боль в животе.
- Высокая температура.
- Заторможенность.
- Обезвоженность (с. 320).
- Выпадение прямой кишки.

Лабораторные и инструментальные исследования

Направьте свежие образцы кала на микроскопическое исследование и бактериологический посев.

Дифференциальная диагностика

Предположите другие причины: инвагинация кишечника у детей грудного возраста (с. 351), неправильный поворот кишечника, заворот кишок, колит на фоне аллергии на коровье молоко (с. 338), воспалительные заболевания кишечника (с. 343), пищевое отравление (с. 329), пурпура Геноха – Шёнлейна (IgA-васкулит) (с. 466).

Осложнения

Дизентерия может привести к опасным для жизни осложнениям, в том числе к тяжелому обезвоживанию (с. 326), гипокалиемии, выпадению прямой кишки, судорогам, перфорации кишечника, токсическому мегаколону и гемолитико-уремическому синдрому (ГУС) (с. 407).

Лечение

Большинство детей могут проходить лечение на дому; поддерживающая терапия включает в себя профилактику или коррекцию обезвоживания и продолжение кормления.

НЕ давайте лекарственные препараты для симптоматического облегчения боли в животе или в прямой кишке, а также для уменьшения частоты стула, поскольку они могут увеличить продолжительность заболевания и привести к инвазивной инфекции.

- Оцените признаки обезвоживания (с. 320) и давайте жидкости в зависимости от степени обезвоживания.
- Рекомендуйте членам семьи соблюдать правильный рацион питания (с. 94). Кормление часто затруднено отсутствием у ребенка аппетита. Появление аппетита является важным признаком улучшения состояния ребенка.

- Назначьте дополнительные препараты цинка, как при водянистой диарее (с. 322).
- Объясните опекунам, как лечить ребенка на дому (схема 1А, с. 323).
- При неизвестной чувствительности возбудителя к антибиотикам назначьте ципрофлоксацин перорально 15 мг/кг 2 раза в сутки в течение 3 дней. Если локальная чувствительность к противомикробным средствам известна, следуйте национальным рекомендациям. В регионах, где бактерии *Shigella* устойчивы к ципрофлоксацину, назначьте цефтриаксон или азитромицин.
- При диагностированной амебной дизентерии назначьте тинидазол или метронидазол в течение 5 дней (дозировки см. в приложении 4).

Обратите внимание: существуют широко распространенные штаммы *Shigella*, устойчивые к ампициллину, ко-тримоксазолу, хлорамфениколу, налидиксовой кислоте, тетрациклину, гентамицину и цефалоспоринам первого и второго поколения, поэтому лечение дизентерии этими препаратами будет неэффективным. Также уже сообщалось о резистентности *Shigella* к ципрофлоксацину в некоторых странах.

Последующее наблюдение

Через 2–3 дня лечения проведите последующий осмотр ребенка, во время которого ищите признаки улучшения состояния, такие как отсутствие лихорадки, уменьшение частоты стула с меньшим количеством крови в нем, улучшение аппетита. Если улучшения не последовало, направьте ребенка в стационар.

Направление к специалисту

Немедленно направьте в стационар:

- младенца в возрасте до 2 месяцев;
- ребенка с тяжелым обезвоживанием;
- ребенка в тяжелом состоянии: с высокой температурой (выше 39 °C), заторможенностью, вздутием живота, болями или болезненностью живота с отсутствием шумов кишечной перистальтики, судорогами, сниженным уровнем сознания, олигурией или анурией, тяжелым нарушением питания.

Для заметок

6.4.5 Затяжная диарея

Затяжная диарея — это диарея с кровью или без нее, которая продолжается в течение 14 дней или более. Если есть умеренное или тяжелое обезвоживание, затяжная диарея классифицируется как тяжелая.

Ниже приведены рекомендации по лечению детей с затяжной диареей, у которых *нет тяжелого нарушения питания*.

У некоторых детей с затяжной или рецидивирующей диареей могут встречаться патологии, требующие специального лечения или направления к специалисту.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

Соберите анамнез и проведите полное физикальное обследование (с. 317).

Оцените признаки обезвоживания и определите степень обезвоживания (таблица 48, с. 320).

Дифференциальная диагностика

Таблица 49. Дифференциальная диагностика затяжной диареи в зависимости от возраста

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Все возрасты	
Постинфекционная диарея (с. 337)	• После острого гастроэнтерита
Пищевая аллергия (с. 337)	• Высыпания на коже • Боль в животе, замедление роста, тошнота и рвота
Иммунодефицит (врожденный или приобретенный)	• Клинические признаки ВИЧ-инфекции (с. 736) • Рецидивирующие инфекции • Кандидоз полости рта
От 6 до 12 месяцев	
Аллергия на коровье молоко (с. 338)	• Возникает в течение первых месяцев жизни • Рвота, гастроэзофагеальный рефлюкс, колики, запор, атопический дерматит (экзема)

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Муковисцидоз (с. 705)	• Упорный кашель, начинающийся вскоре после рождения • Рецидивирующие инфекции грудной клетки • Рецидивирующие инфекции пазух носа, носовые полипы • Плохое прибавление в весе или отставание в росте, неоформленный жирный стул
От 6 месяцев до 5 лет	
Диарея у ребенка раннего возраста (функциональная диарея) **(с. 340)**	• Водянистый или жидкий стул 4 раза в день или чаще при отсутствии каких-либо других симптомов • Ребенок хорошо растет, набирает вес, здоров • Вызвана употреблением слишком большого количества соков или сахаросодержащих напитков
Целиакия (непереносимость глютена) **(с. 342)**	• Боль и вздутие живота, анорексия, затяжная или рецидивирующая диарея • Плохое прибавление в весе (или потеря веса) или отставание в росте • Беспокойство, потеря мышечной массы, бледность
Непереносимость лактозы (с. 338)	• Связана с потреблением молока (молочных продуктов) • Боль и вздутие живота, метеоризм
Лямблиоз (с. 341)	• Зловонная диарея и отрыжка • Боль или колики в животе, метеоризм, вздутие живота • Потеря веса
Старше 5 лет	
Синдром раздраженного кишечника (с. 341)	• Часто встречается у подростков • Эпизоды диареи и боли в животе или спазмов, перемежающиеся запорами
Воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит, болезнь Крона) **(с. 343)**	• Рецидивирующая диарея, кровь в стуле, потеря веса, повышенная утомляемость • Гранулематоз полости рта или губ, изъязвления полости рта • Воспалительные заболевания кишечника в семейном анамнезе

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека.

Лечение

Оцените признаки обезвоживания (с. 320) и лечите ребенка в зависимости от степени обезвоживания:

- При нетяжелой затяжной диарее (без признаков обезвоживания) ребенок может лечиться на дому, получая достаточное питание и дополнительные жидкости. Объясните опекунам, как проводить лечение на дому в соответствии с планом лечения А (с. 323).
- При тяжелой затяжной диарее (с умеренным или тяжелым обезвоживанием) дайте ребенку жидкости в соответствии с планом Б или В лечения диареи в зависимости от показаний (см. с. 325 и 327), а затем направьте его в стационар.

Примечание. Использование раствора ОРС является эффективным методом лечения большинства детей с затяжной диареей. Однако у небольшого числа детей отмечается нарушение всасывания глюкозы, и во время приема раствора ОРС у них значительно увеличивается объем стула, усиливается жажда, появляются или усиливаются признаки обезвоживания. Такие дети нуждаются в госпитализации для проведения в/в регидратации до тех пор, когда прием раствора ОРС не будет вызывать усиления диареи.

- Определите конкретную причину затяжной диареи (таблица 49) и проведите соответствующее лечение.

НЕ назначайте антибиотики в плановом порядке: как правило, они неэффективны и могут увеличить продолжительность диареи.

- Рассмотрите возможность назначения антибиотикотерапии детям с отдельными инфекциями:
  - Обследуйте каждого ребенка с затяжной диареей на наличие *внекишечных инфекций*, например пневмонии (с. 213), сепсиса (с. 263), инфекции мочевыводящих путей (с. 413), кандидоза ротовой полости (с. 150) и среднего отита (с. 243), и проведите соответствующее лечение.
  - *Кишечные инфекции.* Лечите затяжную диарею с кровью в стуле пероральными антибиотиками, эффективными в отношении *Shigella* (с. 331). У некоторых детей могут обнаружиться лямблии: проведите лечение пероральным антибиотиком (с. 341).

- Ежедневно в течение 2 недель давайте всем детям с затяжной диареей дополнительные поливитамины и минеральные вещества. Спектр витаминов и минералов должен быть как можно более широким, а количество фолиевой кислоты, витамина А, цинка, магния и меди должно превышать рекомендуемую суточную дозу минимум в 2 раза. Для справки, рекомендуемые суточные дозировки для ребенка в возрасте 1 года составляют:
  - Фолиевая кислота – 50 мкг
  - Железо – 10 мг
  - Цинк – 10 мг
  - Медь – 1 мг
  - Витамин А – 400 мкг
  - Магний – 80 мг

Кормление

При всех случаях затяжной диареи очень важно уделять особое внимание кормлению больных детей. У этих детей могут возникнуть трудности с усвоением любого молока, за исключением грудного.

- Посоветуйте опекуну:
  - Временно уменьшить объем животного молока в рационе питания ребенка. Если ребенок получает коровье молоко, изучите возможность его замены кисломолочными продуктами (например, йогуртом), которые содержат меньше лактозы и лучше усваиваются. Прежде чем возвращать в рацион обычное молоко, следует попробовать давать ребенку безлактозное молоко.
  - Если ребенок еще находится на грудном вскармливании, мать должна кормить грудью чаще как днем, так и ночью и увеличить продолжительность каждого кормления.
  - Для обеспечения достаточной калорийности пищи необходимо давать подходящие по возрасту дополнительные продукты. Младенцам в возрасте старше 4 месяцев, которые получали только коровье молоко, необходимо начать давать твердую пищу. Кормите часто и небольшими порциями, по меньшей мере 6 раз в день.

Последующее наблюдение

- Попросите опекуна прийти с ребенком для повторного осмотра через 5 дней или раньше, если диарея усиливается или возникают другие расстройства.

- Проведите полное повторное обследование детей, которые не набрали вес или у которых диарея не прекратилась, для того чтобы выявить причины, например обезвоживание или инфекцию, требующие срочного лечения или госпитализации. Детей, которые набрали вес и у которых жидкий стул бывает менее 3 раз в сутки, можно переводить на обычный для их возраста рацион питания.

Постинфекционная диарея

Затяжная диарея, возникающая у детей грудного и раннего возраста после перенесенного острого инфекционного гастроэнтерита вне зависимости от природы возбудителя. Она обусловлена остаточным воспалением слизистых оболочек и может быть связана со вторичным дефицитом лактазы, непереносимостью белка коровьего молока и колитом, вызванным приемом антибиотиков. Постинфекционная диарея чаще встречается у детей с нарушением питания и сниженным иммунитетом.

Лечение

Если в остальном ребенок чувствует себя хорошо, специфическое лечение в большинстве случаев не требуется. Рассмотрите возможность перевода ребенка на рацион питания, не содержащий лактозу или коровье молоко (с. 338).

Пищевая аллергия и пищевая непереносимость

К наиболее распространенным продуктам, вызывающим аллергию у детей, относятся коровье молоко, яйца, орехи, соя, пшеница, моллюски. Симптомы появляются в течение нескольких минут или часов после употребления продуктов. Большинство видов пищевой аллергии, как правило, проходят самостоятельно без лечения.

Признаки и симптомы

- Со стороны кожных покровов и слизистых оболочек: крапивница, ангионевротический отек, зуд во рту и вокруг него.
- Боль в животе, диарея, рвота.
- Со стороны респираторной системы (реже): ринит, бронхоспазм.
- Плохое прибавление в весе и отставание в росте.
- Анафилаксия (с. 862).

Диагностика

На основании анамнеза, физикального осмотра, кожных проб и тестов на специфические IgE-антитела. Улучшение состояния ребенка после исключения из рациона вызывающего аллергию продукта подтверждает правильность диагноза.

НЕ делайте вывод о наличии аллергии на основании единичного эпизода диареи.

Лечение

- При обоснованном подозрении на пищевую аллергию рекомендуйте исключить из рациона ребенка вызывающий аллергию продукт или сократить его потребление.
- Объясните опекунам, как распознать неотложные признаки и когда следует обращаться за помощью.
- Информацию о лечении анафилаксии см. на с. 864, а крапивницы – на с. 461.
- При подтвержденной аллергии направьте ребенка к специалисту для проведения иммунотерапии в отношении конкретного продукта.

Опасения, связанные с пищевой аллергией, не должны препятствовать введению прикорма (с. 104) у детей в возрасте 6 месяцев.

Последующее наблюдение

Если вызывающий аллергию продукт был исключен из рациона ребенка или его потребление было снижено, ожидайте улучшения симптоматики.

Регулярно контролируйте физическое развитие ребенка в ходе контрольных посещений здорового ребенка (с. 24).

Аллергия на молоко

Наиболее частым виновником пищевой аллергии у детей раннего возраста является коровье молоко, что обусловлено иммунологической реакцией на содержащиеся в нем белки. Аллергия на козье молоко или соевый белок не так распространена, поскольку эти продукты используются реже. Аллергия на молоко реже возникает у детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании, хотя все белки молока, которые мать получает с пищей, присутствуют в ее грудном молоке.

Признаки и симптомы

- Симптомы появляются в течение нескольких дней или недель после введения детской смеси на основе коровьего молока.
- Диарея (иногда с кровью при тяжелом течении заболевания).
- Рвота.
- Гастроэзофагеальный рефлюкс.
- Колики.
- Запор.
- Атопический дерматит (экзема).

Диагностика

Диагноз ставится клиническим путем с помощью проверочного исключения коровьего (козьего или соевого) молока из рациона ребенка, изменения рациона матери или перехода на смесь с высоким содержанием гидролизированного белка в течение 2 недель.

Лечение

- Такое же, как при пищевой аллергии (с. 337).
- Если ребенок находится на грудном вскармливании, рекомендуйте продолжать грудное вскармливание без перерывов. После подтверждения диагноза рекомендуйте матери исключить молоко из своего рациона.

Непереносимость лактозы

Непереносимость пищи, содержащей лактозу, которая является основным видом сахара в составе молока. Это заболевание может быть связано с нарушением всасывания лактозы. Непереносимость лактозы бывает первичной (дефицит лактазы), но чаще встречается вторичная форма, которая возникает после повреждения слизистой оболочки тонкой кишки (при остром гастроэнтерите, лямблиозе, целиакии).

Признаки и симптомы

- Боль в животе.
- Метеоризм, вздутие живота и диарея с пенистым водянистым стулом после потребления лактозы (молока и молочных продуктов).
- Осаднения перианальной области.

Диагностика

На основании клинической картины. Рассмотрите возможность направления к специалисту для подтверждения диагноза: тесты на содержание редуцирующих веществ и кислотность кала, водородный дыхательный тест (измерение мальабсорбции лактозы), провокационный тест с пероральным приемом лактозы, биопсия тонкого кишечника (при первичной недостаточности). Улучшение состояния ребенка после исключения из рациона лактозы подтверждает правильность диагноза.

Лечение

- Рекомендуйте исключить из рациона ребенка лактозу или сократить ее потребление. Как правило, вторичная непереносимость лактозы проходит самостоятельно без лечения.
- Если ребенок находится на искусственном вскармливании, рассмотрите возможность перехода на безлактозную смесь или смесь с высоким содержанием гидролизированного белка.
- Если ребенок находится на грудном вскармливании, рекомендуйте матери кормить его с интервалом в 3 часа или больше, полностью опорожнять грудь при каждом кормлении и прикладывать ребенка попеременно к левой и правой груди.
- После улучшения симптоматики следует постепенно вернуть в рацион молочные продукты.

Диарея у ребенка раннего возраста

Также известна как функциональная диарея или хроническая неспецифическая диарея. Очень часто возникает у детей в возрасте от 6 месяцев до 3–5 лет.

Признаки и симптомы

- Диарея без каких-либо других признаков или симптомов.
- По ночам диарея отсутствует.
- Диарея может быть рецидивирующей и чередоваться с запорами.
- Иногда бывает вызвана употреблением слишком большого количества соков или сахаросодержащих напитков.

Диагностика

На основании анамнеза и отсутствия каких-либо признаков при физикальном осмотре.

Лечение

Диарея у ребенка раннего возраста относится к заболеваниям, не требующим лечения. Она проходит самостоятельно в школьном возрасте.

- Успокойте членов семьи и рекомендуйте исключить из рациона ребенка сахаросодержащие напитки и фруктовые соки или снизить их количество.
- Никакого другого лечения не требуется.

Синдром раздраженного кишечника

Также известен как хроническая неспецифическая диарея. Заболевание, аналогичное диарее у ребенка раннего возраста, но поражающее детей старше 5 лет и подростков.

Признаки и симптомы

- Эпизоды диареи и боли в животе или спазмов, перемежающиеся запорами.
- Связан с употреблением соков.
- Может быть вызван тревожностью, депрессией и другими психическими расстройствами.

Лечение

- Рекомендуйте ребенку или подростку и членам его семьи увеличить объем клетчатки в рационе ребенка, регулярно заниматься физическими упражнениями, снизить уровень стресса и уменьшить потребление напитков, вызывающих симптомы заболевания (например, фруктовых соков).

Лямблиоз

Простейший паразит *Giardia intestinalis* (или *G. lamblia*, *G. duodenalis*) вызывает болезни, передающиеся через воду и пищевые продукты, вспышки которых возможны в детских садах. Инфекция распространяется в местах, где отсутствуют надлежащие санитарные условия и водоснабжение.

Признаки и симптомы

Лямблиоз может протекать бессимптомно или вызывать следующие симптомы:

- Зловонная диарея; вначале водянистый, затем жидкий жирный стул.
- Отрыжка.
- Боль или колики в животе, метеоризм, вздутие живота.
- Потеря веса.

Диагностика

Проведите микроскопическое исследование кала (последовательное исследование трех порций кала).

Лечение

- Если в кале обнаружены цисты или трофозоиты *Giardia lamblia* или на лямблиоз указывают убедительные клинические данные, назначьте метронидазол 7,5 мг/кг перорально 3 раза в сутки. В качестве альтернативного средства можно использовать альбендазол или тинидазол однократно (дозировки см. в приложении 4).
- Напомните ребенку и его семье, что мытье рук является важной мерой профилактики.

Целиакия

Целиакия (глютензависимая энтеропатия) – это воспалительное заболевание тонкого кишечника, вызванное непереносимостью глютена (который содержится в пшенице, ячмене и ржи) и поражающее генетически предрасположенных к нему людей.

Признаки и симптомы

- Хроническая или рецидивирующая диарея, запор, боль и вздутие живота, анорексия.
- Плохое прибавление в весе (или потеря веса) и отставание в росте, задержка полового созревания.
- Раздражимость, повышенная утомляемость, потеря мышечной массы.
- Воспаление в полости рта, бледность.
- Сыпь (герпетиформный дерматит).
- Боли в суставах и костях.

Лабораторные и инструментальные исследования

При подозрении на целиакию направьте ребенка к специалисту для проведения дополнительных исследований и подтверждения диагноза. Диагностическим стандартом является биопсия кишечника, подтвержденная анализом антител IgA к тканевой трансглутаминазе, и генетическое исследование. Для того чтобы исключить сопутствующие аутоиммунные заболевания, могут потребоваться дополнительные тесты.

Лечение

НЕ исключайте глютен из рациона питания ребенка, пока диагноз не будет подтвержден.

▶ После подтверждения диагноза проведите консультацию по организации пожизненного безглютенового питания.

Последующее наблюдение

Регулярно проводите последующее наблюдение в соответствии с планом, составленным специалистом:

- Регулярно контролируйте физическое развитие ребенка в ходе контрольных посещений здорового ребенка (с. 24).
- Подтверждайте соблюдение надлежащей диеты.
- Выявляйте ранние осложнения и сопутствующие заболевания.

Осложнения

Остеопороз или железодефицитная анемия на фоне неправильного питания или некупированной мальабсорбции.

Воспалительные заболевания кишечника

В группу воспалительных заболеваний кишечника входят два основных заболевания:

- **язвенный колит**, который поражает толстую кишку;
- **болезнь Крона**, которая может поражать любую часть желудочно-кишечного тракта от полости рта до анального канала.

Как правило, эти заболевания дебютируют в подростковом возрасте и редко встречаются у детей младше 5 лет.

Признаки и симптомы

- Воспалительные заболевания кишечника в семейном анамнезе.
- Начало заболевания может протекать без явных симптомов.
- Проявления со стороны желудочно-кишечного тракта:
  - — диарея (может быть с кровью или рецидивирующей);
  - — боль в животе (хроническая в правом нижнем квадранте живота);
  - — тенезмы (болезненные позывы);
  - — перианальные осложнения (свищи, трещины, абсцессы).
- Внекишечные проявления (чаще встречаются при болезни Крона):
  - — плохое прибавление в весе (или потеря веса) и отставание в росте, задержка полового созревания;
  - — высокая температура, повышенная утомляемость;
  - — боль и воспаление в суставах;
  - — сыпь (узловатая эритема или гангренозная пиодермия);
  - — изъязвления полости рта (афтозный стоматит), гранулематоз полости рта или губ;
  - — воспаление глаз (увеит, эписклерит);
  - — желтуха, увеличение печени, панкреатит.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Анализ крови: анемия, увеличение количества лейкоцитов и тромбоцитов, повышение уровня маркеров воспаления (СРБ, СОЭ), гипоальбуминемия, гипопротеинемия, дефицит железа.
- Анализ кала: явная или скрытая кровь, фекальный кальпротектин.

Направление к специалисту

При подозрении на воспалительные заболевания кишечника направьте ребенка к специалисту для подтверждения диагноза, проведения дополнительных исследований (эндоскопии, диагностической визуализации) и начала лечения в зависимости от заболевания и его тяжести: медикаментозного (глюкокортикостероиды, аминосалицилаты, ингибиторы фактора некроза опухоли, антибиотики) или хирургического, а также лечебного питания и психосоциальной поддержки.

Последующее наблюдение

Контроль и выполнение плана лечения, составленного специалистом.

6.4.6 Кишечные паразиты (гельминты)

К кишечным паразитическим червям относятся круглые черви, власоглавы и анкилостомы. Чаще всего у детей и подростков встречаются острицы, которые не вызывают серьезных заболеваний. Другие гельминтозы могут приводить к нарушениям нутритивного статуса, влиять на когнитивные процессы, вызывать кишечную непроходимость и выпадение прямой кишки.

Заражение происходит при употреблении пищи, загрязненной яйцами или личинками паразитов, или при проникновении обитающих в почве личинок в организм через кожу (анкилостомы). Инфицированные люди выделяют яйца гельминтов с фекалиями.

Анамнез

В зависимости от вида гельминтов:

- Маленькие белые гельминты, похожие на кусочки ниток, в фекалиях.
- Крупные гельминты или их фрагменты в фекалиях.
- Зуд вокруг заднего прохода, особенно ночью, вызывающий нарушения сна и беспокойство.
- Недержание мочи (с. 419).
- Анорексия, тошнота, рвота, диарея, боль в животе или вздутие живота.
- Потеря веса.
- Красная зудящая сыпь на коже, повторяющая форму ходов червей.
- Хождение босиком по земле в анамнезе.
- Поездки в эндемичные районы в анамнезе.
- Употребление в пищу сырого или недостаточно обработанного мяса, свинины или рыбы.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Как правило, лабораторные исследования не требуются. Диагноз подтверждается с помощью микроскопии кала, при которой обнаруживаются яйца гельминтов (для кишечных паразитов).
- Яйца остриц можно собрать и исследовать с помощью «теста с клейкой лентой», при котором сразу после пробуждения ребенка к коже вокруг заднего прохода плотно прижимают клейкую сторону прозрачной полиэтиленовой ленты. Яйца прилипают к ленте, которую затем помещают на предметное стекло и изучают под микроскопом.

Лечение

- Назначьте альбендазол (таблетка 400 мг) или мебендазол (таблетка 500 мг) 1 раз в сутки в течение 1–3 дней (дозировки см. в приложении 4).
  - Острицы: препарат применяется двукратно с интервалом в 2 недели.
  - Аскариды: 1–3 дня.
  - Власоглавы: 3 дня.
  - Анкилостомы: 1–3 дня.

Дополнительные рекомендации в отношении остриц

- Все контактирующие с ребенком члены домохозяйства и опекуны должны пройти лечение одновременно.
- Проконсультируйте родителей или опекунов по вопросам надлежащей гигиены:
  - Соблюдайте надлежащую гигиену рук.
  - Коротко подстригайте ногти и содержите их в чистоте.
  - Ребенок не должен грызть ноги и расчесывать кожу вокруг заднего прохода.
  - Принимайте душ каждое утро и ежедневно меняйте нижнее белье.
  - Стирайте нижнее белье и другую одежду (включая пижамы), полотенца и постельное белье в горячей воде, чтобы предотвратить повторное заражение.

6.5 Рвота

Рвота часто встречается у детей и подростков. Обычно она сопровождает острую диарею (гастроэнтерит), но также может быть признаком ряда тяжелых заболеваний, которые следует учитывать при дифференциальной диагностике. В связи с этим сбор анамнеза и физикальное обследование должны затрагивать широкий спектр аспектов.

НЕ назначайте ребенку с рвотой противорвотные средства в плановом порядке.

Анамнез

- Частота возникновения рвоты: острая, рецидивирующая или постоянная.
- Время возникновения рвоты: утром, в течение дня, ночью, после еды или приема пищи, при изменении позы.
- Рвотные массы: переваренная пища из желудка, желтые, с примесью желчи (зеленые), окрашенные кровью или с примесью крови (кровавая рвота).
- Сопутствующие симптомы:
  - Диарея (водянистая, с кровью или зловонная), кровь в кале, мелена (черные дегтеобразные фекалии, содержащие частично переваренную кровь).
  - Боль в животе.
  - Высокая температура.
  - Рвота фонтаном через несколько минут после кормления, не содержащая желчи (гипертрофический стеноз привратника, с. 181).
  - Головная боль, светобоязнь, спутанность сознания, ригидность затылочных мышц, боль в ухе.
  - Дизурия, частое мочеиспускание или боль в боку.
  - Респираторные симптомы (кашель, затрудненное дыхание).
  - Головокружение, потливость, бледность.
  - Перед появлением симптомов отмечается аура, например ребенок видит вспышки перед глазами или у него затуманивается зрение.
  - Полиурия, усиление чувства жажды и голода.

- Другие факторы в анамнезе:
  - Употребление загрязненной еды или питьевой воды, контакты с больными.
  - Поездки.
  - Ранее полученные травмы.
  - Воздействие токсических веществ или лекарственных препаратов.
  - Семейный анамнез: хронические воспалительные заболевания, генетические заболевания (например, нарушения обмена веществ), болезни печени.

Физикальное обследование

Проведите полный медицинский осмотр. Ищите следующие симптомы:

- Признаки обезвоживания (с. 320).
- Высокая температура и заторможенность.
- Влажные хрипы при аускультации грудной клетки, ослабленное дыхание, притупление перкуторного звука (при пневмонии).
- Желтуха, петехии или пурпура.
- Бледность (анемия).
- Неврологические симптомы:
  - измененное состояние психики, снижение уровня сознания, судороги, атаксия, снижение мышечного тонуса и силы, отсутствие рефлексов, шаткая походка, локальные признаки при обследовании черепных нервов;
  - выбухание родничка у младенцев.
- Запах ацетона изо рта.

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ

НАПРАВЬТЕ РЕБЕНКА К СПЕЦИАЛИСТУ, если у него присутствуют следующие признаки:

- рвота сопровождается головной болью;
- повторные приступы рвоты;
- признаки непроходимости кишечника (например, рвота с примесью желчи);
- кровавая рвота (рвота с примесью крови);

- снижение уровня сознания;
- вздутие живота;
- рвота после черепно-мозговой травмы.

Дифференциальная диагностика

Причины рвоты у детей и подростков перечислены в таблице 50.

Причины рвоты у новорожденных и детей младше 2 месяцев см. на с. 181.

Таблица 50. Дифференциальная диагностика при рвоте

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Острая диарея (гастроэнтерит) **(с. 319)**	• Диарея • Высокая температура • Боль в животе (колики)
Пищевое отравление (с. 329)	• Спастические боли в животе, диарея • Возможно быстрое развитие симптоматики • Люди, употреблявшие ту же пищу, также пострадали
Не связанные с системой пищеварения инфекции	• Высокая температура и заторможенность • Признаки и симптомы острого среднего отита (с. 243), синусита (с. 252), инфекции мочевыводящих путей (с. 413), менингита (с. 272), пневмонии (с. 213), коклюша (с. 238)
Проблемы с кормлением (с. 109)	• Дети грудного и раннего возраста • Перекармливание, ошибки при приготовлении пищи (молочных смесей).
Аллергия на молоко (с. 338)	• Возникает в течение первого года жизни • Гастроэзофагеальный рефлюкс, колики, запор, атопический дерматит (экзема)
Пищевая аллергия (с. 337)	• Кожные высыпания, боль в животе, замедление роста, тошнота
Непереносимость лактозы (с. 338)	• Связана с потреблением молока и молочных продуктов • Боль и вздутие живота, метеоризм, диарея
Дизентерия (с. 329)	• Кровь в стуле, высокая температура

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (с. 353)	• Чаще всего встречается у детей грудного возраста, но может возникать в любом возрасте • Беспрепятственное срыгивание или рвота после кормления или приема пищи • Респираторные симптомы (хронический кашель, стридор, астмоидное дыхание) • У детей грудного возраста возможно беспокойство, выгибание спины • Кровавая рвота • Отставание в физическом развитии
Лямблиоз (с. 341)	• Зловонная диарея и отрыжка, боли или спазмы в животе, метеоризм, вздутие живота, потеря веса
Воспалительные заболевания кишечника (с. 343)	• Обычно встречаются в подростковом возрасте • Рецидивирующая диарея, кровь в стуле, потеря веса, повышенная утомляемость • Гранулематоз полости рта или губ, изъязвления полости рта • Воспалительные заболевания кишечника в семейном анамнезе
Острый аппендицит	• Острая боль в правом нижнем квадранте живота • Напряженный и болезненный живот, перитонит • Высокая температура, тошнота, запор или диарея
Черепно-мозговая травма (с. 580)	• Черепно-мозговая травма в анамнезе • Амнезия • Кровоподтеки или другие признаки травмы
Мигрень (с. 547)	• Обычно встречается в подростковом возрасте • Головная боль, светобоязнь • Тошнота, боль в животе • Аура, например ребенок видит вспышки перед глазами или у него затуманивается зрение
Менингит (с. 272)	• Высокая температура • Головная боль • Петехиальная или пурпурная сыпь • Ригидность затылочных мышц, выбухание родничка (у младенцев) • Конвульсии

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Беременность (с. 820)	• Девушка-подросток, ведущая половую жизнь • Задержка или отсутствие менструации • Тошнота и рвота по утрам • Боль внизу живота
Расстройства пищевого поведения (с. 651)	• Обычно встречаются в подростковом возрасте • Самостоятельно вызванная рвота для предотвращения набора веса
Диабетический кетоацидоз (с. 710)	• Частая рвота и острая боль в животе • Запах ацетона изо рта • Полиурия, усиление чувства жажды и голода • Снижение уровня сознания
Укачивание (морская болезнь) (с. 352)	• Вызвана пассивными движениями во время езды в автомобиле или плавания на корабле
Менее распространенные заболевания. Чтобы подтвердить предполагаемый диагноз, направьте ребенка к специалисту для проведения дополнительных исследований.	
Непроходимость кишечника (заворот, неправильный поворот, инвагинация, ущемленная грыжа)	• Рвота желчью • Проксимальная непроходимость: рвота, минимальное вздутие живота • Дистальная непроходимость: вздутие живота, рвота возникает позже • Спастические боли в животе, вздутие живота, отсутствие метеоризма, напряженный и болезненный живот • Иногда на передней брюшной стенке можно увидеть волны кишечной перистальтики
Врожденное нарушение обмена веществ (с. 187)	• У новорожденных и детей грудного возраста • Неспецифические симптомы: отсутствие аппетита, заторможенность, гипотонус, судороги, нарушения дыхания • Гипогликемия, ацидоз
Почечный канальцевый ацидоз	• Плохое прибавление в весе и отставание в росте, плохой аппетит • Полиурия • Гипотонус

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Субдуральное кровотечение	• Эпизоды жестокого обращения с ребенком в анамнезе или другие признаки жестокого обращения
Опухоль головного мозга	• Неукротимая рвота / ощущение тошноты (в течение 2 недель) • Рецидивирующие головные боли (в течение 4 недель, особенно при пробуждении) • Необычные движения глаз, затуманенность зрения, двоение в глазах • Припадки или судороги • Поведенческие изменения • Нарушения равновесия, походки, координации движений

Направление к специалисту

- Немедленно направьте ребенка к специалисту (с. 919), если вы подозреваете следующие патологии:
  - кишечная непроходимость;
  - перекрут яичка (с. 429);
  - аппендицит;
  - менингит (с. 272);
  - опухоль головного мозга;
  - диабетический кетоацидоз (с. 710).

6.5.1 Укачивание (морская болезнь)

Укачивание (морская болезнь) может возникнуть во время поездки в автомобиле, автобусе, на поезде, корабле или самолете, при катании на аттракционах, а также во время видеоигр. Это состояние вызывает конфликт между движением, которое воспринимают органы зрения и отвечающие за равновесие и положение тела сенсоры в головном мозге.

Анамнез

- Тошнота, рвота, головокружение во время поездки.
- Вне поездок симптомы отсутствуют.

Лечение

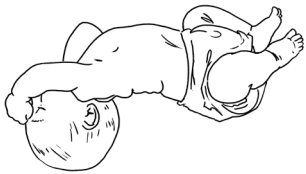
- Дайте ребенку или подростку и членам его семьи следующие рекомендации:
  - Смотрите прямо перед собой на неподвижную точку, например на горизонт.
  - По возможности дышите свежим воздухом во время поездки.
  - Закройте глаза и медленно выполняйте вдохи и выдохи, сосредотачиваясь на дыхании.
  - Отвлеките себя разговором, слушанием музыки или пением.
  - Во время длительных поездок по возможности делайте перерывы, чтобы подышать свежим воздухом, попить воды или прогуляться.
- Если перечисленные выше способы не помогают, назначьте прометазин перорально 0,5 мг/кг/прием. Для профилактики укачивания препарат принимают на ночь перед длительной поездкой или за 1–2 часа до короткой поездки.

6.5.2 Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

Гастроэзофагеальный рефлюкс (забрасывание содержимого желудка в пищевод) является нормальным физиологическим процессом. Он может рассматриваться как заболевание лишь в том случае, если вызывает неприятные симптомы или осложнения. Гастроэзофагеальный рефлюкс чаще всего встречается у детей грудного возраста, но может возникать в любом возрасте.

Признаки и симптомы

- Беспрепятственное срыгивание или рвота после кормления или приема пищи.
- У детей грудного возраста возможно беспокойство и эпизоды выгибания спины, которые носят название синдрома Сандифера (см. рисунок).
- Плохое прибавление в весе и отставание в росте.



Синдром Сандифера («дистоническая кривошея»): ребенок с ГЭРБ дугообразно изгибает спину

- Респираторные симптомы (хронический кашель, стридор, астмоидное дыхание).

Лабораторные и инструментальные исследования

- Если гастроэзофагеальный рефлюкс или легкая форма ГЭРБ реагируют на лечение, в исследованиях нет необходимости.

НЕ назначайте ингибиторы протонного насоса детям грудного возраста в целях диагностической проверки.

- В более тяжелых случаях или для исключения других диагнозов направьте ребенка к специалисту для проведения исследований (суточной pH-импедансометрии пищевода, эндоскопических исследований, рентгеноконтрастного обследования с барием).

Лечение

- Успокойте членов семьи. Сообщите им, что гастроэзофагеальный рефлюкс, сопровождаемый или не сопровождаемый срыгиванием или рвотой, при отсутствии осложнений является нормальным процессом. Как правило, с возрастом срыгивание или рвота прекращаются самостоятельно без лечения.

НЕ назначайте препараты против рефлюкса в плановом порядке.

Этап 1

- Не перекармливайте ребенка, скорректируйте частоту и объем кормлений.
- Давайте ребенку продукты, загущающие молоко (например, рисовые хлопья).
- Продолжайте грудное вскармливание.
- Во время кормления и после него держите ребенка вертикально.
- Детям более старшего возраста и подросткам может помочь снижение веса и воздержание от курения и употребления алкоголя.

Этап 2 (если после улучшение не наступило после выполнения действий этапа 1)

- Предложите матери исключить из своего рациона коровье молоко (если ребенок находится на грудном вскармливании) или на 2–4 недели перевести ребенка на молочную смесь с высоким содержанием гидролизированного белка.

Этап 3 (если после улучшение не наступило после выполнения действий этапов 1 и 2)

- Направьте ребенка к специалисту.
- Если нет возможности направить ребенка к специалисту, рассмотрите возможность назначения препаратов, угнетающих секрецию желудочной кислоты, например омепразола 1 мг/кг 1 раз в сутки.

6.6 Боль в животе

Боль в животе у детей – это распространенная жалоба, которая может быть вызвана широким спектром различных причин в зависимости от возраста. Дифференциальную диагностику облегчает тщательный сбор анамнеза и полный физикальный осмотр (таблица 51, с. 358).

Анамнез

- Характер начала боли, частота возникновения, продолжительность, время дня.
- Разрешение боли. Что смягчает боль?
- Локализация боли (попросите ребенка показать, где болит сильнее всего): меняется ли локализация боли, распространяется она или концентрируется в одной точке.
- Характеристики боли: острая (единичный эпизод, который длится от нескольких часов до нескольких дней; боль часто локализованная, острая, колющая) или хроническая (длится от нескольких дней до месяцев; обычно тупая, распространенная и нечетко локализованная; могут присутствовать периоды без боли).
- Сопутствующие симптомы:
  - Тошнота, рвота, диарея, запор, вздутие живота, потеря веса.
  - Беспокойство, высокая температура, кашель, головная боль, боль в горле.
  - Симптомы со стороны мочевыделительной системы: частота мочеиспускания, дизурия, гематурия.
  - Наличие выделений из влагалища, менструации в анамнезе (у детей старшего возраста и девушек-подростков).
- Другие факторы в анамнезе:
  - Травма живота, присутствие в анамнезе аналогичных симптомов или хронических заболеваний, поездки, рацион питания.
  - Социальный анамнез: психологические факторы (например, депрессия, жестокое обращение, синдром дефицита внимания, оппозиционно-вызывающее расстройство), отлучение от груди, приучение к туалету, начало учебы в школе или другие причины для стресса; обстановка дома и в школе, отношения с семьей и сверстниками, оценка с использованием алгоритма HEEADSSSS у подростков (с. 793).

Физикальное обследование

Проверьте следующее:

- Вздутие живота, объемное образование в брюшной полости.
- Болезненность и непроизвольное напряжение мышц живота при пальпации, локализация боли, симптом Щёткина – Блюмберга, боль при движении, напряженный живот, отсутствие шумов кишечной перистальтики при аускультации.
- Признаки пневмонии: ослабленное дыхание, притупление перкуторного звука и влажные хрипы при аускультации грудной клетки.
- Проверьте физическое развитие и стадию полового созревания.
- Аномалии со стороны половых органов или яичек: атрезия девственной плевы у девочек, перекрут яичка или ущемленная грыжа у мальчиков.

Ректальное и вагинальное обследование у детей не проводятся без показаний.

Лабораторные и инструментальные исследования

! Острый живот – это состояние, требующее экстренного хирургического вмешательства, поэтому не следует откладывать госпитализацию для проведения дополнительных анализов.

При назначении исследований следует руководствоваться клинической картиной. Перечень исследований может включать в себя:

- Анализ мочи (экспресс-тест по месту лечения) у всех детей.
- Тест на беременность (анализ мочи или сыворотки крови на бета-субъединицу хорионического гонадотропина человека (β-ХГЧ)) у девушек-подростков (выкидыш, внематочная беременность).
- Анализ крови:
  - — общий анализ крови и маркеры воспаления (СОЭ, СРБ) (инфекции и воспаление);
  - — гемоглобин для выявления анемии (целиакия, воспалительные заболевания кишечника);
  - — антитела IgA к тканевой трансглутаминазе и общий уровень IgA (целиакия);

  - биохимические показатели функции печени (вирусный гепатит или холецистит);
  - специфические антитела IgM (гепатит A), серологический тест или вирусная нагрузка (гепатит B и C), серологический тест (гепатит D и E) (вирусные гепатиты);
  - амилаза и липаза (острый панкреатит).
- Микроскопия и бактериологический посев кала при кровавой диарее.
- Микроскопия и бактериологический посев вагинальных выделений на *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* и другие ИППП (с. 814).
- УЗИ для выявления объемных образований в брюшной полости, яичках или области малого таза, непроходимости кишечника, аппендицита, желчекаменной болезни (холецистита), анатомических аномалий мочевыводящих путей, камней в почках.
- Ургентная сонография при травме для выявления тупой травмы брюшной полости у детей с гемодинамической нестабильностью (в международной или английской литературе употребляется определение FAST).

Дифференциальная диагностика

Таблица 51. Дифференциальная диагностика при боли в животе

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Распространенные причины	
Функциональные абдоминальные боли (с. 363)	• Боль в околопупочной области, от которой ребенок может отвлечься • Отсутствие отклонений при обследовании • Функциональные расстройства (синдром раздраженного кишечника, психические заболевания, мигрень, тревожность) в семейном анамнезе • Обычно встречаются у детей старшего возраста и подростков
Острая диарея (гастроэнтерит) **(с. 319)**	• Диарея, высокая температура, рвота, отсутствие аппетита • Признаки обезвоживания

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Запор (с. 365)	• Стул менее 3 раз в неделю, отходит с трудом или объем больше обычного • Сухой, твердый или состоящий из отдельных комочков кал • При обследовании живота фекальное содержимое кишечника пальпируется через брюшную стенку
Инфекция мочевыводящих путей (с. 413)	• Высокая температура • Дизурия, гематурия, частое мочеиспускание
Пищевая аллергия (с. 337)	• Высыпания на коже • Тошнота, рвота • Замедление роста
Острый аппендицит	• Острая боль в правом нижнем квадранте живота • Напряженный и болезненный живот, перитонит • Высокая температура, тошнота, отсутствие аппетита, рвота
Брыжеечный лимфаденит (с. 364)	• Постоянная боль в правом нижнем квадранте живота • Высокая температура, тошнота • Симптомы простуды, боль в горле, увеличение шейных лимфатических узлов
Первичная дисменорея (с. 830)	• Менструирующие девушки-подростки • Спазмы или боль в нижней части живота до и во время менструации
Пневмония (с. 213)	• Высокая температура • Кашель, затрудненное, учащенное или стонущее дыхание, втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа • Боль в груди
Травма живота	• Тупая или проникающая травма брюшной полости в анамнезе

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Непереносимость лактозы (с. 338)	• Связана с потреблением молока (молочных продуктов) • Боль или вздутие живота, метеоризм, пенистая водянистая диарея, осаднения перианальной области
Менее распространенные причины	
Инвагинация кишечника	• Ребенок грудного или младшего возраста • Объемное образование в брюшной полости, рвота • Болезненный вид • Внезапные приступы плача/боли, сопровождающиеся бледностью и вялостью • Кровь и слизь в стуле (на поздней стадии)
Целиакия (с. 342)	• Хроническая или рецидивирующая диарея • Боль и вздутие живота, отсутствие аппетита • Плохое прибавление в весе (потеря веса) и отставание в росте • Беспокойство, потеря мышечной массы, бледность
Язвенная болезнь желудка (с. 367)	• Боль в эпигастрии • Тупая боль, связанная с приемами пищи • Обычно встречается у подростков
Воспалительные заболевания кишечника (с. 343)	• Рецидивирующая диарея, кровь в стуле, потеря веса, повышенная утомляемость • Воспалительные заболевания кишечника в семейном анамнезе (болезнь Крона, язвенный колит)
Кишечная непроходимость	• Проксимальная непроходимость: рвота при минимальном вздутии живота • Дистальная непроходимость: вздутие живота, рвота возникает позже • Спастические боли в животе, вздутие живота, отсутствие метеоризма, напряженный и болезненный живот • Иногда на передней брюшной стенке можно увидеть волны кишечной перистальтики

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Диабетический кетоацидоз (с. 710)	• Полиурия, усиление чувства жажды, запах ацетона изо рта • Рвота, боль в животе, отсутствие аппетита • Повышенный уровень глюкозы в крови • В моче присутствует глюкоза и кетоновые тела
Ущемленная грыжа (с. 436)	• Не вправляемое болезненное выпячивание в месте, характерном для паховой или пупочной (очень редко) грыжи, которое сопровождается болью, усиливающейся при кашле • Тошнота, рвота • Признаки и симптомы непроходимости кишечника (см. выше)
Вирусный гепатит (с. 485)	• Повышенная утомляемость, отсутствие аппетита • Желтуха, сопровождающаяся потемнением мочи • Болезненность при пальпации в правом верхнем квадранте живота, увеличенная печень
Пурпура Геноха – Шёнлейна (с. 466)	• Рельефная пурпура • Артрит, артралгия • Боль в животе • Гематурия, протеинурия, гипертензия
Перекрут яичка (с. 429)	• Сильная боль в области гениталий, которая может иррадиировать в нижнюю часть живота • Тошнота, рвота • Острый отек на одной стороне мошонки • Чрезвычайная болезненность яичка при прикосновении • Кремастерный рефлекс обычно отсутствует
Семейная средиземноморская лихорадка (с. 311)	• Рецидивирующие приступы лихорадки (1–4 дня), повторяющиеся каждую неделю или каждый месяц • Боли и отеки в суставах • Сыпь, напоминающая рожистое воспаление • Боль в груди (плеврит)

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Камни в почках или почечная колика (с. 419)	• Дизурия • Боль в животе или боку, обычно сильная и схваткообразная • Гематурия при микроскопическом или макроскопическом исследовании
Отравление (с. 883)	• Воздействие ядов или лекарственных препаратов в анамнезе
Острый панкреатит	• Плохое самочувствие и гипотензия • Тошнота, рвота, иррадиирующая в спину боль в эпигастрии с острым началом, изменение цвета кожи вокруг пупка или на боках • У детей младшего возраста: беспокойство, вздутие живота
Желчекаменная болезнь, холецистит	• Боль и болезненность в правом верхнем квадранте живота • Положительный симптом Мерфи (ребенок останавливает вдох во время глубокой пальпации правого подреберья) • Обычно боль возникает после еды (приема жирной пищи)
Перекрут яичника	• Встречается у девушек-подростков • Резкая сильная боль в животе, непрерывная или схваткообразная • Тошнота, рвота
Воспалительные заболевания органов малого таза	• Девушка-подросток, ведущая половую жизнь • Боль и болезненность в нижней части живота • Выделения из влагалища, вагинальное кровотечение • Боль во время или после полового акта • Высокая температура
Осложнения при беременности	• Сексуальная активность • Известная беременность, задержка или отсутствие менструации
Опухоль брюшной полости	• Потеря веса • Пальпируемое объемное образование в брюшной полости

Направление к специалисту

Немедленно направьте ребенка в стационар (с. 860) при подозрении на следующие заболевания:

- острый аппендицит;
- острый панкреатит;
- кишечная непроходимость;
- желчекаменная болезнь, холецистит;
- инвагинация кишечника;
- осложнения при беременности;
- перекрут яичка;
- перекрут яичника;
- опухоль брюшной полости.

▶ Проведите обезболивание (с. 597).

▶ Если ребенок обезвожен, установите в/в катетер и начните вводить жидкости, не дожидаясь госпитализации.

6.6.1 Функциональные абдоминальные боли

Функциональные абдоминальные боли обычно возникают у детей и подростков в возрасте от 5 до 14 лет.

Признаки и симптомы

- Боль в околопупочной области, от которой ребенок может отвлечься.
- Отсутствие сопутствующих клинических признаков.
- Функциональные расстройства (синдром раздраженного кишечника, психические заболевания, мигрень, тревожность) в семейном анамнезе.
- Стрессы или провоцирующие факторы, например разлад в семье, развод родителей, семейно-бытовое насилие, издевательства в школе, потеря друга, домашнего животного или объекта влюбленности.
- Отсутствие отклонений при обследовании.

Лечение

- Успокойте ребенка или подростка и членов его семьи.
- Проконсультируйте их по вопросам здорового питания (с. 111) и регулярной физической активности (с. 119); расскажите о способах снизить тревожность – обеспечить достаточную продолжительность сна, использовать методики релаксации и визуализации.

Последующее наблюдение

Назначьте следующее посещение через 4 недели. При отсутствии улучшений направьте ребенка к специалисту для получения психологической поддержки.

6.6.2 Брыжеечный лимфаденит

Брыжеечный лимфаденит – это воспаление лимфатических узлов брыжейки. Обычно встречается у детей с респираторными инфекциями, например простудой. Проходит самостоятельно без лечения.

Анамнез

- Постоянная боль в правом нижнем квадранте живота.
- Высокая температура, тошнота; рвота обычно отсутствует.
- Симптомы простуды, боль в горле, увеличение шейных лимфатических узлов.

Физикальное обследование

- Боль при пальпации в правом нижнем квадранте живота.
- Исключите острый аппендицит (с. 318). При брыжеечном лимфадените боль обычно стихает при применении обезболивающих препаратов. Если вы не можете с уверенностью исключить острый аппендицит, направьте ребенка к специалисту.

Лечение

- Для облегчения боли или при высокой температуре (≥ 39 °C), если она причиняет ребенку дискомфорт, назначьте парацетамол или ибупрофен (блок рекомендаций 25, с. 267).
- Объясните, что это состояние проходит самостоятельно без лечения. Предложите опекунам прийти на повторный прием через 2–3 дня, если боли в животе не пройдут, или раньше, если состояние ребенка ухудшится.

6.6.3 Запор

Частота дефекации у детей может варьироваться от нескольких раз в день до раза в несколько дней. У младенцев стул отходит чаще, чем у детей более старшего возраста.

У детей грудного возраста запоры встречаются редко, но могут возникать у детей, находящихся на искусственном вскармливании. У большинства детей запор носит функциональный характер и не имеет поддающейся определению причины, однако важно рассмотреть возможность органического запора, вызванного нарушениями обмена веществ, гипотиреозом, гиперкальциемией, сахарным диабетом, муковисцидозом, опухолями центральной нервной системы, детским церебральным параличом или анатомическими аномалиями прямой кишки.

Анамнез

- Стул 3 раза в неделю или реже.
- Стул отходит с трудом или его объем больше обычного.
- Сухой, твердый или состоящий из отдельных комочков кал.
- Кровотечение, вызванное твердым калом.
- Натуживание и дискомфорт при дефекации.
- Недержание кала (вследствие переполнения кишечника).
- Несбалансированное питание.

Физикальное обследование

- Живот мягкий, фекальное содержимое кишечника пальпируется обычно в левом нижнем квадранте живота.
- У детей с функциональным запором: отсутствие отклонений при обследовании, анальная трещина присутствует или отсутствует.
- Признаки копростаза: скопление твердых каловых масс в нижних отделах кишечника, подтекание кала вследствие переполнения кишечника.
- У детей с органическим запором могут наблюдаться анатомические аномалии строения заднего прохода, объемные образования в брюшной полости или вздутие живота, гипотонус, аномалии развития нижних конечностей и пояснично-крестцовой области.

Лечение

- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии при запоре на дому (блок рекомендаций 29) и назначьте повторный прием через 4 недели.
- Если поддерживающая терапия на дому недостаточно эффективна, рассмотрите возможность добавить осмотические и смягчающие слабительные препараты перорально (дозировки см. в приложении 4):
  - детям в возрасте 1–12 месяцев: изоосмотическое слабительное (полиэтиленгликоль) или лактулоза;
  - детям более старшего возраста: изоосмотическое (полиэтиленгликоль) или смягчающее слабительное (вазелиновое масло). НЕ назначайте вазелиновое масло детям младшего возраста и детям, у которых существует риск аспирации, например с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью или проблемами при глотании.
  - Как правило, лечение должно быть длительным (в течение нескольких месяцев). Заверьте опекунов, что такая продолжительность безопасна.
  - Корректируйте дозировки таким образом, чтобы добиться отхождения мягкого стула 1 раз в день.

НЕ назначайте ректальные суппозитории или клизмы.

- Для снижения болевых ощущений назначьте местную обработку анальных трещин вазелином.
- При признаках копростаза назначьте полиэтиленгликоль перорально в большой дозе (0,5–0,75 г/кг/прием 2 раза в сутки в течение 3–5 дней), а затем в поддерживающей дозе 0,2–0,8 г/кг/прием 1 раз в сутки в течение нескольких недель. Объясните опекунам, что в начале лечения подтекание кала и боли в животе могут усилиться.

Последующее наблюдение

Пригласите опекунов на повторный прием через 4 недели или через 2 недели после начала лечения копростаза. При отсутствии улучшений направьте ребенка к специалисту для дальнейшей оценки (анатомические аномалии, болезнь Гиршпрунга).

Направление к специалисту

Если на основании анамнеза и физикального осмотра вы подозреваете, что у запора есть особая причина, направьте ребенка к специалисту для дальнейшей оценки и лечения.

Блок рекомендаций 29. Лечение запора в домашних условиях

Как ухаживать за ребенком с запором в домашних условиях



Запомните следующие правила:

- Обеспечьте ребенка достаточным количеством жидкости.
- Ребенка, находящегося на грудном вскармливании, следует продолжать кормить грудью так часто, как он хочет.
- Обеспечьте ребенку регулярные занятия физическими упражнениями и достаточную продолжительность сна.
- Обеспечьте регулярное питание блюдами с высоким содержанием клетчатки.
- Уменьшите объем коровьего молока в рационе, так как у некоторых детей оно провоцирует запоры.

Помогайте ребенку младшего возраста при пользовании туалетом:

- Поставьте перед унитазом скамеечку, чтобы колени ребенка находились выше бедер. Предложите ребенку наклониться вперед, опереться локтями о колени и выпятить живот. При необходимости наденьте на сиденье унитаза накладное кольцо меньшего размера.
- Ребенок должен проводить в туалете не более 5 минут 3 раза в день после еды.
- Хвалите ребенка за походы в туалет.
- Повесьте на видном месте график и отмечайте на нем дефекации наклейками, чтобы мотивировать ребенка.

6.6.4 Язвенная болезнь желудка

Прием некоторых лекарственных препаратов, инфицирование *H. pylori* или сильный стресс могут стать причиной язвенной болезни желудка, при которой на внутренней поверхности желудка и верхних отделов кишечника возникают язвы.

Анамнез

- Пробуждения ночью из-за боли в животе.
- Прием некоторых лекарственных средств, например кортикостероидов или нестероидных противовоспалительных препаратов.

- Сильный стресс.
- У детей младшего возраста: беспокойство, рвота с кровью или без крови.
- У детей старшего возраста и подростков: боль в эпигастрии через несколько часов после еды.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Направьте ребенка к специалисту для проведения эндоскопического исследования (чтобы подтвердить наличие пептических язв) и биопсии желудка (чтобы проверить инфицирование *H. pylori*).

НЕ используйте для первоначальной диагностики уреазный дыхательный тест на определение *H. pylori* или анализ кала на антигены к *H. pylori*.

Лечение

- Совместно со специалистом лечите основную причину заболевания:
  - — Прекратите прием лекарственных препаратов.
  - — При инфицировании *H. pylori*: см. состав режима первого ряда и дозировки препаратов для уничтожения *H. pylori* в национальных руководящих документах. Медикаментозная терапия включает в себя прием двух антибиотиков (обычно каких-либо двух из следующего набора: амоксициллин, кларитромицин и метронидазол) и одного ингибитора протонной помпы в течение 14 дней. Объясните членам семьи важность соблюдения режима лечения.
- Чтобы облегчить боль и ускорить заживление язв, назначьте ингибиторы протонной помпы, например омепразол 1 мг/кг 1 раз в сутки.

Последующее наблюдение

Если ребенок инфицирован *H. pylori*, оцените успешность лечения не менее чем через 4 недели после его завершения с помощью уреазного дыхательного теста или анализа кала на антигены к *H. pylori*. Помните, что ребенок должен закончить прием ингибитора протонной помпы за 2 недели, а антибиотиков – за 4 недели до проведения этих тестов.

6.7 Боль в груди

В разных культурах в термин «боль в груди» вкладываются различные смыслы, но в большинстве случаев у детей и взрослых он указывает на разные состояния. Боль в груди зачастую вызывает у детей или подростков и их семей страх и тревогу, поскольку наводит на мысли о болезнях сердца. Тем не менее у большинства детей и подростков с жалобами на боль в груди отсутствуют сердечные или другие серьезные заболевания (таблица 52, с. 371).

Анамнез

- Характеристики боли:
  - Начало: острое (обычно при респираторных или сердечных заболеваниях), постепенное (обычно идиопатического или психогенного характера, при заболеваниях опорно-двигательного аппарата).
  - Вид: острая, жгучая.
  - Интенсивность.
  - Локальная (обычно при заболеваниях опорно-двигательного аппарата или плевральных явлениях) или диффузная.
  - Иррадиация: иррадиирует ли боль куда-либо (у детей встречается редко).
  - Продолжительность.
  - Усиление боли при кашле или физической нагрузке (при респираторных заболеваниях или заболеваниях опорно-двигательного аппарата), при глотании или во время еды (при заболеваниях желудочно-кишечного тракта).
  - Разрешение боли: когда и при каких условиях боль проходит.
- Сопутствующие симптомы: высокая температура, тошнота, рвота, срыгивание, потливость, учащенное сердцебиение, обморок, кашель, повышенная утомляемость.
- Травма.
- Удушье или аспирация инородного тела.
- Тревожность, трудности или конфликты в школе или семье.
- Наличие в анамнезе сердечных или респираторных заболеваний, кардиохирургических вмешательств, болезни Кавасаки, серповидно-клеточной анемии.

- Прием некоторых лекарств, например нестероидных противовоспалительных препаратов.
- Врожденные сердечные заболевания, синдром внезапной смерти грудного ребенка или наследственные структурные кардиомиопатии в семейном анамнезе.

Физикальное обследование

Измерьте основные показатели жизнедеятельности: ЧСС, частоту дыхания, артериальное давление, насыщение крови кислородом, температуру тела.

Проведите полный медицинский осмотр (с. 14). Проверьте следующие признаки:

- Бледность, цианоз.
- Отеки.
- Время наполнения капилляров более 2 секунд.
- Слабый или отсутствующий пульс на подмышечной или бедренной артерии.
- Аритмия, тахикардия или брадикардия.
- Припухлости, асимметричные кровоподтеки на грудной клетке.
- Боль при пальпации места соединения грудины с ребрами.
- Увеличенная печень, болезненность в эпигастрии.
- Шум трения перикарда, шумы в сердце, аритмия, ослабленные тоны сердца.
- Расстройства дыхания (учащенное дыхание, втяжение нижней части грудной клетки).
- Гиповентиляция, астмоидное дыхание, влажные хрипы.
- Высыпания на коже, язвы во рту.

Лабораторные и инструментальные исследования

Если причина боли в груди у ребенка или подростка очевидна, а отклонений при обследовании нет или они свидетельствуют о нарушениях со стороны опорно-двигательного аппарата или желудочно-кишечного тракта, дальнейшие исследования не требуются.

В зависимости от анамнеза и клинической картины:

- Рентгенография грудной клетки при травме грудной клетки, удушье в анамнезе или при подозрении на пневмоторакс, тяжелую пневмонию с осложнениями, острый грудной синдром при серповидно-клеточной анемии.
- Электрокардиография при обмороке или учащенном сердцебиении, болях, усиливающихся при физической нагрузке, сердечных заболеваниях в индивидуальном или семейном анамнезе, повышенной тревожности или при подозрении на кардиологические причины.
- Если вы подозреваете кардиологические причины или не можете установить точный диагноз, направьте ребенка к специалисту для проведения эхокардиографии или дополнительных исследований.

Дифференциальная диагностика

Таблица 52. Дифференциальная диагностика при боли в груди

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Идиопатическая	• Этиология неизвестна • Прочие причины исключаются
Опорно-двигательный аппарат (с. 374)	
Травма	• Травма в анамнезе • Кровоподтеки, переломы ребер и серьезные внутригрудные травмы
Мышечное напряжение	• Травма или перенапряжение в анамнезе (при занятиях спортом, хроническом кашле)
Реберный хондрит	• Обычно односторонний, как правило поражает более одного сустава между грудиной и ребрами • Боль обычно возникает в покое и усиливается при глубоком вдохе • При пальпации боль возникает повторно в том же месте
Синдром Титце	• Воспаление суставов между грудиной и ребрами, обычно поражает только один сустав • Видимая припухлость, при пальпации боль возникает повторно в том же месте

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Привычный подвывих реберно-хрящевого сустава	• Смещение чрезмерно подвижного реберного хряща нижних ребер • Периодические приступы острой боли, сменяющейся постоянной болью (от легкой до сильной, продолжительностью до нескольких недель) • Боль усиливается при принятии определенной позы, движении, нагрузке
Респираторная система	
Бронхиальная астма (с. 692)	• В анамнезе рецидивирующие приступы одышки или астмоидного дыхания • Субъективное чувство стеснения в груди • Кашель, одышка, астмоидное дыхание, иногда на фоне физической нагрузки
Пневмония (с экссудативным плевритом или без него) **(с. 213)**	• Кашель, учащенное дыхание, втяжение нижней части грудной клетки • Высокая температура • Боль возникает при вдохе
Пневмоторакс (с. 375)	• Первичный пневмоторакс: встречается у высоких и худощавых подростков • Вторичный пневмоторакс: травма или бронхоспазм (астма) в анамнезе • Внезапная боль и одышка, одностороннее снижение подвижности грудной клетки и ослабленное дыхание
Плеврит (с. 374).	• Воспаление плевры, обычно вирусной природы, проходит самостоятельно без лечения • Боль возникает при вдохе и кашле • Субфебрильная температура
Плевралгия (с. 374)	• Вирус Коксаки (наиболее распространенная причина) • Плеврит (см. выше) • Резкая спазматическая боль в груди • Язвы во рту, сыпь на ладонях и подошвах

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Острый грудной синдром (с. 728)	• Осложнение у детей с серповидно-клеточной анемией • Высокая температура, кашель, учащенное или астмоидное дыхание, втяжение уступчивых мест грудной клетки
Желудочно-кишечный тракт	
Эзофагит (см. ГЭРБ, с. 353)	• Боль в эпигастрии или за грудиной, усиливающаяся во время еды • Гастроэзофагеальный рефлюкс в анамнезе, также возможна связь с приемом лекарств или аллергией • Может проявляться срыгиванием, чувством жжения, рвотой, беспокойством (у детей младшего возраста), респираторными симптомами (хронический кашель, стридор, астмоидное дыхание)
Проглатывание инородного тела (с. 592)	• Внезапное возникновение симптомов. • Боль или затруднения при глотании, слюнотечение
Кардиологические причины (с. 375)	
Аритмия (с. 387)	• Аритмия при аускультации • Иногда сопровождается потливостью, учащенным сердцебиением, обмороком
Перикардит	• Вирусный, вызванный другими инфекциями или идиопатический • Боль за грудиной (усиливается в положении лежа, ослабевает при наклоне вперед из сидячего положения) • Высокая температура • Шум трения перикарда, тахикардия • Ослабленные тоны сердца при выпоте

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Миокардит	• Как правило, вирусной природы • Высокая температура • Миалгия, общее недомогание • Дыхательная недостаточность • Тахикардия, не соответствующая степени повышения температуры • Признаки кардиогенного шока, аритмии, учащенного сердцебиения, сердечной недостаточности (одышка, увеличение печени)
Ишемия	• У детей встречается редко; может быть обусловлена врожденным пороком сердца или болезнью Кавасаки (с. 293) • Давящая прекардиальная боль, иногда иррадиирующая, непродолжительная (продолжительность исчисляется минутами), усиливающаяся при физической нагрузке и повышении температуры, ослабевающая в покое
Психогенные причины	
Тревожность (с. 628) или другие психические расстройства	• Чаще встречается у подростков • Наличие в анамнезе страхов, тревожности, обычно вызываемых стрессами • Частое и глубокое дыхание (гипервентиляция) • Чувство стеснения в груди • Чувство покалывания или подергивания в губах, руках или ногах; головокружение

ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Лечение

- Лечите в зависимости от основной причины (см. ссылки на страницы в таблице 52).
- Некоторые заболевания, вызывающие боль в груди, проходят самостоятельно без лечения (иногда в течение нескольких недель): идиопатическая боль в груди, плеврит, плевралгия, легкие травмы, мышечное напряжение (боль проходит в покое), реберный хондрит, синдром Титце, привычный подвывих реберно-хрящевого сустава.

- При необходимости назначьте парацетамол и ибупрофен для облегчения боли (с. 597). Если необходим противовоспалительный эффект (например, при реберном хондрите), выбирайте из двух препаратов ибупрофен.
- Если вы диагностировали заболевание, проходящее самостоятельно без лечения, успокойте ребенка и его семью, объясните течение болезни (скажите, что облегчение наступит через несколько дней или недель). Проконсультируйте по вопросам лечения на дому и проведения поддерживающей терапии:
  - Для облегчения боли или при высокой температуре (≥ 39 °C), если она причиняет ребенку дискомфорт (с. 265), давать парацетамол или ибупрофен.
  - Избегать движений и занятий, которые провоцируют возникновение боли.
  - Прийти на повторный прием через 7 дней или раньше, если состояние ребенка ухудшится.

Направление к специалисту

- Стабилизируйте состояние ребенка и немедленно направьте его в стационар (с. 920), если вы подозреваете у него одно из следующих заболеваний:
  - перикардит;
  - миокардит;
  - ишемия сердца;
  - аритмия;
  - острый грудной синдром;
  - пневмоторакс (при угрожающем жизни напряженном пневмотораксе см. технику выполнения торакоцентеза на с. 933);
  - тяжелая травма грудной клетки.

6.8 Шумы в сердце

Шумы в сердце встречаются у детей и подростков сравнительно часто и обычно обнаруживаются при плановой диспансеризации. В то время как большинство шумов в сердце являются функциональными, некоторые из них могут указывать на порок сердца в качестве основной причины. Известные кардиологические патологии описываются в главе 7 на с. 688.

Проведите различие между функциональным и патологическим шумом, опираясь на характер шума при аускультации (таблица 53), подробный анамнез и результаты физикального обследования.

Большинство шумов в сердце являются функциональным и не требуют направления ребенка к специалисту.

Немедленно направьте ребенка в стационар, если у него присутствуют признаки цианоза или сердечной недостаточности.

Анамнез

- Врожденные сердечные заболевания, синдром внезапной смерти грудного ребенка или наследственные структурные кардиомиопатии в семейном анамнезе.
- Результаты пренатального УЗИ.
- Известные шумы в сердце или кардиологические патологии.
- Признаки сердечной недостаточности или снижение толерантности к физической нагрузке в зависимости от возраста: проблемы с кормлением, потливость, повышенная утомляемость, плохое прибавление в весе и отставание в росте, обмороки, боль в груди.

Физикальное обследование

Измерьте показатели жизненно-важных функций, включая насыщение крови кислородом и ЧСС, проверьте время наполнения капилляров. Проведите полный медицинский осмотр (с. 14). Проверьте следующие признаки:

- Характеристики шума: время появления, интенсивность, сопутствующие звуки, реакция на вдох и изменение положения тела.
- Аритмия, тахикардия или брадикардия.
- Слабый или отсутствующий пульс на подмышечной или бедренной артерии.

- Признаки сердечной недостаточности: тахикардия, учащенное дыхание, цианоз, смещение верхушечного толчка, увеличение печени, отек. У детей грудного возраста симптомы могут быть более выраженными во время кормления.
- Бледность.

Таблица 53. Характеристики функциональных и патологических шумов в сердце

Характеристики	Функциональные	Патологические
Фаза	Короткие во время систолической фазы (не на протяжении всей систолической фазы)	Систолическая или диастолическая
Интенсивность	Негромкий (1–2 балла)	Громкий (3–6 баллов)
Сопутствующие звуки	Нет	Щелчки, вибрация грудной стенки, ритм галопа
Изменения при вдохе	Усиливается при вдохе	Без изменений
Изменения при смене положения тела	В вертикальном положении тише, чем в положении лежа на спине	Без изменений

Направление к специалисту

- Немедленно направьте ребенка в стационар, если у него присутствуют признаки цианоза и сердечной недостаточности, слабый пульс при пальпации, отклонения показателей жизненно-важных функций.
- Направьте ребенка к детскому кардиологу для проведения дополнительных исследований при наличии следующих признаков:
  - характеристики, указывающие на патологический шум или не позволяющие исключить его;
  - аномалии на эхокардиограмме плода в анамнезе;
  - основное заболевание, связанное с повышенным риском развития болезней сердца;
  - возраст младше 12 месяцев.

6.8.1 Функциональные шумы

Функциональные шумы могут обнаруживаться у здоровых детей во время плановой диспансеризации в раннем грудном или детском возрасте (пик выявляемости наступает около 5 лет). Они обусловлены незначительными турбуленциями в кровотоке.

Признаки и симптомы

- Шум при аускультации сердца (зачастую становится более громким и заметным при болезнях, сопровождающихся повышением температуры):
  - — шум Стилла: музыкальный вибрирующий систолический шум вдоль левого края грудины (у детей младшего возраста);
  - — шум легочного кровотока: нежный дующий шум в верхней части левого края грудины (у детей старшего возраста);
  - — периферический стеноз легочной артерии: то же, что шум легочного кровотока, но с иррадиацией в спину (проходит к возрасту 3–6 месяцев);
  - — шум над сонной артерией: систолический шум интенсивностью 2 балла из 6, над ключицами вдоль сонной артерии (встречается в любом возрасте);
  - — венозный шум: непрерывный шум, прослушивается над или под ключицами; интенсивность меняется при повороте головы и сдавлении яремной вены; исчезает в положении лежа на спине (у детей младшего возраста).
- Дополнительные симптомы отсутствуют.
- При осмотре не выявляются какие-либо патологические признаки.

Лечение

- Успокойте членов семьи. Объясните, что функциональные шумы в сердце не представляют никакой опасности для ребенка и не требуют дополнительных исследований. В большинстве случаев они проходят самостоятельно.
- Если вы не уверены в функциональном характере шума, проведите повторный осмотр ребенка (после снижения температуры, если она повышена, или через 2–4 недели) или направьте его к специалисту для дальнейшей оценки. Если характер шума меняется на патологический, направьте ребенка к специалисту для дальнейшей оценки.

6.8.2 Патологические шумы

К распространенным причинам возникновения патологических шумов у детей и подростков относятся следующие:

- Врожденный порок сердца (с. 185).
- Недостаточность митрального клапана на фоне ревматической болезни сердца (с. 382), пролапса митрального клапана, миокардита (с. 263), инфекционного эндокардита (с. 381) или сердечной недостаточности (с. 379).
- Перикардит: характерный шум трения перикарда (с. 263).

У всех детей с потенциально патологическим шумом в сердце необходимо провести дополнительные исследования. В зависимости от ситуации вы можете направить ребенка к специалисту напрямую или предварительно сделать рентгенографию грудной клетки и снять ЭКГ. В зависимости от клинического состояния ребенка направление может быть неотложным или плановым.

Сердечная недостаточность

Сердечная недостаточность может быть признаком декомпенсации уже присутствовавшей патологии, например врожденного порока сердца (обычно появляется в первые месяцы жизни), острой ревматической лихорадки, аритмии сердца, миокардита, констриктивного гнойного перикардита, инфекционного эндокардита, острого гломерулонефрита, тяжелой анемии, тяжелой пневмонии или тяжелого нарушения питания. На ускорение развития или усугубление сердечной недостаточности может влиять избыточное потребление жидкости детьми из групп риска (например, с нарушением питания), особенно при введении больших объемов жидкости внутривенно.

Анамнез

В зависимости от возраста ребенка:

- Трудности при грудном вскармливании.
- Потливость.
- Плохое прибавление в весе и отставание в росте у детей грудного возраста.
- Одышка во время физических упражнений или занятий спортом.
- Изнеможение или обморок во время физических упражнений или занятий спортом.

Физикальное обследование

Измерьте показатели жизненно-важных функций, включая насыщение крови кислородом. Проведите медицинский осмотр (с. 14). Ищите следующие признаки:

- Цианоз (бледно-серый или синюшный цвет кожи), дифференциальный цианоз: показатель насыщения крови кислородом на нижних конечностях ниже, чем на правой руке.
- Слабый пульс на бедренной артерии.
- Учащенное и затрудненное дыхание, особенно во время кормления у детей грудного возраста.
- При аускультации сердца: шумы в сердце (в некоторых случаях), громкий второй тон сердца или ритм галопа, тахикардия или брадикардия, смещение верхушечного толчка влево.
- При аускультации легких: мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких.
- Увеличенная пальпируемая печень.
- Повышенное давление в яремных венах у детей старшего возраста и подростков.
- Отечность кистей, лодыжек, стоп или лица (область вокруг глаз).
- Увеличение времени наполнения капилляров.
- Низкий диурез.

Лечение и направление к специалистам

Немедленно направьте в стационар ребенка с предполагаемой или подтвержденной сердечной недостаточностью. До направления и в процессе госпитализации:

- Дайте кислород, если у ребенка отмечаются расстройства дыхания, цианоз и снижение насыщения крови кислородом.
- По возможности избегайте введения внутривенных жидкостей.
- Поддерживайте ребенка или подростка в полусидячем положении.
- Снижайте температуру тела с помощью парацетамола для уменьшения нагрузки на сердце.

Последующее наблюдение

- Информацию об уходе за ребенком или подростком с врожденным или приобретенным пороком сердца см. на с. 688.

Инфекционный эндокардит

Инфекционный эндокардит – это инфекционное поражение эндокарда и клапанов сердца, сопровождающееся образованием тромбов и бактериальных вегетаций. Чаще всего заболевание вызывает стафилококк и стрептококк, но в отдельных случаях причиной могут быть и другие микроорганизмы. Зачастую инфекционный эндокардит возникает как осложнение присутствовавшего ранее заболевания клапанов сердца.

Анамнез

Факторы риска развития инфекционного эндокардита:

- Врожденный порок сердца (с. 185).
- Установленные центральные венозные катетеры или внутрисердечные импланты, например искусственные и биологические клапаны, имплантируемые кардиовертеры-дефибрилляторы.
- Ревматическая болезнь сердца (с. 382).

Признаки и симптомы

- Субфебрильная температура продолжительностью более 7 дней (подострая форма) или высокая температура (острая форма).
- Шум в сердце или основное заболевание сердца.
- Необъяснимая потеря веса.
- Повышенная утомляемость.
- Увеличение селезенки.
- Бледность (анемия).
- Боли в суставах, мышечные боли.
- Петехии.
- Утолщение концевых фаланг пальцев («барабанные палочки»).
- Точечные кровоизлияния в ногтевое ложе.

Лабораторные и инструментальные исследования

Как правило, проводятся в стационаре после госпитализации:

- не менее 3 бактериологических посевов образцов крови из разных вен, взятых в течение 24 часов (или в течение 1 часа, если ребенок находится в критическом состоянии);
- эхокардиограмма;
- могут потребоваться и другие тесты, например анализ крови на маркеры воспаления и гемоглобин, анализ мочи.

Направление к специалисту

При подозрении на инфекционный эндокардит немедленно направьте ребенка в стационар для подтверждения диагноза на основе диагностических критериев (модифицированные критерии Duke), введения антибиотиков в/в (в течение 2–6 недель) и поддерживающей терапии. Также может потребоваться хирургическое вмешательство.

Профилактика

У детей и подростков, перенесших инфекционный эндокардит, высок риск рецидива этого заболевания. Ознакомьтесь с мерами профилактики на с. 689 и проконсультируйте членов семьи.

Ревматическая болезнь сердца

Ревматическая болезнь сердца – это аномальная иммунная реакция на стрептококковую инфекцию группы А у детей и подростков. Она развивается после острой ревматической лихорадки (с. 279). При тяжелом или рецидивирующем течении острая ревматическая лихорадка может повреждать клапаны сердца (чаще всего митральный, реже аортальный, еще реже трехстворчатый).

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Рецидивирующие инфекции ротоглотки (с. 279) или острая ревматическая лихорадка (с. 279) в анамнезе.
- Признаки сердечной недостаточности: одышка, повышенная утомляемость, отеки.
- Шумы в сердце, кардиомегалия или отек легких.

Лабораторные и инструментальные исследования

Направьте ребенка на эхокардиографию.

Дифференциальная диагностика

Врожденные пороки сердца и эндокардит.

Направление к специалисту

Направьте ребенка к специалисту (по возможности к детскому кардиологу) для подтверждения диагноза и назначения лечения. Ребенка с признаками сердечной недостаточности следует немедленно направить в стационар.

Лечение

Одной из важных задач первичной медико-санитарной помощи является просвещение, поддержка и долгосрочное ведение детей и подростков с ревматической болезнью сердца.

- Чтобы снизить риск повторения эпизодов острой ревматической лихорадки и прогрессирования болезни (с. 690), детям и подросткам после острой ревматической лихорадки или с диагностированной ревматической болезнью сердца необходима вторичная профилактика антибиотиками.
- Обеспечьте соблюдение режима лечения и надлежащее последующее наблюдение в соответствии с планом лечения, составленным специалистом.
- Помните о необходимых мерах профилактики (с. 688). Проконсультируйте членов семьи по вопросам здорового образа жизни, ухода за полостью рта (с. 690) и охраны репродуктивного здоровья (с. 800).

Детям с осложнениями или на поздних стадиях заболевания может потребоваться дополнительное лечение, которое поможет облегчить симптомы и улучшить исход:

- Назначенная специалистом медикаментозная терапия (диуретики при сердечной недостаточности, антиаритмические средства при нарушениях ритма).
- Кардиохирургическая операция: если у ребенка возникают признаки сердечной недостаточности, которые не поддаются медикаментозной терапии, необходима замена сердечного клапана на искусственный. В зависимости от вида клапана ребенку может потребоваться пожизненный прием антикоагулянтов.

6.9 Учащенное сердцебиение

Пациент ощущает учащенное сердцебиение как заметные удары сердца. Он может чувствовать и описывать их как слишком быстрые, слишком сильные или неритмичные.

У детей учащенное сердцебиение обычно возникает как реакция на тот или иной физиологический стимул (например, высокую температуру, физическую нагрузку, тревогу или анемию) и не имеет причины со стороны сердца (например, аритмии). В редких случаях учащенное сердцебиение может быть связано с угрожающими жизни состояниями (таблица 54).

Анамнез

- Характеристики учащенного сердцебиения:
  - — внезапное или постепенное начало и окончание эпизода;
  - — быстрое, ритмичное или неритмичное сердцебиение.
- Сопутствующие симптомы: высокая температура, потливость, головная боль, тахикардия, учащенное дыхание, цианоз, боль в груди, обморок, потеря веса.
- Связь с физической нагрузкой.
- Употребление наркотиков, табака, кофе или прием лекарств, включая бета-адреномиметики короткого действия (SABA) (например, сальбутамола).
- Сердечные заболевания, сахарный диабет или другие заболевания в анамнезе.
- Врожденные сердечные заболевания или наследственные структурные кардиомиопатии в семейном анамнезе.

Физикальное обследование

Измерьте основные показатели жизнедеятельности (насыщение крови кислородом, температуру тела и артериальное давление). Проведите полный медицинский осмотр (с. 14). Проверьте следующие признаки:

- Аритмия, тахикардия или брадикардия.
- Цианоз, бледность.
- Отеки.
- Слабый или отсутствующий пульс на подмышечной или бедренной артерии.
- Увеличение печени.
- Экзофтальм, увеличение щитовидной железы (зоб).

Лабораторные и инструментальные исследования

В зависимости от анамнеза и результатов физикального обследования:

- электрокардиография, если в анамнезе присутствуют сердечные заболевания, учащенное сердцебиение связано с физической нагрузкой либо при обследовании выявлены какие-либо признаки сердечных заболеваний;
- уровень гемоглобина при подозрении на анемию;
- уровень глюкозы в крови при подозрении на гипогликемию;
- исследования функции щитовидной железы при подозрении на гипертиреоз;
- возможно проведение других исследований (например, тест на кардиотропонин или суточное мониторирование ЭКГ).

Примечание: некоторые виды аритмии могут не поддаваться обнаружению у детей с отсутствием симптомов во время приема, например при наджелудочковой тахикардии (с. 387).

Дифференциальная диагностика

Таблица 54. Дифференциальная диагностика при учащенном сердцебиении

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Анемия (с. 475)	• Бледность, побледнение конъюнктивы • Иногда шумы в сердце
Гипертиреоз (с. 387)	• Потливость, непереносимость жары • Увеличение щитовидной железы (зоб) • Экзофтальм • Потеря веса
Тревожность (с. 628)	• Частое дыхание (гипервентиляция) • Иногда повышенное артериальное давление
Лекарственные препараты	• Прием лекарственных препаратов в анамнезе • Употребление табака, кофе
Гипогликемия (с. 710)	• Тахикардия, потливость • Слабость • Тремор • Нервозность, чувство голода

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Миокардит	• Высокая температура • Миалгия, общее недомогание • Боль в груди, дыхательная недостаточность • Тахикардия, не соответствующая степени повышения температуры • Признаки кардиогенного шока, аритмии, учащенного сердцебиения, сердечной недостаточности (одышка, увеличение печени)
Аритмия (с. 387)	• Иногда наличие в анамнезе порока сердца или перенесенной кардиохирургической операции • Внезапное начало и прекращение • Бледность, учащенное дыхание • Сердцебиение неритмичное, слишком медленное или слишком быстрое
Феохромоцитома	• Тахикардия • Потливость. • Головная боль • Высокое артериальное давление
Отравление (с. 883)	• Воздействие ядовитого вещества в анамнезе • Признаки и симптомы зависят от конкретного яда

Лечение

- Лечите основное заболевание (см. ссылки на страницы в таблице 54).
- Если учащенное сердцебиение вызвано приемом лекарственных препаратов, по возможности отмените их.
- После исключения конкретных основных заболеваний успокойте ребенка или подростка и членов его семьи. Пригласите их на повторный прием при возникновении новых симптомов.

Направление к специалисту

Немедленно направьте ребенка в стационар в следующих случаях:

- подозрение на миокардит, феохромоцитому;
- нестабильное состояние или неотложные признаки (с. 844);
- изменения на ЭКГ в сочетании с другими симптомами (например, обмороком).

Направьте ребенка к специалисту в следующих случаях:

- известный врожденный порок сердца или другое сердечное заболевание;
- учащенное сердцебиение связано с физической нагрузкой, сопровождается обмороком или болью в груди;
- изменения на ЭКГ без прочих симптомов;
- подозрение на гипертиреоз.

6.9.1 Аритмии

Аритмии (брадиаритмия – слишком медленное сердцебиение и тахиаритмия – слишком быстрое сердцебиение) обычно возникают на фоне пороков сердца, острых заболеваний сердца (например, миокардита) либо ряда других основных причин или заболеваний (например, дыхательной недостаточности с гипоксией, ацидоза, гипотензии, отравления, нарушений электролитного баланса).

- Устраните основную причину или лечите основное заболевание.
- Направьте ребенка к специалисту для проведения дополнительных исследований и подтверждения диагноза; выполняйте составленный специалистом план лечения.

Наджелудочковая тахикардия

Чаще всего причиной первичной аритмии у детей является наджелудочковая тахикардия.

! Наджелудочковая тахикардия – угрожающее жизни состояние, которое может привести к возникновению кардиогенного шока.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

Измерьте показатели жизненно-важных функций (ЧСС, насыщение крови кислородом и артериальное давление), проверьте время наполнения капилляров.

Проведите полный медицинский осмотр (с. 14). Проверьте следующие признаки:

- Резкое начало тахикардии в анамнезе.
- ЧСС > 220 ударов в минуту (уд/мин) у детей грудного возрасте или > 180 уд/мин у детей более старшего возраста.

- Потливость, бледность, цианоз.
- У детей грудного возраста: проблемы с кормлением, беспокойство, чрезмерный плач, затрудненное дыхание, особенно при кормлении.
- У детей более старшего возраста: учащенное сердцебиение, боль в груди, нервозность.
- Признаки сердечной недостаточности: учащенное дыхание, влажные хрипы, увеличение печени.
- Уровень сознания (шкала AVPU, с. 844).
- Отсутствующий или слабый пульс на подмышечной или бедренной артерии.

Лабораторные и инструментальные исследования

Немедленно проведите электрокардиографию. Наджелудочковая тахикардия проявляется узким комплексом QRS и отсутствием или аномальным расположением зубца P во всех отведениях.

Лечение

Если ребенок гемодинамически нестабилен (сниженный уровень сознания, увеличение времени наполнения капилляров, низкое артериальное давление, признаки сердечной недостаточности):

- Освободите дыхательные пути (с. 851), дайте кислород (с. 854) и немедленно направьте ребенка в стационар для проведения синхронизированной кардиоверсии.

Если во время приступа наджелудочковой тахикардии ребенок гемодинамически стабилен:

- Проведите вагусную пробу под постоянным контролем состояния ребенка: приложите ко лбу лед менее чем на минуту, избегая обструкции дыхания и используя защитную прокладку (например, из ткани), чтобы уберечь кожу от повреждения.
- У ребенка более старшего возраста проведите модифицированную пробу Вальсальвы: попросите ребенка натужиться или подуть в мундштук с узким отверстием. **НЕ** применяйте массаж синуса сонной артерии или давление на глазные яблоки.

- Если вагусная проба не привела к немедленному улучшению состояния, организуйте немедленное направление в стационар для терапии аденозином, продолжая постоянный контроль за состоянием ребенка. **НЕ** откладывайте направление в стационар для того, чтобы провести вагусную пробу.

Направление к специалисту

Немедленно направьте ребенка в стационар для экстренного купирования приступа.

Если на приеме или после проведения пробы у ребенка отсутствуют симптомы, направьте его к специалисту для проведения дополнительных исследований и возможного назначения лечения в целях профилактики рецидивов.

6.10 Обморок

Обморок – это временная полная потеря сознания и способности сохранять положение тела. Он характеризуется следующими признаками:

- резкое наступление;
- короткая продолжительность;
- спонтанное полное восстановление.

К обмороку приводит временное ухудшение мозгового кровотока, являющееся вторичным признаком ряда причин. Большинство причин носят доброкачественный характер, однако обморок также может быть проявлением тяжелого и угрожающего жизни заболевания (таблица 56, с. 392).

Анамнез

- Характеристики обморока:
  - провоцирующий фактор;
  - предшествующее состояние;
  - продолжительность эпизода;
  - судороги во время эпизода;
  - прием лекарственных препаратов.
- В связи с физической нагрузкой или после нее.
- Сопутствующее учащенное сердцебиение и/или боль в груди.
- Судороги в анамнезе.
- Известные кардиологические патологии.
- Повторяющиеся эпизоды
- Синдром внезапной смерти грудного ребенка, врожденные сердечные заболевания или наследственные структурные кардиомиопатии в семейном анамнезе.

Физикальное обследование

Измерьте показатели жизненно-важных функций (насыщение крови кислородом и артериальное давление). Проведите полный медицинский осмотр (с. 14). Проверьте следующие признаки:

- Бледность, цианоз.
- При аускультации: нарушения сердечного ритма, тахикардия или брадикардия, шумы в сердце.

- Неврологические признаки: измененное состояние психики, снижение уровня сознания, атаксия, снижение мышечного тонуса и силы, отсутствие рефлексов, шаткая походка, отклонения при обследовании черепных нервов.
- Ушибы (возможные травмы, вызванные утратой способности сохранять положение тела).

Лабораторные и инструментальные исследования

В зависимости от анамнеза и результатов физикального обследования:

- уровень гемоглобина при подозрении на анемию;
- уровень глюкозы в крови при подозрении на гипогликемию;
- электрокардиография.

Дифференциальная диагностика

Дифференцируйте обморок от других патологий, сопровождающихся кратковременной или видимой потерей сознания (таблица 55).

Если вы подтвердили диагноз обморока, определите основную причину (таблица 56).

Таблица 55. Дифференциальная диагностика при кратковременной или видимой потере сознания

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Обморок	• Резкое наступление • Короткая продолжительность • Спонтанное полное восстановление
Судорожный припадок (с. 550)	• Предшествующее состояние обычно отсутствует • Цианоз, покраснение кожи • Необычные движения с самого начала эпизода • Спонтанное полное восстановление отсутствует
Мигрень (с. 547)	• Предшествующее состояние • Головная боль до и после потери сознания (без полного восстановления)
Гипогликемия (с. 710)	• Потеря сознания обычно частична, развивается постепенно и длится дольше, чем обморок • Восстановление происходит после приема глюкозы (не спонтанно) • Сопровождается тахикардией, потливостью, слабостью, тремором

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Тяжелая анемия (с. 475)	• Постепенное развитие; потере сознания предшествуют такие симптомы, как бледность, повышенная утомляемость, слабость
Тревожность (с. 628)	• Сопровождаемая гипервентиляцией тревожность в анамнезе • Провоцирующие факторы – гипервентиляция, эмоциональное напряжение, острый приступ тревожности

Таблица 56. Причины обморока

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Распространенные причины	
Вазовагальный обморок (с. 393)	• Наиболее распространенная причина обморока у детей и подростков • Часто встречается у девушек-подростков • Провоцирующие факторы: боль, тревога, стресс • Предшествующее состояние: потливость, тошнота, бледность, головокружение, нарушения зрения
Ортостатическая гипотензия (с. 393)	• Провоцирующий фактор: изменение положения тела (например, подъем в вертикальное положение) • Может быть вызвана обезвоживанием, анемией, приемом лекарственных препаратов
Приступы задержки дыхания (с. 394)	• Обычно встречаются у детей в возрасте 6–24 месяцев • Провоцирующие факторы: боль, гнев или страх • Цианоз или бледность • Задержка дыхания перед потерей сознания
Угрожающие жизни причины кардиологического характера	
Аритмия (с. 387)	• Иногда наличие в анамнезе порока сердца или перенесенной кардиохирургической операции • Внезапное начало и прекращение • Бледность, учащенное дыхание • Учащенное сердцебиение, боль в груди • Сердцебиение неритмичное, слишком медленное или слишком быстрое
Структурные кардиомиопатии	• Врожденный порок сердца (с. 185), ревматическая болезнь сердца (с. 382), болезнь Кавасаки (с. 293)

Лечение

- Определите, есть ли у ребенка угрожающее жизни состояние, и проведите неотложное лечение или немедленно направьте ребенка к специалисту.

Кардиологические причины

- Направьте ребенка к специалисту для проведения дополнительных исследований и составления плана лечения.

Вазовагальный обморок

- Как правило, лечение не требуется. Если повторные обмороки возникают непредсказуемо или часто, направьте ребенка к специалисту для возможного назначения специфического лечения.
- По возможности отмените все препараты, снижающие артериальное давление.
- Заверьте ребенка или подростка и членов его семьи, что обмороки безвредны и не являются признаком заболевания сердца или мозга.
- Рекомендуйте опекунам при обмороке придать ногам ребенка приподнятое положение.
- Расскажите опекунам, как избежать повторения обмороков:
  - — Определить и исключить провоцирующие факторы (например, потребление недостаточного объема жидкости, нахождение в жарком и душном помещении, слишком быстрое вставание на ноги).
  - — При появлении первых симптомов тошноты, головокружения или нарушений зрения необходимо немедленно сесть или лечь, скрестив ноги, или присесть на корточки, сцепить ладони в замок и напрячь мышцы рук.

Ортостатическая гипотензия

- Заверьте ребенка или подростка и членов его семьи, что обмороки безвредны и не являются признаком заболевания сердца или мозга.
- Рекомендуйте опекунам при обмороке придать ногам ребенка приподнятое положение.
- Расскажите опекунам, как избежать повторения обмороков (см. рекомендации относительно вазовагального обморока выше).

Приступы задержки дыхания

- Заверьте членов семьи, что этот процесс является доброкачественным, и объясните, как вести себя во время приступа (блок рекомендаций 30).

Блок рекомендаций 30. Приступы задержки дыхания



Приступы задержки дыхания

- Приступы задержки дыхания случаются, когда ребенок испытывает гнев, страх, обиду или внезапную боль; при этом он задерживает дыхание, что приводит к обмороку. Эти приступы обусловлены рефлексом, а не сознательным желанием ребенка, и не свидетельствуют о проблемах с поведением.
- Приступы задержки дыхания вызывают тревогу у родителей, но, как правило, не причиняют вреда ребенку. После таких приступов дети восстанавливаются быстро и полностью, без каких-либо долгосрочных последствий.
- Медикаментозная терапия не требуется. Обычно приступы прекращаются к 6 годам.

Как действовать во время приступа:

- Сохраняйте спокойствие.
- Уложите ребенка.
- Проверьте, нет ли во рту ребенка еды или каких-либо предметов, которыми он может подавиться; не кладите ничего в рот ребенка.
- Если у ребенка судороги, уберите все предметы в пределах его досягаемости.

НЕ трясите и не шлепайте ребенка.

- Если ребенок не приходит в себя или не начинает реагировать через 2 минуты после потери сознания, это может быть не приступ задержки дыхания. Немедленно обратитесь за медицинской помощью.

6.11 Высокое артериальное давление

Высокое артериальное давление (артериальная гипертензия) у детей и подростков обнаруживается случайно. Эссенциальная (первичная) гипертензия чаще всего встречается у подростков. Чем младше ребенок, тем больше вероятность наличия основной причины гипертензии.

- Со стороны почек (наиболее частая группа причин): последствия пиелонефрита, острого или хронического гломерулонефрита, обструктивной уропатии, рефлюкс-нефропатии, реноваскулярных заболеваний, ГУС, поликистоза почек.
- Со стороны сердечно-сосудистой системы (например, коарктация аорты).
- Со стороны эндокринной системы: заболевания надпочечников (синдром Кушинга), щитовидной железы.
- Прочие причины: прием стероидов, повышенное внутричерепное давление.

Риск развития артериальной гипертензии повышают такие факторы, как ожирение, недоношенность, низкая масса тела при рождении, наследственность, особенности питания или стресс.

Диагностика

Нормальное артериальное давление определяется как систолическое и диастолическое артериальное давление, значения которого ниже 90-го процентиля для данного пола, возраста и роста.

Артериальная гипертензия определяется как систолическое и диастолическое артериальное давление, значения которого не превышают 95-го процентиля для данного пола, возраста и роста.

Таблица 57 представляет собой упрощенный инструмент, позволяющий классифицировать пациентов с артериальной гипертензией или без нее в клинической практике.

Анамнез

- Гипертензия или болезни почек в семейном анамнезе.
- Недоношенность, низкая масса тела при рождении, инфекции мочевыводящих путей, врожденные аномалии почек или мочевыделительной системы в анамнезе.

- Прием лекарственных препаратов (глюкокортикостероиды, оральные контрацептивы), употребление напитков, содержащих кофеин, или рекреационных наркотиков (кокаин, амфетамин) подростками.
- Храп, обструктивное апноэ сна.

Таблица 57. Пороговые значения артериального давления, соответствующие повышенному артериальному давлению и гипертензии[1]

	Систолическое артериальное давление (мм рт. ст.)		Диастолическое артериальное давление (мм рт. ст.)	
	Повышенное артериальное давление[2] (≥ 90 пр. – < 95 пр.)	Гипертензия (≥ 95 пр.)	Повышенное артериальное давление[2] (≥ 90 пр. – < 95 пр.)	Гипертензия (≥ 95 пр.)
1 год	≥100 – <105	≥ 105	≥50 – <55	≥ 55
2 года	≥100 – <105	≥ 105	≥55 – <60	≥ 60
5 лет	≥105 – <110	≥ 110	≥65 – <70	≥ 70
10 лет	≥115 – <120	≥ 120	≥75 – <80	≥ 80
15 лет	≥125 – <130	≥ 130	≥80 – <85	≥ 85
Взрослые	≥130 – <140	≥ 140	≥85 – <90	≥ 90

[1] Приведены значения для девочек и мальчиков, относящихся к 50-му процентилю по росту.
[2] Ранее это состояние носило название предгипертензии.

Физикальное обследование

Измерьте артериальное давление (с. 925) на правой руке. Если у пациента отсутствуют другие симптомы, артериальная гипертензия должна быть подтверждена во время 3 отдельных приемов.

Проведите полный медицинский осмотр (с. 14). Проверьте следующие признаки:

- Ожирение.
- Кожа: коричневые (кофейные) пятна, нейрофибромы, гирсутизм, васкулит.
- Шумы в сердце, ослабленные или отсутствующие периферические пульсы.

- Кушингоидная внешность: ожирение по центральному типу, лунообразное лицо, жировой нарост между плечами сзади (холка, бычий горб), подкожные кровоизлияния, стрии розового цвета.
- Объемные образования почек или надпочечников при пальпации живота.
- Очаговый неврологический дефицит или измененное состояние сознания.
- При возможности проведите офтальмоскопию для поиска гипертензивной ретинопатии.
- При подозрении на коарктацию аорты измерьте артериальное давление на верхних и нижних конечностях ребенка в положении лежа.

! Обратите внимание на следующие признаки и симптомы:

- **Гипертонический криз:** значительно повышенное артериальное давление, которое может негативно влиять на внутренние органы и вызывать ухудшение зрения, сердечную недостаточность (затрудненное дыхание, увеличение печени), боли в груди, признаки и симптомы энцефалопатии (см. ниже).
- **Гипертензивная энцефалопатия** (встречается редко): значительно повышенное артериальное давление, сильная головная боль, помутнение зрения, рвота, развитие очаговых неврологических дефицитов, судороги, измененное состояние сознания, кома.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Анализ мочи с помощью тест-полоски (с. 401).
- Общий анализ крови, мочевина, креатинин, электролиты, ТТГ.
- Электрокардиография.
- Если для определения основной причины необходимы дальнейшие исследования, направьте ребенка к специалисту.

Лечение

- **При гипертоническом кризе или энцефалопатии немедленно направьте ребенка в стационар,** располагающий оборудованием для нейровизуализации. Проведите оценку по алгоритму ABCDE (схема 2, с. 846) и лечение судорог (с. 858) при их наличии. Лечение гипертонического криза для снижения артериального давления следует начинать ТОЛЬКО в стационаре. Если госпитализация откладывается, рассмотрите возможность начала антигипертензивной терапии (например, нифедипин сублингвально). Не начинайте терапию при наличии противопоказаний, например острой внутричерепной травмы, внутричерепного очагового образования, неоперированной коарктации аорты, симпатической гиперактивности.
- При артериальной гипертензии без известной основной причины: направьте ребенка к специалисту для проведения дополнительных исследований и назначения лечения. Лечение будет зависеть от основной причины.
- Проконсультируйте родителей или опекунов по вопросам изменения образа жизни ребенка, включая рацион питания, физическую активность, надлежащую гигиену сна, недопущение употребления алкоголя и табака (см. раздел «Ожирение», с. 610).
- Если вы исключили основные причины и улучшение не наступило через 6 месяцев после изменения образа жизни, лечите первичную гипертензию. Начните монотерапию ингибитором ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) (например, эналаприлом), блокатором рецепторов ангиотензина II (например, лозартаном), блокатором кальциевых каналов (например, амлодипином) или бета-адреноблокатором (например, пропранололом). Помните о потенциальных побочных эффектах каждого класса антигипертензивных средств. Начните с минимальной дозы и постепенно увеличивайте ее каждые 2–4 недели до достижения контроля за артериальным давлением. Добавьте второй антигипертензивный препарат другого класса только в том случае, если артериальное давление не удается контролировать после 2–4 недель приема первого антигипертензивного препарата в полной дозировке.

Последующее наблюдение

- После начала медикаментозной терапии каждые 2–4 недели проводите повторную проверку артериального давления для корректировки дозировок. Если ребенок хорошо реагирует на лечение и целевое артериальное давление достигнуто, постепенно увеличьте интервал между контрольными осмотрами до 3–6 месяцев.
- Если ребенок с умеренной первичной гипертензией хорошо контролирует давление при монотерапии и реагирует на немедикаментозное лечение (например, снижение веса и ограничение потребления натрия), рассмотрите возможность постепенного отказа от терапии. Отмена приема препаратов возможна и у тех детей с вторичной гипертензией, у которых была выявлена и устранена основная причина ее возникновения. Убедитесь, что после прекращения медикаментозной терапии ребенок продолжает немедикаментозное лечение и за его давлением ведется регулярный контроль.
- Если ребенок или подросток получает только немедикаментозное лечение, оценивайте его состояние каждые 3–6 месяцев, чтобы определить, успешны ли эти мероприятия или необходимо начать медикаментозную терапию.

6.12 Поражения почек

6.12.1	**Протеинурия**	**402**
	Нефротический синдром	403
6.12.2	**Гематурия**	**404**
	Нефритический синдром	405
	Постстрептококковый гломерулонефрит	406
	Гемолитико-уремический синдром	407
	Опухоли почек	407
6.12.3	**Почечная недостаточность**	**408**
	Острое поражение почек	408
	Хронические заболевания почек	408

Симптомы заболеваний почек у детей и подростков (например, высокое артериальное давление, кровь или белок в моче) могут выступать причиной обращения к врачу или быть выявлены случайно при осмотре.

Анамнез

- Симптомы со стороны мочевыделительной системы: изменение цвета, запаха, объема мочи, частота мочеиспускания, боль при мочеиспускании, недержание мочи, подтекание мочи после опорожнения мочевого пузыря, боль в животе или боку, гематурия, напор струи мочи.
- Опухолевидное образование в брюшной полости.
- Системные симптомы и признаки:
  - — Почечная недостаточность: повышенная утомляемость, тошнота, рвота, плохое прибавление в весе и отставание в росте, анурия.
  - — Гипертензия: головная боль, судороги.
  - — Гиперволемия: одышка, отеки.
  - — Высокая температура без локальных симптомов
- Симптомы основных причин поражений почек:
  - — Недавно перенесенная инфекция, высокая температура, кровавый понос.
  - — Аутоиммунные заболевания: офтальмологические симптомы, сыпь, боль в суставах, язвы во рту, кровохарканье, носовое кровотечение.

- Травма в анамнезе.
- Прием лекарственных препаратов с нефротоксическим действием: антибиотики, противовирусные или противогрибковые препараты, химиотерапия, рентгеноконтрастные среды.
- Семейный анамнез: артериальная гипертензия, почечная недостаточность или диализ, кистозная болезнь почек, гематурия, протеинурия, аутоиммунные заболевания.

Физикальное обследование

Измерьте основные показатели жизнедеятельности, включая артериальное давление и температуру тела. Проведите полное физикальное обследование. Ищите следующие признаки:

- Бледность, гипер- или гиповолемия, плохое прибавление в весе и отставание в росте.
- Признаки отека легких, плеврального выпота.
- Признаки застойной сердечной недостаточности, гипертензии.
- Объемные образования в брюшной полости, болезненность в реберно-позвоночных углах, пальпируемые почки или мочевой пузырь.

Лабораторные и инструментальные исследования

Анализ мочи с помощью тест-полоски на содержание белка, крови, лейкоцитов, нитритов и кетоновых тел:

- Присутствие белка может указывать на заболевание почек и требует проведения дальнейших исследований.
- Кровь может присутствовать открыто или в форме микрогематурии.
- Присутствие лейкоцитов и нитритов указывает на инфекцию мочевыводящих путей (с. 415).
- Присутствие кетоновых тел указывает на обезвоживание или нарушения обмена веществ.

Рассмотрите возможность проведения следующих исследований:

- Общий анализ крови (анемия, морфология эритроцитов, тромбоциты), мочевина, электролиты, креатинин, кальций (функция почек), компоненты системы комплемента C3, C4 (связаны с гломерулонефритом), сывороточный альбумин (нефротический синдром).

- Микроскопическое исследование мочи: эритроциты, другие клетки и цилиндры, лейкоциты, бактериологический посев (инфекции), креатинин, белок, кальций (функция почек).
- УЗИ почек для выявления анатомических аномалий мочевыводящих путей или камней в почках.
- При недавно перенесенном воспалении горла или кожных инфекциях: определение титра антидезоксирибонуклеазы В и антистрептолизина О (постстрептококковый гломерулонефрит).
- При признаках аутоиммунных заболеваний: антинуклеарные антитела, антитела к двуцепочечной ДНК.

Лечение и направление к специалистам

Лечение зависит от основной причины.

▶ Если симптомы указывают на серьезное заболевание почек, аутоиммунное заболевание или объемное образование в брюшной полости, в результатах исследований выявлены отклонения или диагноз не удается установить с точностью, направьте ребенка к специалисту.

6.12.1 Протеинурия

Протеинурия у детей и подростков обычно безвредна и обнаруживается случайно.

- Ортостатическая протеинурия: чаще всего встречается у детей, особенно у юношей-подростков.
- Транзиторная (функциональная) протеинурия: может возникать при повышении температуры, физической нагрузке, стрессах или воздействии холода.
- Стойкая протеинурия может указывать на серьезные заболевания почек, например нефротический синдром (см. ниже).

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Заболевания, сопровождающиеся повышением температуры, физические нагрузки, стресс, воздействие холода в анамнезе.
- Исключите нефротический синдром (см. ниже).

Лабораторные и инструментальные исследования

Если в анамнезе нет транзиторной протеинурии, проведите повторный анализ утренней мочи с помощью тест-полоски: отсутствие протеинурии служит подтверждением ортостатической протеинурии.

Лечение и направление к специалистам

- Транзиторная протеинурия проходит самостоятельно.
- Заверьте опекунов и ребенка, что эпизоды транзиторной и ортостатической протеинурии безвредны и не требуют лечения.
- Направьте ребенка со стойкой протеинурией к специалисту.

Нефротический синдром

Нефротический синдром характеризуется тяжелой протеинурией, гипоальбуминемией и отеками. В Европе большинство детей с нефротическим синдромом болеют в легкой форме, которая хорошо поддается лечению стероидами, однако у них сохраняется риск возникновения рецидивов.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Отеки (основной симптом):
  - — легкая форма: незначительные отеки окологлазничной области, мошонки или половых губ;
  - — умеренная форма: периферические мягкие отеки конечностей и крестца;
  - — тяжелая форма: выраженные отеки конечностей, асцит и плевральный выпот.
- Прочие симптомы: увеличение массы тела, низкий диурез, головокружение или дискомфорт на фоне отеков (в том числе боль в животе).

Лабораторные и инструментальные исследования

- Анализ мочи: тяжелая протеинурия (3–4 плюса при анализе с помощью тест-полоски или соотношение белок/креатинин > 0,2 г/ммоль) и гипоальбуминемия (< 25 г/л) подтверждают диагноз нефротического синдрома у ребенка с отеками.

- При наличии гематурии идиопатический нефротический синдром маловероятен; в этом случае можно предположить нефритический синдром (с. 406).

Направление к специалисту

Направьте ребенка или подростка с подозрением на нефротический синдром к специалисту для подтверждения диагноза и начала лечения. Осуществляйте последующее наблюдение и дальнейшее лечение в соответствии с указаниями специалиста.

6.12.2 Гематурия

Гематурия – это присутствие эритроцитов в моче.

Микрогематурия как самостоятельное явление часто встречается у детей и подростков и может быть связана с высокой температурой или вирусной инфекцией, инфекцией мочевыводящих путей, интенсивной физической нагрузкой, травмой или менструацией у девушек-подростков. У большинства детей отсутствуют какие-либо дополнительные симптомы.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

Порядок сбора полного анамнеза и проведения физикального обследования описан на с. 14.

- Высокая температура или вирусная инфекция.
- Болезненное мочеиспускание при инфекции мочевыводящих путей (с. 413).
- Интенсивная физическая нагрузка или травма.
- Менструация у девушек-подростков.
- Красный цвет мочи в отсутствие гематурии вызван употреблением определенной пищи (например, свеклы, ежевики, ревеня) или приемом лекарств (например, рифампицина).

Проверьте менее распространенные причины возникновения гематурии:

- Нефритический синдром (с. 405), вызванный постстрептококковым гломерулонефритом (с. 350) или пурпурой Геноха – Шёнлейна (с. 466).
- Гемолитико-уремический синдром (с. 407).
- Прием некоторых лекарств, например циклофосфамидов, нестероидных противовоспалительных препаратов.

- Опухоль почки, проявляющаяся в виде объемного образования в брюшной полости (с. 407).
- Камни в почках (с. 419).

Лабораторные и инструментальные исследования

Анализ мочи с помощью тест-полоски и микроскопическое исследование мочи для подтверждения гематурии.

Лечение и направление к специалистам

▶ Лечите в соответствии с основной причиной.

Последующее наблюдение

Если у ребенка с микрогематурией отсутствует протеинурия и какие-либо дополнительные симптомы, проведите повторный прием через 2–3 недели:

- Повторите физикальное обследование и проведите анализ мочи с помощью тест-полоски (не менее чем через 7 дней после перенесенной инфекции и через 2–3 дня после интенсивных физических нагрузок, не во время менструации).
- Если результат отрицательный, это была транзиторная микрогематурия (наиболее распространенный тип микрогематурии). Необходимости в дальнейших исследованиях нет.
- Если результат положительный, назначьте повторный прием через 3–6 месяцев. Направьте ребенка к специалисту после третьего контрольного посещения, если микрогематурия будет сохраняться, или раньше при появлении других симптомов.

Нефритический синдром

Нефритический синдром возникает в результате воспаления почек и проявляется в форме гематурии, протеинурии и нарушения функции почек в сопровождении гипертензии, гиперволемии и отеков.

К появлению нефритического синдрома может привести ряд заболеваний. У детей наиболее распространенной причиной является постстрептококковый гломерулонефрит. К прочим причинам относятся пурпура Геноха – Шёнлейна (с. 466) и другие формы гломерулонефрита.

Направление к специалисту

Направьте ребенка к специалисту.

Постстрептококковый гломерулонефрит

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Поражает детей всех возрастных групп, но чаще всего встречается в возрасте 5–12 лет.
- Через 7–21 день после перенесенной бета-гемолитической стрептококковой инфекции горла или кожи.
- Моча чайного цвета, отеки, артериальная гипертензия, легкое или умеренное нарушение функции почек.
- Может проявляться гематурией без дополнительных симптомов.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Первичное повышение титра антистрептолизина О.
- Содержание компонента системы комплемента С3 в сыворотке крови понижено, но возвращается к норме в течение 6–8 недель. Если за это время показатель не нормализуется, направьте ребенка к специалисту.
- Как правило, микрогематурия проходит в течение 6–12 месяцев после начала нефрита, но может сохраняться до 2 лет.

Лечение и направление к специалистам

- Если стрептококковая инфекция присутствует на момент постановки диагноза, назначьте феноксиметилпенициллин (пенициллин V) перорально: детям до 1 года 125 мг, детям в возрасте 1–5 лет 250 мг, детям в возрасте 6–12 лет 500 мг, подросткам 1 г 2 раза в сутки в течение 10 дней или бензатин пенициллин (пенициллин G) в/м детям весом до 30 кг 0,6 млн ЕД, детям весом более 30 кг 1,2 млн ЕД однократно.
- Направьте ребенка в стационар: в острой фазе заболевания ребенку может потребоваться ограничение приема жидкости и соли, диуретики и антигипертензивные препараты.

Гемолитико-уремический синдром (ГУС)

ГУС наиболее часто встречается у детей в возрасте от 9 месяцев до 4 лет.

Признаки и симптомы

Типичный ГУС (90% случаев):

- Диарея, вызванная бактериями, которые вырабатывают шигаподобный токсин.
- Петехии, пурпура, экхимоз.
- Боль в животе, за которой следует кровавая диарея.
- Температура субфебрильная или нормальная.
- Почечная недостаточность.
- Симптомы со стороны центральной нервной системы (15–20% случаев): беспокойство, судороги.

Атипичный ГУС (10% случаев): диарея отсутствует.

Диагностика

Триада признаков: микроангиопатическая гемолитическая анемия, тромбоцитопения, почечная недостаточность.

Направление к специалисту

Немедленно направьте ребенка в стационар, так как в 40–50% случаев типичный ГУС развивается в острую почечную недостаточность, при которой необходим диализ.

Опухоли почек

Наиболее распространенным видом первичного рака почки у детей является опухоль Вильмса или нефробластома. В большинстве случаев она возникает в 3–4 года.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Как правило, развивается бессимптомно.
- Объемное образование в брюшной полости обнаруживается при плановом обследовании, например во время контрольного посещения здорового ребенка.

- При наличии симптомов: боль в животе, головная боль, общее недомогание (на фоне гипертензии), гематурия.
- Может быть связана с врожденными патологиями.

Направление к специалисту

Немедленно направьте ребенка к специалисту, желательно в отделение детской онкологии.

6.12.3 Почечная недостаточность

Острое поражение почек

Острое поражение почек (предыдущее название – острая почечная недостаточность) представляет собой клинический синдром, при котором резкое ухудшение функции почек приводит к тому, что они больше не могут поддерживать баланс жидкости и электролитов в организме.

Острое поражение почек возникает внезапно, длится короткое время и может развиться в тяжелое состояние с длительными последствиями или полностью разрешиться после устранения основной причины.

Его характерным признаком обычно служит повышение уровня креатинина в сыворотке крови.

! Всех детей и подростков с острым поражением почек следует немедленно направить в стационар.

Хронические заболевания почек

См. стр. 691.

6.13 Симптомы со стороны мочеполовой системы

6.13.1	**Дизурия**	**410**
	Инфекции мочевыводящих путей: цистит и пиелонефрит	413
	Камни в почках	419
6.13.2	**Недержание мочи**	**419**
	Ночное недержание мочи (энурез)	420
	Дневное недержание мочи	424
6.13.3	**Боль или отек мошонки**	**426**
	Перекрут яичка	429
	Перекрут гидатиды или придатка яичка	430
	Орхоэпидидимит	431
	Травма мошонки	432
	Варикоцеле	433
	Гидроцеле	434
	Опухоль яичка	435
6.13.4	**Отсутствие или неопущение яичка**	**435**
6.13.5	**Выпячивание в паховой области**	**436**
	Паховая грыжа	436
	Ущемленная грыжа	437
6.13.6	**Жалобы, касающиеся полового члена и крайней плоти**	**438**
	Баланит	438
	Фимоз	440
	Парафимоз	442
	Волосяной жгут	443
	Травма от застежки-«молнии»	443
	Приапизм	444
6.13.7	**Гинекологические жалобы**	**445**
	Выделения из влагалища (вульвовагинит)	445
	Вагинальное кровотечение	447
	Сращение малых половых губ	448
	Язвы вульвы	448

6.13.1 Дизурия

Дизурия – это боль или ощущение жжения при мочеиспускании, которые могут быть вызваны рядом инфекционных и неинфекционных причин (таблица 58).

Анамнез

- Симптомы со стороны мочевыделительной системы: изменение цвета, запаха, объема мочи, частота мочеиспускания, боль при мочеиспускании, недержание мочи, подтекание мочи после опорожнения мочевого пузыря, боль в животе или боку, гематурия, напор струи мочи.
- Системные симптомы и признаки: например, высокая температура без локальных симптомов.

Физикальное обследование

Проводите осмотр наружных половых органов в конфиденциальной обстановке в присутствии коллеги или ассистента.

Измерьте показатели жизненно-важных функций, включая артериальное давление и температуру тела. Осмотрите живот, наружные половые органы и перианальную область. Проверьте следующее:

- анатомические вариации;
- воспаление в области наружных половых органов;
- язвы на гениталиях;
- выделения из влагалища или уретры;
- осаднения перианальной области;
- признаки сексуального насилия (с. 755);
- боль или объемные образования в брюшной полости (пальпируемый мочевой пузырь при задержке мочи).

Лабораторные и инструментальные исследования

Анализ мочи с помощью тест-полоски:

- Присутствие белка может указывать на заболевание почек и требует проведения дальнейших исследований.
- Кровь может присутствовать открыто или в форме микрогематурии.
- Присутствие лейкоцитов и нитритов указывает на инфекцию мочевыводящих путей (с. 415).

- Присутствие кетоновых тел указывает на обезвоживание или нарушения обмена веществ.

Рассмотрите возможность проведения следующих исследований или направления на них:

- бактериологический посев мочи (при инфекции);
- УЗИ почек для выявления анатомических аномалий мочевыводящих путей или камней в почках.

Дифференциальная диагностика

Таблица 58. Дифференциальная диагностика при дизурии

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Инфекционные причины	
Инфекция мочевыводящих путей (с. 413)	• Высокая температура • Рвота, отсутствие аппетита, беспокойство у детей грудного возраста • Боль внизу живота • Учащенное мочеиспускание • При анализе мочи с помощью тест-полоски – присутствие лейкоцитов и нитритов
Баланит (с. 438)	• Отечность, болезненность и эритема полового члена • Иногда зуд в области половых органов
Вагинит, вульвовагинит (с. 445)	• Выделения из влагалища, зуд, покраснение и болезненность • Беспокойство и чрезмерный плач у детей грудного возраста
Острицы (с. 345)	• Маленькие белые гельминты в фекалиях. • Зуд вокруг заднего прохода, особенно ночью, вызывающий нарушения сна и беспокойство • Ночное недержание мочи
Генитальный герпес (с. 814)	• Небольшие болезненные язвы на гениталиях, иногда расположенные группами • Половая жизнь у подростков

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Менее распространенные инфекционные заболевания. При необходимости направьте ребенка к специалисту для проведения дополнительных исследований и подтверждения предполагаемого диагноза.	
Уретрит	• У детей встречается редко • Поражает подростков, ведущих половую жизнь • Сильные позывы и учащенное мочеиспускание • Выделения из уретры • Может сопровождаться первичной гематурией • Может сопровождаться вульвовагинитом или сращением малых половых губ у девочек
Воспалительные заболевания органов малого таза	• Девушка-подросток, ведущая половую жизнь • Боль и болезненность в нижней части живота • Выделения из влагалища, вагинальное кровотечение • Боль во время или после полового акта • Высокая температура
Неинфекционные причины	
Сращение малых половых губ (с. 448)	• При осмотре – сращение внутренних половых губ или их складок
Камни в мочевом пузыре или почках (с. 419)	• Боль в животе или боку, обычно сильная и схваткообразная • Может сопровождаться инфекцией мочевыводящих путей • Гематурия при микроскопическом или макроскопическом исследовании
Опрелости или пеленочный дерматит (с. 170)	• Часто встречается в первые 1–2 года жизни или у детей более старшего возраста с инвалидностью • Воспаление участков кожи под подгузником

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Менее распространенные неинфекционные патологии. Чтобы подтвердить предполагаемый диагноз, рассмотрите возможность направить ребенка к специалисту для проведения дополнительных исследований.	
Травма	• Сексуальное насилие или мастурбация в анамнезе
Функциональные причины	• Запор • Сильные позывы и учащенное мочеиспускание • Может проявляться в форме частых инфекций мочевыводящих путей
Стриктуры уретры	• Травмы или хирургические вмешательства на уретре в анамнезе • Ослабление струи мочи • Разбрызгивание мочи во время мочеиспускания • Может проявляться в форме частых инфекций мочевыводящих путей

Инфекции мочевыводящих путей: цистит и пиелонефрит

Инфекции мочевыводящих путей широко распространены у детей и подростков. Инфекции мочевыводящих путей чаще встречаются у мальчиков младшего возраста и связаны с задним уретральным клапаном, в то время как неосложненный цистит чаще встречается у девушек-подростков.

Анамнез

Факторы риска включают в себя следующие:

- пузырномочеточниковый рефлюкс;
- нейрогенный мочевой пузырь;
- анатомические вариации строения нижних мочевыводящих путей;
- фимоз;
- сексуальная активность у девушек-подростков.

Симптомы

У младенцев и маленьких детей инфекция мочевыводящих путей часто сопровождается неспецифическими признаками:

- высокая температура, не снижающаяся в течение как минимум 24 часов без очевидной причины;
- рвота или отсутствие аппетита;
- беспокойство, заторможенность, плохое прибавление в весе и отставание в росте, желтуха (у новорожденных).

У детей старшего возраста могут присутствовать более специфические признаки:

- боль внизу живота;
- болезненность в поясничной или надлобковой области;
- боль при мочеиспускании;
- учащенное мочеиспускание;
- недержание мочи, если оно отсутствовало раньше.

Проведите различие между неосложненным **циститом**, при котором поражается только мочевой пузырь, и **пиелонефритом**, при котором присутствуют системные признаки, включая повышение температуры, общее недомогание, тошноту и рвоту.

Несвоевременное выявление пиелонефрита и отложенное начало антибиотикотерапии при инфекции мочевыводящих путей могут привести к сепсису, а в конечном итоге – к рубцеванию почечной ткани.

Лабораторные и инструментальные исследования

Инфекция мочевыводящих путей у детей грудного и младшего возраста зачастую проявляется неспецифическими признаками (например, повышением температуры) при отсутствии прочих симптомов. Проводите анализ мочи всем детям грудного возраста с очень высокой или высокой температурой, сохраняющейся на протяжении 24–48 часов, без каких-либо очаговых признаков или симптомов.

Сбор и анализ мочи

- Соберите незагрязненную и свежую среднюю порцию мочи и проведите анализ с помощью тест-полоски. Лечите в соответствии с результатами анализа (таблица 59).
- Если сбор первой порции утренней мочи невозможен (у ребенка младшего возраста), используйте впитывающую прокладку или мочеприемник.
  - — При негативном результате анализа мочи с помощью тест-полоски инфекцию мочевыводящих путей можно исключить.
  - — При негативном результате анализа мочи с помощью тест-полоски направьте ребенка в стационар, чтобы собрать мочу с помощью мочевого катетера или надлобковой пункции мочевого пузыря и провести повторный анализ с помощью тест-полоски или посев при наличии показаний (таблица 59).
- **Микроскопическое исследование мочи** может использоваться в качестве подтверждающего тестирования.

Таблица 59. Результаты анализа мочи с помощью тест-полоски при подозрении на инфекцию мочевыводящих путей и соответствующие действия

Нитриты	Лейкоциты	Действие
+	+	При соблюдении критериев (см. ниже) направьте образец мочи в лабораторию на бактериологический посев Начните антибиотикотерапию
+	–	Направьте образец мочи в лабораторию на бактериологический посев Начните антибиотикотерапию
–	+	Направьте образец мочи в лабораторию на бактериологический посев Рассмотрите возможность начать антибиотикотерапию
–	–	НЕ направляйте образец мочи в лабораторию на бактериологический посев НЕ начинайте антибиотикотерапию

Бактериологический посев мочи

- Направьте образец мочи в лабораторию на **бактериологический посев** в следующих случаях:
  - — перед началом антибиотикотерапии при наличии показаний;
  - — при отсутствии улучшений через 48–72 часа после начала антибиотикотерапии;
  - — при подозрении на острый пиелонефрит;
  - — при тяжелом течении болезни;
  - — у ребенка младше 2–3 лет (за исключением отрицательного результата анализа с помощью тест-полоски или микроскопического исследования);
  - — при положительном результате анализа с помощью тест-полоски на нитриты и лейкоцитарную эстеразу;
  - — при несоответствии симптомов результатам анализа с помощью тест-полоски;
  - — при повторной инфекции мочевыводящих путей.
- Результат бактериологического посева считается положительным (значительная бактериурия) при соблюдении следующих условий:
  - — >105 колониеобразующих единиц одного вида на миллилитр в первой порции утренней мочи;
  - — $>5 \times 104$ колониеобразующих единиц одного вида на миллилитр в порции мочи, взятой с помощью катетера;
  - — любое число грамотрицательных бактерий в порции, полученной с помощью надлобковой пункции.
- **Бактериологический посев мочи с использованием погружных слайдов** представляет собой удобный способ провести анализ по месту лечения, если отправка образцов мочи в микробиологическую лабораторию сопряжена с трудностями. При этом методе получить предварительные результаты можно через 24 часа после засева.
  - — Положительный результат (обнаружен значительный рост бактерий): отправьте образец мочи в микробиологическую лабораторию для проведения дальнейших исследований.
  - — Отрицательный результат: ищите другой диагноз и рассмотрите возможность прекращения антибиотикотерапии (если она была начата) при инфекции мочевыводящих путей.

Ультразвуковое исследование мочеполовой системы

Проведите УЗИ при атипичной картине инфекции мочевыводящих путей: тяжелом течении болезни, плохом оттоке мочи, объемном образовании в брюшной полости или мочевом пузыре, повышенном уровне креатинина в сыворотке крови, септицемии.

Лечение

- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому:
  - — при боли или высокой температуре (≥ 39 °C), если она причиняет ребенку дискомфорт, давать парацетамол или ибупрофен (блок рекомендаций 25, с. 267);
  - — часто предлагать ребенку питье, так как это способствует избавлению от инфекции и предотвращает обезвоживание;
  - — повторно обратиться к врачу, если температура не снижается и улучшение не наступает через 2–3 дня, либо раньше, если состояние ребенка ухудшается.

Антибиотикотерапия

НЕ назначайте антибиотики в следующих случаях:

- — бессимптомная бактериурия у детей грудного и младшего возраста;
- — инфекция мочевыводящих путей исключена (отрицательный результат анализа с помощью тест-полоски или микроскопического исследования).

- При подозрении на инфекцию мочевыводящих путей всегда проводите сбор мочи для анализа и бактериологического посева до начала антибиотикотерапии.
- Своевременно начните лечение острого цистита, чтобы предотвратить его возможный переход в пиелонефрит.
  - — При легких симптомах или сомнительном диагнозе отложите начало терапии до получения результатов бактериологического посева.
  - — При серьезных симптомах рассмотрите возможность назначения эмпирического лечения антибиотиками до получения результатов бактериологического посева.

- При неосложненном цистите: назначьте цефалексин 12,5 мг/кг перорально 4 раза в сутки в течение 3–5 дней либо амоксициллин с клавулановой кислотой, ко-тримоксазол или нитрофурантоин (дозировки см. в приложении 4).
- При инфекциях мочевыводящих путей, сопровождающихся высокой температурой или клиническим пиелонефритом: назначьте один из цефалоспоринов третьего поколения, например цефиксим, 8 мг/кг перорально 2 раза в сутки в первый день, затем 1 раз в сутки в течение 7–10 дней. В качестве альтернативного средства можно использовать амоксициллин с клавулановой кислотой, один из цефалоспоринов второго поколения или ципрофлоксацин (у подростков).

Направление к специалисту

Направьте ребенка к специалисту при выполнении следующих условий:

- ребенок в возрасте до 3 месяцев;
- ребенок выглядит нездоровым;
- рвота либо неспособность пить или сосать грудь.

Рассмотрите возможность направления к специалисту при выполнении следующих условий:

- признаки обезвоживания;
- осложненная инфекция.

Последующее наблюдение

Проведите повторный прием через 2–3 дня после начала лечения:

- Скорректируйте антибиотикотерапию в соответствии с результатами бактериологического посева мочи и антибиотикограммы, когда они будут готовы.
- При отсутствии улучшений повторите анализ мочи и проведите УЗИ. Направьте ребенка к специалисту, если на УЗИ будут выявлены отклонения; если состояние ребенка ухудшилось, рассмотрите возможность направить его в стационар.
- Если ребенок хорошо реагирует на лечение, не проводите анализ мочи повторно.

При первом эпизоде инфекции мочевыводящих путей у ребенка младше 6 месяцев или повторной инфекции проведите УЗИ мочеполовой системы в течение 6 недель с момента обнаружения инфекции и направьте ребенка к специалисту, если на УЗИ будут выявлены какие-либо отклонения.

Камни в почках

Сбор анамнеза и физикальное обследование

Камни в почках (нефролитиаз) могут проявляться в следующих формах:

- Дизурия, инфекция мочевыводящих путей.
- Боль в животе или боку, обычно сильная и схваткообразная.
- Гематурия при микроскопическом или макроскопическом исследовании.
- Случайное обнаружение при диагностической визуализации.

Направление к специалисту

Направьте ребенка на УЗИ почек и к специалисту для назначения лечения.

6.13.2 Недержание мочи

Как правило, ребенок учится контролировать и координировать мочеиспускание в дневное время к 2–3 годам, а в полном объеме в ночное время – к 6 годам. Выработка контроля за мочеиспусканием в ночное время происходит постепенно и в значительной степени зависит от возраста. Ночное недержание мочи во многом определяется генетическими особенностями.

Недержание мочи во время сна у ребенка младше 5 лет – это нормальное явление, которое не следует рассматривать как проблему.

Если родители требуют от ребенка контролировать мочеиспускание, это может привести к обратному эффекту.

Ночное недержание мочи (энурез)

Энурез или ночное недержание мочи означает периодическое недержание мочи во время сна у ребенка в возрасте от 5 лет. Это распространенное явление встречается у 15% 5-летних детей и становится реже с возрастом. В целом энурез не приводит к возникновению долгосрочных проблем. У большинства детей с ночным недержанием отсутствуют какие-либо серьезные физические или эмоциональные нарушения.

В некоторых случаях энурез может сопровождать следующие состояния:

- Нарушения развития нервной системы:
  - расстройства аутистического спектра (РАС) (с. 671);
  - синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) (с. 673).
- Заболевания почек или мочевыделительной системы:
  - дисфункция мочевого пузыря;
  - инфекция мочевыводящих путей (с. 413);
  - хронические заболевания почек;
  - задний уретральный клапан;
  - эктопический мочеточник (у девочек).
- Прочие патологии:
  - запор (с. 365), недержание кала;
  - острицы (с. 345);
  - проблемы со сном (с. 643);
  - spina bifida (с. 677);
  - судорожные припадки (с. 550);
  - сахарный диабет (с. 709), несахарный диабет;
  - первичная полидипсия;
  - серповидно-клеточная анемия (с. 724).

Анамнез

- Начало недержания (если начало острое, т. е. в последние несколько дней или недель, рассмотрите вероятность системного заболевания).
- Ранее ребенок оставался сухим ночью без посторонней помощи в течение 6 месяцев (вторичный энурез).
- Симптомы в дневное время: частота мочеиспускания, позывы, полиурия, дизурия или повторные инфекции мочевыводящих путей, слабый напор струи мочи или натуживание при мочеиспускании.

- Характер и тенденции ночного недержания мочи: число ночей с недержанием в неделю (месяц), объем мочи, в какой половине ночи, просыпается ли ребенок.
- Ограничения в потреблении жидкости, употребление напитков, содержащих кофеин, усиленное чувство жажды.
- Характер дефекации: запоры, недержание кала.
- Организация и распорядок сна (есть ли у ребенка отдельная кровать или комната, храпит ли он, есть ли нарушения или апноэ сна).
- Факторы, которые могут усугублять или продлевать ночной энурез: нарушения развития, проблемы с поведением, сахарный диабет.
- Энурез или болезни почек в семейном анамнезе.
- Социальный анамнез: ресурсы семьи и ее мотивация участвовать в лечении, социальные трудности, значительные изменения в окружении ребенка, отношения в семье, горе.

Если ранее ребенок оставался сухим ночью без посторонней помощи в течение 6 месяцев, проанализируйте возможные медицинские, эмоциональные или физические провоцирующие факторы. Необъяснимый стойкий вторичный энурез, сохраняющийся несмотря на надлежащее лечение, требует направления к специалисту.

Физикальное обследование

Проводите осмотр наружных половых органов в конфиденциальной обстановке в присутствии коллеги или ассистента.

Проведите полный медицинский осмотр (с. 14). Проверьте следующие признаки:

- Замедление роста, потеря веса.
- Гипертензия.
- Растяжение мочевого пузыря, фекальные массы, объемное образование в брюшной полости при пальпации живота.

- Наружные половые органы и перианальная область: эписпадия (у мальчиков), осаднения перианальной области (при острицах), воспаление, признаки сексуального насилия (с. 755).
- Spina bifida occulta (незаращение дужки позвонка) (с. 677) или синдром фиксированного спинного мозга (асимметрия ягодичной складки).
- Слабость нижних конечностей.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Анализ мочи с помощью тест-полоски для исключения инфекции мочевыводящих путей и диабета.
- Рассмотрите возможность проведения УЗИ почек и мочевого пузыря на предмет аномалий строения.
- Если в соответствии с предварительным диагнозом, поставленным на основе сбора анамнеза и физикального осмотра, необходимо проведение дополнительных исследований, направьте ребенка к специалисту.

Лечение

- Лечите основное заболевание при его наличии, например запор (с. 366), инфекцию мочевыводящих путей (с. 417) или диабет (с. 709).
- Объясните, как функционирует мочевой пузырь в норме, и заверьте родителей или опекунов, что обычно энурез проходит с возрастом и не приводит к возникновению долгосрочных проблем.
- Объясните родителям или опекунам, какие меры можно принять для борьбы с энурезом:
  - ребенок должен пить регулярно; НЕ ограничивайте прием жидкости;
  - ребенок должен регулярно посещать туалет на всем протяжении дня (например, во время школьных перемен), в том числе непосредственно перед сном;
  - необходимо отказаться от употребления напитков с кофеином перед сном.

Поведенческая терапия и медикаментозное лечение энуреза

Для большинства детей энурез становится проблемой только тогда, когда ограничивает их возможности для общения с друзьями. Если эпизоды недержания случаются редко и не причиняют беспокойства ребенку или его опекунам, показания к лечению могут отсутствовать.

НЕ начинайте лечение раньше 6-летнего возраста, так как в большинстве случаев энурез проходит самостоятельно.

НЕ назначайте трициклические препараты: они влекут за собой высокий риск возникновения побочных эффектов и в настоящее время не рекомендуются.

Наиболее эффективным доступным устройством для лечения детей старше 6 лет является так называемый **энурезный будильник (комплект из простыни с датчиком и будильника)**. Его использование требует мотивации со стороны как самого ребенка, так и родителей.

- Ребенок должен самостоятельно отвечать за работу будильника. Возможно, сначала его потребуется будить, чтобы он мог выключить будильник самостоятельно. Для успеха этого вида терапии необходимо, чтобы на момент похода в туалет ребенок был полностью проснувшимся.
- Для подкрепления правильного поведения (то есть пробуждения по звонку будильника и похода в туалет) может быть полезно поощрять ребенка. Рекомендуйте опекунам не наказывать ребенка за ночи с эпизодами недержания.
- Объясните, что первые признаки улучшения ситуации могут появиться через 6–8 недель.
- Если в течение 4 недель у ребенка появляются первые признаки отклика на терапию, продолжайте лечение, пока ребенок не сможет оставаться сухим ночью на протяжении 2 недель без перерыва.
- Прекратите лечение при отсутствии признаков отклика на терапию через 4 недели.

Направление к специалисту

- Направьте ребенка к специалисту, если вы обнаружили у него признаки почечных или неврологических заболеваний, диабета, системных заболеваний или серьезных расстройств психического здоровья либо не можете поставить определенный диагноз.
- Кроме того, направление к специалисту необходимо в том случае, если проведение поведенческой терапии невозможно или постоянным энурезом страдает подросток.

Дневное недержание мочи

Дневное недержание мочи может быть вызвано следующими причинами:

- Гиперактивность мочевого пузыря с позывами.
- Задержка мочеиспускания; привычная задержка опорожнения мочевого пузыря, которая приводит к его переполнению и подтеканию мочи.
- Гипоактивность мочевого пузыря; редкое мочеиспускание и переполнение мочевого пузыря, приводящее к недержанию.
- Дисфункция мочевого пузыря и кишечника (не нейрогенной природы); неспособность расслабить сфинктер мочеиспускательного канала или мышцы тазового дна во время мочеиспускания, в результате чего струя мочи становится прерывистой, а продолжительность мочеиспускания увеличивается.

Анамнез

- Частота мочеиспускания, недержание мочи, позывы.
- Никтурия, полиурия.
- Действия, которые ребенок предпринимает, чтобы сдержать мочеиспускание (встает на цыпочки, скрещивает ноги, садится на корточки, прижав пятки к промежности).
- Натуживание при мочеиспускании, слабый напор или прерывистость струи мочи, дизурия, подтекание мочи после опорожнения мочевого пузыря.
- Задержка отхождения мочи.

У ребенка также могут присутствовать другие нарушения:

- Запор.
- Инфекция мочевыводящих путей.
- Ночное недержание мочи (энурез).
- Чрезмерная утомляемость или потеря веса – предположите сопутствующее хроническое заболевание или проблемы с почками.
- Полидипсия.

Если ребенок ранее никогда не оставался сухим днем либо недержание (подтекание мочи) присутствует постоянно, а не время от времени, предположите анатомические аномалии.

Физикальное обследование и исследования

Физикальное обследование и исследования помогают определить основное заболевание и причины недержания. См. указания по проведению физикального обследования и исследований при энурезе (с. 421).

Лечение

- Лечите основное заболевание, например запор (с. 366) или инфекцию мочевыводящих путей (с. 417).
- Проконсультируйте опекунов по вопросам коррекции поведения, питания и употребления жидкости (блок рекомендаций 31).

Направление к специалисту

- Направьте ребенка к специалисту, если вы обнаружили у него признаки почечных или неврологических заболеваний, диабета, системных заболеваний или серьезных расстройств психического здоровья либо не можете поставить определенный диагноз.
- Направьте ребенка к специалисту, если поведенческая терапия неэффективна либо недержанием страдает ребенок старшего возраста или подросток.

Блок рекомендаций 31. Дневное недержание мочи



Как помочь ребенку справиться с дневным недержанием мочи

- Будьте терпеливы. Оказывайте ребенку поддержку при эпизодах недержания.
- Сохраняйте позитивный настрой. Успокаивайте ребенка, если он расстраивается.
- Научите ребенка правильно садиться на унитаз. Помогите ему расслабляться и не спешить во время мочеиспускания.
- Составьте график и побуждайте ребенка ходить в туалет каждые 2–3 часа в дневное время, даже если он не испытывает желания помочиться.

Как помочь ребенку справиться с дневным недержанием мочи (продолжение)

- Не ограничивайте ребенка в жидкости в течение дня. Если вы будете давать ребенку меньше жидкости, чтобы он меньше мочился, это только ухудшит ситуацию. При этом мочевой пузырь будет наполняться медленнее, и ребенку будет труднее почувствовать его наполненность.
- Старайтесь не давать ребенку газированные напитки, горячий шоколад, чай и другие напитки с содержанием кофеина.
- Давайте ребенку сменную одежду, когда он идет в школу или занимается другими видами активности.

НЕ наказывайте ребенка за действия, которые он не может контролировать.

НЕ пользуйтесь подгузниками, если ребенок стесняется их.

6.13.3 Боль или отек мошонки

Острая боль в мошонке означает внезапный приступ боли, отекание и болезненность мошонки.

Отечность мошонки может быть острой или хронической, а также сопровождаться болью или быть безболезненной (таблица 60, с. 428). Резкое и болезненное внезапное отекание мошонки требует экстренного хирургического вмешательства (по поводу таких патологий, как перекрут яичка или ущемленная паховая грыжа).

! Острая боль в мошонке требует неотложного лечения.

Анамнез

- Боль в мошонке: внезапное или постепенное начало, с одной или с обеих сторон, степень интенсивности боли.
- Отечность яичек или мошонки: характер начала отека, изменения в зависимости от положения тела и времени суток.
- Сопутствующая боль в животе.

- Симптомы со стороны мочевыделительной системы: изменение цвета, запаха, объема мочи, частота мочеиспускания, боль при мочеиспускании, недержание мочи, боль в животе или боку, гематурия, напор струи мочи, выделения из уретры.
- Системные симптомы, например повышение температуры.
- Травма в анамнезе.
- Сексуальная активность.

Физикальное обследование

Проводите осмотр наружных половых органов в конфиденциальной обстановке в присутствии коллеги или ассистента.

- Осмотрите живот, паховую область и гениталии: яички, придатки яичек, мошонку, половой член.
- Осмотрите ребенка или подростка в положении стоя: положение яичек (правое яичко обычно немного выше левого), отечность, объемное образование в паховой области (увеличивается ли оно при проведении пробы Вальсальвы?).
- Проведите осторожную пальпацию на предмет болезненности, отечности, объемных образований.
- Проверьте кремастерный рефлекс.
- Проведите обследование в проходящем свете (поместите за основанием мошонки источник света): наполненные жидкостью образования (например, гидроцеле) будут просвечивать, а солидные (например, перекрут яичка или опухоль) – нет.

Лабораторные и инструментальные исследования

- При острой боли в мошонке срочно проведите УЗИ для выявления перекрута яичка.
- У ребенка с травмой мошонки, а также при диагностике объемного образования в мошонке проведите УЗИ с допплерографией для оценки анатомии и кровоснабжения мошонки.
- При подозрении на орхоэпидидимит проведите анализ мочи с помощью тест-полоски и бактериологический посев мочи (с. 414).
- У ведущего половую жизнь подростка с орхоэпидидимитом проведите бактериологический посев выделений из уретры и ПЦР-тест на хламидиоз и гонорею.

Дифференциальная диагностика

Таблица 60. Дифференциальная диагностика при боли и отеке мошонки

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Боль в мошонке	
Перекрут яичка (с. 429)	• Внезапное возникновение сильной боли и острого отека на одной стороне мошонки • Тошнота и рвота • Чрезвычайная болезненность яичка при прикосновении • Пораженное яичко приподнято вверх или расположено горизонтально • Кремастерный рефлекс обычно отсутствует
Перекрут гидатиды или придатка яичка (с. 430)	• Обычно встречается у детей от 7 до 12 лет • Внезапное возникновение сильной боли в одном яичке на одной стороне мошонки • Яички не болезненны и расположены нормально • Болезненное объемное образование у полюса яичка, иногда темно-синее пятно в верхней части мошонки • Кремастерный рефлекс обычно присутствует
Орхоэпидидимит (с. 431)	• Постепенное развитие • Высокая температура • Выделения из уретры • Покраснение и опухание одной половины мошонки • Яичко болезненное при пальпации, при приподнимании болезненность уменьшается
Травма мошонки (с. 432)	• Травма в анамнезе • Болезненность, отек, кровоподтеки на мошонке
Отек мошонки	
Варикоцеле (с. 433)	• Встречается у мальчиков околопубертатного возраста • Безболезненный отек мошонки, чаще с левой стороны • Безболезненное сплетение варикозных вен («мешок с червяками») над яичком, заметное при пальпации

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Гидроцеле (с. 434)	• Обычно встречается у детей грудного возраста, но также может поражать детей более старшего возраста и подростков (на фоне орхоэпидидимита, перекрута яичка или его придатков, травм или опухолей) • Мягкое, безболезненное, подвижное объемное образование, заметное при пальпации мошонки • Просвечивает в проходящем свете
Паховая грыжа (с. 436)	• Обычно встречается у мальчиков • Периодически появляющееся безболезненное вправляемое выпячивание в паховой области • Появляется или увеличивается в размерах, когда ребенок плачет или кашляет • Не просвечивает в проходящем свете
Ущемленная грыжа (с. 437)	• Не вправляемое болезненное выпячивание в пахово-мошоночной области • Беспокойство и чрезмерный плач у детей грудного возраста • Иногда признаки кишечной непроходимости (рвота и вздутие живота)
Опухоль яичка (с. 435)	• Безболезненное (изредка болезненное) объемное образование в мошонке • Обычно с одной стороны мошонки • Плотная или твердая припухлость в мошонке • Не просвечивает в проходящем свете

Перекрут яичка

Анамнез

Перекрут яичка:

- Сильная боль и острый отек на одной стороне мошонки.
- Тошнота и рвота.

Хронический перекрут яичка:

- Внезапное возникновение острой боли и отека мошонки.
- Быстрое исчезновение симптомов.
- Между эпизодами ребенок не проявляет никаких симптомов.

Физикальное обследование

- Покраснение и отек на одной стороне мошонки.
- Чрезвычайная болезненность яичка при прикосновении.
- Пораженное яичко приподнято вверх или расположено горизонтально.
- Кремастерный рефлекс обычно отсутствует.

Лечение и направление к специалистам

- Немедленно направьте ребенка в больницу для осмотра детским хирургом. Задержка хирургического лечения на 4–6 часов может привести к развитию серьезных ишемических изменений и негативно повлиять на функции яичек в долгосрочной перспективе.

Перекрут гидатиды или придатка яичка

Анамнез

- Чаще встречается у мальчиков в возрасте от 7 до 12 лет.
- Внезапное возникновение сильной боли, как при перекруте яичка.

Физикальное обследование

- Яички не болезненны и расположены нормально.
- Небольшое болезненное образование на верхнем (или нижнем) полюсе яичка, иногда отмеченное темно-синим пятном (по причине гангрены).
- Кремастерный рефлекс обычно присутствует.

Лабораторные и инструментальные исследования

Проведите УЗИ с допплерографией, чтобы исключить перекрут яичка.

Лечение и направление к специалистам

- При невозможности исключить перекрут яичка немедленно направьте ребенка к специалисту.
- Рекомендуйте опекунам (а также детям или подросткам в зависимости от возраста) проведение поддерживающей терапии на дому:
  - — При боли давать парацетамол или ибупрофен.

— Ребенок должен соблюдать постельный режим. Необходимо обеспечить удобную поддержку для болезненной мошонки.

— Обратиться к врачу повторно, если состояние ребенка ухудшится или не улучшится через 48–72 часа. Болевые ощущения должны исчезнуть через 5–7 дней.

Орхоэпидидимит

Орхоэпидидимит – это воспаление яичка и его придатка. Это заболевание чаще встречается у детей до 2 лет и подростков старше 12 лет. Как правило, орхоэпидидимит вызывает инфекция (вирусная или бактериальная), которая чаще всего заносится из мочевыводящих путей или передается половым путем.

Анамнез

- Постепенное начало.
- Высокая температура.
- Дизурия, учащенное мочеиспускание.
- Выделения из уретры.
- Паротит в анамнезе. Паротитный орхит развивается через 4–6 дней после перенесенного паротита.
- Недавно проведенная катетеризация или цистоскопия.

Физикальное обследование

- Покраснение и опухание одной половины мошонки.
- Болезненность в заднебоковой части яичка.
- Может присутствовать пиурия.
- При приподнимании яичка болезненность уменьшается.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Анализ мочи с помощью тест-полоски и бактериологический посев (с. 414).
- Бактериологический посев выделений из уретры и ПЦР-тест на хламидиоз и гонорею у ведущего половую жизнь подростка.

Лечение

- Назначьте антибиотики (дозировки см. в приложении 4):
  - — детям и подросткам, не ведущим половую жизнь, с инфекцией мочевыводящих путей: цефиксим 8 мг/кг перорально 2 раза в сутки в первый день, затем 1 раз в сутки в течение 7–10 дней или цефалексин, амоксициллин с клавулановой кислотой или ко-тримоксазол в течение 7–10 дней;
  - — подросткам, ведущим половую жизнь, с подозрением на *Chlamydia trachomatis* или *Neisseria gonorrhoeae*: цефтриаксон 1 г в/м однократно и доксициклин 2,2 мг/кг перорально 2 раза в сутки в течение 7–10 дней или азитромицин однократно;
  - — подросткам, ведущим половую жизнь, с подозрением на энтеробактериоз: препарат фторхинолонового ряда (например, офлоксацин или левофлоксацин) перорально в течение 10 дней.
- Рекомендуйте опекунам (а также детям или подросткам в зависимости от возраста) проведение поддерживающей терапии на дому:
  - — При боли давать парацетамол или ибупрофен.
  - — Ребенок должен соблюдать постельный режим. Необходимо обеспечить удобную поддержку для болезненной мошонки.
  - — Обратиться к врачу повторно, если состояние ребенка ухудшится или не улучшится через 48–72 часа.

Направление к специалисту

При орхоэпидидимите у ребенка грудного возраста или системном плохом самочувствии направьте ребенка в стационар для проведения в/в антибиотикотерапии.

Травма мошонки

Если травма возникает повторно или ее механизм сомнителен, предположите жестокое обращение с ребенком (с. 754).

Анамнез

- Падения или удары во время спортивных игр, катания на велосипеде, автомобильных аварий в анамнезе.

Физикальное обследование

- Проникающий или тупой характер травмы.
- Припухлость, отек, кровоподтек.
- Болезненность яичек при пальпации, целостность яичек.
- Кремастерный рефлекс (обычно присутствует).

Лечение и направление к специалистам

- Направьте ребенка на УЗИ и к хирургу за исключением случаев, когда целостность яичек подтверждается пальпацией, а болезненность незначительна.
- Рекомендуйте опекунам (а также детям или подросткам в зависимости от возраста) проведение поддерживающей терапии на дому:
  - — При боли давать парацетамол или ибупрофен.
  - — Ребенок должен соблюдать постельный режим. Необходимо обеспечить удобную поддержку для болезненной мошонки.
  - — Обратиться к врачу повторно, если состояние ребенка ухудшится или не улучшится через 48–72 часа.

Варикоцеле

Варикоцеле – это расширение вен, окружающих семенной канатик. Это заболевание является наиболее частой причиной бесплодия у мужчин, устраняемой хирургическим путем.

Анамнез

- Мальчик раннего подросткового возраста.
- Безболезненный отек мошонки.
- В большинстве случаев с левой стороны.

Физикальное обследование

Осмотрите мошонку ребенка в положении стоя и лежа.

- Сплетение варикозных вен («мешок с червяками») над яичком, заметное при пальпации.
- Безболезненное.

Направление к специалисту

- Если варикоцеле сохраняется в положении лежа, расположено справа или началось внезапно (что может быть связано с обструкцией нижней полой вены), немедленно направьте ребенка к специалисту.
- В остальных случаях направьте ребенка к хирургу или урологу.

Гидроцеле

Гидроцеле – это скопление жидкости вокруг яичка.

Анамнез

- Обычно встречается у детей грудного возраста.
- Реактивное гидроцеле: орхоэпидидимит, перекрут яичка или его придатков, травма или опухоль в анамнезе.

Физикальное обследование

- Мягкое, безболезненное, подвижное объемное образование, заметное при пальпации мошонки, которое обычно не простирается вверх в паховый канал.
- Ярко просвечивает в проходящем свете.
- При реактивном гидроцеле ищите основную причину (см. разделы выше).
- Нерассосавшееся гидроцеле может развиться в паховую грыжу.

Лечение

В большинстве случаев гидроцеле рассасывается самостоятельно к возрасту от одного года до двух лет.

Реактивное гидроцеле обычно проходит при устранении основной причины. См. соответствующие разделы.

Направление к специалисту

- Если гидроцеле не рассосалось самостоятельно к возрасту от одного года до двух лет, направьте ребенка к специалисту для возможного хирургического вмешательства.

Опухоль яичка

Анамнез

- Безболезненное объемное образование в мошонке.
- Болезненность возможна при стремительном росте опухоли либо сопутствующем кровотечении или некрозе тканей.

Физикальное обследование

- Отсутствие боли при пальпации.
- Односторонняя (при лейкозе инфильтративное новообразование может быть двусторонним).
- Плотная или твердая припухлость в мошонке.
- Не просвечивает в проходящем свете (киста просвечивает).

Направление к специалисту

- Немедленно направьте ребенка к специалисту (желательно к детскому онкологу).

6.13.4 Отсутствие или неопущение яичка

Отсутствие или неопущение яичка (крипторхизм) может быть односторонним или двусторонним. При этой патологии одно или оба яичка отсутствуют в мошонке. Яички могут отсутствовать полностью или находиться вне мошонки.

Неопущение яичка: процесс естественного опускания яичек из брюшной полости в мошонку может задержаться на несколько месяцев, что не связано с какими-либо нарушениями. Такая задержка чаще встречается у недоношенных детей.

Втягивающиеся яички (ложный крипторхизм) – это яички, которые опустились в мошонку нормальным образом, но могут вытягиваться обратно за счет кремастерного рефлекса.

Физикальное обследование

Проведите пальпацию от пахового канала до мошонки:

- одно или оба яичка не находятся в мошоночном мешке;
- яички пальпируются в паху над мошонкой.

Лечение и направление к специалистам

- Направьте ребенка к специалисту, если оба яичка не определяются при пальпации.
- Направьте ребенка к специалисту, если яички не опустились в мошонку к скорректированному возрасту 4–6 месяцев. При неопущении яичка хирургическое или гормональное лечение должно быть проведено до того, как ребенку исполнится год, что позволит предотвратить проблемы с фертильностью и рак яичек.

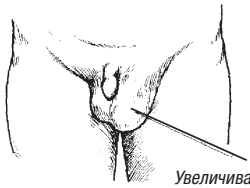
6.13.5 Выпячивание в паховой области

Паховая грыжа

У девочек паховая грыжа встречается редко. У мальчиков она возникает в месте выхода семенного канатика из брюшной полости (паховый канал).

Физикальное обследование

- Периодически появляющееся безболезненное вправляемое выпячивание в паховой области, которое появляется или увеличивается в размерах, когда ребенок плачет, кашляет или тужится.
- Не просвечивает в проходящем свете.



Паховая грыжа

Увеличивается в размерах, когда ребенок кашляет

Лечение и направление к специалистам

- Убедитесь, что грыжа поддается вправлению. Большинство грыж вправляются самопроизвольно или после помещения ребенка в положение Тренделенбурга (см. ниже) и легкого надавливания на грыжевой мешок.
- Если образование не вправляется, см. оказание экстренной помощи в разделе «Ущемленная грыжа».
- Если грыжа поддается вправлению, незамедлительно направьте ребенка к специалисту для проведения хирургического вмешательства, чтобы избежать осложнений.

Ущемленная грыжа

Ущемленная грыжа возникает при защемлении в грыжевом отверстии части кишечника или другого органа брюшной полости (например, сальника), в результате чего нарушается кровообращение в кишечнике.

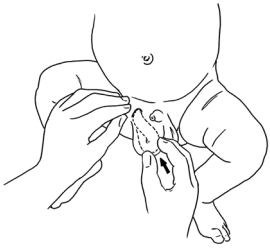
Физикальное обследование

- Не вправляемое болезненное объемное образование в паховомошоночной (редко околопупочной) области, часто сопровождаемое эритемой кожи.
- Беспокойство и чрезмерный плач у детей грудного возраста.
- При ущемлении кишки могут развиться признаки кишечной непроходимости (рвота и вздутие живота).

Лечение и направление к специалистам

- Не давайте ребенку ничего перорально, так как может потребоваться хирургическое вмешательство.
- Если ребенок не выглядит крайне нездоровым и у него отсутствуют признаки кишечной непроходимости, проведите экстренное ручное вправление грыжи (см. рисунок).

1. Положите ребенка на спину (навзничь) так, чтобы голова была ниже ягодиц, под которые следует подложить подушку обычной высоты (положение Тренделенбурга).
2. Рассмотрите возможность дать ребенку седативный препарат (например, мидазолам, дозировки см. в приложении 4). Плач повышает внутрибрюшное давление, тем самым затрудняя вправление грыжи.



Бимануальное вправление ущемленной паховой грыжи

3. Осторожно выдавите газы и фекальное содержимое из ущемленной петли кишечника по направлению вверх к паховому каналу, чтобы уменьшить ее размер.

4. Затем в течение не более 5 минут приложите постоянное давление от периферии к центру для вправления грыжи: периферическая рука (на рисунке правая) должна надавливать несколько сильнее, чем находящаяся ближе к центру (на рисунке левая), пока все содержимое грыжи не вернется в брюшную полость.

- Если ручное вправление не показано или не увенчалось успехом, немедленно направьте ребенка к детскому хирургу.
- Если ручное вправление прошло успешно, направьте ребенка к специалисту для своевременного хирургического вмешательства. При подозрении на нарушение функций кишечника направьте ребенка к специалисту для парентерального введения антибиотиков.

6.13.6 Жалобы, касающиеся полового члена и крайней плоти

Баланит

Незначительное покраснение и болезненность на кончике крайней плоти часто встречаются у детей грудного и младшего возраста; в этом случае следует успокоить родителей или опекунов и избегать химических или физических провоцирующих факторов. Более обширное воспаление головки полового члена или крайней плоти называется баланитом.

Причины баланита включают в себя следующие:

- Химическое раздражение, вызванное ненадлежащей гигиеной: скопление мочи, грязный подгузник, остатки мыла.
- Физические травмы: насильственное обнажение головки полового члена, сексуальное насилие (с. 755).
- Инфекция: кандидозный пеленочный дерматит у детей грудного возраста; бактериальная инфекция, включая *Streptococcus pyogenes* (стрептококк группы А) (редко).

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Скопление мочи, грязный подгузник, остатки мыла, насильственное обнажение головки полового члена, пеленочный дерматит у детей грудного возраста (с. 170).
- Отечность, болезненность и эритема головки полового члена или крайней плоти.
- Может проявляться зудом гениталий и дизурией.

- Признаки кандидозной инфекции: отдельные пятна за пределами основного участка сыпи и пятнышки или папулы на покрасневших участках кожи. В тяжелых случаях присутствует белый творожистый экссудат.
- Признаки инфицирования *Streptococcus pyogenes*: присутствие экссудата и яркое покраснение кожи, сыпь с резко очерченными границами.

Лабораторные и инструментальные исследования

Лабораторные исследования не требуются.

- Только при подозрении на стрептококковую инфекцию можно рассмотреть возможность взятия мазка для экспресс-теста на антигены к стафилококку или бактериологического посева.

Лечение

- Проконсультируйте родителей или опекунов по вопросам личной гигиены полового члена и крайней плоти (блок рекомендаций 32).
- При баланите, сопровождающемся раздражением: назначьте крем с 1% гидрокортизона 2 раза в сутки в течение 7 дней.
- При неспецифическом баланите: назначьте крем с 1% гидрокортизона и антибиотик для местного применения (например, мупироцин) 2 раза в сутки в течение 7 дней.
- При баланите, вызванном *Streptococcus pyogenes* (что подтверждается экспресс-тестом на антигены к стафилококку или бактериологическим посевом): назначьте феноксиметилпенициллин (пенициллин V) перорально детям до 1 года 125 мг, детям в возрасте 1–5 лет 250 мг, детям в возрасте 6–12 лет 500 мг, подросткам 1 г 2 раза в сутки в течение 10 дней (см. альтернативные варианты антибиотиков как при стрептококковом тонзиллите, с. 251).
- При необходимости назначьте парацетамол и ибупрофен для облегчения боли (с. 597).
- При баланите с подозрением на кандидозную инфекцию: назначьте противогрибковое средство для местного применения (например, миконазол, нистатин для местного применения) в течение 5–7 дней.
- Назначьте повторный прием через 2–3 дня или предложите опекунам обратиться раньше назначенной даты, если состояние ребенка или подростка ухудшится.

Блок рекомендаций 32. Личная гигиена полового члена и крайней плоти во время лечения баланита

Лечение баланита в домашних условиях



- Регулярно мойте руки.
- Обмывайте крайнюю плоть во время купания.
- Регулярно меняйте нижнее белье.
- Избегайте применения раздражающих веществ, ношения тесных брюк и других видов механического трения.
- Два раза в день делайте ванночки с теплой соленой водой для полового члена (сначала проверьте рукой температуру воды). Это поможет снять отек и дискомфорт.

Фимоз

Фимоз – это невозможность обнажить головку полового члена.

- Физиологический фимоз: присутствует в момент рождения почти у всех новорожденных мальчиков. С возрастом крайняя плоть становится более растяжимой.
- Патологический фимоз возникает в результате образования рубцов на кольце крайней плоти, что препятствует ее сдвиганию.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

НЕ пытайтесь обнажить головку полового члена при отсутствии жалоб или признаков инфекции.

- В анамнезе были попытки насильственно обнажить головку полового члена до того, как крайняя плоть станет растяжимой естественным образом.
- Эпизоды инфекции мочевыводящих путей или баланита в анамнезе.
- Вокруг отверстия крайней плоти заметно кольцо рубцовой ткани.
- Крайняя плоть не стала растяжимой к окончанию полового созревания.
- Крайняя плоть, которая ранее была растяжимой, стала неэластичной.

- У детей старшего возраста: постоянное раздувание крайней плоти при мочеиспускании, сужение отверстия крайней плоти, сужение струи мочи, не корректируемое местным применением стероидов.

Лечение

- Расскажите опекунам о физиологическом фимозе. Заверьте их, что в большинстве случаев с возрастом он проходит самостоятельно.
- Проконсультируйте родителей или опекунов по вопросам по вопросам личной гигиены полового члена и крайней плоти: необходимо обмывать крайнюю плоть во время купания и регулярно менять нижнее белье.

Местное лечение

- При фимозе, сопровождающемся рецидивами баланита, парафимоза и инфекций мочевыводящих путей, рассмотрите возможность назначения местного лечения: крем с 0,05% бетаметазона 2–3 раза в сутки в течение 2–4 недель. При хорошем отклике на лечение увеличьте продолжительность до 6–12 недель (в сумме).

НЕ начинайте местное лечение у детей в возрасте до 3 лет, не имеющих симптомов, так как большинство случаев проходит самостоятельно к 3–5 годам.

- Не существует какого-либо возраста, начиная с которого возникают показания к лечению бессимптомного физиологического фимоза. Лечение следует завершить к моменту полового созревания, чтобы обеспечить нормальное развитие сексуальности и не допустить развития парафимоза у подростка, ведущего половую жизнь.

Направление к специалисту

- Если у ребенка или подростка нарушен отток мочи, немедленно направьте его к хирургу.
- При недостаточном или отсутствующем отклике на лечение стероидами, а также при патологическом фимозе направьте ребенка к хирургу или урологу.

Парафимоз

Парафимоз представляет собой состояние, требующее неотложного урологического вмешательства, и влечет за собой риск некроза головки полового члена.

Признаки и симптомы

- Крайняя плоть остается в оттянутом положении.
- Крайнюю плоть невозможно натянуть обратно на головку полового члена.
- За суженной частью крайняя плоть отекает и образует плотное кольцо, что еще больше осложняет ее возврат в нормальное положение.

Дифференциальная диагностика

Волосяной жгут (см. ниже).

Лечение

- Как можно скорее проведите мануальное вправление (при отсутствии некроза головки полового члена):
  - — Объясните ребенку или подростку и опекунам порядок процедуры.
  - — Проведите местное обезболивание (например, гелем с 2% лидокаина) и дайте обезболивающее средство перорально.
  - — Чтобы уменьшить отек, наложите на отечный участок холодный компресс или давящую повязку (шириной 2,5 см) на 15–30 минут.
  - — Попытайтесь вправить головку полового члена.
- После успешного мануального вправления объясните ребенку и опекунам, как избежать рецидивов:

  НЕ пытайтесь обнажить головку полового члена в течение нескольких дней.
  - — Обнажать головку полового члена для гигиенических процедур должен только сам ребенок.
  - — После гигиенических процедур убедитесь, что крайняя плоть вновь покрыла головку полового члена немедленно и полностью.

Направление к специалисту

▶ Если мануальное вправление не увенчалось успехом или наблюдается некроз головки полового члена (потемнение тканей), немедленно направьте ребенка к хирургу или урологу.

Последующее наблюдение

После единичного эпизода парафимоза проведение обрезания (циркумцизио), а также последующее наблюдение не требуется.

Волосяной жгут

У детей грудного возраста волосы или волокна ткани могут намотаться на тело полового члена, образуя волосяной жгут.

Физикальное обследование

■ Покраснение и отечность дистальной части полового члена, отграниченное четко видимой линией.

Лечение

▶ Рассеките кольцо из волокон или волос и проверьте целостность кожи.

▶ При обнаружении тревожных признаков направьте ребенка к специалисту.

Травма от застежки-«молнии»

Ребенок может защемить кожу кончика крайней плоти или другого участка (например, мошонки) между зубцами застежки-«молнии».

Лечение

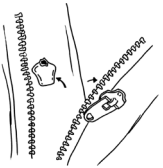
▶ Примените методику освобождения при защемлении «молнией»:

- Проведите пероральное обезболивание парацетамолом или ибупрофеном (с. 597). Если вы предполагаете, что процедура будет весьма болезненной, рассмотрите возможность направить ребенка в больницу для освобождения от ущемления «молнией» под седацией.
- Всегда проверяйте возможные повреждения головки полового члена. При наличии повреждений направьте ребенка к хирургу или урологу.

Методика освобождения при защемлении застежкой-«молнией»

1. Рассеките кусачками перемычку между половинами ползунка на «молнии»





2. Разделите зубья «молнии»

Приапизм

Приапизм редко встречается в детском возрасте и характеризуется длительной эрекцией полового члена, которая длится более 4 часов или не связана с сексуальной стимуляцией. Наиболее распространенными причинами приапизма у детей выступают серповидно-клеточная анемия, лейкемия и травмы.

Приапизм представляет собой **состояние, требующее неотложного урологического вмешательства**, так как влечет за собой риск ишемии.

Лечение

▶ Для облегчения боли дайте ребенку парацетамол или ибупрофен (с. 597).

Направление к специалисту

Немедленно направьте ребенка к специалисту в следующих случаях:

- к хирургу или урологу, если эрекция длится более 4 часов;
- если у ребенка нарушен отток мочи.

6.13.7 Гинекологические жалобы

Задавайте всем девушкам-подросткам вопросы о половой жизни в отсутствие опекуна. Будьте тактичны при обсуждении этой темы. При опекуне девушки могут не признаться в том, что ведут половую жизнь.

Уделяйте повышенное внимание поиску **ТРЕВОЖНЫХ ПРИЗНАКОВ** сексуального насилия (с. 755) у девочек, не ведущих половую жизнь:

- необычный или чрезмерный зуд, кровоподтеки, ранки, покраснение, отечность или кровотечение в области наружных половых органов или заднего прохода;
- инфекция мочевыводящих путей, кровь в моче или кале, болезненное мочеиспускание;
- беременность или ИППП.

Информацию о гинекологических жалобах, специфичных для подросткового возраста, см. в главе 8.

Выделения из влагалища (вульвовагинит)

Вульвовагинит, то есть воспаление вульвы и влагалища, является наиболее распространенным гинекологическим нарушением у девочек предпубертатного возраста.

Большинство случаев являются неспецифическими и связаны с несколькими факторами риска:

- Скопление влаги, вызванное использованием синтетического нижнего белья, тесной или мокрой одеждой, ненадлежащей личной гигиеной, ожирением.
- Раздражающие вещества: мыло, пена для ванн, антисептики.
- Длительная антибиотикотерапия.
- Инфекции: кандидоз, *Gardnerella vaginalis*, *Trichomonas vaginalis*, генитальный герпес и другие инфекции, передаваемые половым путем (с. 814), у подростков, ведущих половую жизнь, а также острицы.
- Инородное тело.
- Сахарный диабет (редко).

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Выделения из влагалища, зуд, покраснение, болезненность, иногда дизурия и кровотечение. Беспокойство и чрезмерный плач у детей грудного возраста.
- Неприятный запах (указывает на *Trichomonas* или *Gardnerella spp.* либо присутствие инородного тела).
- Белые густые выделения (указывают на кандидоз).
- Осаднения вульвы и перианальной области (указывают на заражение острицами).

Примечание: у большинства новорожденных девочек присутствует небольшое количество слизистых белых выделений из влагалища. Это нормальное явление, которое обычно проходит к 3 месяцам. Начиная с 3-месячного возраста и до наступления половой зрелости физиологические выделения из влагалища обычно скудные, прозрачные или беловатые, без запаха, не липкие; их консистенция и объем меняются на протяжении менструального цикла.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Как правило, в проведении исследований нет необходимости.
- В зависимости от предполагаемой основной причины проведите бактериологический посев выделений из влагалища или мочи.
- При устойчивом к лечению вульвовагините исключите сахарный диабет (с. 709).

Лечение

- Лечите в соответствии с основной причиной.
  - — Удалите инородное тело.
  - — Кандидоз: противогрибковое средство для местного применения (например, миконазол, нистатин) в течение 5–7 дней.
  - — Бактериальный вагиноз (*Gardnerella vaginalis*): метронидазол (гель 0,75%) 5 г интравагинально 1 раз в сутки в течение 5 дней или клиндамицин (крем 2%) 5 г интравагинально перед сном в течение 7 дней. В качестве альтернативного средства у подростков: метронидазол 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней.
  - — Острицы (с. 346).

— ИППП, например гонорея (с. 819), хламидиоз (с. 817), трихомоноз (с. 817), генитальный герпес (с. 818)

▶ Проконсультируйте опекунов (а также ребенка или подростка в зависимости от возраста) по вопросам общей гигиены:

— подтираться после посещения туалета необходимо в направлении спереди назад, тщательно высушивая кожу;

— использовать хлопчатобумажное нижнее белье и избегать тесной одежды;

— принимать теплую ванну (без мыла), тщательно обмывать область наружных половых органов и осторожно высушивать ее.

Направление к специалисту

При обильных, с примесью крови или продолжительных выделениях направьте ребенка к специалисту.

Вагинальное кровотечение

У многих новорожденных девочек в первую неделю жизни наблюдается незначительное вагинальное кровотечение, вызванное прекращением воздействия материнских эстрогенов. Это нормальное явление, которое не требует каких-либо исследований или лечения.

Выделения с примесью крови у девочек более старшего возраста могут указывать на:

- инородное тело влагалища;
- более тяжелую степень вульвовагинита (с. 445);
- травмы, включая тупую травму паховой области и сексуальное насилие (с. 755);
- осаднения, вызванные острицами или ниточными нематодами (с. 345);
- начало первой менструации; рассматривается как преждевременное в возрасте менее 8 лет;
- гематурию (с. 404);
- пролапс уретры (в мочеиспускательном канале виден участок воспаленной ткани в форме «пончика»).

Лечение и направление к специалистам

▶ Лечите в зависимости от основной причины (см. ссылки на страницы выше).

▶ При инородном теле влагалища, травме или пролапсе уретры направьте ребенка к специалисту.

Сращение малых половых губ

Иногда средние части малых половых губ могут слипаться. Это нормальное явление, которое проходит самостоятельно у детей старшего возраста.

Лечение

- Если ребенок не испытывает трудностей при мочеиспускании, лечение не требуется. Заверьте опекунов, что это состояние пройдет самостоятельно.

НЕ разъединяйте сращения вручную (это травматично, болезненно для ребенка и влечет за собой риск рецидивов) и не используйте кремы с эстрогеном (влечет за собой риск рецидивов).

Язвы вульвы

У девочек, не ведущих половую жизнь, предположите сексуальное насилие (с. 755).

У девочек и девушек, особенно не ведущих половую жизнь, язвы вульвы встречаются редко. В большинстве случаев такие поражения чрезвычайно болезненны и вызывают сильную тревогу и эмоциональный стресс как у пациента, так и у его семьи. По большей части эти язвы проходят самостоятельно без лечения.

- У подростков, ведущих половую жизнь, предположите ИППП (с. 814).
- Прочие вирусные и бактериальные инфекции.
- Системные патологии: аутоиммунные и кожные заболевания.
- Реакция на лекарственное средство.

Лечение

- Заверьте опекунов, что у девочек младшего возраста язвы, как правило, не передаются половым путем, а вероятность рецидивов невелика.
- Назначьте специфическое лечение в зависимости от основной причины:
  - При вероятной первичной герпетической инфекции (с. 818) рассмотрите возможность назначения ацикловира.
  - Информацию об ИППП, см. на с. 814.

- Назначьте обезболивающие препараты:
  - — наносить защитный слой вазелина или оксида цинка после ванночки;
  - — анестетики для местного применения (например, гель с 2% лидокаина);
  - — парацетамол или ибупрофен перорально (с. 597).
- Проконсультируйте опекунов (а также ребенка или подростка в зависимости от возраста) об общих защитных мерах:
  - — использовать хлопчатобумажное нижнее белье и избегать тесной одежды;
  - — не пользоваться прочими раздражающими веществами и предметами, например мылом, прокладками;
  - — для облегчения боли можно использовать теплые ванночки с соленой водой (1 чайная ложка соли на 1 литр воды); тщательно обмывать область наружных половых органов без мыла и осторожно высушивать ее.
- При рецидивирующих или системных язвах либо подозрении на инфекционное заболевание направьте ребенка к гинекологу или педиатру.

6.14 Сыпь, зуд и другие поражения кожи

6.14.1	**Пятнисто-папулезная сыпь с повышением температуры или без него**	**453**
	Атопический дерматит (экзема)	457
	Импетиго	459
	Флегмона	460
	Абсцесс кожи	460
	Грибковая инфекция	460
	Солнечный ожог	460
	Крапивница	461
	Аллергические реакции / контактный дерматит	461
	Чесотка	462
	Контагиозный моллюск	462
	Рожистое воспаление	463
6.14.2	**Везикулярная или буллезная сыпь**	**463**
	Герпетическая инфекция	464
6.14.3	**Пурпура или петехии**	**465**
	Пурпура Геноха – Шёнлейна	466
6.14.4	**Бородавки**	**469**
6.14.5	**Педикулез**	**470**

Поражения кожи часто встречаются у детей всех возрастов. Кожные проявления типичны для распространенных детских инфекций. Иногда они связаны с конкретными бактериальными инфекциями, например стрептококком группы А (*S. pyogenes*) ил *Staphylococcus aureus*, либо воспалительными процессами, включая атопический дерматит или экзему. Реже к поражениям кожи приводят такие основные заболевания, как пурпура Геноха – Шёнлейна, воспалительные заболевания кишечника, системная красная волчанка, нейрокутанные заболевания (нейрофиброматоз, эпилойя, синдром Стерджа – Вебера), реакции на лекарственные препараты, а также злокачественные новообразования.

Лечением большинства поражений кожи занимаются работники первичной медико-санитарной помощи.

Анамнез

- Кожа:
  - характер, локализация и продолжительность поражения;
  - первоначальный вид и динамика развития поражения;
  - зуд, отек, покраснение, волдыри, боль;
  - красная зудящая сыпь на коже, повторяющая форму ходов червей (с. 345);
  - факторы, усугубляющие и облегчающие состояние: контактные аллергены, пища или напитки, кремы для местного применения, новые средства для мытья или купания;
  - применявшиеся раньше и в настоящее время методы лечения (и их эффективность);
  - солнечные ожоги в анамнезе.
- Сопутствующие симптомы:
  - атопия, т. е. астма, аллергический ринит, экзема;
  - присоединившиеся симптомы;
  - изменения ногтей;
  - утрата обоняния или вкуса.
- Другие факторы в анамнезе:
  - поражения кожи в семейном анамнезе;
  - лекарственные препараты (любые принимаемые регулярно или недавно, безрецептурные или для местного применения);
  - известные аллергии;
  - влияние поражения кожи на качество жизни;
  - недавние поездки.

Физикальное обследование

Проведите полный медицинский осмотр. Осмотрите кожу ребенка при хорошем освещении с головы до ног, включая сгибательные и разгибательные поверхности, волосистую часть головы, волосы, ногти и полость рта. Оцените размер, форму, цвет и местоположение сыпи, проводя различие между следующими ее разновидностями:

- **Эритема:** покраснение кожи.
- **Макулы:** непальпируемые поражения диаметром менее 1 см.

- **Пятна:** непальпируемые поражения диаметром более 1 см.
- **Папулы:** пальпируемые поражения диаметром менее 1 см.
- **Везикулы:** папулы диаметром менее 1 см, содержащие прозрачную жидкость.
- **Буллы:** везикулы диаметром более 1 см.
- **Пустулы:** везикулы, содержащие гной.
- **Пурпура:** пальпируемые или непальпируемые поражения красного или фиолетового цвета, вызванные кровоизлиянием в кожу, которые не бледнеют при надавливании.
  - — Петехии: точечные поражения пурпурного цвета.
  - — Экхимозы (кровоподтеки): обширные поражения пурпурного цвета.

! **Не бледнеющая пурпура или петехии** могут быть признаком менингококковой или другой бактериальной септицемии. Немедленно направьте ребенка в стационар.

Кровоподтеки неизвестного происхождения на лице, шее, спине, бедрах, ягодицах и наружных половых органах могут быть признаком жестокого обращения с ребенком (с. 754).

Лабораторные и инструментальные исследования

- Как правило, в проведении исследований нет необходимости. Большинство диагнозов можно поставить на основании обследования и анамнеза.
- Облегчить постановку диагноза и выбор вариантов лечения может бактериологическое или вирусологическое исследование мазков или соскобов с кожи.
- При петехиях или пурпуре проводится подсчет количества тромбоцитов и анализ свертываемости крови.
- Биопсия пораженных участков (обычно проводится в специализированных учреждениях).

Дифференциальная диагностика

Предположите дифференциальные диагнозы, исходя из внешнего вида сыпи (некоторые поражения кожи могут проявляться различными видами сыпи одновременно или поочередно):

- пятнисто-папулезная сыпь с повышением температуры или без него (таблица 61, с. 453);
- везикулярная или буллезная сыпь (таблица 62, с. 463);
- пурпура или петехии (таблица 63, с. 465).

Помимо этого, рассмотрите возможность других поражений кожи, например бородавок (с. 469) и педикулеза (с. 470), а также специфичных для новорожденных поражений кожи (с. 167).

6.14.1 Пятнисто-папулезная сыпь с повышением температуры или без него

Таблица 61. Дифференциальная диагностика при пятнисто-папулезной сыпи

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Пятнисто-папулезная сыпь без повышения температуры	
Атопический дерматит, экзема (с. 457)	• Сухость и зуд кожи, обычно в сопровождении эритемы, шелушения и отечности • Обычно появляется впервые в возрасте от 3 до 6 месяцев • У детей грудного возраста: на лице, голове и разгибательных поверхностях рук и ног • У детей более старшего возраста: на сгибательных поверхностях и в кожных складках; поражения покрываются струпьями (происходит утолщение кожи) • У подростков: покрытые струпьями поражения на сгибательных поверхностях рук и ног • Сенная лихорадка, бронхиальная астма, аллергический ринит в индивидуальном или семейном анамнезе
Опрелости (с. 170)	• Воспаление участков кожи под подгузником • Часто встречается в первые 1–2 года жизни • Иногда может присоединяться вторичная кандидозная инфекция
Себорейный дерматит (с. 168)	• Поражает детей грудного возраста (до 2 месяцев) и подростков • Желтоватые сальные или покрытые корочкой пятна на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях и кожных складках • Молочная корочка у детей грудного возраста (с. 168) • Сопровождается перхотью, легким зудом

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Импетиго (с. 459)	• Часто встречается у детей младшего возраста • Отдельные гнойные поражения или желтоватые корочки на открытых участках кожи (лицо, руки) • Везикулы могут перерождаться в буллы (буллезное импетиго, с. 463) • Может сопровождаться лимфаденопатией
Флегмона (с. 460)	• Локальный участок отечной гиперемированной кожи, болезненный и теплый на ощупь • Кожная инфекция, распространяющаяся на подкожные ткани • Может развиваться на фоне ссадин, ран, ожогов или кожной экземы
Абсцесс (с. 460)	• Скопление гноя, вызванное инфицированием волосяного фолликула, инородным телом или неизвестной причиной • Болезненное подвижное объемное образование, сопровождающееся покраснением кожи над ним
Грибковая инфекция (с. 460)	• Красные воспаленные участки внутри кожных складок (опрелости) • Круглые или овальные плоские шелушащиеся пятна, часто зудящие • На теле (опоясывающий лишай) • На волосистой части головы, сопровождаются выпадением волос (стригущий лишай) • Острое грибковое воспаление на коже волосистой части головы в виде болезненных пустулезных бляшек, иногда подвижных (керион, глубокая трихофития)
Солнечный ожог (с. 460)	• Воздействие УФ-излучения • Эритема и отек, с везикулами или без них, впоследствии шелушение кожи • Боль и зуд • При тяжелой форме: высокая температура, головная боль, беспокойство (у детей грудного возраста)

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Крапивница (с. 461)	• Зудящие, возвышенные над поверхностью кожи поражения на эритематозном основании (уртикарная сыпь) • Поражения различного размера появляются и исчезают • Расположены локально или по всему телу, имеют четко очерченные края, часто сливаются
Аллергический контактный дерматит (с. 461)	• Зуд, сухость и гиперемия кожи, обычно возникающие через 48–72 часа после контакта с аллергеном (например, укуса насекомого, контакта с растениями, парфюмерией, лекарствами) • Отек, небольшая болезненность
Папулезный акродерматит детей	• Связан с различными вирусными инфекциями (например, ВГВ, ВЭБ) и вакцинами • Не сливающаяся симметричная папуло-везикулярная сыпь на лице, ягодицах, руках и ногах (включая ладони и подошвы); туловище поражается в сравнительно меньшей степени • Зуд обычно отсутствует • Генерализованная лимфаденопатия, иногда увеличение печени • Проходит самостоятельно без лечения в течение нескольких недель
Розовый лишай	• Иногда присутствует нетяжелое предшествующее состояние (простуда) • Материнская бляшка: единичное кольцевидное поражение диаметром 1–10 см с приподнятыми краями, покрытое мелкими чешуйками • Затем на туловище и проксимальных отделах конечностей появляется симметричная пятнисто-папулезная сыпь • Характерное расположение пятен на спине вдоль линий Лангера («елочка») • Зуд может присутствовать или отсутствовать • Проходит самостоятельно без лечения

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Потница (с. 169)	• Возникает после интенсивного потоотделения • Отдельные красные папулы в складках кожи (на шее, в паху, в подмышках), иногда сопровождаемые зудом • Проходит самостоятельно без лечения
Псориаз	• Ярко эритематозные шелушащиеся бляшки с четко очерченными краями, расположенные в основном на коленях, локтях и волосистой части головы • У детей грудного возраста поражает паховую область
Чесотка (с. 462)	• Сильный зуд, особенно по ночам • Небольшие беловатые папулы и поражения с гноем или корочками между пальцами, на запястьях, стопах, наружных половых органах, ягодицах, плечах, околопупочной области (у детей в первые месяцы жизни); может проявляться генерализованной сыпью • Небольшие ходы волнистой формы указывают места, где клещи проникают в кожу • Инфицированы и другие члены домохозяйства • Часто присоединяется вторичная бактериальная инфекция
Контагиозный моллюск (с. 462)	• Небольшие белесоватые папулы с углублением в середине, собранные в группы • Сохраняются в течение нескольких месяцев, а затем самостоятельно проходят • До разрешения заболевания может возникнуть острое пустулезное воспаление, приводящее к образованию рубцов
Обыкновенные угри (с. 832)	• Часто встречаются у подростков • Открытые (черные угри) или закрытые (белые угри) комедоны • Папулы, пустулы, кисты, узелки • В основном возникают на лице, шее, груди, спине и предплечьях

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Пятнисто-папулезная сыпь с повышением температуры	
Примечание: информацию о дифференциальной диагностике при сыпи, сопровождающейся повышением температуры, см. также в разделе **«Дифференциальная диагностика при высокой температуре, сопровождаемой сыпью» (с. 283).** Информацию о сыпи с повышением температуры у ребенка, прибывшего из-за границы, см. на с. 312.	
Рожистое воспаление (с. 463)	• Ранение в анамнезе • Резкое начало, сопровождающееся высокой температурой и общим недомоганием • Резко гиперемированная, плотная, отечная бляшка с четко очерченными приподнятыми краями, которая быстро увеличивается в размерах • В основном на ногах, у детей грудного возраста – в околопупочной и паховой области (перианальная стрептококковая инфекция А)
Менее распространенные, но тяжелые заболевания. Чтобы подтвердить предполагаемый диагноз и назначить лечение, немедленно направьте ребенка к специалисту для проведения дополнительных исследований.	
Синдром токсического шока	• Связан с использованием гигиенических тампонов девушками-подростками • Болезненный вид, высокая температура, низкое артериальное давление • Рвота, диарея, головная боль, боль в горле • Разлитая красная сыпь, напоминающая солнечный ожог, особенно на ладонях и подошвах

Атопический дерматит (экзема)

- Назначьте кортикостероиды для местного применения 1–2 раза в сутки в течение 5–7 дней:
  - — для лица – гидрокортизон 1%;
  - — для тела и конечностей – бетаметазона валерат 0,02% или мометазона фуроат 0,1%;
  - — при обострении (эритема, зуд) рекомендуйте наносить кортикостероиды для местного применения перед увлажняющими средствами.

- Лечите предполагаемую суперинфекцию *Staphylococcus aureus* (импетиго – с. 459 или флегмона – с. 460) либо инфекцию, вызванную вирусом *Herpes simplex* (герпетическая инфекция – с. 464).
- Рекомендуйте опекунам (а также детям или подросткам в зависимости от возраста) проведение поддерживающей терапии на дому (блок рекомендаций 33).

Направление к специалисту

Если экзема у ребенка не поддается лечению или принимает тяжелую форму, направьте его к специалисту. Продолжайте терапию в соответствии с планом, составленным специалистом.

Блок рекомендаций 33. Лечение атопического дерматита в домашних условиях

Как ухаживать за ребенком с атопическим дерматитом в домашних условиях

Общие рекомендации по уходу

- Избегайте высоких температур и очень сухого воздуха (теплая одежда, обогреватели, поездки на машине в жаркую погоду, жара в классе, горячие ванны, одеяла).
- Коротко стригите и подпиливайте ногти ребенка, чтобы избежать расчесов.

Купание и уход за кожей

- Купайте ребенка в теплой, но не горячей воде в течение 5–10 минут.
- При необходимости используйте мыло без добавок. Не применяйте пену для ванн или другие вещества с раздражающим действием.
- После купания вытрите ребенка досуха, аккуратно промакивая, но не растирая кожу.
- Не допускайте пересушивания кожи.
- Не менее двух раз в день наносите увлажняющее средство на всю поверхность тела.

Одежда

- Используйте одежду из хлопка.
- Избегайте колючих материалов (шерстяных и шершавых тканей), а также срезайте ярлыки.
- Используйте для стирки моющие средства без раздражающих веществ и тщательно прополаскивайте одежду.
- Стирайте новую одежду перед первым использованием.

Импетиго

Импетиго – это чрезвычайно заразное инфекционное заболевание, вызываемое *Streptococcus pyogenes* или *Staphylococcus aureus*.

- При неосложненном или локальном импетиго:
  - — смойте корочки;
  - — назначьте местно мазь мупироцин 2% или фузидовую кислоту 3 раза в сутки в течение 5 дней.
- При разлитых и множественных поражениях или отсутствии эффекта от местного лечения назначьте клоксациллин перорально 15 мг/кг 4 раза в сутки в течение 7 дней или цефалексин (дозировки см. в приложении 4).
- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому (блок рекомендаций 34).

Блок рекомендаций 34. Лечение импетиго в домашних условиях

Как ухаживать за ребенком с импетиго в домашних условиях

- Импетиго – это чрезвычайно заразная инфекция средней степени тяжести. Не отправляйте ребенка в школу в течение 1–2 дней после начала лечения. Когда ребенок снова начнет ходить в школу, полностью закрывайте поражения кожи повязками.
- Следите, чтобы места, где расположены поражения кожи, волдыри и корочки, были чистыми и сухими.
- Нанесите крем для местного применения в соответствии с инструкцией.
- Вы и ребенок должны часто мыть руки.
- Коротко подстригайте ребенку ногти.
- Ребенок должен иметь отдельное полотенце, которым не будут пользоваться другие члены домохозяйства.
- Ребенок не должен касаться поражений, волдырей или корочек или расчесывать их, чтобы избежать образования рубцов и распространения инфекции.
- При высокой температуре (≥ 39 °C), если она причиняет ребенку дискомфорт, назначьте парацетамол или ибупрофен (блок рекомендаций 25).
- Придите на повторный прием через 2–3 дня или раньше, если состояние ребенка ухудшится либо у него повысится температура.

Флегмона

- При легком течении назначьте клоксациллин перорально 15 мг/кг 4 раза в сутки в течение 7 дней или цефалексин (дозировки см. в приложении 4).
- При флегмоне лица или периорбитальной области (с. 532), тяжелой или разлитой флегмоне, системном плохом самочувствии или отсутствии эффекта от пероральных препаратов направьте ребенка в стационар.

Абсцесс кожи

- Вскройте и дренируйте абсцесс (с. 925).
- Если дренирование абсцесса должно проводиться под общим наркозом либо абсцесс расположен в подмышечной, перианальной области или на лице, направьте ребенка в стационар.

Грибковая инфекция

- Опоясывающий лишай, опрелости: назначьте противогрибковое средство для местного применения (например, миконазол 2% или тербинафин 1%) 2 раза в сутки в течение 2–4 недель до исчезновения клинических симптомов.
- При стригущем лишае и онихомикозе (грибковом поражении ногтей) необходимо длительное (4–12 недель) лечение гризеофульвином или флуконазолом перорально. При неуверенности направьте ребенка к специалисту для подтверждения диагноза.
- При подозрении на керион направьте ребенка к специалисту для подтверждения диагноза и начала лечения пероральными препаратами.
- Если какая-либо грибковая инфекция не поддается лечению или вы не уверены в диагнозе, направьте ребенка к специалисту.

Солнечный ожог

- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии:
  - — нанести на пораженные участки увлажняющее средство с охлаждающим эффектом и приложить холодный компресс;
  - — давать ребенку достаточно жидкости, чтобы избежать обезвоживания.
- Проконсультируйте родителей или опекунов по вопросам правильной защиты от солнца (с. 122).
- Исключите солнечный удар (с. 263). При необходимости проведите лечение солнечного удара (с. 873).

Крапивница

- Если крапивница сопровождается отеком языка или гортани, затрудненными дыханием или низким артериальным давлением, исключите анафилаксию (с. 229). Немедленно купируйте анафилактический шок (с. 864).
- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии при крапивнице:
  - — приложить холодный компресс к пораженным участкам кожи;
  - — определить и исключить воздействие факторов, усугубляющих состояние, включая жару или острую пищу;
  - — не применять аспирин и другие нестероидные противовоспалительные препараты, поскольку они часто усугубляют симптомы.
- Лечите крапивницу вплоть до полного исчезновения симптомов. Придерживайтесь терапевтического принципа «Как можно меньше и не больше, чем нужно»:
  - — для облегчения сильного зуда и борьбы с сыпью назначьте пероральный антигистаминный препарат (например, лоратадин) в течение 3–5 дней (дозировки см. на с. 967);
  - — только при тяжелой крапивнице: назначьте короткий курс преднизолона перорально 1 мг/кг/сут.

Аллергические реакции / контактный дерматит

- Определите провоцирующий фактор – например, мыло или никель, содержащийся в заклепках джинсов или серьгах.
- Рекомендуйте избегать контакта с найденным провоцирующим фактором в будущем.
- Для лечения дерматита назначьте увлажняющие средства (лосьон-смазку или лосьон каламин) и стероиды для местного применения (гидрокортизон 1%).
- Если сыпь сильно зудит, назначьте антигистаминный препарат (например, лоратадин) перорально в течение 3–5 дней (дозировки см. на с. 967).
- При разлитом контактном дерматите направьте ребенка к специалисту.

Чесотка

- Детям старше 2 лет назначьте местно крем перметрин 5%, малатион 0,5% на водной основе, серную мазь 5–10% или эмульсию бензилбензоата 10–25%. Детям до 3 месяцев назначьте кротамитон 10% или серную мазь на ночь в течение 3 ночей подряд. Через 1–2 недели может потребоваться повторное применение.
- Детям весом более 15 кг в качестве альтернативного средства можно назначить ивермектин перорально 0,2 мг/кг однократно и затем в той же дозе через 10 дней.
- Все контактирующие с ребенком члены семьи и другие лица должны пройти лечение одновременно.
- Если сыпь сильно зудит, назначьте антигистаминный препарат (например, лоратадин) перорально в течение 3–5 дней (дозировки см. на с. 967).
- При суперинфекции и пустулах рассмотрите возможность назначить клоксациллин перорально 15 мг/кг 4 раза в сутки в течение 7 дней или цефалексин (дозировки см. в приложении 4).
- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому:
  - — Наносите прописанный лосьон на всю поверхность тела ребенка от шеи и ниже; у детей грудного возраста также обрабатывайте волосистую часть головы, лицо и шею. Оставьте лосьон на рекомендованное время (обычно на ночь), а затем смойте.
  - — Коротко подстригайте ребенку ногти.
  - — В первый день лечения постирайте в горячей воде и высушите все постельное белье, одежду и полотенца.
  - — Одежду, которую невозможно постирать, поместите в герметично закрытый пластиковый пакет не менее чем на 3 дня.
  - — Ребенок должен иметь отдельное полотенце, которым не будут пользоваться другие члены домохозяйства.

Контагиозный моллюск

- Заверьте опекунов, что обычно это заболевание проходит самостоятельно в течение нескольких месяцев.
- Объясните, что попытки выдавить или расчесать поражения увеличивают вероятность образования рубцов и риск распространения инфекции.

- Если поражение находится в чувствительном или подвергающемся давлению месте, рассмотрите возможность вскрыть его, удалить содержимое и продезинфицировать ранку.

Рожистое воспаление

Рожистое воспаление – это инфекция кожных покровов, которую обычно вызывает *Streptococcus pyogenes*.

- Назначьте феноксиметилпенициллин (пенициллин V) перорально: детям до 1 года 125 мг, детям в возрасте 1–5 лет 250 мг, детям в возрасте 6–12 лет 500 мг, подросткам 1 г 2 раза в сутки в течение 10 дней или амоксициллин (дозировки см. в приложении 4).
- При необходимости проведите обработку раны (с. 570).
- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому. Для облегчения боли или при высокой температуре (≥ 39 °C), если она причиняет ребенку дискомфорт, назначьте парацетамол или ибупрофен (блок рекомендаций 25, с. 267).

6.14.2 Везикулярная или буллезная сыпь

Таблица 62. Дифференциальная диагностика при везикулярной или буллезной сыпи

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Ветряная оспа	• См. таблицу 41, с. 283
Вирусная пузырчатка	
Укус насекомого (с. 577)	• Папула или везикула в месте укуса насекомого • Иногда покраснение и зудящая сыпь вокруг места укуса • Обычно на открытых участках кожи
Буллезное импетиго (с. 459)	• Часто встречается у детей младшего возраста • Везикулы превращаются в прозрачные буллы, которые лопаются и образуют корочки на открытых участках кожи (лицо, руки) • Возможно небольшое повышение температуры и лимфаденопатия

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Герпетическая инфекция (ВПГ, вирус ветряной оспы) **(с. 464)**	• Повторяющиеся эпизоды появления небольших, болезненных, наполненных жидкостью волдырей на коже, в полости рта (с. 277), на губах (герпес), глазах или наружных половых органах (с. 815) • Опоясывающий лишай (у детей встречается редко): болезненные, наполненные жидкостью волдыри на локализованном участке кожи (дерматоме), сопровождающиеся ощущением покалывания или жжения и зуда
Чесотка (с. 462)	• См. таблицу 61, с. 453
Ожог или солнечный ожог (с. 395)	
Менее распространенные заболевания. Чтобы подтвердить предполагаемый диагноз и назначить лечение, немедленно направьте ребенка к специалисту для проведения дополнительных исследований.	
Стафилококковый ожогоподобный кожный синдром	• Болезненный вид, высокая температура, признаки обезвоживания • Гиперемированная, покрытая волдырями (как при ожоге) кожа • Большие, заполненные жидкостью волдыри в подмышках, паху, носу или ушах • Сыпь, распространяющаяся на туловище, руки и ноги • Шелушение кожи на больших участках тела

ВПГ – вирус простого герпеса.

Герпетическая инфекция

- Если после начала первичного герпеса прошло не более 72 часов, назначьте ацикловир 20 мг/кг 4 раза в сутки в течение 7 дней.
- При наличии герпетического гингивостоматита рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии (блок рекомендаций 26, с. 278).
- При системном плохом самочувствии или широком распространении инфекции направьте ребенка в стационар.

Рецидивирующие герпесные инфекции

Рецидивы лабиального герпеса («простуды на губах») обычно происходят в более легкой форме и менее продолжительны, чем первичный эпизод инфекции. Появлению волдырей могут предшествовать такие симптомы, как боль, жжение или покалывание.

- Детям с легкими симптомами не показана противовирусная терапия. Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии (блок рекомендаций 26, с. 278).
- Если при периодических рецидивах у ребенка возникают более тяжелые симптомы, а также имеются предшествующие симптомы, сразу после появления симптомов назначьте ацикловир 20 мг/кг 4 раза в сутки в течение 7 дней.
- Если у ребенка часто возникают рецидивы с тяжелой симптоматикой, назначьте ацикловир 20 мг/кг (не более 400 мг) 2 раза в сутки в течение 12 месяцев, затем проведите повторную оценку состояния и рассмотрите возможность отмены препарата.

6.14.3 Пурпура или петехии

! Если у ребенка присутствует не бледнеющая пурпура или петехии, **немедленно** направьте его в стационар.

Таблица 63. Дифференциальная диагностика при пурпуре или петехиальной сыпи

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Менингококковая (или другая бактериальная) септицемия (с. 869)	• Не бледнеющая пурпура, петехии • Высокая температура • Очень болезненный вид (заторможенность, бледность, вялость) без очевидной причины • Признаки шока, например увеличение времени наполнения капилляров
Пурпура Геноха – Шёнлейна (с. 466)	• Рельефная пурпура • Артрит, артралгия • Боль в животе • Гематурия, протеинурия, гипертензия

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Инфекционный эндокардит (с. 381)	• Необъяснимая потеря веса • Увеличение селезенки • Бледность, шум в сердце, основное заболевание сердца • Петехии, утолщение концевых фаланг пальцев («барабанные палочки») или точечные кровоизлияния в ногтевое ложе
Менее распространенные заболевания. Чтобы подтвердить предполагаемый диагноз, направьте ребенка к специалисту для проведения дополнительных исследований.	
Острый геморрагический отек младенцев	• Более легкая разновидность пурпуры Геноха – Шёнлейна (см. выше) у детей грудного возраста • Увеличивающиеся в размерах поражения пурпурного цвета (экхимозы), особенно на лице, ушах и конечностях (на ногах чаще, чем на руках) • Припухлость (отек) • Высокая температура
Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура	• Легко возникающие или слишком обширные кровоподтеки • Петехии, обычно на ногах • Кровотечение из носа, из десен • Кровь в моче или стуле
Гемолитико-уремический синдром (с. 407)	• Петехии, пурпура, экхимозы • Гематурия • Боль в животе, за которой следует кровавая диарея • Субфебрильная или нормальная температура

Пурпура Геноха – Шёнлейна

Пурпура Геноха – Шёнлейна (также называемая иммуноглобулин А-ассоциированным васкулитом) – это наиболее распространенная разновидность васкулита у детей. Чаще всего она встречается у детей в возрасте 2–8 лет.

Анамнез

Недавно перенесенная инфекция верхних дыхательных путей.

Признаки и симптомы

Для полного проявления клинических признаков может потребоваться несколько дней или недель, а порядок возникновения симптомов может варьироваться.

- Типичная кожная сыпь: рельефная пурпура, петехии и кровоподтеки, обычно симметрично расположенные на ягодицах и ногах.
- Боли в суставах: обычно страдают крупные суставы нижних конечностей, заметный выпот или потепление отсутствуют.
- Боль в животе.



Пурпура Геноха – Шёнлейна

Осложнения

- Со стороны желудочно-кишечного тракта: признаки кишечной непроходимости, болезненность брюшной стенки, желудочно-кишечное кровотечение, инвагинация кишечника.
- Поражение почек: гематурия, протеинурия и артериальная гипертензия.
- Поражение нервной системы (редко): измененное состояние психики, эмоциональная лабильность, апатия, гиперактивность, энцефалопатия, очаговые неврологические симптомы.
- Поражение респираторной системы (редко): дыхательная недостаточность.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Анализ мочи с помощью тест-полоски (обычно это единственное необходимое исследование) позволяет выявить гематурию и протеинурию.
- При артериальной гипертензии, макрогематурии или выраженной протеинурии:
  - — микроскопическое исследование мочи и соотношение белка и креатинина в моче;

— анализ крови на мочевину, электролиты, креатинин и альбумин;

— общий анализ крови и мазок крови для исключения других диагнозов, например лейкемии или идиопатической тромбоцитопенической пурпуры.

Лечение

Большинство случаев проходят самостоятельно; поддерживающая терапия может проводиться на дому.

- При отечности ног, ягодиц и области половых органов рекомендуется соблюдать постельный режим, потреблять достаточно жидкости и держать пораженные части тела в приподнятом положении.
- Для облегчения боли назначьте парацетамол или ибупрофен (дозировки см. в приложении 4). Ибупрофен и другие нестероидные противовоспалительные препараты противопоказаны при желудочно-кишечном кровотечении или гломерулонефрите. При сильных болях в животе направьте ребенка в стационар для лечения глюкокортикостероидами.

Направление к специалисту

Направьте ребенка к специалисту, если он находится в очень тяжелом состоянии, у него присутствует нефротический синдром (с. 403), острый нефритический синдром (с. 405), артериальная гипертензия (с. 395), нарушение функции почек или почечная недостаточность (с. 408), неврологические симптомы, сильная боль в животе или желудочно-кишечное кровотечение.

Последующее наблюдение

- У 25–35% пациентов возможен рецидив.
- Внимательно наблюдайте за состоянием ребенка, чтобы обнаружить серьезное поражение почек, требующее вмешательства. Подобное поражение почек может протекать бессимптомно. Если первоначальный анализ мочи с помощью тест-полоски дал нормальные результаты или показал только микрогематурию, анализируйте клинические симптомы, измеряйте артериальное давление и проводите анализ утренней порции мочи:
  — еженедельно в течение первого месяца после начала заболевания;
  — раз в две недели начиная с 5–12 недели заболевания;
  — по одному разу через 6 и 12 месяцев после начала заболевания.

- Если на любом этапе заболевания вы обнаружите гипертензию, протеинурию или макрогематурию, направьте ребенка к специалисту для проведения дополнительных исследований.

6.14.4 Бородавки

К появлению бородавок на коже приводит инфицирование эпидермиса ВПЧ, которое часто встречается у детей.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Единичные или расположенные группами устойчивые поражения кожи.
- Обычные бородавки: зернистые, грубые на ощупь наросты на коже, обычно расположенные на кистях рук, коленях или локтях.
- Плоские бородавки: маленькие, гладкие на ощупь наросты телесного цвета, обычно расположенные на лице, тыльной стороне кистей рук или верхней стороне стоп.
- Как правило, сопутствующие симптомы отсутствуют; иногда бородавки сопровождаются зудом и легкой болью.

Лечение

- Заверьте опекуна или ребенка, что бородавки обычно проходят самостоятельно через несколько месяцев или лет.
- Если бородавки причиняют дискомфорт или долго не проходят, назначьте кератолитики (салициловую кислоту) или раздражающие вещества (подофиллин) для местного применения.
- Если долго не проходящие бородавки не реагируют на препараты для местного применения или расположены на неудобных местах (подошвы или ладони), рассмотрите возможность направить ребенка к специалисту для удаления бородавок методом выскабливания, прижигания или иссечения.

6.14.5 Педикулез

Головной педикулез – это паразитарное заболевание кожи головы и волос, вызываемое вшами и сопровождающееся зудом. Педикулез часто встречается у детей школьного возраста.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Тесный контакт с инфицированными детьми, их расческами или головными уборами.
- Зуд волосистой части головы, иногда в сопровождении видимых осаднений.
- Маленькие беловатые гниды (яйца в оболочке), прочно прикрепленные к волосам; саму вошь можно заметить редко.

Лечение

- Удалите гнид путем вычесывания расческой с частыми зубьями.
- Нанесите педикулицид местного действия, например перметрин или диметикон.
- В районах, где вши резистентны к пиретроидам (перметрину и пиретринам), у детей от 6 лет в качестве альтернативного средства можно применять малатион 0,5%.
- Члены семьи и лица, контактирующие с ребенком, также должны пройти лечение.
- Проведите повторную обработку через 10 дней.

6.15 Бледность

Родители часто предъявляют жалобы на бледность ребенка, поэтому в таких случаях желательно применять диагностический подход. Цвет кожи зависит от количества мелатонина в эпидермисе и ряда других факторов, включая анемию и кровоснабжение кожи (на которое могут влиять системные заболевания), а также от аномального накопления в коже различных веществ, включая билирубин (свидетельствует о желтухе) и мочевину (указывает на почечную недостаточность). В связи с этим важно оценивать бледность слизистых оболочек или конъюнктив, на которых эти факторы сказываются в меньшей степени.

Большинство детей с бледностью не страдают какими-либо серьезными патологиями. Наиболее распространенной причиной бледности является анемия (таблица 64).

Анамнез

- Дата начала и продолжительность бледности.
- Высокая температура.
- Кровь в стуле или моче, кровоточивость слизистых оболочек, кровавая рвота, мелена, кровохарканье или другое недавнее кровотечение.
- Кровоподтеки, петехии.
- Желтуха.
- Заторможенность.
- Замедление роста, снижение или отсутствие аппетита.
- Одышка.
- Боль в бедре или колене либо хромота.
- Рацион питания (в том числе употребление молока и продуктов с высоким содержанием железа).
- Недавно перенесенные инфекции.
- Пероральный прием лекарственных препаратов.
- Кровотечения или образование кровоподтеков, талассемия, серповидно-клеточная анемия, дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в семейном анамнезе.

Физикальное обследование

Проверьте следующее:

- бледность, кровоподтеки и петехиальные пятна на коже и слизистых оболочках;
- бледность и желтушность конъюнктивы;
- увеличение печени, селезенки и лимфатических узлов;
- шум легочного кровотока;
- результаты аускультации грудной клетки (влажные хрипы указывают на пневмонию);
- отставание в физическом развитии.

Лабораторные и инструментальные исследования

В зависимости от предполагаемой основной причины:

- общий анализ крови и мазок крови, включая число ретикулоцитов и тромбоцитов (при подозрении на анемию, злокачественные новообразования, нарушение функций костного мозга), маркеры воспаления, например СРБ (при подозрении на инфекции), мочевину, креатинин (при подозрении на заболевания почек), сывороточный билирубин (при подозрении на гемолиз), железо, ферритин (при подозрении на железодефицитную анемию);
- анализ мочи (при подозрении на гемолиз, заболевания почек).

Дифференциальная диагностика

Таблица 64. Дифференциальная диагностика при бледности

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Острая кровопотеря (при геморрагическом шоке см. с. 319)	• Острое начало без повышения температуры • Травма в анамнезе • Кровь в стуле или моче, кровоточивость слизистых оболочек, кровавая рвота, мелена, кровохарканье или другое недавнее кровотечение • Шоковое состояние

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Гемолитическая анемия (с. 475)	• Иногда кровотечения или образование кровоподтеков, талассемия, серповидно-клеточная анемия, дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в семейном анамнезе • Провоцирующие факторы: вирусная инфекция, прием лекарств • Сопровождается анемией • Моча винного или чайного цвета • Увеличение печени, селезенки и лимфатических узлов • Желтуха • Шум легочного кровотока (анемия)
Железодефицитная анемия (с. 478)	• Тахикардия, шумы в сердце • Заторможенность, повышенная утомляемость, слабость • Замедление роста, неспособность концентрироваться • Дефицит в рационе богатых железом продуктов (красное мясо, рыба, курица, зеленые овощи, бобовые) • Шум легочного кровотока (анемия)
Анемия, вызванная хроническим заболеванием (инфекцией, опухолью, аутоиммунным заболеванием)	• Высокая температура • Замедление роста • Заторможенность • Признаки основного заболевания (инфекции, аутоиммунного заболевания, опухоли)
Нарушение или подавление функций костного мозга (острый лейкоз, другие злокачественные новообразования, апластическая анемия, инфильтративные заболевания)	• Замедление роста • Заторможенность • Увеличение печени, селезенки и лимфатических узлов • Кровоподтеки и петехиальные пятна на коже и слизистых оболочках • Анемия, сопровождающаяся снижением числа лейкоцитов и тромбоцитов • Связано с приемом лекарств (например, хлорамфеникола, сульфаниламидов, цитотоксических средств), вирусной инфекцией или врожденной причиной

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Почечная недостаточность (с. 408)	• Острое начало при остром поражении почек или постепенное – при хроническом заболевании почек • Бледность с анемией или без нее • Отеки • Высокое артериальное давление • Протеинурия
Инфекция	• Острое начало • Высокая температура • Замедление роста, отсутствие аппетита • Заторможенность • Очаговые признаки пневмонии (с. 213), менингита (с. 201), пиелонефрита (с. 413) или сепсиса (с. 263)
Застойная сердечная недостаточность (с. 379)	• Острое начало • Бледность с анемией или без нее • Одышка • Влажные хрипы при аускультации легких • Отсутствие аппетита

Направление к специалисту

Стабилизируйте состояние ребенка или подростка и немедленно направьте его в стационар при следующих нарушениях:

- острая кровопотеря;
- тяжелая анемия (таблица 65);
- тяжелая инфекция (см. критерии направления в соответствующих разделах данного карманного справочника);
- застойная сердечная недостаточность;
- почечная недостаточность;
- признаки гемолитической анемии, мегалобластной анемии, тромбоцитопении, нарушения или подавления функций костного мозга;
- петехии, лимфаденопатия, увеличение печени или селезенки.

Если железодефицитная анемия у ребенка или подростка не реагирует на терапию, направьте его к специалисту.

Лечение

- Лечите основное заболевание или патологию.
- Если у ребенка имеется какое-либо конкретное заболевание или патология, ознакомьтесь с планом, составленным специалистом, и проведите лечение в соответствии с ним.

6.15.1 Анемия

Анемия – это патология, при которой количества эритроцитов недостаточно для удовлетворения потребностей организма в кислороде. Анемия является наиболее распространенной причиной бледности.

Анамнез

- Бледность.
- Повышенная утомляемость, слабость.
- Головокружение.
- Одышка.
- Замедление роста, неспособность концентрироваться.
- Пищевые привычки.
- Недавняя поездка.
- Кровотечения или образование кровоподтеков, талассемия, серповидно-клеточная анемия, дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в семейном анамнезе.

Физикальное обследование

- Бледность, бледные конъюнктивы.
- Шумы в сердце, тахикардия.
- Признаки гемолиза: желтуха, иктеричность склер, увеличение селезенки, темный цвет мочи.

Лабораторные и инструментальные исследования

Выполняйте исследования последовательно:

- При наличии диагностического экспресс-теста подтвердите анемию, определив уровень гемоглобина.

- Если анемия подтверждена: проведите общий анализ крови и мазок крови, включая количество ретикулоцитов, средний объем эритроцита (MCV) и среднее содержание гемоглобина в эритроцитах (MCHC), а также анализы для определения содержания железа (начните с концентрации железа в сыворотке крови и ферритина).
- Микроскопическое исследование мочи, содержание билирубина в сыворотке крови, уровень лактатдегидрогеназы и биохимические показатели функции печени для выявления или исключения гемолиза.

Диагностика

Анемия – это уровень гемоглобина ниже нижней границы диапазона нормы для конкретного возраста (таблица 65). Чем выше над уровнем моря живет человек, тем выше концентрация гемоглобина в его крови. Если ребенок живет на высоте 2000 метров над уровнем моря, то пороговое значение уровня гемоглобина для определения анемии следует увеличить на 10 г/л.

Таблица 65. Уровни гемоглобина (в г/л) для определения анемии у лиц, живущих на высоте 0 метров над уровнем моря

Половозрастные группы	Анемия отсутствует	Анемия		
		Легкая	Умеренная	Тяжелая
Дети от 6 месяцев до 4 лет	≥ 110	100–109	70–99	< 70
Дети от 5 до 11 лет	≥ 115	110–114	80–109	< 80
Дети от 12 до 14 лет и девушки-подростки от 15 лет	≥ 120	110–119	80–109	< 80
Юноши-подростки от 15 лет	≥ 130	110–129	80–109	< 80

Дифференциальная диагностика

Определите микроцитарный, нормоцитарный или макроцитарный характер анемии исходя из показателя MCV, который может указывать на причину анемии. Основные причины анемии и диагностический подход к ней кратко сформулированы на рис. 1.

Рис. 1. Дифференциальная диагностика при анемии



MCV – средний объем эритроцита.

Железодефицитная анемия

Дефицит железа является наиболее распространенной причиной возникновения анемии у детей и подростков: обычно он вызван недостатком железа в рационе питания. К другим причинам относятся патологии, приводящие к нарушению всасывания железа, а также кровопотеря.

Анамнез

- Факторы риска: недоношенность, низкая масса тела при рождении, исключительно грудное вскармливание после 6 месяцев.
- Недостаточное количество красного мяса, рыбы, курицы, зеленых овощей, бобовых в рационе; употребление слишком большого количества коровьего молока.
- Целиакия (с. 342), воспалительные заболевания кишечника (с. 343), лямблиоз (с. 341) или гельминтоз (с. 345) в анамнезе.
- Желудочно-кишечное кровотечение (например, на фоне постоянного приема нестероидных противовоспалительных препаратов).
- Сильная кровопотеря при менструации у девушек-подростков (с. 830).

Диагностика

Железодефицитная анемия диагностируется на основе результата, соответствующего микроцитарной анемии (рис. 1), при низкой концентрации железа в сыворотке крови и ферритина (пороговые значения см. в таблицах 65 и 66).

Таблица 66. Пороговые значения уровня ферритина для диагностики дефицита железа

	Ферритин в сыворотке крови (мкг/л)	
	Практически здоровый ребенок	**Ребенок с инфекцией или воспалением**
До 5 лет	< 12	< 30
От 5 до 20 лет	< 15	< 70

Лечение

- ▶ Для восполнения дефицита железа назначьте препараты железа (железо с фолиевой кислотой в виде таблеток или сиропа) 2–3 мг/кг два раза в сутки в течение как минимум 3 месяцев после исчезновения анемии.

- Проконсультируйте опекунов (а также ребенка или подростка) по вопросам рациона питания с оптимальным содержанием железа:
  - В рацион питания должны входить разнообразные овощи, фрукты и продукты животного происхождения (см. раздел «Консультирование по вопросам здорового питания», с. 111).
  - Необходимо есть больше красного мяса, курицы, рыбы, бобовых и зеленых овощей.
  - Объем потребляемого коровьего молока не должен превышать 500 мл в день.
  - Не следует запивать еду чаем или кофе (эти напитки ухудшают всасывание железа).
  - Ребенок должен принимать назначенные препараты железа, запивая их апельсиновым соком или заедая другими продуктами, содержащими витамин С (этот витамин улучшает всасывание железа).

Последующее наблюдение

- Проведите повторный прием через 2 недели. Проверьте соблюдение рекомендаций и содержание железа в рационе питания.
- Через 3 месяца повторите общий анализ крови или проведите экспресс-тест на гемоглобин и ферритин.

Направление к специалисту

Если железодефицитная анемия не откликается на прием препарата железа, направьте ребенка к специалисту. Железорефрактерная железодефицитная анемия – это наследственное заболевание, при котором пероральный прием препаратов железа неэффективен, а парентеральный может быть эффективен лишь частично.

Профилактика

Проконсультируйте членов семьи по вопросам здорового рациона питания, содержащего богатые железом продукты (см. выше).

6.16 Желтуха

К возникновению желтухи приводит повышение уровня билирубина в сыворотке крови. Желтуха редко встречается у детей и подростков за пределами неонатального периода (информацию о желтухе новорожденных см. на с. 173). Наиболее частой причиной возникновения желтухи является вирусный гепатит, однако следует принимать во внимание и другие патологии (таблица 67, с. 482). При большинстве таких заболеваний (кроме вирусного гепатита) окончательный диагноз, как правило, ставит специалист.

Анамнез

- Продолжительность желтухи (продолжительность свыше 4–6 недель может указывать на хронический гепатит).
- Отсутствие аппетита, тошнота, рвота.
- Высокая температура.
- Повышенная утомляемость.
- Головная боль.
- Боли в суставах.
- Симптомы холестаза: зуд, темная моча, светлый стул.
- Кровотечение.
- Общий характер развития.
- Недавно перенесенная инфекция, например острая диарея.
- Недавняя поездка.
- Контакт с загрязненной водой, ненадлежащие санитарные условия или плохая гигиена пищевых продуктов.
- Прием лекарственных препаратов и токсических веществ, включая парацетамол, вальпроат, хлорпромазин, изониазид, фенитоин, тетрациклины, аспирин.
- Прививочный статус, в особенности вакцинация против гепатита А и В.
- Потенциальный путь заражения: бытовой контакт с лицом, инфицированным вирусом гепатита В, переливание крови, татуировки, половые контакты, употребление инъекционных наркотиков.
- Семейный анамнез: заболевания печени, анемия, аутоиммунные заболевания, гепатит В.

Физикальное обследование

Проверьте следующее:

- потерю веса, задержку роста;
- признаки обезвоживания (с. 320) на фоне рвоты;
- бледность, желтуху, петехии или кровоподтеки и признаки зуда;
- увеличенные лимфатические узлы;
- шумы в сердце;
- увеличение или болезненность печени, увеличение селезенки, болезненность или боль при пальпации в правом верхнем квадранте живота;
- неврологические симптомы: беспокойство, снижение уровня сознания, гиперрефлексию, сбивчивую речь, тремор рук;
- признаки хронического заболевания печени: утолщение концевых фаланг пальцев («барабанные палочки»), увеличение селезенки, асцит, отек, паукообразные гемангиомы, кровоподтеки, носовые кровотечения, задержку роста, гинекомастию.

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ

Признаки острой печеночной недостаточности

- Повышенная утомляемость.
- Тошнота, рвота.
- Боль в животе.
- Потеря веса.
- Петехиальная сыпь, кровоподтеки и кровотечения на фоне коагулопатии.
- «Хлопающий» тремор рук.

Признаки печеночной энцефалопатии

- Снижение уровня сознания, сонливость или заторможенность.
- Изменения личности.
- Интеллектуальные нарушения, расстройства поведения.
- Нарушения речи и моторики, включая сбивчивую речь, тремор рук, замедленные движения.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Уровень прямого и непрямого билирубина в крови:
  - повышенный уровень прямого билирубина указывает на холестаз;
  - повышенный уровень непрямого билирубина указывает на увеличенную выработку билирубина (например, при гемолизе), ухудшение усвоения или связывания билирубина в печени (врожденные синдромы).
- Полный общий анализ крови и мазок крови, включая ретикулоциты, мочевину, электролиты и биохимические показатели функции печени.
- В зависимости от результатов вышеуказанных анализов выполните необходимые исследования самостоятельно или направьте ребенка в соответствующее учреждение: анализ свертываемости крови, реакция Кумбса, серологические исследования на гепатит (в частности, уровень IgM к анти-ВГА, поверхностный антиген вируса гепатита В (HBsAg) и анти-ВГВ), УЗИ верхних отделов брюшной полости (печень, система желчных протоков).

Дифференциальная диагностика

Информацию о желтухе новорожденных см. на с. 173.
Информацию о дополнительных причинах желтухи у ребенка, прибывшего из-за границы, см. в таблице 46, с. 312.

Таблица 67. Дифференциальная диагностика при желтухе

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Отклонения эритроцитов: серповидно-клеточная анемия **(с. 724),** талассемия **(с. 722),** гемолиз	• Иногда семейный анамнез, известная гемоглобинопатия (серповидно-клеточная анемия, талассемия) • Провоцирующие факторы: вирусная инфекция, прием лекарств • Бледность, анемия (иногда шумы в сердце), увеличение печени • Моча винного или чайного цвета • Повышенный уровень непрямого билирубина
Вирусный гепатит (с. 485)	• Отсутствие аппетита • Боль в животе • Болезненность при пальпации в правом верхнем квадранте живота, увеличенная печень • Моча темного цвета • Повышенный уровень прямого и непрямого билирубина

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Аутоиммунный гепатит	• Тошнота, рвота, боль в животе • Постепенное начало • Известное основное аутоиммунное заболевание • Повышенный уровень прямого и непрямого билирубина
Лекарства, токсины	• Воздействие лекарственных препаратов или токсических веществ в анамнезе • Повышенный уровень прямого или непрямого билирубина
Инфекции (ВЭБ, ЦМВ)	• Тонзиллярный фарингит • Лимфаденопатия шейных узлов • Респираторные симптомы • Общее недомогание, повышенная утомляемость • Сыпь • Увеличенная селезенка • Повышенный уровень прямого и непрямого билирубина
Нарушения обмена веществ	• Признаки и симптомы, затрагивающие все органы в зависимости от основного заболевания (дефицит альфа-1-антитрипсина, муковисцидоз, гемохроматоз, болезнь Вильсона – Коновалова, наследственные гипербилирубинемии) • Повышенный уровень прямого билирубина
Обструктивные заболевания (склерозирующий холангит, веноокклюзионная болезнь печени)	• Зуд • Темная моча, светлый стул • Повышенный уровень прямого билирубина
Холецистит, желчекаменная болезнь	• Боль (колики) в правом верхнем квадранте живота • Иногда повышение температуры • Повышенный уровень прямого билирубина

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Опухоль (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, брюшины, **двенадцатиперстной кишки)**	• Подострое начало • Потеря веса, задержка роста • Боль в животе, асцит • Повышенный уровень прямого билирубина
Врожденные синдромы (синдром Жильбера, синдром Криглера – Найяра)	• Периодическое возникновение желтухи (обычно на фоне провоцирующих факторов, например, вирусной инфекции) • При синдроме Жильбера – без дополнительных симптомов • Повышенный уровень непрямого билирубина
Застойная сердечная недостаточность (с. 379)	• Острое начало • Бледность с анемией или без нее • Одышка • Отсутствие аппетита • Шумы в сердце • Повышенный уровень непрямого билирубина
Цирроз печени	• Постепенное начало, поздняя стадия основного заболевания • Плохое прибавление в весе • Увеличенная печень при пальпации • Желудочно-кишечное кровотечение, асцит

ВЭБ – вирус Эпштейна – Барр; ЦМВ – цитомегаловирус.

Направление к специалисту

Немедленно направьте ребенка в больницу при наличии следующих симптомов:

- признаки печеночной недостаточности или печеночной энцефалопатии;
- тяжелое обезвоживание;
- тяжелый гемолиз, тяжелая анемия.

Направьте ребенка к специалисту в следующих случаях:

- при отсутствии подтвержденного диагноза – для проведения дополнительных исследований и назначения лечения;
- при признаках хронического заболевания печени;

- при продолжительной желтухе;
- при гепатите В.

Лечение

- Лечите основное заболевание или патологию. Информацию о лечении гепатита см. ниже.
- Если у ребенка имеется какое-либо конкретное заболевание или патология, проведите лечение в соответствии с планом, составленным специалистом.

6.16.1 Вирусный гепатит

Инфицирование вирусом гепатита А (ВГА) и вирусом гепатита В (ВГВ) имеет идентичные клинические проявления. Гепатит относится к заболеваниям, проходящим самостоятельно без лечения, однако инфицирование ВГВ может перейти в хроническую форму. У многих детей обе инфекции протекают бессимптомно.

Анамнез

- Предшествующие симптомы: заторможенность, отсутствие аппетита, тошнота и рвота, высокая температура (иногда на протяжении долгого времени).
- Боль в правом верхнем квадранте живота.
- Симптомы холестаза: зуд, темная моча, светлый стул.
- Продолжительность желтухи (продолжительность свыше 4–6 недель может указывать на хронический гепатит).
- Прививочный статус (вакцинация против ВГА, ВГВ).
- Плохая гигиена пищевых продуктов, контакт с загрязненной водой, ненадлежащие санитарные условия (ВГА).
- Потенциальный путь передачи: бытовой контакт с лицом, инфицированным ВГВ, переливание крови, татуировки, половые контакты, употребление инъекционных наркотиков.
- Передача ВГВ от матери к ребенку.

Физикальное обследование

Проверьте следующее:

- признаки обезвоживания (с. 320) на фоне рвоты;

- желтушность кожи и конъюнктив;
- осаднения кожи (вызванные зудом);
- увеличенную и болезненную печень, увеличенную селезенку;
- признаки острой печеночной недостаточности или печеночной энцефалопатии (с. 481);
- признаки хронического заболевания печени: утолщение концевых фаланг пальцев («барабанные палочки»), увеличение селезенки, асцит, отек, паукообразные гемангиомы, кровоподтеки, носовые кровотечения, задержку роста, гинекомастию.

Примечание: у детей младшего возраста (до 6 лет), инфицированных ВГА, симптоматический гепатит продолжительностью менее 2 недель развивается только в одной трети случаев. У детей старшего возраста, инфицированных ВГА, в течение нескольких недель часто наблюдаются симптомы желтухи и увеличения печени.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Для подтверждения диагноза: серологические исследования на гепатит, в том числе уровень IgM к анти-ВГА и серологический анализ на ВГВ (HBsAg и анти-ВГВ).
- Полный общий анализ крови и мазок крови, включая мочевину, электролиты, биохимические показатели функции печени и свертываемость крови.
- УЗИ печени.

Лечение

В большинстве случаев специфическая терапия при остром вирусном гепатите не требуется.

Гепатит А может причинять дискомфорт, но обычно не представляет угрозы.

НЕ назначайте гепатопротекторы.

- ▶ Рекомендуйте опекунам (а также детям или подросткам в зависимости от возраста) проведение поддерживающей терапии на дому:
  - — Для облегчения боли или при высокой температуре (≥ 39 °C), если она причиняет ребенку дискомфорт, давать парацетамол или ибупрофен (блок рекомендаций 25, с. 267).

— Давать ребенку достаточно жидкости, чтобы избежать обезвоживания.

— Предлагать ребенку сбалансированное питание в зависимости от аппетита.

— Прийти на повторный прием через 2–3 дня или раньше, если состояние ребенка ухудшится.

Направление к специалисту

Немедленно направьте ребенка в больницу при наличии следующих симптомов:

- признаки печеночной недостаточности или печеночной энцефалопатии;
- тяжелое обезвоживание.

Направьте ребенка к специалисту в следующих случаях:

- при признаках хронического заболевания печени;
- при продолжительной желтухе;
- при инфицировании вирусом гепатита B (может привести к хроническому носительству, хроническим заболеваниям печени и карциноме печени).

Последующее наблюдение

Ведите последующее наблюдение за всеми детьми с острым вирусным гепатитом, чтобы убедиться в разрешении желтухи.

Профилактика

Обеспечьте своевременную иммунизацию против гепатита A и B в соответствии с местным календарем прививок (с. 81).

6.17 Отек или болезненность суставов или костей

Отек суставов является сравнительно распространенной жалобой у детей. Он может представлять собой острое поражение, вызванное травмой или инфекцией, или быть симптомом общего заболевания, поражающего сустав или суставы, включая реактивный артрит. Иногда симптомы со стороны суставов могут быть признаком более хронической патологии, включая ювенильный идиопатический артрит. При дифференциальной диагностике также необходимо принимать во внимание возможность преднамеренной (неслучайной) травмы (таблица 68, с. 491).

В большинстве случаев ребенка с симптомами со стороны костей или суставов необходимо направить к специалисту (за исключением ситуаций, когда диагноз уже известен).

Анамнез

Симптомы со стороны суставов и костей:

- Характеристики боли в соответствии с алгоритмом SOCRATES: S [site] – локализация, O [onset] – время начала, C [character] – характер, R [radiation] – иррадиация, A [associated symptoms] – сопутствующие симптомы, T [time course] – продолжительность, E [exacerbating/relieving factors] – факторы, усугубляющие или облегчающие боль, а также S [severity] – уровень болевых ощущений.
- Какие суставы поражены: крупные (колени, бедра) или мелкие.
- Продолжительность симптомов: боль продолжительностью свыше 6 недель указывает на хроническое заболевание.
- Неспособность выдерживать нагрузку.
- Скованность движений по утрам.
- Невозможность заниматься привычными делами.

Прочие симптомы:

- Высокая температура.
- Пурпурная сыпь на разгибательных поверхностях ног и ягодицах или мелкая сыпь.
- Лимфаденопатия.
- Судороги, задержка развития.
- Задержка роста или потеря веса.

- Боль в спине, боль в животе.

Другие события в анамнезе:

- Недавно перенесенное заболевание, сопровождавшееся диареей, болью в горле или симптомами вирусной инфекции.
- Ранение или травма в анамнезе.
- Прием лекарственных препаратов.
- Другие хронические заболевания, например воспалительные заболевания кишечника.

Физикальное обследование

Осмотрите все суставы, включая позвоночник и крестцово-подвздошное сочленение, и проверьте их симметричность. Ищите следующие признаки:

- Со стороны суставов:
  - — болезненность, потепление, отечность, гиперемия мягких тканей, выпот в суставах;
  - — утолщенные реберно-хрящевые соединения грудной стенки и расширенные запястья.
- Движения в суставах:
  - — активные движения, в том числе при походке;
  - — пассивные движения;
  - — локализация боли, боль при движении и в покое, ограниченность движений.
- Признаки со стороны костной системы:
  - — болезненность, отечность, гиперемия, потепление над костью;
  - — кровоподтеки или раны над костью;
  - — боль в поврежденной области, которая усиливается во время движения или при надавливании;
  - — деформация или смещение;
  - — ограниченность движений и утрата функциональности пораженной области – например, невозможность перенести вес тела на пораженную стопу, лодыжку или ногу.
- Со стороны кожи: желтуха, сыпь, кровоподтеки обширные или расположенные в нехарактерных местах, петехии, пурпурная сыпь на разгибательных поверхностях ног и ягодицах либо мелкая сыпь.

- Увеличенная печень или селезенка, болезненная брюшная стенка, объемные образования или рубцы.
- Лимфаденопатия.
- Отек в паховой или мошоночной области.
- Поражения глаз: острый передний увеит, эписклерит.
- Поражения уха, горла и носа: признаки вирусного заболевания и тонзиллита.
- Признаки жестокого обращения с ребенком (с. 753).

! Септический артрит представляет собой состояние, требующее неотложного вмешательства; необходимо отличать его от ювенильного идиопатического артрита. **Тревожные признаки**, указывающие на септическое поражение сустава: сустав отечный, гиперемированный, часто болезненный и теплый на ощупь.
У ребенка может быть повышена температура; по причине сильной боли он не может подвергать нагрузке пораженный сустав.

Лабораторные и инструментальные исследования

В зависимости от предполагаемого диагноза проведите следующие исследования:

- Общий анализ крови, СОЭ или СРБ.
- При подозрении на септический артрит, остеомиелит или сепсис – бактериологический посев крови.
- При подозрении на перелом или остеомиелит – рентгенография пораженного сустава (суставов).
- УЗИ пораженного сустава (суставов) для проверки присутствия синовиальной жидкости, состояния мягких тканей и изменений костной ткани.

В зависимости от клинической картины и предполагаемого диагноза могут потребоваться дополнительные исследования, которые будут проводиться вами или специалистом.

Дифференциальная диагностика

Таблица 68. Дифференциальная диагностика при отеке или болезненности суставов или костей

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Транзиторный синовит тазобедренного сустава	• Дошкольный возраст (3–8 лет) • Боль в бедре и хромота • Недавно (1–2 недели назад) перенесенная вирусная инфекция • Как правило, ребенок может ходить, но при этом испытывает боль • В остальном самочувствие хорошее, температура в норме • Небольшое или умеренное ограничение подвижности тазобедренного сустава, особенно при внутренней ротации
Приобретенная дисплазия тазобедренного сустава (с. 165)	• Ребенок раннего возраста (1–4 года), заболевание чаще встречается у девочек • Боли в тазобедренных суставах • Разная длина ног, асимметрия ягодичных складок • Болтающийся тазобедренный сустав • Ограниченное отведение бедра в согнутом положении (см. раздел «Обследование тазобедренного сустава у новорожденных», с. 166)
Спиральный перелом большеберцовой кости (с. 588)	• Перелом нижней части большеберцовой кости у ребенка раннего возраста (1–4 года) • Обычно травма в анамнезе отсутствует • Может проявляться как неспособность выдерживать нагрузку
Болезнь Пертеса (аваскулярный некроз головки бедренной кости)	• Ребенок в возрасте 2–12 лет (пик выявляемости наступает в 4–8 лет) • Боль в бедре и хромота • Ограниченность движений в тазобедренном суставе
Болезнь Осгуда – Шляттера (с. 495)	• Подростки в период роста, спортсмены • Боль и отек ниже коленного сустава, где надколенное сухожилие прикрепляется к верхней части берцовой кости

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Эпифизеолиз головки бедренной кости (с. 495)	• Подросток старше 10 лет • Часто избыточный вес или ожирение • Боль в бедре или колене и связанная с ней хромота • Наружная ротация и приведение тазобедренного сустава • Ограниченность движений в тазобедренном суставе (особенно при внутренней ротации) • Может быть двусторонним
Синдром профессиональной перегрузки (стрессовые переломы)	• Подросток старше 10 лет • Постепенно нарастающая хроническая боль, усиливающаяся при менее интенсивной активности • Обычно поражает кости голени и стопы, на которые приходится вес тела
Реактивный артрит (с. 495)	• Инфекция желудочно-кишечного тракта или мочеполовой сферы несколько дней или недель назад • Обычно поражается один сустав, чаще всего коленный • Иногда энтезит (воспаление в местах вхождения связок в кость), отек пяточной области • Иногда дактилит, отечность пальцев рук • Может проявляться внесуставными симптомами, включая конъюнктивит, дизурию, диарею • Иногда лейкоцитоз, обычно повышенный уровень СРБ
Септический артрит (с. 495)	• Потепление, болезненность, отечность, гиперемия сустава • Сильная боль при движении и в покое • Высокая температура • Отказ двигать пораженной конечностью или суставом либо переносить тяжесть тела на больную ногу • Сильное ограничение диапазона движений • Лейкоцитоз и нейтрофилия • Недавняя травма либо заболевание, сопровождавшееся диареей, болью в горле или симптомами вирусной инфекции

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Остеомиелит (с. 495)	• Локальная болезненность и припухлость над пораженным участком кости • Локальная боль и боль при движении • Отказ двигать пораженной конечностью либо переносить тяжесть тела на больную ногу • Возможна повышенная температура • Обычно подострое начало
Травмы, переломы (с. 495)	• Травма в анамнезе • Боль в месте травмы • Кровоподтеки, раны
Преднамеренные травмы (с. 754)	• Переломы в нетипичных местах, множественные переломы, старые и заживающие переломы • Обширные кровоподтеки или кровоподтеки в нетипичных местах
Ювенильный идиопатический артрит (с. 498)	• Артрит, обычно возникающий эпизодическими приступами, продолжительностью более 6 недель • Олигоартрит (крупные суставы) или полиартрит (пальцы рук и ног, запястья, тазобедренные суставы, колени, челюсти) • Может развиться острый передний увеит
Пурпура Геноха – Шёнлейна (с. 466)	• Артрит или артралгия • Рельефная пурпура на разгибательных поверхностях ног и ягодицах • Боль в животе • Гематурия, протеинурия, гипертензия
Гемофилия	• Острое суставное кровотечение • Кровоподтеки, легко возникающие кровотечения
Рахит (с. 496)	• Отечные или расширенные запястья • Искривление ног • «Рахитические четки» (утолщения на ребрах) • Размягчение или истончение костей черепа (краниотабес) • Гипертрофия лобных бугров, позднее закрытие родничка • Судороги • Плохое прибавление в весе и отставание в росте • Задержка развития

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Патологии брюшной полости	• Такие патологии, как острый аппендицит (с. 318) или абсцесс поясничной мышцы (с. 303), могут сопровождаться болью в бедре или спине
Патологии паховомошоночной области	• Такие патологии, как перекрут яичка (с. 429), могут проявляться иррадиирующей болью в тазобедренном суставе
Сывороточная болезнь (иммунокомплексная реакция гиперчувствительности)	• Боль и опухание нескольких суставов • Симптомы развиваются через 1–2 недели после воздействия провоцирующего фактора и проходят через несколько недель после его устранения • Недавний прием лекарственных препаратов • Высокая температура • Сыпь
Инфекции	• Задержка роста или потеря веса и другие системные симптомы – например, туберкулеза (с. 746), бруцеллеза (с. 304)
Опухоли костей	• Опухание кости • Хроническая боль в кости, усиливающаяся со временем • Может проявляться переломом кости
Костные метастазы другого злокачественного заболевания	• Боль и опухание кости • Лимфаденопатия • Увеличение печени и селезенки • Обширные кровоподтеки или кровоподтеки в нетипичных местах • Задержка роста или потеря веса, прочие системные симптомы • Выраженные отклонения состава крови • Известное злокачественное заболевание

СРБ – С-реактивный белок.

Лечение

Большинство детей с симптомами со стороны суставов (если у них не диагностирована травма или транзиторный синовит) необходимо направить к специалисту для проведения исследований и начала лечения.

- Лечение будет зависеть от основной причины. См. ссылки на страницы в таблице 80.
- Обеспечьте ребенку или подростку и членам его семьи поддерживающую терапию и при необходимости проведите реабилитационные мероприятия, включая физиотерапию и предоставление вспомогательных приспособлений (с. 662).

Травма

- Для облегчения боли назначьте парацетамол или ибупрофен (с. 705).
- При необходимости проведите лечение повреждений мягких тканей (с. 570) или переломов (с. 585).

Болезнь Осгуда – Шляттера

- Рекомендуйте покой и ограничение занятий спортом в зависимости от выраженности боли.
- При отеке рекомендуйте прикладывать холодные компрессы несколько раз в день по 15 минут.
- Для облегчения боли назначьте парацетамол или ибупрофен (с. 597).
- Объясните, что боли пройдут полностью после завершения периода роста у подростка.

Транзиторный синовит

- Рекомендуйте соблюдать постельный режим.
- Для облегчения боли назначьте парацетамол или ибупрофен (с. 597).
- Пригласите опекунов на повторный прием через 3 дня или раньше, если ребенок или подросток будет чувствовать себя нездоровым, у него поднимется температура или ухудшится состояние.

Направление к специалисту

Немедленно направьте ребенка к специалисту или в стационар при подозрении на:

- реактивный артрит;
- остеомиелит или септический артрит;
- эпифизеолиз головки бедренной кости;
- болезнь Пертеса;

- гемофилию;
- злокачественные новообразования;
- сывороточную болезнь.

Направьте ребенка к специалисту в следующих случаях:

- симптомы сохраняются более 4 недель;
- при подозрении на дисплазию тазобедренного сустава (с. 165). Обычно этот диагноз ставится в раннем возрасте, однако заболевание могло остаться незамеченным или развиться позже;
- при подозрении на ревматологическое заболевание.

Последующее наблюдение

Дальнейшее наблюдение зависит от основной причины. Если у ребенка имеется какое-либо конкретное заболевание или патология, ознакомьтесь с планом, составленным специалистом, и проведите лечение в соответствии с ним.

6.17.1 Рахит

Рахит – это заболевание, вызванное недостаточной минерализацией зон роста и костной ткани и поражающее детей в период роста. Основными причинами возникновения рахита являются дефицит потребления витамина D или кальция (пищевой рахит) либо плохое усвоение витамина D, кальция или фосфора (недостаточная абсорбция, повышенный уровень выведения из организма). Пик заболеваемости рахитом приходится на 6–23 месяца и 12–15 лет.

Анамнез

- Боли в костях позвоночника, тазобедренной области, ног.
- Заторможенность, необычное беспокойство.
- Слабость.
- Частые респираторные инфекции в анамнезе.
- Судороги.
- Задержка развития.
- Факторы риска возникновения дефицита витамина D:
  - отсутствие в рационе препаратов витамина D;
  - темный цвет кожи;

- ограниченное пребывание на солнце;
- проживание в высоких широтах в зимний и весенний период;
- недоношенность;
- дефицит витамина D у матери в период беременности;
- длительное исключительно грудное вскармливание, если мать потребляет мало продуктов, содержащих витамин D;
- прием лекарственных препаратов (противосудорожные средства, рифампицин, изониазид или глюкокортикостероиды);
- хронические заболевания печени или почек;
- заболевания, связанные с нарушением всасывания (муковисцидоз, целиакия, воспалительные заболевания кишечника).

Физикальное обследование

- Симптомы со стороны костной системы (в зависимости от возраста ребенка):
  - Отечные или расширенные запястья у детей старшего возраста.
  - Утолщение реберно-хрящевых сочленений («рахитические четки»).
  - Размягчение или истончение костей черепа (краниотабес) у детей грудного возрастаю.
  - Гипертрофия лобных бугров, позднее закрытие родничка.
  - Искривление ног (у ребенка, начавшего ходить).
  - Необъяснимые боли в костях.
  - Неспособность ходить, затруднения при подъеме по лестнице или вставании со стула, ковыляющая походка.
- Плохое прибавление в весе и отставание в росте.
- Задержка двигательного развития (например, ребенок поздно учится ходить).
- Позднее прорезывание зубов и гипоплазия зубной эмали.

Лабораторные и инструментальные исследования

Для подтверждения рахита и определения его причины:

- Рентгенография запястий, кистевых и коленных суставов (в зависимости от проявления заболевания) для оценки состояния эпифизарных пластинок. Типичным признаком рахита выступает блюдцеобразное расширение дистальных костей.
- Анализ крови, в том числе определение уровня 25-гидроксихолекальциферола (25(OH)D) в сыворотке крови, кальция, фосфора, щелочной фосфатазы, паратиреоидного гормона:
  - — при витамин-D-зависимом рахите – низкий уровень 25(OH)D в сыворотке крови (< 30 нмоль/л, < 12 нг/мл), повышенная активность щелочной фосфатазы, повышенный уровень паратиреоидного гормона и пониженный или нормальный уровень кальция и фосфора.
  - — при рахите, вызванном другими причинами, возможны различные сочетания лабораторных показателей.

Лечение

- При пищевом рахите (таблица 69) назначьте витамин D.
- Убедитесь, что ребенок ежедневно получает 30–50 мг элементарного кальция на килограмм массы тела с пищей или пищевыми добавками.
- По возможности устраните факторы риска. Проконсультируйте родителей или опекунов по вопросам здорового питания (с. 111).

Таблица 69. Использование витамина D в терапии пищевого рахита

Возрастная группа	Доза витамина D в острой фазе заболевания	Поддерживающая доза витамина D
До 3 месяцев	2000 МЕ 1 раз в сутки в течение 3 месяцев	400 МЕ до выздоровления
От 3 до 12 месяцев	2000 МЕ 1 раз в сутки в течение 3 месяцев или 50 000 МЕ однократно	
От 12 месяцев до 12 лет	3000–6000 МЕ 1 раз в сутки в течение 3 месяцев или 150 000 МЕ однократно	600 МЕ до выздоровления
От 12 лет	6000 МЕ 1 раз в сутки в течение 3 месяцев или 300 000 МЕ однократно	

МЕ – международные единицы.

Последующее наблюдение

Контролируйте соблюдение режима лечения.

Направление к специалисту

В зависимости от тяжести наблюдаемых симптомов (например, деформации костей) рассмотрите возможность направить ребенка к специалисту для дальнейшей оценки состояния и проведения лечения.

Направьте ребенка к специалисту в следующих случаях:

- при других формах рахита, не связанных с дефицитом витамина D;
- если состояние ребенка не улучшается после нескольких недель приема витамина D.

Профилактика

Для укрепления костей и профилактики рахита все дети должны получать витамин D в дозировке 400 МЕ ежедневно в течение не менее 12 первых месяцев жизни. Прием добавок с витамином D нужно начинать вскоре после рождения. Прием добавок с витамином D в возрасте старше 12 месяцев рекомендован детям, у которых имеются факторы риска возникновения дефицита этого витамина (с. 113 и 496).

6.17.2 Ювенильный идиопатический артрит

Ювенильный идиопатический артрит – обобщающий термин, который включает в себя группу аутоиммунных воспалительных заболеваний суставов неясной этиологии, вызывающих неинфекционное воспаление суставов. Диагноз ставится ребенку в возрасте до 16 лет, страдающему артритом на протяжении более 6 недель, после исключения прочих причин.

Анамнез

- Приступы артрита, которые часто носят эпизодический характер.
- Артрит, возникший после воздействия неспецифических провоцирующих факторов, например перенесенной инфекции или травмы.
- Артрит, воспалительные заболевания кишечника или хронические кожные заболевания с сыпью (например, псориаз) в семейном анамнезе.

Физикальное обследование

- Безболезненные, отечные, теплые на ощупь суставы.
- Подвижность в суставах может быть сниженной, а в отечных суставах может ощущаться боль и скованность. Уровень дискомфорта и скованности варьируется от простого отека без ограничения активности до сильной боли и ограничения движений в суставах. Заболевание может сопровождаться системными симптомами, например усталостью или периодическим повышением температуры.

Различить разные виды ювенильного идиопатического артрита можно по результатам сбора анамнеза и физикального обследования (таблица 70).

Лечение

Прогноз при ювенильном идиопатическом артрите зависит от формы заболевания.

В целом у каждого второго заболевшего ребенка самостоятельно возникает стойкая ремиссия. Ребенку с хроническим артритом, влияющим на качество жизни, необходимо лечение и помощь со стороны многопрофильной группы специалистов. Большинству детей требуется лишь обезболивание и заверение, что отек и боль пройдут и они снова смогут играть как раньше. Позитивный настрой, утешение и понимание со стороны семьи, друзей и медицинских работников могут помочь облегчить бремя заболевания.

Цель терапии заключается в том, чтобы облегчить симптомы и позволить ребенку вести активную и самостоятельную жизнь.

Направление к специалисту

- Направьте ребенка к специалисту для подтверждения диагноза и составления плана лечения.
- Если у ребенка имеется риск развития переднего увеита (при энтезит-ассоциированном олигоартрите), направьте его к офтальмологу для регулярной проверки зрения и специфического лечения. Существует риск потери зрения.

Обезболивание

- Как правило, для облегчения боли может применяться парацетамол или нестероидные противовоспалительные препараты, например ибупрофен (с. 597).

Таблица 70. Виды ювенильного идиопатического артрита

Вид ювенильного идиопатического артрита	Признаки и симптомы
Олигоартрит Поражено менее 5 суставов; наиболее распространенная форма	• В основном поражены крупные суставы • Обычно поражены один или оба коленных сустава • Может развиться хронический передний увеит
Полиартрит Поражено 5 или более суставов; вторая по распространенности форма	• В основном поражены пальцы рук и ног, запястья, тазобедренные суставы, колени, челюсти • Внезапное или постепенное начало • Усталость, субфебрильная температура • Общее плохое самочувствие • Ревматоидный фактор может присутствовать или отсутствовать
Энтезит-ассоциированный артрит (анкилозирующий спондилит)	• Скованность и боль в позвоночнике, ногах и крестцово-подвздошном сочленении в местах вхождения сухожилий в кость вблизи суставов • Обычно поражает юношей-подростков, реже встречается у девочек • Может развиться острый передний увеит • Положительный тест на человеческий лейкоцитарный антиген B27 (HLA-B27) (в 80% случаев) • Та же разновидность артрита, случаи болей в спине или воспалительные заболевания кишечника в семейном анамнезе
Псориатический артрит	• Поражает в основном суставы пальцев рук и ног • Псориатическая сыпь • Точечные вдавления ногтей • Случаи сыпи или поражения суставов в семейном анамнезе

Вид ювенильного идиопатического артрита	Признаки и симптомы
Системная форма ювенильного идиопатического (ревматоидного) артрита	• Перемежающаяся лихорадка с температурой выше 39 °C, однако в целом ребенок выглядит относительно здоровым • Сыпь на туловище и конечностях, которая исчезает в течение 24 часов • Лимфаденопатия, воспаление серозных оболочек (перикардит), миокардит, увеличение печени и селезенки • Поражает детей любого возраста, в т. ч. раннего
Недифференцированный артрит	• Симптомы, соответствующие двум или более вышеописанным видам ювенильного идиопатического артрита или не соответствующие ни одному из них

HLA – лейкоцитарный антиген человека.

- Доказано, что облегчению боли способствуют местные горячие и холодные компрессы, массаж, гидротерапия, чрескожная электрическая стимуляция нервов и иглоукалывание.
- Стероиды (системные или для внутрисуставного применения), базисные противовоспалительные препараты, например метотрексат или сульфасалазин, а также биологические препараты, например этанерцепт или инфликсимаб, должны назначаться только специалистом.

Координация медицинской помощи

- При необходимости привлеките многопрофильную группу специалистов (включая диетолога и эрготерапевта) для консультирования по вопросам питания, выбора стульев, шин или инвалидной коляски.
- Направьте ребенка к физиотерапевту для подбора упражнений, помогающих справиться со скованностью и болью.

Консультирование

- Дайте ребенку или подростку и членам его семьи следующие рекомендации:
  - — При необходимости принимать парацетамол или ибупрофен для облегчения боли (с. 597).

— Обеспечить здоровое питание (с. 111), регулярные физические упражнения (с. 119), включая ходьбу и плавание, и хороший сон.

— Следить за правильностью осанки для предотвращения боли и деформаций.

— При наличии надевать шины (обычно ночью) для профилактики контрактур.

— Ювенильный идиопатический артрит не влияет на половое созревание, однако лечение стероидами может задерживать половое созревание и вызывать низкорослость. У девочек с ювенильным идиопатическим артритом возможны нерегулярные менструации.

— Обострения обычно провоцируются стрессами, например инфекцией или травмой.

Контроль

▶ Следите за возможными признаками острого переднего увеита (боль и покраснение глаз): это неотложное состояние, требующее срочного направления к специалисту для лечения стероидами и мидриатическими каплями в целях предотвращения слепоты.

6.18 Уплотнения и припухлости

Уплотнения, в особенности на шее, являются распространенной жалобой у детей и подростков. В большинстве случаев они представляют собой увеличенные лимфатические узлы (лимфаденопатия). У многих здоровых детей в возрасте от 2 до 10 лет обнаруживаются пальпируемые доброкачественные увеличенные лимфатические узлы (как правило, на фоне вирусных инфекций). При подобной реактивной гиперплазии узлы обычно небольшие, плотные, безболезненные и могут оставаться увеличенными несколько недель или месяцев. Увеличение лимфатических узлов на шее и по всему телу может указывать на более серьезное заболевание.

Большинство уплотнений являются доброкачественными. В этом случае необходимо успокоить опекунов или родителей.

При подозрении на злокачественное новообразование, инфекцию или ревматоидное заболевание направьте ребенка к специалисту.

Анамнез

- Продолжительность и локализация лимфаденопатии.
- Рецидивирующая или стойкая лимфаденопатия.
- Сопутствующие симптомы: высокая температура, тонзиллит, боль, поражения суставов и кожи, общее недомогание, потеря веса и миалгия, зуд волосистой части головы.
- Контакты с животными (особенно с кошками), укусы животных в анамнезе.
- Сопутствующие хронические заболевания и ВИЧ-инфекция.
- Прием лекарств.
- Недавняя поездка.
- Атопический или себорейный дерматит в анамнезе.
- Симптомы гипо- или гипертиреоза (при уплотнении в области щитовидной железы).

Физикальное обследование

Проверьте следующее:

- Бледность.
- Увеличение печени или селезенки.

- Боль в костях при пальпации.
- Со стороны кожи: кровоподтеки и петехии; любые входные ворота инфекции, которая могла стать причиной возникновения зависимой лимфаденопатии; атопический или себорейный дерматит.
- Со стороны суставов: подвижность, гиперемия, отечность.
- Потеря веса, задержка роста, анорексия (см. раздел «Контроль физического развития», с. 138).

Осмотрите лимфатические узлы. Определите доброкачественный или настораживающий характер лимфаденопатии (таблица 71).

- Размер (увеличенный размер лимфатического узла определяется исходя из его расположения и возраста ребенка):
  - шейные и подмышечные – свыше 10 мм;
  - паховые – свыше 15 мм;
  - локтевые – свыше 5 мм;
  - надключичные – любой размер;
  - у новорожденных (в возрасте до 1 месяца) – свыше 5 мм при любой локализации.
- Консистенция: мягкие и флюктуирующие или твердые, плотные и эластичные.
- Подвижные или спаянные с прилегающими тканями.
- Болезненность.
- Локальная (одна группа) или генерализованная (две или более отдельные группы) лимфоденопатия.

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ: увеличенные (свыше 2 см), неподвижные, твердые или плотные и безболезненные шейные, надключичные или все лимфатические узлы.

Таблица 71. Характеристики доброкачественной или настораживающей лимфаденопатии, требующей дальнейшего исследования

	Доброкачественная	Настораживающая, требует исследования
Локализация	Паховые, подчелюстные	Надключичные, локтевые, шейные, подмышечные, все
Размер	До 2 см	Свыше 2 см
Консистенция	Мягкие или флюктуирующие	Твердые, плотные и эластичные
Болезненность	Обычно болезненные	Безболезненные
Подвижность	Подвижные	Неподвижные
Прилегающие ткани	Нет спаек	Есть спайки
Продолжительность и рост	Менее 2 недель, медленный рост	Свыше 2 недель, рост может быть прогрессирующим
Результаты УЗИ	Небольшой размер, овальная форма, четко очерченные края, ворота присутствуют, структурных изменений нет, кровоток на допплерографии отсутствует, центральная васкуляризация	Большой размер, округлая форма, ворота отсутствуют, неровные края, структурные изменения, кровоток на допплерографии присутствует, периферическая васкуляризация

УЗИ – ультразвуковое исследование.

Дифференциальная диагностика

Основными причинами лимфаденопатии являются вирусные и бактериальные инфекции.

Стойкое увеличение лимфатических узлов (свыше 2 недель) может указывать на другие патологии, включая системные инфекции, злокачественные новообразования и ревматологические заболевания. Информацию об основных причинах лимфаденопатии см. в таблице 72.

Увеличение шейных лимфатических узлов необходимо отличать от разрастаний щитовидной железы и других менее распространенных причин образования уплотнений на шее (таблица 73, с. 510).

Таблица 72. Дифференциальная диагностика при лимфаденопатии

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Инфекции	
Вирусная инфекция	• Двусторонние, мягкие, подвижные увеличенные лимфатические узлы • Недавно были или присутствуют в настоящий момент: высокая температура (с. 260), кашель (с. 210), сыпь (с. 450), боль в ухе (с. 241)
Инфекционный мононуклеоз (с. 292)	• Лимфаденопатия шейных узлов • Тонзиллярный фарингит • Общее недомогание, сильная повышенная утомляемость • Респираторные симптомы, кашель • Увеличение селезенки
Острый бактериальный лимфаденит (с. 511)	• Болезненные, быстро растущие, флюктуирующие увеличенные лимфатические узлы • Кожа над узлами теплая на ощупь, эритематозная, иногда присутствует абсцесс • После перенесенной бактериальной инфекции (*S. aureus*, *S. pyogenes*, редко анаэробные бактерии) • Можно обнаружить входные ворота инфекции, например в ротовой полости (миндалины, зубы), на волосистой части головы
Микобактериальная инфекция (*M. avium complex, M. tuberculosis*) **(с. 746)**	• Постепенное начало односторонней, флюктуирующей, безболезненной лимфаденопатии, иногда со спонтанным дренированием и образованием синуса • Иногда субфебрильная температура, анорексия, задержка роста
ВИЧ-инфекция (с. 736)	• Безболезненное увеличение лимфатических узлов (обычно шейных, затылочных или подмышечных) • У детей грудного возраста или подростков с рискованным поведением

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Инфекции	
«Болезнь кошачьих царапин» *(Bartonella henselae)*	• Близкий контакт с кошкой в анамнезе; иногда ребенок или опекун не помнят о факте нанесения царапины или укуса • Болезненные увеличенные лимфатические узлы • Высокая температура
Бруцеллез (с. 304)	• В анамнезе употребление некипяченого молока или других молочных продуктов • Хроническая рецидивирующая или затяжная лихорадка • Общее недомогание, боль в костях и мышцах, боль в нижней части спины или в тазобедренных суставах, увеличение селезенки, лимфаденопатия, бледность
Атопический (с. 457) или себорейный дерматит (с. 168)	• Рецидивирующие эпизоды лимфаденопатии • При атопическом дерматите: сухость и зуд кожи, эритема, шелушение или пузырьки, астма или аллергический ринит в анамнезе • При себорейном дерматите: гиперемированные сальные шелушащиеся пятна на волосистой части головы, между бровями, в носогубной складке и на груди
Педикулез (с. 470)	• Увеличение затылочных лимфатических узлов • Зуд волосистой части головы
Злокачественные новообразования	
Лимфома (Ходжкина, неходжкинская)	• Безболезненные, плотные, спаянные с подлежащими тканями увеличенные лимфатические узлы • При лимфоме Ходжкина: увеличений шейных лимфатических узлов у детей старшего возраста или подростков • При неходжкинской лимфоме: быстро прогрессирующая генерализованная (двусторонняя) лимфаденопатия • Может проявляться дыхательной недостаточностью, болью в животе (с увеличением грудных и брюшных лимфатических узлов)

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Злокачественные новообразования	
Лейкоз (с. 733)	• Единичная или генерализованная лимфаденопатия; узлы безболезненные, эластичные, неподвижные • Системные симптомы, например повышенная утомляемость, бледность
Ревматологические заболевания	
Ювенильный идиопатический артрит (с. 498)	• Болезненность или отечность одного или нескольких суставов на протяжении нескольких недель • Высокая температура, не спадающая на протяжении нескольких дней • Сыпь (макулярная, обычно на туловище) • Лимфаденопатия, увеличение селезенки или печени
Системная красная волчанка	• Высокая температура, не спадающая на протяжении нескольких дней • Потеря веса • Бледность, повышенная утомляемость • Сыпь («волчаночная бабочка», фотосенсибилизация) • Болезненность или отечность суставов • Лимфаденопатия
Прием лекарств	• Прием некоторых лекарств (например аллопуринола, изониазида, фенитоина, карбамазепина) в анамнезе • Может сопровождаться сыпью, желтухой, увеличением печени или селезенки и высокой температурой

Таблица 73. Другие виды уплотнений и утолщений шеи

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Щитовидно-язычная киста	• Срединное кистозное образование в области подъязычной кости • При глотании или высовывании языка уплотнение смещается вперед • Может инфицироваться и проявляться в виде воспалительного отека
Жаберная киста	• Безболезненное, медленно растущее, мягкое, флюктуирующее уплотнение на боковой стороне шеи (перед грудино-ключично-сосцевидной мышцей) • Первоначально может проявляться в виде инфицированного уплотнения на шее • Обычно встречается только у подростков
Дермоидная киста	• Имплантированная киста под языком или на нёбе
Лимфангиома (кистозная гигрома)	• Мягкие и флюктуирующие объемные образования под кожей • Обычно расположены в заднем шейном треугольнике (боковая сторона шеи сзади от грудино-ключично-сосцевидной мышцы) • У детей грудного возраста обнаруживаются в основном в полости рта (на языке или нёбе)
Гемангиома (с. 171)	• Спадающееся при нажатии уплотнение красного (поверхностная гемангиома) или пурпурного (глубокая гемангиома) цвета • Встречается у детей грудного возраста
Увеличение щитовидной железы	• Диффузное увеличение щитовидной железы (зоб) • Может встречаться у детей старшего возраста

Лабораторные и инструментальные исследования

Если в остальном ребенок здоров, то первичное острое незначительное увеличение шейных лимфатических узлов при отсутствии настораживающих признаков не требует проведения каких-либо исследований.

При генерализованной или стойкой единичной лимфаденопатии продолжительностью свыше 2–3 недель рассмотрите возможность проведения следующих исследований:

- Общий анализ крови и мазок крови, СОЭ, СРБ, печеночные ферменты.
- Серологические тесты: ВЭБ, ЦМВ, токсоплазмоз, ВИЧ, бартонеллез, сифилис, бруцеллез.
- Рентгенография грудной клетки.
- УЗИ увеличенных лимфатических узлов или припухлостей, а также брюшной полости.
- Проба Манту или другие тесты для диагностирования туберкулеза.

Если основная причина остается неизвестной, повторите общий анализ крови и мазок крови (как указано выше) или направьте ребенка к специалисту.

Лечение

В большинстве случаев лимфаденопатия проходит самостоятельно и не требует специфического лечения.

- Лечите основное заболевание, включая педикулез (с. 470), экзему (с. 457) и другие кожные заболевания.
- При реактивной или доброкачественной лимфаденопатии (таблица 71, с. 506): успокойте членов семьи, назначьте поддерживающую терапию и при необходимости запланируйте повторный визит через 2–3 недели.
- Для облегчения боли или при высокой температуре (≥ 39 °C), если она причиняет ребенку дискомфорт, назначьте парацетамол или ибупрофен (блок рекомендаций 25, с. 267).

НЕ назначайте кортикостероиды, поскольку они могут усугубить течение некоторых инфекций и замаскировать злокачественные новообразования.

Острый бактериальный лимфаденит

- Определите, необходимо ли дренирование абсцесса.
- Назначьте перорально антибиотики, активные в отношении стафилококка: клоксациллин 15 мг/кг 4 раза в сутки в течение 7 дней, цефадроксил или цефалексин (дозировки см. в приложении 4). Если вы предполагаете, что причиной является заболевание зубов, назначьте амоксициллин с клавулановой кислотой 25 мг/кг 2 раза в сутки. При тяжелом шейном лимфадените может потребоваться направить ребенка в стационар для в/в введения клоксациллина или цефазолина.

▶ Пригласите опекунов прийти на повторный прием через 2–3 дня, если у ребенка не снизится температура, или раньше, если состояние ребенка ухудшится.

Направление к специалисту

Немедленно направьте ребенка к специалисту в следующих случаях:

- Признаки настораживающей лимфаденопатии (таблица 71, с. 506).
- Подозрение на злокачественное новообразование, туберкулез или ВИЧ.
- Абсцессы, которые невозможно вскрыть или дренировать в учреждении первичного уровня.
- Подозрение на острый бактериальный лимфаденит при отсутствии улучшений после 2–3 дней перорального приема антибиотиков.
- Лимфаденопатия у ребенка младше 3 месяцев.

Направьте ребенка к специалисту в следующих случаях:

- при уплотнениях на шее (таблица 73, с. 510);
- при ревматоидном заболевании;
- если после завершения исследований второго уровня диагноз остается сомнительным или неизвестным;
- если вы не уверены в диагнозе.

6.19 Поражения глаз

6.19.1 Снижение остроты зрения 518
6.19.2 Покраснение глаз 521
6.19.3 Воспаления окологлазничной области 530
6.19.4 Воспаления век 534
6.19.5 Избыточное слезоотделение 536
6.19.6 Белый зрачковый рефлекс (лейкокория) 537

Поражения глаз часто встречаются у детей всех возрастов. Без вмешательства поражения глаз и зрения могут постепенно усугубляться, поэтому ранняя диагностика и лечение играют важную роль в профилактике отдаленных осложнений и помогают предотвратить потерю зрения.

Все дети в возрасте от трех лет должны проходить соответствующие их возрасту проверки зрения для своевременного выявления амблиопии, страбизма и аномалий рефракции. Проверки глаз и остроты зрения рекомендуется проводить всем младенцам и детям в ходе контрольных посещений здорового ребенка (глава 3), а также в следующих случаях:

- Если родителей беспокоит зрение ребенка.
- Если в анамнезе или при физикальном обследовании были выявлены какие-либо тревожные признаки.
- При наличии факторов риска развития нарушений зрения:
  - недоношенность;
  - нарушения развития нервной системы;
  - нейросенсорная тугоухость;
  - случаи болезней глаз или слепоты в семейном анамнезе;
  - страбизм, амблиопия, аномалии рефракции в раннем возрасте;
  - трудности с учебой, проблемы с поведением, трудности с чтением, нарушения развития.

Анамнез

- Основная жалоба: снижение остроты зрения, покраснение или зуд в глазах, чувствительность к свету, слезотечение, постоянные выделения из глаз, ограниченный диапазон движения глаз, наклон головы вбок, бугорки на веках, головные боли.

- Ребенок садится близко к экрану телевизора или испытывает трудности при чтении.
- Белый зрачковый рефлекс (может быть заметен на фотографиях).
- Успеваемость в школе и основные этапы развития.
- Пренатальный и постнатальный анамнез, масса тела при рождении и гестационный возраст, кислородотерапия в случае послеродовой госпитализации, серьезные травмы, хирургические вмешательства или заболевания, другие патологии.
- Семейный анамнез: генетические заболевания, глаукома у детей, катаракта, страбизм, амблиопия (кроме нарушений зрения, возникших во взрослом возрасте).

Физикальное обследование

В зависимости от текущих жалоб проверьте следующее:

- Глаза и веки: халязион (киста века), опущение верхнего века (птоз), покраснение глаз, слезотечение, пороки развития.
- Необычное положение головы, например кривошея.
- Зрачки: неодинаковый размер зрачков, прямая и косвенная реакция на свет (проверьте с помощью тонкого фонарика), симметричность розового рефлекса с глазного дна, присутствие белого зрачкового рефлекса (катаракта, ретинобластома).
- Движения глаз во всех направлениях (см. рисунок).
- Отклонения зрительных осей (например, страбизм): проведите тест закрытого глаза, тест открытого-закрытого глаза и одновременную проверку розового рефлекса с глазного дна (см. ниже).
- Острота зрения (см. ниже).
- При необходимости – цветовосприятие (см. ниже).



Движения глаз: *попросите ребенка проследить за вашим пальцем по шести основным направлениям взгляда*

- При необходимости и возможности проведите офтальмоскопию для проверки зрительного нерва, макулы, сосудов глазного дна и периферийной области.

Проверка остроты зрения

Оцените остроту зрения с помощью проверочной таблицы:

1. Поместите таблицу в хорошо освещенное место так, чтобы она не отблескивала.
2. Вид таблицы для проверки зрения должен соответствовать возрасту ребенка: для детей 3–5 лет используются таблицы с изображениями или простыми буквами, а от 6 лет – таблица Сивцева – Головина.
3. Ребенок должен стоять в 6 метрах от таблицы.
4. Проводите проверку для каждого глаза по отдельности. Сначала проверьте правый глаз, закрыв левый, а затем наоборот.
5. Используя таблицу с кольцами Ландольта, попросите ребенка показывать пальцем, с какой стороны находится разрыв в кольце (сверху, снизу, справа или слева).
6. Результат проверки представьте в виде дроби, где числитель представляет собой расстояние от ребенка до таблицы (обычно 6 метров), а знаменатель – расстояние, с которого человек с нормальным зрением видит изображения того же размера, что и ребенок.
7. Показатель остроты зрения соответствует самому нижнему ряду, в котором ребенок правильно назвал более половины символов, букв или колец Ландольта.
8. Если ребенок не может прочитать ни одну строку в таблице, включая самую верхнюю (6/12), направьте его к специалисту для проведения дальнейших исследований.
9. Если ребенок не видит даже самый большой символ, букву или кольцо, предложите ему встать вдвое ближе к таблице (в 3 метрах). Если ребенок не видит большой символ, букву или кольцо с расстояния 3 метра, определите остроту его зрения как 3/60.



Проверка остроты зрения: *ребенок должен стоять в 6 метрах от таблицы, четвертая строка которой должна находиться на уровне его глаз*

Направьте к офтальмологу для дальнейшей оценки всех детей, результаты проверки зрения у которых указывают на возможные нарушения. Детей младшего возраста следует направлять к специалисту при наличии каких-либо сомнений, так как проверка зрения у них может быть затруднительной.

Проверка цветовосприятия

Проведите проверку цветовосприятия, если у вас есть сомнения относительно различения цветов, в семейном анамнезе есть случаи нарушений цветовосприятия, ребенок имеет заболевания или принимает препараты, вызывающие нарушения цветовосприятия. Проверка цветовосприятия проводится у детей, которые могут назвать символы (цифры), используемые в тесте. Необходимость в такой проверке у детей младшего возраста возникает редко.

1. Используйте полихроматические таблицы Рабкина или таблицы с геометрическими фигурами при хорошем освещении.
2. Попросите ребенка назвать цифры на каждой карточке, предъявляемой в случайном порядке, не прикасаясь к карточкам и не водя по ним пальцем.

Проверка стереоскопического зрения (стереотест Ланга)

Тест для выявления нарушений стереоскопического зрения (восприятия глубины) у детей в возрасте от 2 до 5 лет.

1. Спросите ребенка, видит ли он что-нибудь на карточке (на каждой карточке изображены три скрытых объекта), и наблюдайте за движениями глаз ребенка во время поиска.
2. Если ребенок обнаружит один объект, попросите его найти следующий и описать его.

- ***Норма:*** ребенок находит все три объекта, переходя взглядом от одного к другому по мере их распознавания.
- ***Направьте ребенка к специалисту для проведения дальнейших проверок:*** ребенок не может найти скрытые объекты, а движения глаз показывают, что он шарит взглядом по поверхности карточки, не видя изображений.

Тест закрытого глаза для выявления страбизма

Попросите ребенка сосредоточить взгляд на каком-либо предмете.

1. Закройте один глаз и наблюдайте за движениями другого глаза.

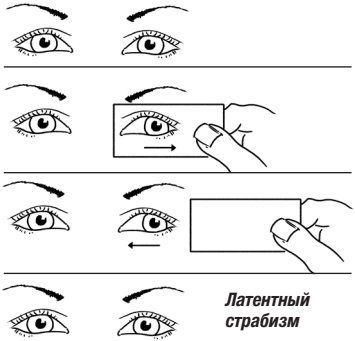
2. Повторите тест для другого глаза.

- ***Норма:*** при закрывании одного глаза движения второго глаза отсутствуют.
- ***Страбизм:*** открытый глаз совершает установочные движения, чтобы снова сфокусироваться на предмете.

Тест открытого-закрытого глаза для выявления латентного страбизм

1. Закройте один глаз на несколько секунд.
2. Быстро отведите заслонку и посмотрите на глаз, который был закрыт, чтобы проверить наличие установочных движений.

- ***Норма:*** установочные движения отсутствуют.
- ***Латентный страбизм:*** установочные движения присутствуют.



Одновременная проверка розового рефлекса с глазного дна (тест Брюкнера) для выявления страбизма

1. Установите офтальмоскоп на нулевую или приближенную к ней отметку и встаньте примерно в полуметре от ребенка.
2. Попросите ребенка посмотреть на свет и сравните розовые рефлексы обоих зрачков.

- ***Норма:*** розовые рефлексы обоих зрачков одинаковы по размеру, форме, цвету и яркости.
- ***Страбизм:*** розовые рефлексы асимметричны.
- ***Катаракта, ретинобластома:*** отсутствие розового рефлекса в одном глазу.

6.19.1 Снижение остроты зрения

Наиболее частой причиной снижения остроты зрения у детей являются нескорректированные аномалии рефракции (дальнозоркость, близорукость, астигматизм). Эти аномалии также могут вызывать страбизм (косоглазие) – нарушение параллельности зрительных осей обоих глаз.

Ранняя диагностика и лечение аномалий рефракции и страбизма играют важную роль в обеспечении полноценного развития и учебы ребенка

Если ребенок жалуется на плохое зрение и трудности при чтении, но проверка зрения не показывает каких-либо отклонений, проконсультируйте родителей или опекунов по вопросам гигиены чтения:

- читать необходимо при хорошем освещении;
- книгу следует держать на расстоянии около 30 сантиметров от глаз;
- через каждые полчаса чтения необходимо давать глазам отдых на 5 минут.

Аномалии рефракции

Аномалии рефракции относятся к широко распространенным у детей нарушениям зрения. Они обусловлены отклонениями формы глазного яблока (слишком длинное или слишком короткое), из-за которых изображение фокусируется перед сетчаткой (миопия, близорукость) или за ней (гиперметропия, дальнозоркость). Миопию обычно диагностируют у школьников, которых может направить к врачу учитель, заметивший, что они не могут читать с доски.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Прищуривание глаз для фокусировки зрения.
- Усталость, головные боли, снижение концентрации.
- Ребенку трудно читать с доски или смотреть телевизор
- Миопия: при проверке зрения (с. 514) ребенок хорошо видит вблизи и плохо вдаль.
- Гиперметропия: при проверке зрения (с. 514) ребенок плохо видит вблизи и хорошо вдаль.

Лечение и направление к специалистам

- Направьте ребенка к специалисту для проверки зрения и подбора очков с выпуклыми (при гиперметропии) или вогнутыми (при миопии) линзами. Степень коррекции измеряется в диоптриях, причем при миопии перед цифрой ставится минус, а при гиперметропии – плюс.

Последующее наблюдение

- Ежегодно проводите повторное обследование и проверку остроты зрения у всех детей с аномалиями рефракции.

Астигматизм

Аномалия рефракции, характеризуемая изменением преломляющей силы глаза из-за асимметричной кривизны роговицы или реже хрусталика. Как правило, астигматизм сочетается с другими аномалиями рефракции.

Симптомы

- См. выше в разделе «Аномалии рефракции».

Лечение и направление к специалистам

- Направьте ребенка к оптометристу или офтальмологу для проверки зрения. Степень коррекции с помощью очков указывается дополнительно к другим видам коррекции, при этом наклон оси цилиндра (в градусах) указывает направление.

Последующее наблюдение

- Вначале проводите осмотры для поиска признаков амблиопии и проверки остроты зрения раз в 3–6 месяцев, затем раз в год.

Косоглазие (страбизм)

Нарушение параллельности зрительных осей обоих глаз, вызванное нескорректированными аномалиями рефракции или врожденной предрасположенностью.

Симптомы

- Отклонение осей зрения (один глаз смотрит прямо, второй в сторону).
- Диплопия (двоение в глазах), может отсутствовать из-за адаптации.
- Снижение остроты зрения.
- Отсутствие стереоскопического зрения.

Физикальное обследование

Оцените симметрию осей зрения:

- проведите тест закрытого глаза, тест открытого-закрытого глаза (с. 517);
- проведите одновременную проверку розового рефлекса с глазного дна (с. 517).

Лечение и направление к специалистам

- ▶ Направьте к офтальмологу ребенка от 6 месяцев с подозрением на страбизм.
- ▶ Проведите лечение в соответствии с планом, составленным специалистом. Варианты лечения включают в себя следующие:
  - — коррекция аномалии рефракции;
  - — тренировки зрения;
  - — окклюзионная терапия (ношение повязки на глазу);
  - — хирургическое вмешательство.

Амблиопия

Снижение остроты зрения на одном или обоих глазах, обычно вызванное недостатком зрительной стимуляции во время критически важных периодов развития нормального зрения в раннем детстве. Как правило, амблиопия развивается с рождения и до 9 лет. Она может возникать на фоне не вылеченного страбизма.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- ■ Страбизм и аномалии рефракции в анамнезе.
- ■ Снижение остроты зрения на одном или обоих глазах.
- ■ Розовый рефлекс с глазного дна: различия в цвете или яркости.
- ■ Тест закрытого глаза и тест открытого-закрытого глаза для выявления сопутствующего страбизма (с. 517).

Лечение и направление к специалистам

- ▶ Направьте ребенка к офтальмологу для проведения дополнительных исследований и назначения лечения.

- Проведите лечение в соответствии с планом, составленным офтальмологом. Варианты терапии могут включать в себя следующие:
  - — коррекция аномалии рефракции;
  - — окклюзионная терапия (ношение повязки на глазу) или применение атропина;
  - — хирургическое вмешательство.

6.19.2 Покраснение глаз

Родители и опекуны часто обращаются к врачу по поводу покраснения глаз у ребенка. Обычно покраснение глаз представляет собой проявление какого-либо воспаления глаз, включая конъюнктивит, кератит, склерит или эписклерит и увеит (таблица 74). Кроме того, причиной покраснения глаз может быть инфекция, травма либо (реже) злокачественная опухоль или аутоиммунная реакция на системное аутоиммунное заболевание – например, ювенильный идиопатический артрит, болезнь Бехчета, саркоидоз или синдром Шегрена, которые вызывают передний увеит.

Анамнез

- Продолжительность симптомов, рецидивы.
- Одностороннее или двустороннее покраснение.
- Зуд.
- Жжение, ощущение инородного тела.
- Светобоязнь.
- Выделения из глаз и их свойства (водянистые, гнойные).
- Нормальная или сниженная острота зрения.
- Воздействие химических веществ или травма в анамнезе.
- Ношение контактных линз.
- Сопутствующие симптомы: высокая температура, кашель, насморк, чихание, боль в горле.
- Известные заболевания, например воспалительное заболевание кишечника, ювенильный идиопатический артрит.

Физикальное обследование

Проверьте следующее:

- Степень и локализация покраснения: диффузное покраснение (конъюнктивальная инъекция), кольцеобразный рисунок вокруг роговицы (цилиарная инъекция).
- Одностороннее или двустороннее покраснение.
- Выделения из глаз: водянистые, гнойные.
- Отечность век или области вокруг глаз.
- Веки: полностью сомкнутые, опухшие.
- Роговица: прозрачная или мутная / с участками помутнения.
- Присутствие инородного тела, травма.
- Неодинаковый размер зрачков, реакция зрачков на свет (проверьте с помощью тонкого фонарика).

Таблица 74. Дифференциальная диагностика при покраснении глаз

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Острый конъюнктивит (с. 523)	• Диффузное покраснение глаз (конъюнктивальная инъекция) • Водянистые или гнойные выделения из глаз • Ощущение жжения, зуда, но не боли • Нормальное зрение • Нормальное состояние роговицы и зрачка • При вирусном конъюнктивите в основном двустороннее
Кератит (с. 527)	• Диффузное или локальное помутнение роговицы • Покраснение вокруг роговицы (цилиарная инъекция) • Скудные выделения из глаз • Боль в глазах • Может присутствовать снижение остроты зрения • Зрачок нормальный, при сопутствующем увеите может быть сужен (миоз)

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Увеит (с. 528)	• Зрачок сужен (миоз), слабо реагирует на свет • Покраснение вокруг роговицы (цилиарная инъекция) • Боль в глазах • Снижение остроты зрения • Возможно помутнение роговицы • Выделения из глаз отсутствуют
Склерит или эписклерит (с. 529)	• Покраснение склеры (области вокруг роговицы) • Нормальное состояние роговицы и зрачка • Очень скудные водянистые выделения • Боль в глазах
Инородное тело (с. 529)	• Внезапное возникновение боли в глазу • Ощущение инородного тела • Обычно одностороннее

Острый конъюнктивит

Конъюнктивит – это воспаление конъюнктивы, которое часто встречается у детей младшего возраста. Обычно конъюнктивит вызывают вирусные (аденовирусные) или бактериальные инфекции (*S. pneumoniae*, *S. aureus* и *H. influenzae*). У новорожденных и подростков, ведущих половую жизнь, к его возникновению может приводить инфицирование *N. gonorrhoea* и *Chlamydia trachomatis*. Кроме того, природа конъюнктивита может быть неинфекционной (аллергической или травматической).

Бактериальные и вирусные конъюнктивиты чрезвычайно контагиозны.

Диагностика

Проведите дифференциальную диагностику различных причин острого конъюнктивита (таблица 75) и предположите другие патологии, вызывающие покраснение глаз (таблица 74).

Лабораторные и инструментальные исследования

Как правило, для постановки первоначального диагноза нет необходимости проводить бактериологический посев или микроскопию, кроме подозреваемых случаев заражения *N. gonorrhoea* или *Chlamydia trachomatis*

(обильные гнойные выделения у новорожденных или подростков, ведущих половую жизнь):

- окрашивание и бактериологический посев по Романовскому – Гимзе (*Chlamydia trachomatis*);
- окрашивание по Граму на грам-отрицательные внутриклеточные кокки (*N. gonorrhoea*).

Таблица 75. Дифференциальная диагностика острого конъюнктивита

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Вирусный	• Контакт с инфицированным лицом или недавно наблюдавшиеся симптомы со стороны верхних дыхательных путей • Как правило, двусторонний (обычно начинается на одном глазу и распространяется на другой в течение нескольких дней) • Водянистые выделения • Зуд, жжение, ощущение инородного тела • Нормальное зрение • Обычно сопровождается симптомами инфекции верхних дыхательных путей или возникает после нее
Бактериальный	• Гнойные выделения • Обычно односторонний, но может быть и двусторонним • Нормальное зрение • Зуд встречается редко
Аллергический	• Атопический дерматит, сенная лихорадка и астма в анамнезе • Сильный зуд (основная жалоба) • Обычно двусторонний • Отечность век • Водянистые или слизистые выделения • Увеличенные фолликулы на внутренней стороне верхнего века • Другие симптомы аллергии: чихание, астмоидное дыхание, заложенность носа
Неинфекционный невоспалительный	• Воздействие химических веществ, механическое раздражение, ношение контактных линз или прием лекарств в анамнезе

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Системное заболевание	• Острая форма: корь (с. 285), болезнь Кавасаки (с. 293), синдром Стивенса – Джонсона • Постинфекционный: реактивный артрит (с. 492) • Проявление хронического заболевания: воспалительное заболевание кишечника (с. 343), ювенильный идиопатический артрит (с. 498)

Направление к специалисту

Немедленно направьте ребенка к офтальмологу при наличии следующих симптомов:

- Сильная боль, светочувствительность (светобоязнь), зрачок неправильной формы или неподвижный зрачок, белое пятно на роговице, потеря зрения или конъюнктивит, сопровождаемый кровотечением.
- Травма в анамнезе.
- Воздействие химических веществ.

Направьте ребенка к офтальмологу в следующих случаях:

- Симптомы сохраняются через 7–10 дней и более после начала лечения.
- При подозрении на системное заболевание.
- При подозрении на заражение *Chlamydia trachomatis* или *N. gonorrhoea* (для в/в терапии).

Лечение

НЕ назначайте кортикостероиды для местного применения, если их не назначит офтальмолог, так как кортикостероиды могут продлить и ухудшить течение вирусного конъюнктивита.

НЕ применяйте повязки на глаза.

▶ Назначьте специфическое лечение в зависимости от основной причины.

Вирусный конъюнктивит

Вирусный конъюнктивит проходит самостоятельно в течение нескольких дней и не требует медикаментозной терапии.

- Объясните опекунам важность соблюдения мер гигиены:
  - Острый конъюнктивит – очень заразное заболевание, которое легко передается окружающим. Убедитесь, что вы и ваш ребенок:
    - стараетесь не прикасаться к глазам ребенка;
    - моете руки до и после прикосновения или обработки глаз ребенка;
    - при наличии выделений из глаз вытираете их чистой тканью;
    - не пользуетесь общими с другими людьми платками и полотенцами.

Бактериальный конъюнктивит

- Назначьте антибиотики для местного применения, например азитромицин 1,5%, гентамицин 0,3% или офлоксацин 0,3%, в форме капель или мази в каждый глаз каждые 4 часа в течение 5–7 дней.
- Проконсультируйте опекунов по вопросам лечения на дому и объясните им важность соблюдения мер гигиены (см. раздел «Вирусный конъюнктивит» выше). Дайте следующие рекомендации:
  - перед применением назначенных капель или мази с антибиотиками каждые 4 часа очищать глаза ребенка с помощью чистой ткани;
  - прийти на повторный прием через 2–3 дня или раньше, если состояние ребенка ухудшится.
- В соответствии с местным законодательством рекомендуйте опекунам не отправлять ребенка в школу или детский сад в период заболевания.

Аллергический конъюнктивит

- По возможности избегайте контакта с пыльцой растений в сезон цветения или другими аллергенами.
- В легких случаях назначьте препараты «искусственная слеза» и рекомендуйте прохладные компрессы.
- При состоянии умеренной тяжести (если вышеописанные поддерживающие меры не приводят к облегчению симптомов):
  - назначьте антигистаминные препараты для местного применения, например азеластин 0,05%, кетотифен 0,025% или олопатадин 0,1%, в форме глазных капель по одной капле в каждый глаз 2–4 раза в день по мере необходимости в течение не более 4 недель;

— рассмотрите возможность назначить краткий курс пероральных антигистаминных препаратов (например, лоратадина) в дополнение к антигистаминным препаратам для местного применения или вместо них.

- При тяжелой или стойкой аллергии рассмотрите возможность направить ребенка к специалисту.

Системные заболевания

- Проведите лечение в соответствии с планом, составленным специалистом.

Неинфекционный невоспалительный конъюнктивит

Обычно в подобных случаях состояние улучшается в течение 24 часов. Лечите в соответствии с основной причиной:

- При воздействии химического вещества тщательно промойте глаза физиологическим раствором и рассмотрите возможность направить ребенка к офтальмологу для оценки состояния.
- При механическом повреждении назначьте смягчающие капли или мази для местного применения. В более тяжелых случаях рассмотрите возможность временного заклеивания век и рекомендуйте надевать защитный щиток на время сна. Информацию об удалении инородного тела см. на с. 529.
- Если ребенок носит контактные линзы, рекомендуйте на время отказаться от их использования.
- Если конъюнктивит вызван приемом лекарств, по возможности отмените соответствующий препарат. При необходимости проконсультируйтесь со специалистом.

Кератит

Кератит – это воспаление роговицы глаза, вызванное инфекцией (например, ВПГ, аденовирусом, вирусом кори, *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *Pseudomonas sp.*, акантамебой) или реакцией на химическое вещество.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Роговица: опухшая, мутная, с участками помутнения.
- Сильная боль в глазах.
- Может присутствовать снижение остроты зрения.

- Ношение контактных линз.

Лечение и направление к специалистам

- Направьте ребенка к офтальмологу для подтверждения диагноза и составления плана лечения.
- Проведите лечение в соответствии с планом, составленным специалистом, включая назначение специфических антибиотиков при бактериальной или грибковой инфекции и ацикловира при герпетической инфекции, а также кератопластику.
- При необходимости назначьте парацетамол или ибупрофен для облегчения боли (с. 594).

Увеит

Увеит – это воспаление сосудистой оболочки глазного яблока, к которому обычно приводят системные заболевания, например ювенильный идиопатический артрит, реактивный артрит, саркоидоз или воспалительное заболевание кишечника. Увеит часто бывает рецидивирующим и может вызывать слепоту.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Зрачок: сужен (миоз), неправильной формы, слабо реагирует на свет.
- Синехии на радужной оболочке.
- Покраснение вокруг роговицы (цилиарная инъекция).
- Одностороннее или двустороннее покраснение.
- Боль в глазах, светобоязнь.
- Снижение остроты зрения.

Лечение и направление к специалистам

- Направьте ребенка к офтальмологу для подтверждения диагноза.
- Проведите лечение увеита и первичного системного заболевания в соответствии с планом, составленным специалистом.

Склерит и эписклерит

Склерит и эписклерит – это воспаление соответственно склеры и эписклеры. В основном к его появлению приводят идиопатические аутоиммунные заболевания, например системная красная волчанка или пурпура Геноха – Шёнлейна.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Покраснение склеры и области вокруг роговицы (цилиарная инъекция) с более выраженным расширением кровеносных сосудов, чем при конъюнктивите.
- Как правило, поражен один глаз.
- Локальная боль.
- Очень скудные водянистые выделения.

Лечение и направление к специалистам

- Склерит и эписклерит относятся к заболеваниям, проходящим самостоятельно без лечения.
- Рассмотрите возможность направить ребенка к офтальмологу, который может назначить стероиды для местного применения, чтобы быстро снять симптомы.

Инородное тело

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Удар небольшим объектом в глаз, травма или использование контактных линз в анамнезе.
- Ощущение «песка в глазу» или инородного тела.
- Сильная боль в глазу, светобоязнь, беспокойство у ребенка младшего возраста.
- Как правило, поражен один глаз.
- Инородное тело может быть заметно невооруженным глазом или иметь микроскопический размер (оттяните верхнее веко, чтобы провести соответствующий осмотр).
- Изъязвление роговицы.

Лечение и направление к специалистам

- Если вы обнаружили инородное тело на роговице, попытайтесь удалить его с помощью промывания (при необходимости перед этим введите в глаз местный анестетик).
- Немедленно направьте ребенка к офтальмологу, если вы не можете удалить инородное тело и видите признаки проникающей травмы, изъязвления роговицы или кератита.

6.19.3 Воспаления окологлазничной области

Воспаление слезной железы (дакриоаденит) и слезного мешка (дакриоцистит) может сопровождаться воспалением окологлазничной области.

Флегмона – это инфекция мягких тканей окологлазничной области, расположенных либо перед глазничной перегородкой (пресептальная флегмона), либо позади нее. Последнее заболевание встречается реже, но может приводить к серьезным внутричерепным осложнениям.

Анамнез

- Время начала воспаления, его развитие и распространение, сопутствующие симптомы.
- Травмы, например рваные раны на коже, инфицированные укусы насекомых.
- Синусит.
- Инфекции лица или зубов.
- Инфекция верхних дыхательных путей.
- Офтальмологическая операция или операция на пазухах носа.

Физикальное обследование

Оцените следующие признаки:

- Сопутствующие признаки первичной инфекции, например выделения из носа и кровотечение при синусите, боль и отек периодонтальной области при абсцессе зуба.
- Острота зрения (с. 514).
- Движения глаз во всех направлениях и симметрия осей зрения (с. 514).
- Диплопия (двоение в глазах).
- Внешний вид поверхности глазных яблок, век и орбиты глаз.
- Реакция зрачков на свет.

Пресептальная флегмона

Пресептальная флегмона чаще встречается у детей младшего возраста и обычно протекает в легкой форме. Ее причиной является инфекция, в большинстве случаев из поверхностного источника.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Локальные травмы лица, укусы насекомых или животных, конъюнктивит, халязион в анамнезе.
- Отек и эритема век.
- Боль при прикосновении.
- Зрение не нарушено.
- Высокая температура (встречается реже, чем при флегмоне глазницы).



Осложнения

- Абсцесс века.

Лечение

- Назначьте амоксициллин с клавулановой кислотой 25 мг/кг 2 раза в сутки или цефуроксим аксетил перорально в течении 7–14 дней.

Последующее наблюдение

Назначьте повторный прием для осмотра через 48–72 часа или предложите опекунам обратиться раньше назначенной даты, если состояние ребенка ухудшится.

Направление к специалисту

Направьте ребенка в стационар для проведения в/в терапии антибиотиками в следующих случаях:

- ребенку меньше 1 года;
- ребенок не может принимать лекарства перорально;
- инфекция развивается стремительно, ребенок выглядит нездоровым;
- отсутствие улучшений на амбулаторном лечении после 2–3 дней перорального приема антибиотиков.

Флегмона глазницы

Флегмона глазницы чаще встречается у подростков. В большинстве случаев заражение происходит при инфекции верхних дыхательных путей (синусит), инфекциях зубов или локальных травмах. К основным патогенам относятся *S. pneumoniae* и *S. aureus*.

! Флегмона глазницы потенциально может стать причиной тяжелого заболевания.

Исключите менингеальные признаки (тошноту, рвоту и сонливость) и другие серьезные осложнения!

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Инфекции верхних дыхательных путей (синусит), инфекции зубов или локальные травмы в анамнезе.
- Проптоз (выпячивание глазного яблока).
- Движения глаз ограниченны и сопровождаются болью.
- Ухудшение зрения или двоение в глазах.
- Высокая температура, общее недомогание.
- Головная боль, заторможенность.

Осложнения

Флегмона глазницы может вызывать тяжелые осложнения, включая менингит, тромбоз венозных синусов, распространение инфекции в полость черепа, субпериостальный абсцесс орбиты и потерю зрения.

Лечение и направление к специалистам

- При подозрении на флегмону глазницы или подтвержденном диагнозе **немедленно направьте** ребенка в стационар для проведения дополнительных исследований (анализа крови и диагностической визуализации) и в/в антибиотикотерапии.
- Если госпитализация откладывается на длительное время, рассмотрите возможность введения первой дозы цефтриаксона в дозировке 50 мг/кг/прием в/в или в/м до госпитализации.

Дакриоаденит

Воспаление слезной железы, вызванное инфекцией (*S. aureus*, *S. pneumoniae*, ЦМВ, вирус кори, ВЭБ, энтеровирусы), травмой, редко саркоидозом или лейкемией. В детском возрасте встречается редко.

Симптомы

- Отек и покраснение в области слезной железы (наружная часть верхнего века).
- Боль и болезненность века.
- Слизисто-гнойные выделения из глаз.
- Может сопровождаться повышением температуры.

Осложнения

Пресептальная флегмона (с. 531), флегмона глазницы (с. 532) или абсцесс глазницы.

Лечение и направление к специалистам

- Назначьте амоксициллин с клавулановой кислотой 25 мг/кг 2 раза в сутки (не более 3 г/сут) или цефуроксим аксетил перорально в течении 7–14 дней.
- При абсцессе направьте ребенка к специалисту для проведения дренирования.

Дакриоцистит

Острая бактериальная инфекция или воспаление слезного мешка на фоне врожденной или приобретенной закупорки слезного канала (информацию о дакриостенозе см. на с. 536). Основными патогенами являются *S. aureus,* коагулазонегативные стафилококки, *H. influenzae*, *S. pneumoniae*.

Симптомы

- Отек и покраснение внутренней стороны нижнего верхнего века над слезным мешком.
- Болезненность, боль.
- Выделения из глаза в области слезного канала (нижнемедиально к внутреннему углу глаза).
- Повышенное слезоотделение (эпифора).

- Возможна флегмона глазницы.

Лечение и направление к специалистам

- Рекомендуйте прикладывать теплые влажные компрессы 4 раза в сутки.
- Назначьте амоксициллин с клавулановой кислотой 25 мг/кг 2 раза в сутки перорально в течении 7–14 дней или цефуроксим аксетил (дозировки см. в приложении 4).
- Рассмотрите возможность направить ребенка к хирургу для проведения дренирования.

НЕ бужируйте слезный канал в острой фазе инфекции, так как это может привести к распространению бактериальной инфекции!

6.19.4 Воспаления век

Блефарит

Воспаление ресничной кромки век, вызванное инфицированием *S. aureus* или дисфункцией мейбомиевых желез (редко).

Симптомы

- Покраснение, отек и зуд век.
- Корочки на ресницах, слипание век после сна.
- Чувство жжения.
- Ощущение «песка в глазу» или инородного тела.
- Боль в глазах.
- Светобоязнь.
- Слезотечение.

Осложнения

Гордеолум (ячмень) и халязион (см. ниже).

Лечение

- Назначьте антибиотики для местного применения, например азитромицин 1,5% или гентамицин 0,3% в форме капель или мази.

- Проконсультируйте родителей или опекунов по вопросам гигиены глаз; рекомендуйте ежедневно очищать веки осторожными массирующими движениями тампоном, смоченным теплой водой.

Гордеолум (ячмень)

Наружный ячмень появляется в результате инфицирования сальных желез, а внутренний – мейбомиевых желез века.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Небольшая болезненная припухлость на веке.
- Веко может быть гиперемированным и отекшим.
- Ячмень может развиться в абсцесс с желтыми выделениями.
- Внутренний ячмень: отек умеренный, более разлитый; верхушка ячменя часто выходит на обратную сторону века.
- Наружный ячмень: припухлость небольшого размера и расположена поверхностно.

Лечение и направление к специалистам

- Назначьте антибиотики для местного применения, например азитромицин 1,5% или гентамицин 0,3% в форме капель или мази.
- Рекомендуйте прикладывать теплые влажные компрессы 4 раза в сутки.
- При абсцессе направьте ребенка к специалисту для проведения дренирования.

Халязион

Хроническая инфекция мейбомиевых желез, вызванная нарушением нормального оттока.

Симптомы

- Ограниченный, медленно увеличивающийся узелок.
- Боль и покраснение отсутствуют.

Лечение и направление к специалистам

- Рекомендуйте прикладывать теплые влажные компрессы 4 раза в сутки и соблюдать надлежащую гигиену век.
- Если симптомы сохраняются по прошествии нескольких недель, направьте ребенка к специалисту.

6.19.5 Избыточное слезоотделение

Избыточное или повышенное слезоотделение (эпифора) свидетельствуют о поражении (обычно сужении или закупорке) слезного канала.

Дакриостеноз

Причиной дакриостеноза является закупорка слезного мешка или слезного канала. Чаще всего это заболевание является врожденным, но иногда бывает приобретенным.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Избыточное слезоотделение в течение 2–4 недель после рождения (врожденное).
- При приобретенной форме: хронический конъюнктивит, травма, гранулематозные заболевания (например, саркоидоз, гранулематоз в сопровождении ангиопатии) в анамнезе.
- Обычно односторонний, но может быть и двусторонним.
- При приобретенной форме: симптомы основного заболевания.

Осложнения

Острый или хронический дакриоцистит (с. 533).

Лечение и направление к специалистам

- Большинство врожденных случаев проходят самостоятельно или с помощью массажа слезного мешка и носового прохода, а также теплых компрессов.
- Если лечение врожденного случая не дает результата в течение нескольких месяцев, направьте ребенка к ЛОР-специалисту для расширения или стентирования канала.
- При приобретенном случае: лечите основную причину заболевания.

Глаукома

Термин «глаукома» объединяет группу офтальмологических заболеваний, вызывающих повышение внутриглазного давления. Эти заболевания редко встречаются в младенческом и детском возрасте, однако угрожают потерей зрения. Глаукома может приводить к повреждению зрительного нерва на фоне повышенного внутриглазного давления. Ранняя диагностика заболевания имеет решающее значение.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

Симптомы глаукомы широко варьируют в зависимости от возраста ребенка и степени повышения внутриглазного давления.

- Классическая триада симптомов первичной инфантильной глаукомы:
  - повышенное слезоотделение (эпифора);
  - светочувствительность (светобоязнь);
  - непроизвольное плотное смыкание век (блефароспазм).
- Потеря зрения.
- Асимметричность размеров глазных яблок.
- Помутнение или увеличение роговицы.

Направление к специалисту

Направьте ребенка к офтальмологу для проведения дополнительных исследований и назначения лечения.

6.19.6 Белый зрачковый рефлекс (лейкокория)

Ретинобластома

Ретинобластома – это редко встречающееся первичное внутриглазное злокачественное новообразование у детей.

! Лейкокорию следует рассматривать как признак ретинобластомы, пока не будет доказано обратное.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Чаще всего возникает в возрасте до 3 лет.
- Белый зрачковый рефлекс обнаруживается на фотографиях или в виде отсутствия розового рефлекса с глазного дна при контрольном посещении здорового ребенка в период от рождения до 72 часов жизни (с. 27), в возрасте 1 недели (с. 32) или 1 месяца (с. 35).
- Страбизм, сохраняющийся в возрасте свыше 3 месяцев.
- Потеря зрения.
- Обычно односторонняя, редко двусторонняя.
- Боль и покраснение глаза.
- При офтальмоскопии: серовато-белая васкуляризованная опухоль сетчатки.

Направление к специалисту

Немедленно направьте ребенка с лейкокорией к офтальмологу для проведения дополнительных исследований и назначения лечения.

Катаракта

Катаракта – это помутнение хрусталика. Она может быть врожденной (наследственной или вызванной врожденными инфекциями, включая краснуху, гепатит, паротит, токсоплазмоз) или приобретенной (на фоне приема лекарств, например длительного лечения глюкокортикостероидами, травмы глаза, облучения, диабета, синдрома Дауна).

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Врожденная катаракта:
  - Лейкокория (белый зрачковый рефлекс), обнаруженная на фотографиях или в виде отсутствия розового рефлекса с глазного дна во время медицинского осмотра.
  - Страбизм.
  - Нистагм.
- Снижение остроты зрения.
- Серовато-белое помутнение хрусталика, обычно двустороннее и безболезненное.

Направление к специалисту

Немедленно направьте ребенка к офтальмологу для подтверждения диагноза и назначения лечения.

6.20 Головная боль

Головная боль часто встречается у детей, причем ее распространенность увеличивается с приближением к подростковому возрасту. Основная цель диагностического подхода заключается в том, чтобы отличить первичную головную боль от вторичной, при которой может потребоваться специфическая диагностика и лечение (таблица 76, с. 542).

Анамнез

- Резкое начало или постепенное ухудшение.
- Частота приступов, время суток, провоцирующие факторы.
- Локализация боли: с одной или с обеих сторон головы, разлитая, в затылке.
- Присутствуют ли ощущения пульсации, стягивания головы.
- Сопутствующие симптомы:
  - — Высокая температура.
  - — Рвота.
  - — Кашель, симптомы поражения ушей.
  - — Звукобоязнь (чувствительность к звукам), светобоязнь (светочувствительность).
  - — Ухудшение зрения, впервые возникшее косоглазие.
  - — Судороги.
  - — Перед возникновением головной боли отмечается аура, например ребенок видит вспышки, отблески или у него затуманивается зрение.
  - — Головная боль возникает при изменении позы: когда ребенок ложится, встает, выполняет пробу Вальсальвы.
- Симптомы повышенного внутричерепного давления:
  - — головные боли и рвота при пробуждении;
  - — тошнота, рвота, сонливость, беспокойство или спутанность сознания, двоение в глазах.
- Социальные проблемы, обстановка в семье.
- Изменения личности.
- Физическая активность, достаточная продолжительность сна, количество выпиваемой жидкости.

- Прием лекарств против головной боли (название препарата, дозировка, частота приема).
- История болезни: черепно-мозговая травма или травма шеи, ВИЧ-инфекция, серповидно-клеточная анемия, нейрохирургическая операция или установка вентрикулоперитонеального шунта в анамнезе.
- Недавние поездки: контакт с арбовирусами.

Физикальное обследование

Проведите физикальное обследование, включая проверку неврологического статуса и осмотр ЛОР-органов. При возможности проведите офтальмоскопию. Ищите следующие признаки:

- Болезненность лица при пальпации, воспаление слизистых оболочек и гнойные выделения из носа.
- Болезненность височно-нижнечелюстного сустава или висков при пальпации.
- Кариес, гингивит, абсцесс полости рта.
- Поражения кожи: «винное пятно» (невус пламенеющий) (с. 172), кофейные пятна, нейрофибромы, депигментированные пятна листовидной формы.
- Снижение остроты зрения (с. 518).
- Скорость увеличения окружности головы выше нормы (необходимо измерять у всех детей).
- Признаки повышенного внутричерепного давления: гипертензия, брадикардия и нарушение регулярности дыхания (триада Кушинга).
- Петехии или пурпура.
- Менингеальные знаки: ригидность затылочных мышц, светобоязнь (светочувствительность).
- Измененное состояние психики, снижение уровня сознания, атаксия, снижение мышечного тонуса и силы, отсутствие рефлексов, шаткая походка, отклонения при обследовании черепных нервов.
- Избыточный вес или ожирение.
- Гипертензия.
- Высокая температура.

Лабораторные и инструментальные исследования

Как правило, при отсутствии тревожных признаков в проведении исследований нет необходимости.

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ – немедленно направьте ребенка в стационар при наличии следующих симптомов:

- Менингеальные знаки: ригидность затылочных мышц, светобоязнь.
- Внезапно начавшаяся сильная головная боль.
- Учащающиеся приступы сильной головной боли.
- Повторяющиеся приступы головной боли, сконцентрированной в одной и той же точке.
- Возраст ребенка составляет менее 6 лет.
- Ребенок или подросток просыпается от головной боли.
- Признаки и симптомы повышенного внутричерепного давления.
- Измененное состояние психики, выраженная заторможенность или поведенческие изменения.
- Конвульсии или судороги.
- Наличие вентрикулоперитонеального шунта или нейрохирургическая операция в анамнезе.
- Тяжелая степень гипертензии.

Дифференциальная диагностика

Примечание: у пациентов, страдающих известными головными болями напряжения или мигренью, также может возникать головная боль, обусловленная другими острыми причинами.

Таблица 76. Дифференциальная диагностика при головной боли

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Распространенные причины	
Вирусные заболевания, включая острый синусит (с. 252) и простуду (с. 210)	• Головная боль в области лба • Насморк • Высокая температура, кашель, повышенная утомляемость, зубная боль, боль или ощущение заложенности в ухе, нарушение носового дыхания, галитоз, болезненность лица при пальпации
Головная боль напряжения (с. 546)	• Легкая или умеренная головная боль, разлитая либо затрагивающая обе стороны головы или затылок, без пульсации, с ощущением стягивания • Отсутствие признаков мигрени • Отсутствие тошноты или рвоты • Отсутствие отклонений при неврологическом обследовании • Болезненность головы при пальпации • Иногда на шее можно нащупать точки, при нажатии на которые боль усиливается
Мигрень (с. 547)	• Рецидивирующая головная боль, которой часто предшествует аура, например в виде зрительных образов: вспышки перед глазами, зигзагообразные линии, скотомы, затуманенность зрения • Односторонняя пульсирующая головная боль • Светобоязнь • Тошнота, рвота, боль в животе • Слезотечение, покраснение глаз, возможен отек окологлазничной области • Затруднения при поиске нужного слова • Слабость
Нарушения зрения (с. 518)	• Снижение остроты зрения на фоне аномалий рефракции (с. 518) • Прищуривание глаз для фокусировки зрения • Усталость, головные боли, снижение концентрации • Ребенку трудно читать с доски или смотреть телевизор

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Менее распространенные причины	
Идиопатическая внутричерепная гипертензия (ложная опухоль головного мозга)	• Головная боль (от умеренной до сильной) • Нарушения зрения, звон в ушах в такт ударам сердца • Тошнота, рвота • Избыточный вес или ожирение • Чаще встречается у девочек
Кариес, гингивит или абсцесс полости рта	• Как правило, боль локализована в области рта, но может проявляться как боль в лице или головная боль
Головная боль после сотрясения мозга	• Черепно-мозговая травма в анамнезе • Период хорошего самочувствия между моментом травмы и началом головной боли • Может сопровождаться головокружением, тошнотой, затуманенностью зрения, нарушениями сна • Может продолжаться несколько месяцев
Менингит **(с. 272)**	• Высокая температура • Светобоязнь, звукобоязнь • Ригидность затылочных мышц • Беспокойство • Петехии/пурпура • Конвульсии, снижение уровня сознания • Рвота
Энцефалит	• Парциальные судороги • Высокая температура, контакт с возбудителем инфекции (например, вирусом герпеса или арбовирусами) • Измененное состояние психики в диапазоне от незначительных дефицитарных нарушений до полного отсутствия реакции; очаговые двигательные или или сенсорные неврологические нарушения; нарушения речи; гипертрофия глубоких сухожильных или патологических рефлексов

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Синдром височно-нижнечелюстного сустава (синдром Костена) (с. 545)	• Постоянная пульсирующая боль, часто возникающая при сжатии зубов и других движениях челюстей • Движение челюстей или напряжение мышц челюсти провоцирует возникновение боли • Щелчки или ограниченность движений челюсти
Сосудистая патология	• Резкое начало головной боли • Измененное состояние психики • Очаговые неврологические симптомы
Нейрокутанный синдром	• Семейный анамнез • Поражения кожи, например «винное пятно», кофейные пятна, нейрофибромы, депигментированные пятна листовидной формы • Судороги • Нарушения зрения • Проблемы с учебой
Гипертензивная энцефалопатия (с. 397)	• Сильная головная боль • Повышенное артериальное давление • Симптомы и признаки повышенного внутричерепного давления
Ишемический инсульт и внутричерепное кровоизлияние	• Резкое начало головной боли • Парциальные судороги • Симптомы повышенного внутричерепного давления: беспокойство, рвота, очаговые неврологические признаки, измененное состояние сознания
Опухоль головного мозга	• Постоянная рвота или тошнота • Частые приступы головной боли, особенно при пробуждении • Необычные движения глаз, затуманенность зрения, двоение в глазах • Припадки или судороги • Менингеальные явления и светобоязнь • Поведенческие изменения, особенно заторможенность • Нарушения равновесия, походки, координации движений • Необычное положение головы (например, наклон вбок)

Лечение и направление к специалистам

- Лечите в соответствии с диагнозом или основной причиной. См. ссылки на страницы в таблице выше.
- **Немедленно** направьте ребенка к специалисту при любых признаках следующих патологий:
  - Идиопатическая внутричерепная гипертензия (ложная опухоль головного мозга)
  - Менингит, энцефалит.
  - Головная боль, обусловленная травмой.
  - Сосудистая патология.
  - Ишемический инсульт и внутричерепное кровоизлияние.
  - Нейрокутанный синдром.
  - Гипертензивная энцефалопатия.
- При необходимости направьте ребенка к специалисту (в зависимости от предполагаемого основного заболевания) для подтверждения диагноза и начала лечения.
- При кариесе, гингивите или абсцесс полости рта направьте ребенка к стоматологу.

Последующее наблюдение

- Если состояние ребенка не требует немедленного направления к специалисту, назначьте повторный прием через 5 дней в случае сохранения симптомов.
- Предложите опекунам обратиться раньше назначенной даты, если состояние ребенка или подростка ухудшится.
- Если во время повторного приема обнаружится, что головные боли не прошли, направьте ребенка или подростка к специалисту.
- Если у ребенка имеется какое-либо конкретное заболевание или патология, ознакомьтесь с планом, составленным специалистом, и проведите лечение в соответствии с ним.

6.20.1 Синдром височно-нижнечелюстного сустава (синдром Костена)

- Рекомендуйте прикладывать грелку к пораженной области.
- Рекомендуйте есть мягкую пищу и не открывать рот широко.

- При необходимости назначьте для облегчения боли нестероидные противовоспалительные препараты, например ибупрофен (с. 597).
- При отсутствии улучшения через 1–2 недели направьте ребенка к стоматологу.

6.20.2 Головная боль напряжения

Распространенность головной боли напряжения увеличивается с возрастом. Она чаще встречается у девочек.

Диагностика

Диагноз ставится на основе следующих клинико-диагностических критериев, если у ребенка было не менее 10 приступов головной боли:

- Каждый приступ длится от 30 минут до 7 дней.
- Присутствуют как минимум два из перечисленных ниже признаков:
  - боль охватывает обе стороны головы;
  - ощущение давления или стискивания, отсутствие пульсации;
  - небольшая или умеренная интенсивность;
  - не усугубляется при физической нагрузке (например, ходьбе или подъеме по лестнице).
- Соблюдены оба перечисленных ниже условия:
  - отсутствие тошноты или рвоты;
  - отсутствие светобоязни или звукобоязни.

Головная боль напряжения не имеет четкой локализации, не сопровождается пульсацией, не сильная и не усугубляется при физической нагрузке.

Головная боль напряжения подразделяется на следующие виды:

- Нерегулярная – менее 1 дня в месяц, менее 12 дней в год.
- Регулярная – 1–14 дней в месяц в течение более 3 месяцев, 12–180 дней в год.
- Хроническая – более 15 дней в месяц или более 180 дней в год.

Лечение

- Во время острой фазы заболевания при необходимости назначьте парацетамол или ибупрофен для облегчения боли (с. 597).
- Успокойте подростка и опекунов. Подтвердите факт головной боли, объясните, как развивается это состояние.
- Объясните опекунам, как избегать факторов, провоцирующих головную боль:
  - пить достаточно воды, регулярно питаться (включая завтрак), вести физически активный образ жизни и обеспечивать полноценный сон;
  - избегать употребления кофеина, табака и алкоголя, а также ограничивать время, проводимое перед экраном;
  - снизить уровень стресса.

6.20.3 Мигрень

Мигрень часто встречается как у девочек, так и у мальчиков. При мигрени может присутствовать или отсутствовать аура, то есть преходящие очаговые неврологические симптомы, которые предшествуют возникновению головной боли или сопровождают ее.

Диагностика

Диагноз ставится на основе следующих клинико-диагностических критериев.

Мигрень без ауры

- A. Не менее 5 приступов, удовлетворяющих критериям B–D.
- B. Приступы головной боли продолжительностью от 2 до 48 часов (при отсутствии или неэффективности лечения).
- C. Головная боль отвечает двум или более из нижеследующих характеристик:
  - односторонняя;
  - пульсирующая;
  - умеренная или сильная;
  - усугубляется при обычной физической нагрузке (например, ходьбе или подъеме по лестнице) или заставляет отказываться от нее.

- D. Во время приступа головной боли присутствует как минимум один из перечисленных ниже признаков:
  - тошнота и/или рвота;
  - светобоязнь и звукобоязнь.

Мигрень с аурой

- A. Не менее 2 приступов, удовлетворяющих критериям B и C.
- B. Один или более полностью обратимых симптомов ауры:
  - зрительные;
  - сенсорные;
  - речевые;
  - двигательные;
  - относящиеся к стволу головного мозга;
  - относящиеся к сетчатке.
- C. Три или более из нижеследующих характеристик:
  - один или более симптом ауры нарастает постепенно в течение 5 минут или более;
  - два или более симптома возникают одновременно;
  - каждый отдельный симптом ауры длится от 5 до 60 минут;
  - один или более симптом ауры отмечается только с одной стороны;
  - один или более симптом ауры носит позитивный характер (возникновение вспышек, ощущение покалывания);
  - головная боль возникает одновременно с аурой или в течение 60 минут после ее начала.

Лечение

Целью лечения является снижение частоты, продолжительности и тяжести приступов мигрени.

Купирование приступов

Своевременное лечение во время приступов мигрени имеет важное значение.

- При необходимости назначьте для облегчения боли парацетамол или ибупрофен. Не следует принимать эти препараты свыше 14 дней в месяц. Если парацетамол и ибупрофен не дают эффекта, рассмотрите возможность направить ребенка к специалисту для оценки состояния и возможного назначения триптанов детям старше 12 лет.
- Рекомендуйте во время приступа мигрени отдых или сон в затемненном тихом помещении.
- При сильной тошноте и рвоте, которые мешают спать, рассмотрите возможность назначить противорвотный препарат, например ондансетрон 0,15 мг/кг однократно. Следует помнить о потенциальных побочных эффектах ондансетрона (со стороны сердечно-сосудистой системы и увеличение времени кишечного транзита). Не назначайте метоклопрамид, поскольку он вызывает серьезные побочные эффекты у детей.

Профилактика

- Объясните опекунам, как избегать факторов, провоцирующих головную боль:
  - пить достаточно воды, регулярно питаться (включая завтрак), вести физически активный образ жизни и обеспечивать полноценный сон;
  - избегать употребления кофеина, табака и алкоголя, а также ограничивать время, проводимое перед экраном;
  - снизить уровень стресса.
- Если частота и тяжесть приступов мигрени мешают ребенку посещать школу и общаться со сверстниками, направьте его к специалисту для возможного назначения профилактической медикаментозной терапии (пропранолол, топирамат).

6.21 Судороги

Судороги у детей чаще всего бывают связаны с высокой температурой (фебрильные судороги, с. 556).

Эпилептические приступы возникают по причине чрезмерного усиления активности мозга, которое возникает периодически и обычно проходит самостоятельно, и длятся от нескольких секунд до нескольких минут.

Эпилептические приступы подразделяются на следующие виды:

- *Парциальные (локальные, фокальные) приступы* затрагивают одно полушарие мозга. Они могут сопровождаться или не сопровождаться потерей сознания, а также проявляться моторными признаками (движениями) либо потоотделением или зрительными и слуховыми симптомами.
- *Генерализованные приступы* затрагивают оба полушария мозга. Они могут выглядеть как двусторонние судорожные приступы (сопровождаемые заметными движениями, такими как мышечные подергивания и спазмы) или несудорожные приступы (абсансы) (таблица 78, с. 560).

Эпилептические приступы могут быть:

- *провоцируемыми (симптоматическими):* на фоне какого-либо острого нарушения здоровья, например гипогликемии (с. 710), нарушения электролитного баланса, высокой температуры (с. 261), менингита (с. 272), энцефалита, черепно-мозговой травмы, приема лекарств, употребления наркотиков (амфетаминов или кокаина);
- *непровоцируемыми (идиопатическими):* при отсутствии основной острой патологии.

Диагноз **«эпилепсия»** (с. 559) ставится после двух или более непровоцируемых эпилептических приступов с интервалом более 24 часов.

Эпилептический статус – это один приступ длительностью более 5 минут или несколько приступов в течение 5-минутного периода, между которыми ребенок не возвращается к нормальному уровню сознания.

Эпилептический статус представляет собой **СОСТОЯНИЕ, ТРЕБУЮЩЕЕ НЕОТЛОЖНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**. **Немедленно проведите лечение** (с. 858).

Анамнез

- Описание приступа: продолжительность, характер движений, непроизвольное мочеиспускание, глаза ребенка открыты (эпилептический приступ) или закрыты (неэпилептический приступ).
- События, сопутствующие приступу: высокая температура, ранение, травма, отравление, основные заболевания.
- Постиктальная оценка состояния (состояние психики, остаточный очаговый дефицит).
- Другие симптомы: головная боль, тошнота, рвота, нарушения зрения, поведенческие изменения, потеря сознания.
- Анамнез развития.
- Эпилепсия в семейном анамнезе.
- Прием лекарств, употребление наркотиков.
- Черепно-мозговая травма в анамнезе.
- Недавняя поездка.

Полезно попросить опекунов снять на видео один из приступов, так как запись поможет подтвердить эпилептический приступ и определить его вид.

Физикальное обследование

Во время приступа: контролируйте показатели жизненно-важных функций, проведите оценку по алгоритму ABCDE (A [airway] – дыхательные пути, B [breathing] – дыхание, C [circulation] – кровообращение, D [disability] –неврологический статус, E [exposure] – повреждения) (с. 846) и лечите судороги (с. 858).

Проведите физикальное обследование, включая тщательное неврологическое обследование. Проверьте следующее:

- Уровень сознания по шкале AVPU: A [alert] – в ясном сознании, V [voice] – реагирует на голос, P [pain] – реагирует на боль, U [unconcious] – без сознания.
- Нарушения движения глаз, нистагм, отсутствие реакции зрачков на свет или неодинаковый размер зрачков.
- Менингеальные знаки:
  - В возрасте до 1 года: беспокойство при осмотре головы или ног либо выбухание родничка.

— В возрасте старше 1 года: ригидность затылочных мышц.

- Признаки травмы (переломы, кровоподтеки и другие повреждения).
- Высокая температура.
- Снижение мышечного тонуса и силы, отсутствие рефлексов, шаткая походка.

Дифференциальная диагностика

Проведите дифференциальную диагностику эпилептического приступа (с. 559) и неэпилептических явлений (таблица 77). Неэпилептические явления похожи на эпилептические приступы, но не связаны с аномальной активностью мозга (электроэнцефалограмма показывает нормальную картину). Во время неэпилептического явления глаза ребенка обычно закрыты, а во время эпилептического приступа – открыты.

Таблица 77. Дифференциальная диагностика неэпилептических явлений в зависимости от возраста

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Младенцы и дети	
Приступы задержки дыхания (с. 394)	• Здоровый ребенок • Приступы начинаются в 6–24 месяца и могут длиться до 6 лет • Провоцирующие факторы: боль, гнев или страх • Цианоз или бледность • Задержка дыхания перед потерей сознания
Двигательное возбуждение	• У новорожденных в возрасте до 1 месяца • Чрезмерный испуг как реакция на прикосновение или громкий звук • Ритмичные движения взад-вперед • Новорожденный бодрствует и выглядит здоровым
Доброкачественный неонатальный миоклонус сна	• Встречается в первые недели жизни, проходит самостоятельно в 2–3 месяца • Повторяющиеся симметричные миоклонические судороги обеих рук или ног • Присутствует только во сне и проходит при пробуждении

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Ночные кошмары, ночные страхи	• Обычно встречаются в возрасте 5–7 лет и проходят к подростковому возрасту • Ребенок внезапно просыпается, испытывая возбуждение и страх, о чем свидетельствует выражение лица, издаваемые звуки, потливость и тахикардия, а затем самостоятельно засыпает снова
Обморок (с. 390)	• Внезапная краткосрочная потеря сознания • Спонтанное полное восстановление
Психогенный неэпилептический приступ	• Дети старшего возраста с депрессией или тревожным расстройством • Приступы сопровождаются двигательной активностью (дрожь, толчкообразные движения таза), напоминающей генерализованный эпиприступ, но ребенок остается в сознании, а его глаза плотно зажмурены
Опистотоническая поза (с. 353)	• Синдром Сандифера («дистоническая кривошея»): ребенок грудного возраста дугообразно изгибает спину • Беспрепятственное срыгивание или рвота после кормления или приема пищи по причине гастроэзофагеального рефлюкса
Приступы гнева	• Внезапные неконтролируемые вспышки гнева: крики, вопли, ярость, физическая агрессия • Редко бывают связаны с лимбическими приступами
Приступы дрожи у детей грудного возраста	• Редкое безвредное явление у детей грудного и раннего возраста • В течение нескольких секунд ребенок дрожит и напрягается, смотрит в пространство и выглядит отсутствующим, а затем быстро приходит в норму • Уровень сознания остается нормальным • Приступы никогда не происходят во сне: обычно во время кормления, когда ребенок испытывает возбуждение или стресс

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Подростки	
Мигрень (с. 547)	• Рецидивирующие приступы головной боли • Базилярная мигрень может проявляться потерей или изменением уровня сознания, зрительными галлюцинациями, слепотой, гемипарезом, атаксией
Тики	• Внезапные короткие, быстрые, но сложные движения или звуки, иногда повторяющиеся • Могут проходить при отвлечении внимания
Стереотипии	• Навязчивые движения или позы – например удары головой обо что-либо, раскачивание, взмахи руками, скрещивание и выпрямление ног • Могут проходить при отвлечении внимания или быть подавлены усилием воли • Чаще встречаются у детей с аутизмом (с. 671), шизофренией (с. 642) или психическими расстройствами (с. 762)

Лабораторные и инструментальные исследования

Если у ребенка или новорожденного произошел первый приступ неясной этиологии, после которого не восстановился нормальный уровень сознания, рассмотрите возможность проведения следующих исследований для исключения острой патологии. При необходимости направьте ребенка к специалисту:

- Общий анализ крови, включая СРБ, глюкозу, мочевину, креатинин, электролиты, газы крови, токсикологическое исследование.
- После исключения объемного поражения головного мозга путем тщательного неврологического обследования (или диагностической визуализации мозга в соответствующих случаях) – люмбальная пункция при подозрении на менингит или энцефалит.
- Если вышеуказанные первичные исследования не выявили острую патологию, приступ может быть непровоцируемым. Направьте ребенка к специалисту для проведения дополнительных исследований (например, ЭЭГ и диагностической визуализации).

Направление к специалисту

- Немедленно направьте ребенка к специалисту для проведения диагностической визуализации при парциальном приступе, новых очаговых неврологических признаках, выявленных при обследовании, или длительном сохранении измененного уровня сознания после приступа.
- При провоцируемом приступе рассмотрите возможность направить ребенка в стационар в зависимости от основной причины. Ребенок с фебрильными судорогами и отсутствием остаточных симптомов после окончания острой фазы приступа не нуждается в направлении к специалисту.
- При повторных приступах у ребенка без диагностированной эпилепсии или с известной эпилепсией направьте его к специалисту для возможной корректировки медикаментозной терапии.

Лечение

- Стабилизируйте состояние ребенка и лечите судороги (с. 858).
- Лечите в соответствии с основной причиной:
  - — информацию о лечении фебрильных судорог см. на с. 557;
  - — при эпилепсии (с. 559) проведите лечение в соответствии с планом, составленным специалистом.
- Объясните опекунам план действий при судорогах (блок рекомендаций 35, с. 556).

Блок рекомендаций 35. План действий по оказанию первой помощи при судорогах

План действий по оказанию первой помощи при судорогах



- Сохраняйте спокойствие. Оставайтесь с ребенком и обеспечьте ему комфорт.
- Засеките время начала приступа. Если приступ длится более 5 минут, вызовите скорую помощь.
- Уберите подальше опасные предметы, чтобы защитить ребенка от травмы.
- Если у ребенка конвульсии, не пытайтесь ограничить его движения и не кладите ничего ему в рот.
- Если ребенок лежит:
  - подложите ему под голову что-нибудь мягкое и расстегните тугой воротник (развяжите шарф и т. д.);
  - когда приступ закончится, переверните ребенка на бок и подождите, пока он не сможет сесть без посторонней помощи.
- Успокойте ребенка, приласкайте его и скажите что-нибудь утешительное, особенно если после приступа он находится в смятении, испуган или дезориентирован.
- Если у ребенка имеется известный эпилептический синдром, дайте ему противосудорожное средство в соответствии с назначением врача.

6.21.1 Фебрильные судороги

Фебрильные судороги встречаются у 2–5% детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, причем пик их распространенности приходится на возраст 12–18 месяцев. Большинство таких судорог имеет продолжительность от 3 до 5 минут.

Фебрильные судороги безвредны и не приводят к повреждению головного мозга.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Высокая температура.
- Вирусная инфекция.
- Недавно сделанная прививка.
- Фебрильные судороги в семейном анамнезе.

Простые (типичные) фебрильные судороги

- Короткий генерализованный приступ продолжительностью менее 15 минут.
- Не повторяются в течение 24 часов.
- Возникают в период высокой температуры, не связанной с острым заболеванием нервной системы.
- Поражают детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет.
- Неврологический дефицит отсутствует.

Сложные (атипичные) фебрильные судороги

- Очаговый или генерализованный более длительный приступ продолжительностью свыше 15 минут.
- Более одного приступа в течение 24 часов.
- После приступа сохраняется неврологический дефицит, например краткосрочный паралич.
- Возникают при предыдущих неврологических дефицитах.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Рассмотрите возможность проведения исследований для определения причины высокой температуры (с. 266).
- При простых фебрильных судорогах диагностическая визуализация и электроэнцефалография (ЭЭГ) не показаны.
- Если ребенок младше 1 года или за последние 24 часа у него неоднократно наблюдались продолжительные приступы, исключите менингит (с. 272).

Лечение

- В большинстве случаев фебрильные судороги проходят самостоятельно и продолжаются менее 5 минут. При большей продолжительности судорог см. схему 12, с. 858.

НЕ назначайте профилактическую терапию противосудорожными препаратами для предотвращения фебрильных или афебрильных судорог.

- Успокойте опекунов и объясните им:
  - как ухаживать за ребенком с высокой температурой в домашних условиях (блок рекомендаций 25, с. 267);
  - что фебрильные судороги безвредны (блок рекомендаций 36, с. 558);
  - что делать при судорогах (блок рекомендаций 35, с. 556).

Направление к специалисту

Направьте ребенка в больницу в следующих ситуациях:

- диагноз «фебрильные судороги» вызывает сомнения;
- при первом эпизоде сложных фебрильных судорог (для наблюдения после острой фазы приступа и проведения дополнительных исследований);
- при подозрении на менингит или другую серьезную причину повышения температуры.

Направьте ребенка к специалисту, если судороги возникают часто.

Блок рекомендаций 36. Фебрильные судороги

Фебрильные судороги

Фебрильные судороги – это конвульсии, которые возникают по причине реакции мозга на высокую температуру. Они кажутся опасными, но проходят самостоятельно через несколько минут и не вызывают каких-либо нарушений здоровья. Эти судороги не свидетельствуют о том, что у вашего ребенка есть или будет эпилепсия.

Примерно у каждого третьего ребенка фебрильные судороги случаются чаще одного раза; второй эпизод обычно происходит через 6–12 месяцев после первого. У большинства детей фебрильные судороги исчезают к 5 годам.

Специфических методов профилактики фебрильных судорог не существует. При высокой температуре (≥ 39 °C), если она причиняет ребенку дискомфорт, дайте ему парацетамол или ибупрофен.

Обратитесь к врачу, если ребенок:

- перенес более одного приступа в течение 24 часов;
- очень сонливый или беспокойный;
- страдает от сильной головной боли или рвоты.

6.21.2 Эпилепсия

Диагноз «эпилепсия» ставится после двух или более непровоцируемых эпилептических приступов с интервалом более 24 часов в отсутствие заболевания, высокой температуры или острого повреждения головного мозга.

Эпилептические синдромы

В период от раннего младенческого до позднего подросткового возраста у ребенка могут возникать различные виды эпилептических синдромов (таблица 78).

Лечение

- Направьте ребенка к неврологу, чтобы определить тип эпилепсии и назначить медикаментозную терапию.

Дети и подростки с эпилепсией должны вести обычную жизнь, как и все остальные дети, соблюдая при этом некоторые меры предосторожности.

Противоэпилептические препараты

Цель лечения заключается в том, чтобы добиться отсутствия приступов, одновременно с этим избежав побочных эффектов от лекарств. В тяжелых случаях группа специалистов должна добиться компромисса между снижением частоты приступов и смягчением побочных эффектов, чтобы добиться максимально высокого достижимого качества жизни для ребенка и его семьи.

- Проведите лечение в соответствии с планом, составленным специалистом. По возможности применяйте монотерапию.
- Совместно со специалистом регулярно проверяйте возникновение побочных эффектов от противоэпилептических препаратов (таблица 79).
- При применении фенитоина контролируйте концентрацию препарата в организме. При применении других противоэпилептических препаратов контролируйте их концентрацию в организме только при возникновении побочных эффектов или отсутствия реакции на терапию.
- При отсутствии реакции на терапию проверьте соблюдение режима лечения.

Таблица 78. Распространенные виды эпилептических синдромов у детей

Эпилептический синдром	Характеристики
Доброкачественная детская эпилепсия	• Охватывает 15% случаев детской эпилепсии • Возникает в возрасте от 3 до 10 лет • Парциальные моторные приступы без потери создания (часто по ночам) • Может переходить в генерализованные тонико-клонические приступы • Необходимость применения противоэпилептических препаратов может отсутствовать
Юношеская абсансная эпилепсия	• Охватывает до 12% случаев детской эпилепсии • Возникает в возрасте от 4 до 10 лет • Ребенок перестает осознавать обстановку или свои действия или на несколько секунд застывает, глядя в пространство • Заболевание хорошо реагирует на медикаментозную терапию • Может проходить самостоятельно к 12 годам
Ювенильная миоклоническая эпилепсия	• Начинается в возрасте от 12 до 18 лет • Приступы могут быть миоклоническими (затрагивающими верхнюю половину тела), генерализованными или абсансными • Приступы могут начинаться после пробуждения • Возникновение приступов могут провоцировать усталость, стресс и алкоголь • Заболевание реагирует на медикаментозную терапию • Может сохраняться во взрослом возрасте, но в этом случае предрасположенность к судорогам может быть незначительной
Младенческие судороги	• Возникают в течение первого года жизни • Кратковременные спазмы (подергивания) групп мышц, затрагивающие шею, руки, ноги или все тело • Могут быть связаны с долгосрочными трудностями с учебой и поведенческими нарушениями в дальнейшем

Таблица 79. Противоэпилептические препараты и контроль за их побочными эффектами

Противоэпилептический препарат	Побочные эффекты	Методы контроля
Карбамазепин	Лейкопения, двоение в глазах, заторможенность, атаксия, сыпь, гепатотоксичность	Общий анализ крови, печеночные ферменты; концентрация препарата в организме – только при наличии клинических тревожных признаков
Клоназепам	Привыкание, сонливость, набор веса, избыточное слюноотделение, когнитивные нарушения	—
Этосуксимид	Тошнота, боль в животе	—
Габапентин	Заторможенность, головокружение, атаксия, сыпь	—
Ламотриджин	Сыпь, атаксия, двоение в глазах, головная боль	—
Леветирацетам	Поведенческие изменения	—
Окскарбазепин	Сонливость, гипонатриемия	Уровень Na+ в сыворотке крови
Фенобарбитал	Гиперактивность, сыпь и синдром Стивенса – Джонсона, сонливость, когнитивные нарушения	Концентрация препарата в организме – только при наличии клинических тревожных признаков
Фенитоин	Гиперчувствительность, гиперплазия десен, гирсутизм, атаксия, лимфаденопатия, сыпь и синдром Стивенса – Джонсона, волчаночный синдром	Концентрация препарата в организме, так как с увеличением дозы она растет нелинейно

Противоэпилептический препарат	Побочные эффекты	Методы контроля
Топирамат	Заторможенность, спутанность сознания, глаукома, отсутствие аппетита, камни в почках	—
Вальпроевая кислота	Гепатотоксичность, фатальный некроз печени, набор веса, тромбоцитопения, панкреатит, гипераммониемия (тошнота)	Общий анализ крови, печеночные ферменты; концентрация препарата в организме – только при наличии клинических тревожных признаков
Вигабатрин	Краткосрочные: нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, повышенная утомляемость, спутанность сознания Долгосрочные: выпадение поля зрения, поведенческие изменения	Проверка зрения и периодическое обследование у специалиста

Консультирование

- Объясните опекунам (а также ребенку или подростку в зависимости от уровня способности принимать решения) общие правила безопасности (блок рекомендаций 37). Обратите особое внимание на необходимость регулярно принимать лекарства и вести здоровый образ жизни.
- Совместно с опекунами, а также с ребенком или подростком разработайте план действий при судорогах с простыми и четкими указаниями (блок рекомендаций 35).
- Объясните, когда и как необходимо давать противосудорожный препарат (например, мидазолам трансбуккально) во время приступа.

Блок рекомендаций 37. Общие правила безопасности для детей или подростков с эпилепсией и судорогами

Общие правила безопасности для детей или подростков с эпилепсией и судорогами



Для родителей или опекунов детей с эпилепсией и судорогами

- Знать, что делать при судорогах, и выполнять план оказания первой помощи.
- Проинформировать о болезни ребенка родственников и учителей. Убедиться, что все лица, осуществляющие уход за ребенком, знают, что делать при судорогах, имеют доступ к плану действий и лекарствам (при необходимости).
- Рассмотреть возможность снабдить ребенка или подростка браслетом или шейным жетоном с медицинской информацией.
- Снизить максимальную температуру в водопроводных сетях дома до 50 °C. Перед горячей водой из крана должна идти холодная (воспользуйтесь помощью сантехника).

Для детей и подростков с эпилепсией и судорогами

- Избегать любых провоцирующих факторов, например стрессов, недосыпания или вспышек света (для детей с фотосенситивной эпилепсией).
- Не забираться на высоту без присмотра.
- Плавать только в присутствии взрослого, хорошо умеющего плавать.
- Проявлять особую осторожность при обращении с горячей водой или предметами, которые могут вызывать ожоги (утюг, чайник, плита, мангал, костер и т. д.).
- При езде на велосипеде или мопеде надевать шлем и защиту.
- Принимать душ вместо ванны.
- Принимать назначенные лекарства и ни в коем случае не прекращать их прием без консультации с лечащим врачом.

Дополнительные правила безопасности для подростков

- Не употреблять алкоголь и другие психоактивные вещества, так как они могут провоцировать судороги и взаимодействовать с лекарственными препаратами.
- При получении водительского удостоверения соблюдать требования национального законодательства (например, в отношении отсутствия приступов в течение определенного времени).

6.22 Низкий и слабый мышечный тонус

Вялость – это генерализованный гипотонус мышц у детей грудного возраста. Гипотонус с внезапным началом может быть признаком сердечной недостаточности, тяжелого обезвоживания, сепсиса или серьезной инфекции. Гипотонус, наблюдающийся в течение нескольких недель или месяцев, может быть признаком неврологического заболевания.

Анамнез

- Продолжительность: внезапное начало либо несколько недель или месяцев.
- Перинатальный анамнез и течение родов, включая асфиксию; баллы по шкале Апгар.
- Семейный анамнез, например нервно-мышечные заболевания.
- Известное заболевание, сопровождающееся вялостью, например синдром Дауна или детский церебральный паралич.
- Конвульсии в анамнезе.
- Употребление отдельных продуктов, например меда.

Физикальное обследование

У детей грудного возраста гипотонус мышц проявляется следующим образом:

- «Поза лягушки» (ножки разведены и согнуты в коленях, а стопы прижаты друг к другу) при положении лежа на спине.
- Снижение активности спонтанных движений.
- Снижение мышечного сопротивления при растягивании.

Проведите физикальное обследование, включая тщательное неврологическое обследование. Проверьте следующее:

- Высокая температура.
- Заторможенность.
- Отставание в физическом развитии.
- Шумы в сердце (с. 376).
- Признаки обезвоживания (с. 319).
- Дисморфические признаки.
- Задержка развития моторных навыков (с. 71).

- Объемное образование при пальпации живота.

Определите центральный или периферический характер гипотонуса (таблица 80), чтобы сузить спектр вариантов при дифференциальной диагностике (таблица 81). Оцените следующие факторы:

- Мышечный тонус: проверка сопротивляемости при пассивных движениях.
- Мышечная сила: пронаблюдайте за спонтанными движениями и способностью противодействовать силе тяжести при движениях рук и ног.
- Рефлексы: глубокие сухожильные рефлексы, рефлексы новорожденного (с. 137), рефлекс Бабинского (проведите по латеральному краю стопы, сильно нажимая. При положительном рефлексе большой палец ноги разогнется, а остальные веерообразно растопырятся. Такая реакция является нормой у младенцев, но не у детей более старшего возраста).
- Запрокидывание головы: возьмите ребенка за руки и поднимите из положения лежа на спине в положение сидя. Пронаблюдайте за положением головы и рук во время пробы.

Таблица 80. Как отличить центральный гипотонус от периферического

	Центральный гипотонус	**Периферический гипотонус**
Мышечный тонус	Мышечный тонус снижен в большей степени, чем мышечная сила	Мышечная сила снижена в большей степени, чем мышечный тонус
Мышечная сила	Нормальная: активное противодействие силе тяжести при движениях, выраженная сопротивляемость	Отсутствует или крайне снижена
Запрокидывание головы	Может присутствовать в некоторой степени	Значительное
Глубокие сухожильные рефлексы	Присутствуют	Отсутствуют (норма)
Рефлекс Бабинского	Положительный	Отрицательный
Рефлексы новорожденного	Иногда сохранены	Отсутствуют
Возможные причины	*Болезни центральной нервной системы, например детский церебральный паралич*	*Нервно-мышечные заболевания*

Дифференциальная диагностика

Таблица 81. Дифференциальная диагностика при гипотонусе

Диагноз	**Симптомы в пользу диагноза**
Гипотонус с острым началом	
Сердечная недостаточность (с. 379)	• Наличие в анамнезе порока сердца или шумов в сердце • Очень быстрое или медленное сердцебиение • Повышение давления в яремных венах у более старших детей • Увеличенная печень при пальпации • Отек кистей рук, лодыжек, лица • Мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Тяжелое обезвоживание (с. 319)	• Беспокойство, заторможенность, снижение уровня сознания, запавшие глаза, медленное расправление кожной складки
Сепсис или другая тяжелая инфекция	• Очень болезненный вид (заторможенность, бледность, вялость) без очевидной причины • Высокая температура, другие признаки инфекции: дыхательная недостаточность (при пневмонии), петехиальная или пурпурная сыпь (при менингококковой инфекции)
Инвагинация кишечника	• Ребенок грудного или младшего возраста • Опухолевидное образование в брюшной полости • Рвота • Болезненный вид • Внезапные приступы плача/боли, сопровождающиеся бледностью и вялостью • Кровь и слизь в стуле (на поздней стадии)
Ботулизм у детей грудного возраста	• Возраст от 3 недель до 6 месяцев (часто совпадает с введением твердого прикорма) • Заторможенность, трудности с кормлением и запор в течение 1–4 дней • При ухудшении состояния ребенок не может держать голову, возникает симметричная слабость, в том числе мышц лица • Периферический гипотонус (таблица 80)
Гипотонус продолжительностью несколько недель или месяцев	
Нервно-мышечные заболевания, например спинальная мышечная атрофия, мышечные дистрофии, миопатии	• Наиболее распространенный признак – мышечная слабость • Периферический гипотонус (таблица 80) • Соответствующие факты в семейном анамнезе • Другие симптомы в зависимости от конкретной патологии

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Детский церебральный паралич (с. 681)	• Недоношенность, осложнения при родах, масса тела при рождении менее 1500 г, гипоксически-ишемическая энцефалопатия (асфиксия при рождении) • Центральный гипотонус (таблица 80): гипотонус туловища и неспособность держать голову в первые месяцы жизни
Генетические синдромы	• Дисморфические признаки, например при синдроме Дауна (с. 675), синдроме Прадера – Вилли, врожденной хондродистрофии
Эндокринные нарушения	• Гипогликемия, врожденный гипотиреоз (с. 188)
Врожденные нарушения обмена веществ (с. 187)	• Кровное родство между родителями, необъяснимые смерти старших братьев и сестер, задержка внутриутробного развития • Через несколько часов (до суток) после рождения возникают симптомы, напоминающие инфекцию центральной нервной системы, сепсис или сердечную декомпенсацию с неспецифическими симптомами: отсутствие аппетита, вялость, гипотонус, судороги, нарушения дыхания • Гипогликемия, ацидоз

Лабораторные и инструментальные исследования

- При гипотонусе с внезапным началом, если ребенок выглядит нездоровым: проверьте уровень глюкозы в крови.
- Если у ребенка есть известная патология, сопровождающаяся гипотонусом (таблица 81): дополнительные исследования для определения причин гипотонуса не требуются.
- Если гипотонус присутствует на протяжении нескольких недель без какой-либо очевидной причины, направьте ребенка к специалисту для проведения дополнительных исследований: диагностической визуализации, анализов на метаболические и генетические отклонения, электромиографии, биопсии мышечных и нервных тканей.

Лечение

При гипотонусе с внезапным началом важно отличить тяжелое заболевание, требующее немедленного направления на лечение, от патологий, требующих направления к специалисту для постановки диагноза и составления плана лечения.

Неотложная помощь

- При гипотонусе с внезапным началом, если ребенок выглядит нездоровым, незамедлительно оцените состояние ребенка, проверьте уровень глюкозы в крови, проведите соответствующее лечение острого нарушения здоровья (например, гипогликемии, обезвоживания) и рассмотрите возможность направить ребенка к специалисту.
- Немедленно направьте ребенка в стационар при тяжелом обезвоживании, подозрении на сердечную недостаточность, сепсис или ботулизм у детей грудного возраста (необходимо срочное введение антитоксина).

Долгосрочное лечение

Лечение зависит от основной причины гипотонуса.

- Проведите лечение в соответствии с планом, составленным специалистом, и осуществляйте регулярное последующее наблюдение в зависимости от заболевания.
- В лечении детей с хроническими заболеваниями важнейшую роль играет многопрофильная группа специалистов, включая физиотерапевта, эрготерапевта и логопеда.
- Могут потребоваться различные формы поддерживающего лечения, включая установку гастростомы для кормления, ИВЛ, ортопедические устройства для улучшения подвижности.
- У таких детей часто развиваются вторичные деформации скелета, которые с трудом поддаются профилактике даже при использовании жестких фиксаторов и других ортопедических устройств.
- Очень важную роль играет раннее начало физиотерапии.

6.23 Травмы

6.23.1 Раны, порезы и ссадины 570
6.23.2 Закрытые травмы 574
6.23.3 Укусы животных и поражение ядом 574
6.23.4 Укусы и ужаления насекомых 577
6.23.5 Ожоги 578
6.23.6 Черепно-мозговые травмы 580
6.23.7 Растяжения 583
6.23.8 Вывих локтевого сустава 584
6.23.9 Переломы 585

Большинство травм у детей являются предотвратимыми. Рекомендации относительно профилактики дорожно-транспортного травматизма, ожогов, падений, отравлений и утопления см. в разделе «Предотвращение непреднамеренного травматизма» (с. 123–128).

НЕ пропустите признаки небрежного и жестокого обращения или издевательств у ребенка с травмой. Проверьте, соответствует ли анамнез характеру травмы (с. 753).

6.23.1 Раны, порезы и ссадины

Незначительные (например, раны) и поверхностные (например, порезы и ссадины) травмы часто встречаются у детей. Многие из них могут быть обработаны в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Эти травмы могут вызывать у ребенка и его семьи сильную тревогу. Как правило, ребенок испытывает страх и боль, а его родители могут беспокоиться по поводу будущих шрамов.

Анамнез

- Механизм получения травмы.
- Время получения травмы.
- Другие нарушения здоровья, например хронические заболевания, сниженный иммунитет, диабет.
- Прием каких-либо лекарственных препаратов, например стероидов.
- Наличие прививки от столбняка.

- Боль (шкалу для оценки боли см. на с. 596).

Информацию о ранах, вызванных укусами животных, см. на с. 574.

Физикальное обследование

Перед оценкой любого повреждения проведите оценку по алгоритму ABCDE (с. 846) и примите необходимые меры.

Внимательно осмотрите:

- Поверхностные раны, которые могут сопровождаться менее заметными серьезными повреждениями (потеря крови, черепно-мозговая травма, умышленное самоповреждение).
- Глубокие проникающие раны.
- Раны с подозрением на присутствие инородного тела.
- Раны с подозрением на повреждение нижележащих тканей.

Оцените следующие факторы:

- Местоположение, размер и глубина повреждения:
  - — Местоположение: повреждения на голове, лице и кончиках пальцев обильно кровоточат, но заживают легко и быстро; инфекция чаще возникает на загрязненных участках тела, например на ступнях.
  - — Размер: определяет характер обработки раны (наложение швов, клея, пластыря).
  - — Глубина: осмотрите все раны на предмет повреждения нижележащих тканей (костей, нервов, кровеносных сосудов, сухожилий и связок).
- Пульс, наполнение капилляров, цвет кожи (бледность), температура, чувствительность и моторные функции.
- Признаки раневой инфекции: боль, отек, покраснение, местное повышение температуры и гнойные выделения из раны.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Если в рану могло попасть стекло, проведите рентгенографию. Если вы удалили стекло из раны, необходимо провести повторную рентгенографию, чтобы убедиться в удалении всех осколков.

Лечение

- Остановите любое кровотечение (с. 877).
- Оцените уровень боли и проведите обезболивание (с. 594).

- Обдумайте необходимость применения анксиолитических препаратов, например диазепама 0,2 мг/кг однократно перорально или мидазолама.

Профилактика инфекций

- Тщательно промойте все раны, порезы и ссадины физиологическим раствором и антисептиком (10%-ный раствор повидон-йода или хлоргексидин глюконат 1,5%).
- При необходимости удалите из раны грязь, перед очисткой раны примените инфильтрационную анестезию (лидокаин 1% без эпинефрина (адреналина)).
- В большинстве случаев назначать антибиотики при ранах не следует. Рассмотрите возможность назначить пероральные антибиотики, например амоксициллин с клавулановой кислотой (дозировки см. в приложении 4), только при высоком риске инфицирования: если рана была получена более 12 часов назад или сопровождалась глубоким проникновением в ткани (например, при ударе грязной палкой или ножом, укусе животного).

Лечение инфицированных ран

- Вскройте рану, если есть подозрение на наличие гноя.
- Обработайте рану антисептиком (10%-ный раствор повидон-йода или хлоргексидин глюконат 1,5%).
- Не туго тампонируйте рану влажными стерильными марлевыми салфетками. Меняйте повязку каждый день, при необходимости – чаще.
- Для борьбы с возможным заражением *S. aureus* назначьте клоксациллин перорально 15 мг/кг 4 раза в сутки или цефалексин, а если вы подозреваете, что в ране могла остаться грязь или инородное тело, – амоксициллин с клавулановой кислотой 25 мг/кг 2 раза в сутки до исчезновения местного воспаления (обычно 5–7 дней).

Закрывание ран

- Рассмотрите возможность закрыть рану. Показания к закрыванию раны и практические советы по использованию шовного материала, медицинского клея и лейкопластыря см. в приложении 2.

НЕ закрывайте загрязненные или инфицированные раны, а также раны, полученные более 12 часов назад (для ран на лице – более 24 часов назад): оставьте их открытыми до заживления.

▶ Чтобы избежать риска дальнейшего загрязнения, наложите соответствующие повязки.

— Раны на лице: обычно повязка не требуется.

— Повреждения на кончиках пальцев: закройте рану лейкопластырем (с. 923), наложите давящую повязку и поднимите конечность вверх.

— Другие места: наложите повязку. Убедитесь, что она прилегает плотно, но не сдавливает слишком сильно.

— Рана на суставе: рассмотрите возможность шинирования широким бинтом.

— Ссадины: наложите не прилипающую повязку. При выделениях повязку нужно менять каждые 24–48 часов.

— Самые поверхностные ссадины: оставьте открытыми и обработайте антисептиком (например, повидоном).

Наличие прививки от столбняка

▶ Убедитесь, что у ребенка есть действующая прививка от столбняка:

- Если основной курс вакцинации против столбняка был не завершен или предыдущая прививка была сделана более 5 лет назад, сделайте повторную прививку.
- При высоком риске инфицирования раны (например, если в рану попала грязь, фекалии, земля или слюна, при ожогах или глубоких колотых ранах), если основной курс вакцинации против столбняка был не завершен, также введите противостолбнячную сыворотку при ее наличии.

Последующее наблюдение

Назначьте повторный прием через 4–5 дней. При повторном осмотре проверьте, не инфицирована ли рана (см. раздел «Физикальный осмотр» и примите соответствующие меры), и убедитесь, что заживление происходит нормально.

Направление к специалисту

Направьте ребенка к специалисту в следующих случаях:

- Рана находится в неудобном месте (на краю губы, на веке) или там, где нежелательно образование рубцов, то есть на лице.

- Рана затрагивает ногтевое ложе (чтобы избежать долгосрочной деформации ногтя при отрастании).
- Рана с подозрением на повреждение нижележащих тканей.

6.23.2 Закрытые (тупые) травмы

Закрытые травмы от удара, например ушибы и гематомы, встречаются часто и возникают при прямом контакте тупого предмета с телом. Ушиб возникает при скоплении крови под кожей после удара. Гематома – это более серьезный, обширный и глубокий ушиб, вызывающий боль и отек.

! Внимательно ищите признаки жестокого обращения с ребенком (с. 753) – необычные свежие и старые ушибы, расположенные в нетипичных местах и не имеющие четкого объяснения.

Физикальное обследование

Исключите перелом (с. 585).

Лечение

- Рекомендуйте приложить пакет со льдом в течение первых 4 часов после травмы. Не прикладывайте куски льда непосредственно к коже и не оставляйте пакет дольше чем на 20 минут в течение каждого часа.
- Рекомендуйте соблюдать постельный режим в течение 24 часов, обеспечив приподнятое положение поврежденной конечности. При необходимости рекомендуйте использовать костыли. **Примечание:** дети младшего возраста могут не соглашаться использовать костыли и часто отказываются соблюдать постельный режим. В любом случае маловероятно, что они причинят себе дополнительный вред. Не ограничивайте подвижность ребенка насильно.

6.23.3 Укусы животных и поражение ядом

Животные часто кусают детей. Кроме того, иногда возможны укусы со стороны человека.

Все глубокие укусы животных (собак, кошек, обезьян), включая укусы человека, следует рассматривать как загрязненные. С укусами человека и собак передаются анаэробные и аэробные бактерии. В пасти кошки может присутствовать бактерия *Pasteurella multocida*, вызывающая тяжелые инфекции.

Укус крупного животного, например большой собаки, может привести к обширному размозжению прилегающих тканей и повреждению костей.

Анамнез

- Вид укуса (со стороны животного, человека).
- Размер, принадлежность и поведение животного (домашняя или бродячая собака, спровоцированное или неспровоцированное нападение).
- Подробности происшествия.
- Наличие столбняка или бешенства у животного.
- Наличие прививки от столбняка у ребенка.

Физикальное обследование

Проведите оценку по алгоритму ABCDE (с. 846) и примите необходимые меры.

Промойте и осмотрите рану.

- Повреждение поверхностных и глубоких тканей (сосудов, нервов, сухожилий, суставов, костей).
- Признаки раневой инфекции: боль, отек, покраснение, местное повышение температуры и гнойные выделения из раны.

Лабораторные и инструментальные исследования

- При подозрении на перелом или инородное тело проведите рентгенографию.

Лечение

- Оцените уровень боли и проведите обезболивание (с. 594).
- Обдумайте необходимость применения анксиолитических препаратов, например диазепама 0,2 мг/кг однократно перорально или мидазолама.
- При наличии показаний (с. 573) сделайте повторную прививку против столбняка и введите противостолбнячную сыворотку.
- Если у животного были признаки бешенства (необычное поведение, паралич, судороги) или оно умерло в течение нескольких дней после нападения либо если ребенка укусило дикое животное, например летучая мышь, проведите профилактику бешенства (путем вакцинации и введения антирабической сыворотки). Обратитесь в местный департамент здравоохранения за дальнейшими указаниями.

Закрывание ран

- Промойте рану физиологическим раствором и антисептиком (10%-ный раствор повидон-йода или хлоргексидин глюконат 1,5%).
- Оцените, есть ли необходимость в очистке раны.
- Не закрывайте раны от укусов (кроме случаев сильного кровотечения, требующего остановки).
- Если вы подозреваете, что результат вторичного заживления будет неудовлетворительным с косметической точки зрения, направьте ребенка к пластическому хирургу для очистки и первичного закрытия раны.

Лечение раневых инфекций и профилактическая терапия антибиотиками

- При инфицированных укусах назначьте амоксициллин с клавулановой кислотой 25 мг/кг 2 раза в сутки перорально в течении 5–7 дней.
- Назначьте профилактическую терапию антибиотиками (амоксициллин с клавулановой кислотой 25 мг/кг 2 раза в сутки перорально в течении 3 дней) только в следующих случаях:
  - — при укусе кошки или человека, сопровождавшемся повреждением кожи и кровотечением;
  - — при повреждении кости, сустава, сухожилия или сосудов;
  - — при глубокой ране или обширном повреждении тканей;
  - — при видимом загрязнении раны.
- Рассмотрите возможность назначить профилактическую терапию антибиотиками ребенку, подвергшемуся укусу животного или человека в местах высокого риска (включая кисти, стопы, лицо и половые органы), или ребенку со сниженным иммунитетом.

НЕ назначайте антибиотики при укусе животного или человека, не приведшем к повреждению кожи.

Направление к специалисту

Направьте ребенка к хирургу в следующих случаях:

- Рана находится в неудобном месте (на краю губы, на веке) или там, где нежелательно образование рубцов, то есть на лице.
- Рана с подозрением на повреждение нижележащих тканей.

Последующее наблюдение

- Назначьте повторный прием для осмотра через 2–3 дня или предложите опекунам обратиться раньше назначенной даты, если состояние ребенка ухудшится.
- Осмотрите рану на предмет инфекции и проведите соответствующее лечение (с. 572).

6.23.4 Укусы и ужаления насекомых

Все укусы насекомых могут вызвать аллергическую реакцию. Укусы пчел и ос иногда приводят к возникновению тяжелой анафилаксии. Часто вид насекомого остается неизвестным. Информацию об укусах клещей см. на с. 306; об укусах змей, контакте с ядовитыми рыбами и медузами – на с. 889.

Признаки и симптомы

Проведите оценку по алгоритму ABCDE (с. 846). Проверьте, есть ли у ребенка признаки анафилаксии (с. 862 и 866). При нестабильном состоянии окажите неотложную помощь.

Осмотрите место укуса или ужаления. Ищите следующие признаки:

- Покраснение и припухлость вокруг места укуса или ужаления.
- Зуд, боль.
- Признаки анафилаксии при тяжелой аллергической реакции: затрудненное или астмоидное дыхание, стридор, крапивница, отек губ, языка и лица.

Лечение

- Если в месте укуса осталось жало, удалите его.
- Для облегчения боли и снятия отека рекомендуйте приложить к месту укуса смоченную в холодной воде ткань или пакет со льдом.
- Рассмотрите возможность назначить крем с кортикостероидами (с. 982) для облегчения боли.
- При сильной боли назначьте парацетамол или ибупрофен (с. 597).
- Обдумайте необходимость применения анксиолитических препаратов, например диазепама 0,2 мг/кг однократно перорально или мидазолама (дозировки см. в приложении 4).
- При зуде назначьте увлажняющий крем. При упорном зуде назначьте антигистаминный препарат перорально, например лоратадин: при весе ребенка до 30 кг – 5 мг 1 раз в сутки, свыше 30 кг – 10 мг 1 раз в сутки (дозировки см. в приложении 4).

6.23.5 Ожоги

Ожог – это реакция кожи или подкожной клетчатки на тепловую энергию от нагрева, контакта с химическими веществами, электрическим разрядом или излучением. Обваривание представляет собой ожог, вызванный горячей жидкостью или паром (70% всех ожогов происходит у детей). Большинство легких ожогов у детей до 3 лет происходят дома и являются предотвратимыми (см. рекомендации на с. 128).

Физикальное обследование

- Прежде всего проведите оценку по алгоритму ABCDE (с. 846) и примите соответствующие меры.
- Оцените площадь и глубину ожогов (с. 881).
- Проверьте признаки жестокого обращения с ребенком (с. 753).

Направление к специалисту

Немедленно направьте ребенка к специалисту в следующих случаях:

- Площадь ожога с частичным повреждением кожи составляет более 10% от общей площади поверхности тела.
- Площадь ожога с полным повреждением кожи составляет более 2% от общей площади поверхности тела.
- Ожоги третьей степени.
- Ожоги на лице, кистях рук, сосках, половых органах, суставах.
- Ожог дыхательных путей.
- Круговой ожог конечности.
- Ожоги, сопровождающиеся другими травмами.
- Ожог от тока высокого напряжения, включая поражение молнией.
- Подозрение на жестокое обращение с ребенком.
- Признаки синдрома токсического шока (редкое и тяжелое осложнение при ожоге): сыпь с шелушением, гиперемия кожи, высокая температура и шок.
- Подозрение на септицемию (с. 867).

Лечение

- Информацию о лечении тяжелых или обширных ожогов см. на с. 880.
- Подержите обожженное место под струей холодной воды в течение 5 минут или погрузите в прохладную воду.

Обработка и перевязка раны

- Перед проведением процедур, например сменой повязок, проведите надлежащее обезболивание (с. 599).
- Если целостность кожных покровов не нарушена, обработайте их антисептическим раствором (например, раствором хлоргексидина 0,25%), стараясь не повредить кожу.
- Если целостность кожных покровов нарушена, очистите ожоговую поверхность. За исключением очень небольших ожогов, удалите все волдыри и иссеките окружающие некротизированные (отмершие) ткани в течение первых нескольких дней.
- Назначьте местные антибиотики в форме мази или крема (например, сульфадиазин серебра).
- Наложите повязку. Допустимо открытое ведение небольших по площади ожогов или ожогов, расположенных в тех местах, где трудно наложить повязку, но при этом нужно стараться, чтобы ожоговая поверхность всегда оставалась чистой и сухой.
- Если имеются признаки местной инфекции (гной, неприятный запах или воспаление подкожной клетчатки), назначьте амоксициллин 25 мг/кг перорально 2 раза в сутки и клоксациллин 15 мг/кг перорально 4 раза в сутки (дозировки см. в приложении 4).
- Если есть подозрение на наличие инфекционного процесса под струпом, удалите струп.

Прочие указания

- Проверьте, есть ли у ребенка действующая прививка от столбняка. При наличии показаний (с. 573) сделайте повторную прививку против столбняка и введите противостолбнячную сыворотку.
- Назначьте парацетамол или морфин в зависимости от выраженности боли (с. 597).
- Обдумайте необходимость применения анксиолитических препаратов, например диазепама 0,2 мг/кг перорально 1 или 2 раза в сутки или мидазолама (дозировки см. в приложении 4).
- Предупреждайте развитие контрактур (послеожоговых рубцов на сгибательных поверхностях) путем пассивной мобилизации пораженных областей и шинирования конечностей в разогнутом положении. Шины могут быть выполнены из гипса. Их нужно накладывать только на ночное время.

Последующее наблюдение

- Ежедневно обрабатывайте и перевязывайте рану, наносите местные антибиотики в форме мази или крема (например, сульфадиазин серебра).
- При наличии показаний необходимо начать физиотерапию и реабилитацию как можно раньше и проводить их на протяжении всего курса лечения ожогов.

6.23.6 Черепно-мозговые травмы

Черепно-мозговые травмы часто встречаются у детей. Их тяжесть варьируется от незначительной (ребенок в сознании и ориентирован) до тяжелых черепно-мозговых травм, приводящих к смерти. Распространенными последствиями таких травм являются преходящая сонливость и однократная или двукратная рвота.

Анамнез

- Механизм и обстоятельства получения травмы.
- Время получения травмы.
- Потеря сознания (характер и продолжительность).
- Потеря памяти (амнезия) о событиях до и после травмы.
- Спутанность сознания, сонливость.
- Посттравматические судороги.
- Головная боль.
- Рвота.

Физикальное обследование

Проведите оценку по алгоритму ABCDE (с. 846) и примите соответствующие меры.

Проведите физикальное обследование, включая тщательное неврологическое обследование. Проверьте следующее:

- Неврологический статус и уровень сознания по шкале AVPU.
- Реакция зрачков на свет и движения глаз (с. 514).
- Рваные раны или ушибы на голове, кровотечение.
- Перелом или деформация черепа.
- Другие повреждения.

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ

Рассмотрите возможность немедленно направить ребенка в больницу при наличии следующих симптомов:

- Отсутствие сознания или потеря сознания длительностью более 1 минуты в анамнезе.
- Судороги.
- Ретроградная и посттравматическая амнезия.
- Спутанность сознания или измененное состояние психики.
- Неукротимая рвота.
- Очаговые неврологические симптомы.
- Проникающее ранение.
- Повреждения орбиты и роговицы глаза.
- Порез на губе или брови.
- Повреждения губ или зубов, включая травматический вывих зуба.
- Выбухание родничка.
- Постоянная сонливость во время обследования.
- Подозрение на преднамеренную травму.
- Подозрение на вдавленный перелом или перелом основания черепа.
- Спинномозговая жидкость или кровь, вытекающая из носа или ушей.
- Ребенок еще не ходит (при подозрении на жестокое обращение).

Лабораторные и инструментальные исследования

Проводить рентгенографию черепа всем детям с черепно-мозговой травмой нет необходимости.

Лечение

- При незначительной черепно-мозговой травме (тревожные признаки в анамнезе и при физикальном обследовании отсутствуют):
  - — При отсутствии подозрительных признаков и нормальных результатах физикального обследования: наблюдение и поддерживающая терапия на дому (блок рекомендаций 38). Заверьте опекунов, что большинство черепно-мозговых травм являются легкими и вы не видите отклонений от нормы при обследовании ребенка.
  - — При наличии подозрительных признаков и факторов риска (например, если ребенку меньше 2 лет и механизм травматизации

вызывает сомнения или у ребенка была однократная рвота): оставьте ребенка на несколько часов под наблюдением в медицинском учреждении.

- Объясните, как облегчать боль с помощью парацетамола и ибупрофена (с. 597).
- Рекомендуйте опекунам проведение поддерживающей терапии на дому и сообщите, при каких обстоятельствах они должны срочно прийти на повторный прием (блок рекомендаций 38).

Блок рекомендаций 38. Лечение ребенка с черепно-мозговой травмой в домашних условиях

Как ухаживать за ребенком с черепно-мозговой травмой в домашних условиях



- В течение 24 часов после получения черепно-мозговой травмы внимательно наблюдайте за состоянием ребенка на дому.
- Если ребенок хочет спать, не препятствуйте ему. Будите ребенка каждые 4–6 часов.
- Если у ребенка возникают боли (в том числе головная боль), при необходимости дайте ему парацетамол или ибупрофен.
- Срочно обратитесь в медицинское учреждение или ближайшую больницу, если у ребенка возникнут какие-либо перечисленные ниже симптомы:
  - Повышенное беспокойство, сонливость или трудности с пробуждением.
  - Рвота более одного раза.
  - Судороги.
  - Кровотечение или любые выделения из ушей или носа.
  - Плохая координация движений или внезапно возникшая слабость в руках или ногах.
  - Нечеткая речь.
  - Двоение в глазах или зрачки разного размера.
  - Значительные поведенческие изменения.
  - Сильная или непрерывная головная боль, которая не проходит при приеме парацетамола или ибупрофена.

6.23.7 Растяжения

Растяжение – это повреждение мягких тканей, при котором происходит растягивание или разрыв связок, укрепляющих сустав (голеностопный, лучезапястный, коленный). Подворачивание лодыжки часто встречается у подростков, которые много занимаются спортом.

Анамнез

- Механизм получения травмы.
- Локализация повреждения, боль, отек.

Физикальное обследование

Проверьте активные и пассивные движения. Пронаблюдайте за ребенком, когда он играет с игрушками и передвигается по кабинету, чтобы оценить его движения.

Исключите перелом (с. 585).

Проверьте наличие признаков растяжения:

- Боль и отечность сустава (голеностопного, лучезапястного, коленного).
- Возможный ушиб.
- Подворачивание лодыжки: боль и отек в проксимальном отделе основания пятой плюсневой кости.

Лечение

Растяжения у детей обычно заживают быстро и не требуют пристального последующего наблюдения.

- Обеспечьте иммобилизацию на раннем этапе.
- Действуйте в соответствии с алгоритмом ПЛДП:
  - — Покой: при растяжении голеностопного или коленного сустава оцените потребность в костылях. Длительная (свыше 1 недели) иммобилизация не рекомендуется.
  - — Лед: на протяжении первых 2–3 дней каждые 4 часа прикладывайте к поврежденному месту лед на 20 минут.
  - — Давление: наложите давящую повязку из марлевого или трубчатого эластичного бинта.
  - — Подъем: поврежденная конечность должна по возможности находиться в приподнятом положении, что поможет уменьшить отек.

- Рекомендуйте отказаться от сильных нагрузок после травмы.
- Проведите обезболивание в соответствии с интенсивностью боли.

Последующее наблюдение

После окончания острого периода травмы важное значение имеет реабилитация. Объясните, как делать упражнения для возвращения подвижности, или рассмотрите возможность направить ребенка на физиотерапию.

6.23.8 Вывих локтевого сустава

Вывих локтевого сустава («локоть горничной») часто встречается у детей в возрасте 1–4 лет. Он возникает, когда ребенка хватают и тянут или дергают за руку или раскачивают, держа за руки. В результате этих движений головка лучевой кости выскальзывает из кольцевой связки.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Вывих локтевого сустава в анамнезе.
- Рука слегка согнута и опущена вниз вдоль тела.
- Боль ощущается только при сгибании локтя.

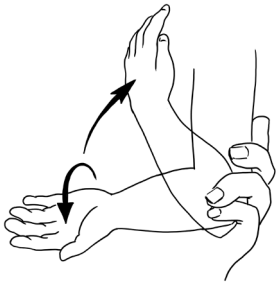
Лабораторные и инструментальные исследования

Если механизм травмы понятен, рентгенография не требуется.

Лечение

Головка лучевой кости легко поддается вправлению, что приводит к немедленному облегчению состояния. Проведите вправление путем супинации и медленного сгибания локтя:

- Надавите на головку лучевой кости.
- Поверните руку ребенка ладонью вверх.
- Удерживая руку в этом положении, согните ее в локте.



Вправление вывиха локтевого сустава путем супинации и сгибания локтя

6.23.9 Переломы

Переломы до достижения 16-летнего возраста случаются у каждого второго мальчика и каждой четвертой девочки. Строение костей у детей и взрослых различается, поэтому переломы у детей имеют свою специфику.

НЕ пропустите случаи жестокого обращения с ребенком. Проверьте, соответствует ли рассказ о механизме перелома характеру травмы (с. 754).

Если повреждение было причинено ударом значительной силы (например, при дорожно-транспортном происшествии), предположите тяжелую травму, пока не будет доказано обратное.

Анамнез

- Механизм получения травмы.
- Локализация повреждения, боль, отек.

Физикальное обследование

Проведите оценку по алгоритму ABCDE (с. 846) и примите соответствующие меры.

Определите ограничение подвижности:

- Оцените подвижность суставов выше и ниже поврежденного места (если не препятствует боль).
- Перед осуществлением пассивных движений попросите ребенка проделать активные движения.
- Пронаблюдайте за ребенком, когда он передвигается по кабинету.

Оцените повреждения сухожилий и костей (отвечают за движения) и нервов (отвечают за чувствительность). Ищите следующие признаки:

- Отек или кровоподтек над костью.
- Деформация.
- Боль в поврежденной области, которая усиливается во время движения или при надавливании.
- Ограниченность движений и утрата функциональности поврежденной области (например, невозможность перенести вес тела на поврежденную стопу, лодыжку или ногу). У детей младшего возраста единственным признаком может служить отсутствие обычных движений конечности.

- Смещение.
- Изменения кожи.
- Закрытый (кожа не повреждена) или открытый перелом (рана на коже над местом перелома).
- Раны (местонахождение, глубина).

Проведите пальпацию и определите следующее:

- Точка максимальной болезненности (наиболее вероятное место перелома).
- Видимый перелом или смещение.
- Чувствительность.
- Пульс, наполнение капилляров.

Лабораторные и инструментальные исследования

При всех повреждениях костей проводится рентгенография.

Лечение и направление к специалистам

- Сразу же снимите с поврежденной руки все кольца, так как может возникнуть отек.
- При любых признаках отека придайте конечности приподнятое положение, например поместите руку в косыночную повязку (с. 924).
- Оцените уровень боли и проведите обезболивание (с. 594).
- Обдумайте необходимость применения анксиолитических препаратов, например диазепама 0,2 мг/кг однократно или мидазолама (дозировки см. в приложении 4).
- Дальнейшее специфическое лечение зависит от вида перелома. См. разделы ниже.
- Важное значение имеет реабилитация: рассмотрите возможность направить ребенка на физиотерапию.

Перелом дистального метаэпифиза лучевой кости

Один из наиболее распространенных видов переломов у детей и подростков.

- Падение на вытянутую руку в анамнезе.
- Может проявляться в виде незначительного отека или сильной деформации конечности.

- При простом переломе необходимо наложение шины и последующее наблюдение ортопеда.
- При признаках линейного или углового смещения кости **немедленно направьте ребенка к ортопеду или хирургу-травматологу**.

Компрессионный веретенообразный перелом

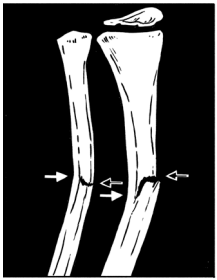
Прогибание коркового слоя кости без видимого перелома.

- Падение на вытянутую руку в анамнезе.
- Минимальная деформация.
- Отек и болезненность в месте перелома.
- Иммобилизация (с помощью гипса или шины) на 4–6 недель.

Перелом по типу «зеленой ветки»

Перелом кортикального слоя с одной стороны и прогибание с другой.

- Боль, отек и болезненность.
- Пораженная конечность деформирована (согнута или скручена).
- Иммобилизация (с помощью гипса или шины) на 4–6 недель.



Перелом по типу «зеленой ветки»

Эпифизарные переломы

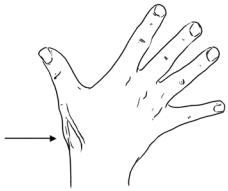
У детей среднего возраста эпифизарные пластинки (зоны роста на костях) могут становиться хрупкими и подверженными переломам.

- Боль и болезненность при надавливании на зону роста.
- Невозможность двигать пораженной конечностью или переносить вес на нее.
- Направьте ребенка к ортопеду или хирургу-травматологу.

Перелом ладьевидной кости

Этот вид перелома может возникать после кальцификации ладьевидной кости (в возрасте старше 9 лет). **Незамеченный перелом** может привести к несращению кости и возникновению аваскулярного некроза.

- Болезненность в анатомической табакерке.
- Боль в запястье при сжатии большого пальца.
- Боль при пассивной пронации запястья с последующей локтевой девиацией.



Анатомическая табакерка

- ▶ Направьте ребенка на рентген: переломы ладьевидной кости могут оставаться незаметными в течение 14 дней после получения травмы.
- ▶ При подозрении на перелом наложите длинную гипсовую повязку с захватом большого пальца или обратитесь к хирургу-ортопеду.



Длинная гипсовая повязка с захватом большого пальца

Спиральный перелом большеберцовой кости (перелом ребенка, начинающего ходить)

Особый вид перелома тела большеберцовой кости.

- Встречается у детей младше 2 лет, которые только учатся ходить.
- Обычно травма в анамнезе отсутствует
- Может проявляться как невозможность опираться на пострадавшую ногу.
- ▶ Иммобилизация с согнутым коленным суставом и наложением длинной гипсовой повязки на 3 недели, а затем еще 2 недели в короткой гипсовой повязке, позволяющей ходить.
- ▶ Проверьте признаки жестокого обращения с ребенком (с. 753): ушибы, припухлости, другие признаки травмы.

Переломы кистей и пальцев рук

Переломы пальцев у детей и подростков возникают при падении на вытянутую руку во время занятий спортом. Перелом пятой пястной кости может произойти во время драки на кулаках.

- Падение на вытянутую руку, драка на кулаках или травма во время занятий спортом в анамнезе.

- Деформация, отек кисти или пальцев.
- Перелом пястной кости: при наполовину сжатом кулаке пятый сустав выглядит вдавленным.

▶ При простых трещинах в костях пальцев без смещения отломков: зафиксируйте поврежденный палец к соседнему здоровому (с. 923), рекомендуйте покой и приподнятое положение руки.

Переломы стопы и пальцев ног

У подростков, которые много занимаются спортом, могут возникать стрессовые переломы плюсневых костей стопы. Кроме того, у детей часто встречаются переломы пальцев ног, в основном большого пальца.

Исключите подворачивание (растяжение) лодыжки (с. 583).

▶ При простых трещинах в костях 2–4 пальцев ноги без смещения отломков: зафиксируйте поврежденный палец к соседнему здоровому (с. 923), рекомендуйте покой и приподнятое положение ноги.

6.24 Инородные тела

6.24.1 Инородное тело уха, носа или мягких тканей

Инородное тело уха (наружного слухового прохода)

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Боль, выделения, снижение слуха на одном ухе.

Лечение и направление к специалистам

▶ Удалите инородное тело или направьте ребенка в стационар, если оно находится слишком глубоко в слуховом проходе.

Инородное тело носа

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Ребенок засунул какой-либо предмет в нос при свидетелях.
- Выделения с неприятным запахом или кровотечение из одной ноздри (если инородный предмет попал в нос давно).

Лечение

▶ Если инородное тело хорошо заметно, удалите его одним из следующих способов:

- Создание положительного давления (для инородных тел, которые полностью перекрывают просвет ноздри):
  - — Если ребенок старшего возраста, попросите его закрыть рот и здоровую ноздрю и высморкаться.
  - — Если ребенок младшего возраста, попросите опекуна сделать следующее:
    1. Посадить ребенка боком к себе на колени так, чтобы пораженная ноздря была обращена к груди опекуна.
    2. Закрыть пораженную ноздрю пальцем.
    3. Плотно прижать губы ко рту ребенка и сделать резкий короткий выдох ему в рот (давление воздуха, проходящего через носоглотку, вытолкнет инородное тело из ноздри вниз).
- Для извлечения инородных тел, которые не полностью перекрывают просвет ноздри, обычно используются щипцы (тонкие или с двойным зажимом типа «крокодил»), пинцет (если вы можете подцепить предмет) или частично разогнутая канцелярская скрепка (если вы можете завести проволочную петлю за инородное тело).
- Метод аспирации.

Направление к специалисту

- Направьте ребенка к специалисту, если вы не можете удалить инородное тело или не видите его.
- Немедленно направьте ребенка к специалисту для срочного удаления инородного тела, если к носовой перегородке прилегает батарейка-«таблетка» или магнит.
- При других инородных телах в носу направьте ребенка к специалисту для их удаления в плановом порядке.

Инородное тело мягких тканей

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Может присутствовать у ребенка с повреждением мягких тканей.

Лечение и направление к специалистам

- Если инородное тело хорошо заметно, удалите его. Перед удалением убедитесь, что инородное тело не расположено близко к жизненно важным объектам (крупным сосудам, нервам).
- Направьте ребенка к специалисту, если инородное тело проникло глубоко, с трудом поддается извлечению или вы не можете его увидеть.

6.24.2 Инородное тело ротоглотки и дыхательных путей

! Оказание помощи задыхающемуся ребенку см. на с. 846.

Инородное тело ротоглотки

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Проглатывание острого предмета (например, кости) в анамнезе.
- Ощущение застрявшего в горле предмета.

Лечение и направление к специалистам

- Существует опасность УДУШЬЯ. Проведите оценку по алгоритму ABCDE (с. 846) и примите соответствующие меры.
- Если ребенок находится в стабильном состоянии, осмотрите гортань (при необходимости используйте для улучшения обзора аэрозоль с лидокаином или шпатель для языка).
- Если инородное тело заметно, используйте для его удаления хирургический пинцет.
- Если инородное тело с трудом поддается извлечению или вы не можете его увидеть, направьте ребенка к специалисту.

Инородное тело верхних дыхательных путей (гортани)

В верхние дыхательные пути могут попадать разнообразные инородные тела – от орешков и бусин до более крупных предметов. Наиболее часто это происходит у детей дошкольного возраста.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Внезапное возникновение кашля в анамнезе.
- Предмет заметен по срединной линии шеи.
- Стридор.
- Позывы к рвоте.
- Удушье.
- Ребенок внезапно перестает издавать звуки.

Лечение и направление к специалистам

- Существует опасность УДУШЬЯ. Проведите оценку по алгоритму ABCDE (с. 846) и примите соответствующие меры.
- При отсутствии удушья, но наличии клинических признаков (например, стридора): немедленно направьте ребенка к специалисту для проведения ларингоскопии или бронхоскопии.

Инородное тело нижних дыхательных путей

Большинство аспирированных инородных тел попадают в бронхи, обычно в правый.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Наличие в анамнезе внезапного возникновения кашля, рвотных позывов, удушья.
- Затрудненное дыхание, втяжение нижней части грудной клетки.
- Очаговое астмоидное дыхание или ослабленное дыхание при аускультации легких. Кроме того, аспирация инородного тела возможна у детей со следующими симптомами:
- Кашель (с. 200), астмоидное дыхание (с. 222) или пневмония (с. 213), сохраняющиеся на протяжении нескольких недель и не реагирующие на обычное лечение; эмпиема.

Лечение и направление к специалистам

- Проведите оценку по алгоритму ABCDE (с. 846) и примите соответствующие меры.
- Направьте ребенка к специалисту для проведения дополнительных исследований (бронхоскопии).

6.24.3 Проглатывание инородного тела

Сбор анамнеза и физикальное обследование

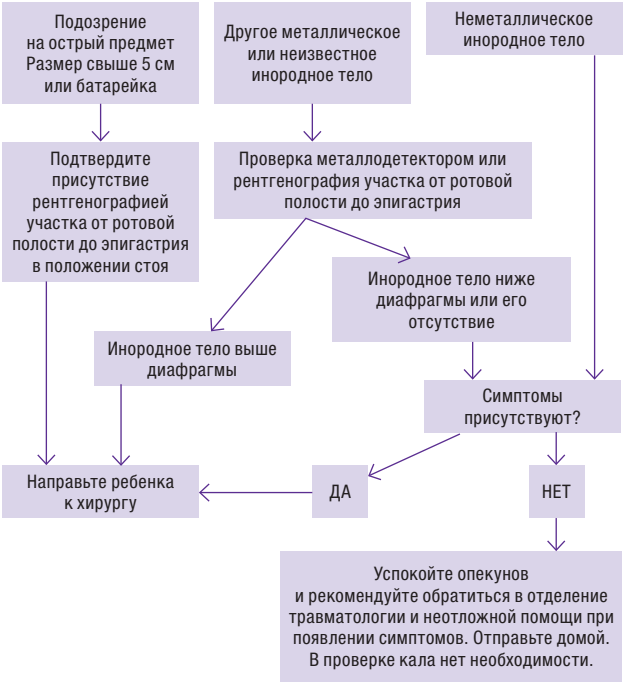
- Проглатывание какого-либо предмета в анамнезе.
- Если инородное тело застряло в пищеводе: слюноотделение, боль и затрудненное глотание.

Лечение и направление к специалистам

Большинство проглоченных инородных тел проходят через желудочно-кишечный тракт и выводятся с калом (обычно в течение 24–48 часов).

- На назначайте слабительные препараты или средства народной медицины, так как они могут причинить ребенку вред.
- Используйте приведенный ниже алгоритм действий при проглатывании инородного объекта.
- Если ребенок проглотил батарейку-«таблетку», см. с. 594.

Алгоритм действий при проглатывании инородного объекта



Батарейки-«таблетки»

Батарейки-«таблетки» (маленькие плоские батарейки, которые используются в часах и других электронных устройствах) очень опасны для детей младшего возраста. Их проглатывание может вызывать осложнения, угрожающие жизни. Батарейка, застрявшая в пищеводе, может причинить тяжелые ожоги всего за 2 часа.

Лабораторные и инструментальные исследования

- **Немедленно** проведите рентгенографию, чтобы определить местоположение батарейки-«таблетки».

Лечение и направление к специалистам

- Если у ребенка отсутствуют симптомы, диагноз был поставлен своевременно (не более 12 часов с момента проглатывания), а батарейка находится ниже пищевода, попросите опекунов проверять, вышла ли батарейка с калом. Проведите повторную рентгенографию через 7–14 дней. Если батарейка все еще находится в организме, направьте ребенка в стационар.
- Немедленно направьте ребенка в стационар в следующих ситуациях:
  - — Отсутствует возможность проведения рентгенографии.
  - — Батарейка задержалась в пищеводе. Необходимо срочное (желательно в течение менее 2 часов) удаление эндоскопическим путем.
  - — Диагноз был поставлен несвоевременно (более 12 часов с момента проглатывания), даже если батарейка уже миновала пищевод: чтобы исключить повреждение пищевода и кровеносных сосудов, необходимо провести дальнейшие исследования (эндоскопию, компьютерную томографию) даже у ребенка с отсутствием симптомов.

6.25 Боль

Боль – это неприятное физическое и эмоциональное ощущение, вызванное реальным или потенциальным повреждением тканей. Чрезвычайно важно уметь оценивать и лечить боль в следующих ситуациях:

- Острая боль в чрезвычайных ситуациях (например, при обширных ожогах) или при патологиях, требующих немедленного направления к специалисту (например, при перекруте яичка).

- Острая боль (продолжительностью менее 3 месяцев), вызванная заболеванием, например острым средним отитом.
- Хроническая боль (постоянная или рецидивирующая в течение более 3 месяцев).
- Обезболивание у детей с долгосрочными потребностями в помощи, например при серповидно-клеточной анемии.
- Обезболивание в терминальной стадии заболевания (см. раздел «Паллиативная помощь», с. 775).
- Обезболивание при проведении различных медицинских процедур (с. 599).

Оценка

Чтобы определить характер, выраженность и отклик боли на лечение, проведите ее оценку. У детей младшего возраста на боль указывают следующие невербальные признаки:

- Ребенок требует повышенного внимания.
- Необычно тихое поведение.
- Беспокойство.
- Хныкание.
- Всхлипывание.
- Поза «испуганного оцепенения».
- Заторможенность.
- Раздражительность, ребенка невозможно утешить.
- Необычная поза.
- Нежелание двигаться.
- Пронзительный крик.
- Агрессивность.

Характеристики боли:

- Место (локализация).
- Иррадиация (отдача).
- Интенсивность (используйте соответствующую шкалу для оценки боли, с. 596).
- Время начала.
- Характер: острая, колющая, тупая, жгучая.

- Продолжительность, частота приступов.
- Факторы, усугубляющие и облегчающие состояние.
- Тревога, которую вызывает боль и ее влияние на ребенка.

Влияние боли на показатели жизненно-важных функций:

- Увеличение ЧСС.
- Увеличение или уменьшение частоты дыхания.
- Повышение артериального давления во время приступов острой боли.
- Снижение насыщения крови кислородом во время приступов острой боли.

У детей и подростков с хронической болью:

- Влияние боли на повседневную жизнь, например посещение школы, занятия спортом, другие виды деятельности и отношения с друзьями.

Шкала для оценки боли

Чтобы определить интенсивность боли (слабая, умеренная или сильная), используйте утвержденную шкалу для оценки боли у детей с помощью **изображений лиц** или **словесных описаний**, соответствующих баллам от 0 (боль отсутствует) до 10 (невыносимая боль).



Лечение боли

Цель лечения заключается в смягчении, взятии под контроль и предотвращении боли во всех ситуациях. Неконтролируемая боль подчиняет себе жизнь ребенка и его семьи.

Как правило, для лечения боли используются анальгетические препараты (например, парацетамол или ибупрофен). При необходимости проводится иммобилизация. Кроме того, родители или опекуны должны отвлекать, утешать и успокаивать ребенка.

- По возможности лечите основную причину боли.
- Давайте анальгетики регулярно (по часам), не допуская ситуации, когда ребенку дают следующую дозу анальгетика лишь при повторном возникновении сильной боли.
- При назначении анальгетиков выбирайте наиболее подходящий, простой, наиболее эффективный и наименее болезненный путь введения, по возможности пероральный. Если это возможно, избегайте внутримышечного и внутривенного введения препаратов, так как оно может быть болезненным, а при внутримышечном введении обезболивающий эффект достигается не сразу.
- Подбирайте индивидуальную дозу для каждого ребенка и постепенно меняйте ее для достижения хорошего обезболивающего эффекта (в особенности это касается морфина). При «прорывной» боли необходимы дополнительные дозы препаратов, которые могут варьироваться.
- Научите опекуна давать обезболивающие препараты.
- Каждые 2–3 дня повторно оценивайте потребность в обезболивающих мероприятиях и их эффективность, ориентируясь на изменения уровня боли.
- Предупреждайте, выявляйте и лечите побочные эффекты анальгетических препаратов, например запор, зуд, головокружение, тошноту.

Выбор анальгетиков в зависимости от интенсивности боли

Давайте анальгетики в два этапа в зависимости от того, какую боль испытывает ребенок – слабую, умеренную или сильную. Используйте следующие препараты:

Слабая боль (0–3 балла)

- Если ребенку больше 3 месяцев и он может принимать лекарства перорально, назначьте парацетамол 10–15 мг/кг каждые 4–6 ч или нестероидный противовоспалительный препарат, например ибупрофен 5–10 мг/кг каждые 6–8 ч.
- Если ребенку меньше 3 месяцев, назначайте только парацетамол.

НЕ назначайте аспирин (ацетилсалициловую кислоту) детям младше 16 лет в связи с риском развития синдрома Рея.

Умеренная (4–6 баллов) или сильная (7–10 баллов) боль, а также боль, не реагирующая на вышеописанную терапию.

- Используйте более сильные анальгетики, доступные в ваших условиях.
- Назначьте морфин перорально или в/в каждые 4–6 часов либо в форме непрерывной в/в инфузии.
- Рассчитайте **точную** дозу, ориентируясь на вес ребенка. Дозировки см. в приложении 4. После того, как с помощью морфина удастся взять боль под контроль, эффективную дозу можно давать в форме перорального препарата замедленного высвобождения.
- Если развивается привыкание организма к морфину, его дозу необходимо увеличить для поддержания обезболивающего эффекта на прежнем уровне.
  - — При продолжительности приема морфина свыше 2 дней назначьте слабительное средство (с. 366).
  - — При использовании морфина для лечения хронической боли помните о развитии зависимости.

! Морфин может вызывать угнетение дыхания, поэтому после его приема требуется более тщательное наблюдение за ребенком.

Дополнительные препараты

К распространенным препаратам, применяемым для обезболивания отдельно или в сочетании с вышеописанными анальгетиками, относятся следующие:

- Диазепам – при мышечных спазмах.
- Карбамазепин – при невралгических болях.
- Кортикостероиды (например, дексаметазон) – при боли, обусловленной сдавливанием нерва в результате воспалительного отека тканей.

Немедикаментозные методы

Немедикаментозные методы используются для ослабления боли и снижения уровня стресса и страха.

- Объясните опекунам, какие методы могут использоваться на дому для ослабления боли и связанных с ней стресса и страха (блок рекомендаций 39).
- Дети с хронической болью могут использовать психологическое преодоление боли с помощью когнитивно-поведенческой терапии и смежных методик (терапия принятия и ответственности, поведенческая терапия, релаксационная терапия).

Направление к специалисту

- Если стандартная двухступенчатая схема обезболивания не помогает справиться с болью, направьте ребенка к специалисту по лечению боли.

Блок рекомендаций 39. Обезболивание в домашних условиях

Как обезболивать ребенка в домашних условиях

- Не оставляйте ребенка одного, когда он испытывает боль.
- Выслушивайте ребенка; давайте ему понять, что его потребности имеют важное значение.
- Обеспечьте ребенку знакомую и уютную обстановку. Не разлучайте его с любимыми вещами, например с игрушкой, которую он берет в постель.
- Сделайте окружение ребенка комфортным (например, приглушите громкие звуки).
- Прикасайтесь к ребенку: обнимайте его, носите или держите на руках, кормите грудью, массируйте.
- Приложите к больному месту теплый или холодный компресс (например, из смоченной водой ткани).
- Зачастую боль уменьшается, если подуть на больное место или обмахнуть его.
- Никогда не заставляйте ребенка есть. Лучше предлагать ему легкие перекусы.
- Отвлекайте ребенка, например играми, музыкой или сказками.

- При хронической или с трудом поддающейся купированию боли рассмотрите возможность направить ребенка к специалистам, например для оказания паллиативной помощи и психосоциальной поддержки.

Обезболивание при проведении медицинских процедур

При болезненных повреждениях кожи или слизистых оболочек либо во время болезненных медицинских процедур используйте один из следующих местных анестетиков (с. 985):

- Лидокаин и прилокаин: нанесите на неповрежденную кожу перед проведением болезненной процедуры.
- Лидокаин, эпинефрин (адреналин) и тетракаин: нанесите на марлевый тампон и приложите к открытой ране; наилучший выбор при наложении швов. У детей младшего возраста должен применяться с осторожностью в связи с потенциальной системной абсорбцией (не оставляйте тампон больше чем на 20 минут).
- Местная инфильтрация лидокаином 3 мг/кг или бупивакаином 0,5–2,5 мг/кг. Новорожденные и дети грудного возраста:
- Во время болезненных процедур, например вакцинации или взятия крови на анализ, попросите мать приложить ребенка к груди либо дайте ему пустышку или раствор сахарозы.
- При выборе варианта с раствором сахарозы дайте ребенку высосать 0,5 мл 24%-ного раствора сахарозы или нанесите раствор на язык за 2 минуты до начала процедуры. Используйте минимальное количество раствора, необходимое для обезболивания, и при необходимости давайте повторные дозы общим объемом до 2 мл за одну процедуру.

6.26 Отклонения веса и роста

6.26.1 Недостаточное питание, худоба и задержка роста 602
6.26.2 Избыточная масса тела и ожирение 608
6.26.3 Низкорослость 611
6.26.4 Высокорослость 614

Родители часто обращаются к врачу с жалобами, касающимися роста, веса или пищевых привычек ребенка. Их может беспокоить чрезмерная худоба ребенка (с. 602), избыточный вес (с. 608), слишком маленький (с. 611) или большой рост (с. 614), а также задержка или преждевременное наступление полового созревания (с. 796).

Оценка роста

Измерьте вес и рост или длину тела ребенка (с. 25) и оцените различные параметры питания (показатели «вес / рост (длина тела)», «рост (длина тела) / возраст», «ИМТ / возраст»), чтобы определить состояние питания в зависимости от возраста ребенка (таблицы 82 и 83). Сверьтесь с нормами роста детей, разработанными ВОЗ (приложение 3). Измерения веса и роста проводятся во время каждого контрольного посещения здорового ребенка (см. главу 3).

Таблица 82. Классификация состояния питания у детей в возрасте до 5 лет

Отклонение от норм роста детей, разработанных ВОЗ	Показатель «вес / рост (длина тела)» или «ИМТ/возраст»	Показатель «рост (длина тела) / возраст»
> + 3 СО	Ожирение	–
> + 2 СО	Избыточный вес	–
≥ – 2 СО и ≤ + 2 СО	Норма	Норма
< – 2 СО и ≥ – 3 СО	Умеренное острое нарушение питания (умеренное истощение)	Умеренное хроническое нарушение питания (умеренная задержка роста)
< – 3 СО	Тяжелое острое нарушение питания (сильное истощение)	Тяжелое хроническое нарушение питания (сильная задержка роста)

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения; СО – стандартное отклонение; ИМТ – индекс массы тела.

Таблица 83. Классификация состояния питания у детей в возрасте от 5 лет

Отклонение от норм роста детей, разработанных ВОЗ	Показатель «ИМТ/возраст» у детей
> + 2 СО	Ожирение
> + 1 СО	Избыточный вес
≥ – 2 СО и ≤ + 1 СО	Норма
< – 2 СО и ≥ – 3 СО	Худоба
< – 3 СО	Сильная худоба

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения; СО – стандартное отклонение; ИМТ – индекс массы тела.
Обратите внимание, что стандартное отклонение (СО) и z-оценка означают одно и то же.

6.26.1 Недостаточное питание, худоба и задержка роста

У детей младше 5 лет:

- **Умеренное нарушение питания** определяется как значение показателей «вес / рост (длина тела)» или «ИМТ/возраст» в диапазоне < – 2 СО и ≥ – 3 СО.
- **Тяжелое нарушение питания** определяется как значение показателей «вес / рост (длина тела)» или «ИМТ/возраст» < – 3 СО.
- Для выявления тяжелой или умеренной степени нарушения питания у детей младшего возраста, особенно при отеках, может применяться измерение окружности середины плеча (ОСП).

У детей старше 5 лет:

- **Худоба** определяется как значение показателя «ИМТ/возраст» в диапазоне < – 2 СО и ≥ – 3 СО.
- **Сильная худоба** определяется как значение показателя «ИМТ/возраст» < – 3 СО.
- **Задержка роста** характеризуется более медленным прибавлением в весе и росте по сравнению с ожидаемыми темпами для ребенка данного возраста и пола. При этом состоянии кривая развития ребенка, нанесенная на график физического развития, будет постепенно отклоняться вниз от предполагаемой. Задержка роста может быть вызвана несколькими острыми заболеваниями, перенесенными подряд, или нарушениями питания.

Анамнез

Новорожденные и дети грудного возраста

- Факторы, которые могут быть связаны с задержкой роста:
  - — Недоношенность.
  - — Другие врожденные патологии или заболевания в перинатальном периоде.
  - — Нарушения развития нервной системы.
  - — Послеродовая депрессия и тревожность у матери.
  - — Рецидивирующие инфекции.
- Особенности кормления или питания:
  - — Грудное или искусственное вскармливание.
  - — Частота кормлений и количество потребляемого молока или молочной смеси.
  - — При искусственном вскармливании: вид смеси и способ ее приготовления (разведения).
  - — Наличие и вид прикорма.

В течение первых 6 месяцев жизни рекомендуется кормить ребенка исключительно грудью. Начиная с 6 месяцев все дети должны начать получать прикорм в дополнение к грудному молоку (с. 104).

- Дополнительные факторы, вызывающие недостаточный набор или снижение веса у детей грудного возраста:
  - — Неэффективное сосание у детей, находящихся на грудном вскармливании.
  - — Неэффективное кормление из бутылочки.
  - — Неправильный график кормлений или приемы, применяемые при кормлении.
  - — Неблагоприятная обстановка, в которой происходит кормление.
  - — Отвращение к еде.
  - — Неадекватное взаимодействие между родителями и ребенком.

— Неправильная реакция опекунов на сигналы и реакции ребенка, касающиеся потребностей в кормлении.

— Физическое состояние ребенка, влияющее на кормление.

Дети раннего и более старшего возраста

- Особенности кормления или питания: число приемов пищи в день, их разбивка по времени (завтрак, обед, ужин), рацион питания.
- Диарея в анамнезе.
- Частый кашель или инфекции дыхательных путей в анамнезе.
- Условия проживания, социальная и семейная обстановка.

  Примечание: на характер питания и набор веса могут влиять сложные ситуации в семье и жестокое обращение с ребенком.
- Дополнительные факторы, вызывающие недостаточный набор или снижение веса:
  — Особенности поведения во время приема пищи.
  — Виды предлагаемой еды.
  — Отвращение к еде и отказ от нее.
  — Трудности с взаимодействием между родителями и ребенком.
  — Неправильная реакция опекунов на сигналы и реакции ребенка, касающиеся потребностей в питании.
  — Отсутствие аппетита.
  — Физическое состояние ребенка, влияющее на кормление.
- Особенности питания родителей (веганская или вегетарианская диета).

Подростки

- Особенности питания (см. выше).
- Условия проживания, социальная и семейная обстановка.
- Известные заболевания, прием лекарственных препаратов.
- Признаки расстройств пищевого поведения (с. 651).
  — Дисморфофобия и страх набора веса.
  — Действия, направленные на снижение веса, например самостоятельно вызываемая рвота, диеты, прием слабительных, мочегонных или других лекарственных средств, голодание или чрезмерные физические нагрузки.

Физикальное обследование

Проверьте следующее:

- Видимые признаки сильного истощения:
  - потеря мышечной массы: выступающие ключицы, лопатки, рельефные коленные суставы;
  - потеря подкожно-жировой клетчатки: впалые щеки, выступающие ребра, плоские или дряблые ягодицы;
- отеки;
- изменения кожи: дряблость, морщины.

У новорожденных и детей грудного возраста проверьте следующие факторы:

- Техника грудного вскармливания и прикладывания к груди (с. 98).
- Если ребенок находится на искусственном питании – пропорции и способ приготовления смеси (с. 106).
- Взаимодействие между родителями и ребенком.

Дифференциальная диагностика

Ищите основные заболевания, в том числе:

- целиакию (с. 342); воспалительные заболевания кишечника; врожденный или приобретенный порок сердца (с. 688); муковисцидоз (с. 705); ВИЧ (с. 736); онкологические заболевания (с. 731); опухоли; гипертиреоз; физические нарушения, негативно влияющие на питание; туберкулез (с. 746).
- Помимо этого, у новорожденных и детей грудного возраста ищите: инфекции мочевыводящих путей (с. 413); аллергию на коровье молоко (с. 338) или другие пищевые аллергии.
- Помимо этого, у подростков ищите: расстройства пищевого поведения (с. 651).

Лабораторные и инструментальные исследования

- У новорожденных и детей грудного возраста: исследования для выявления инфекции мочевыводящих путей (с. 414), так как недиагностированная инфекция мочевыводящих путей может вызывать потерю аппетита.

- Если в рацион ребенка входят продукты, содержащие глютен, – исследования для выявления целиакии (с. 342).
- Дальнейшие исследования показаны только при соответствующих клинических признаках.

Лечение

Ребенок с умеренным нарушением питания или задержкой роста и отсутствием других патологий не нуждается в немедленной госпитализации, однако требует регулярного последующего наблюдения.

- Лечите основную патологию (при наличии).
- Объясняйте намеченные вмешательства и обсуждайте их с опекунами и самим ребенком в зависимости от уровня его развития.
- Проконсультируйте родителей или опекунов по вопросам кормления и питания, исходя из выявленных нарушений и возраста ребенка (с. 94).
- Окажите поддержку матери и поощрите ее продолжать грудное вскармливание; объясните, как преодолевать возникающие трудности (с. 97).
- Составьте план лечения с конкретными целями, который будет включать в себя:
  - — вмешательства, например изменение техники грудного вскармливания, введение прикорма, перевод на регулярные приемы пищи, если раньше ребенок пропускал их;
  - — запланированные повторные приемы, во время которых будет проводиться оценка состояния ребенка, включая физикальный осмотр и контроль физического развития, в целях отслеживания успехов и хода достижения целей.
- В соответствующих случаях рекомендуйте родителям или опекунам ребенка:
  - — проводить кормление и принимать пищу в расслабленной и приятной обстановке;
  - — садиться за стол всей семьей, включая детей;
  - — разрешать детям младшего возраста есть самостоятельно, даже если они делают это неопрятно;
  - — установить оптимальную продолжительность (не слишком длительную и не слишком короткую) кормлений и приемов пищи;

— установить разумные правила поведения за столом и избегать наказаний;

— не кормить ребенка насильно;

— придерживаться регулярного распорядка питания – например, три основных приема пищи и два перекуса здоровой пищей в день.

- Расскажите, какие продукты питания имеют оптимальную энергетическую и питательную ценность и подходят ребенку на данном этапе его развития с точки зрения количества, вида и текстуры.
- Если в семье не хватает продуктов питания, направьте опекунов или родителей за получением продовольственной помощи или в социальные службы.
- Если после первичного обследования у ребенка развиваются новые симптомы или признаки, обдумайте необходимость проведения дальнейших исследований.

Направление к специалисту

Рассмотрите возможность направления к специалисту в следующих случаях:

- При подозрении на основное заболевание – для постановки диагноза и начала лечения.
- Сильная худоба.
- Выраженная потеря веса.
- Отсутствие улучшений после применения стратегий помощи при кормлении или организации питания.
- Расстройства пищевого поведения у подростков (с. 651).

Немедленно направьте в стационар ребенка с тяжелым острым нарушением питания. До госпитализации:

- Для предотвращения снижения уровня сахара в крови дайте 10%-ный раствор глюкозы или сахарозы.
- Держите ребенка в тепле.
- Если госпитализация откладывается на длительное время, рассмотрите возможность введения первой дозы антибиотиков в/в или в/м. Обратитесь за консультацией в центр, куда будет направлен ребенок.

Последующее наблюдение

Выбор методов последующего наблюдения зависит от основного заболевания. При таких заболеваниях, как целиакия или муковисцидоз, необходим разработанный специалистом план лечения, выполнение которого может обеспечивать и контролировать поставщик первичной медико-санитарной помощи.

Если вы исключили основное заболевание, назначьте повторный прием через несколько недель в зависимости от тяжести состояния ребенка.

6.26.2 Избыточная масса тела и ожирение

У детей младше 5 лет: **избыточный вес** и **ожирение** определяются как значение показателей «вес / рост (длина тела)» или «ИМТ/возраст» > 2 СО и > 3 СО соответственно.

У детей старше 5 лет: **избыточный вес** и **ожирение** определяются как значение показателя «ИМТ/возраст» > 2 СО и > 3 СО соответственно.

Лечение детей с избыточным весом и ожирением представляет собой все более масштабную задачу, с которой сталкиваются медицинские работники первичного звена. Чаще всего избыточный вес и ожирение возникают по причине неправильного питания и вредных пищевых привычек, например чрезмерного потребления сверхкалорийных продуктов и недостатка физической активности. Как правило, при отсутствии прочих симптомов в проведении тщательного эндокринологического обследования нет необходимости.

Анамнез

- Анамнез питания: размер порций, пищевые привычки, рацион питания (нездоровая пища), употребление соков и сахаросодержащих напитков.
- Физическая активность.
- Время, проводимое перед экраном (с. 119).
- Ожирение, диабет II типа, гестационный диабет у матери в семейном анамнезе.
- Психологические факторы: стрессы у самого ребенка, его родителей и семьи в целом.
- Длительный прием кортикостероидов.
- Симптомы причин и осложнений ожирения:
  - головная боль (гипертензия (с. 395) и ложная опухоль головного мозга);

— храп, остановки дыхания во сне и дневная сонливость (см. обструктивное апноэ сна, с. 650);

— симптомы со стороны суставов, например боль в тазобедренном суставе при эпифизеолизе головки бедренной кости (с. 492);

— издевательства со стороны сверстников;

— депрессия (с. 618), низкая самооценка и расстройства пищевого поведения, включая компульсивное переедание (с. 651), злоупотребление психоактивными веществами (с. 767) у подростков;

— нерегулярные менструации или гирсутизм (поликистоз яичников);

— полиурия или полидипсия (см. раздел «Диабет», с. 709);

— боль в животе (желчекаменная болезнь).

Физикальное обследование

Проведите полный медицинский осмотр (с. 14). В зависимости от возраста ребенка и степени избыточного веса или ожирения проверьте следующие признаки:

- Гипертензия.
- Этап полового созревания (с. 796).
- Папиллярно-пигментная дистрофия кожи (черный акантоз): участки утолщенной и бархатистой на ощупь кожи темного цвета в кожных складках (подмышечные впадины, задняя часть шеи, пах).
- Признаки основных эндокринных заболеваний, например синдрома Кушинга: ожирение по центральному типу и избыток жировых тканей, особенно на лице («лунообразное лицо»), шее и между плечами (холка, бычий горб), легко возникающие подкожные кровоизлияния, стрии розового цвета.

Лабораторные и инструментальные исследования

- Анализ мочи (с. 414) на белок и глюкозу для выявления диабета.
- Рассмотрите возможность провести анализ крови на сахар и липидный профиль, а также УЗИ печени для диагностики жировой дистрофии печени.
- Если вы предполагаете, что причина избыточного веса или ожирения связана не только с питанием и образом жизни либо у ребенка есть сопутствующие патологии, включая черный акантоз, рассмотрите возможность направить ребенка к специалисту для проведения дальнейших исследований.

Лечение

- Проведите консультацию на тему изменения образа жизни:
  - здоровое питание (с. 94);
  - физическая активность (с. 119);
  - ограничение времени, проводимого перед экраном (с. 119);
  - достаточная продолжительность сна (с. 119) и здоровые привычки в отношении сна (с. 647);
  - участие в общественной деятельности, школьных мероприятиях, наставничестве, групповых спортивных занятиях.

Ставьте реалистичные цели: сократить потребление нездоровой пищи; заменить нездоровую пищу более здоровыми продуктами; не набирать вес (вместо снижения веса); повысить уровень физической активности.

- Привлеките к изменению образа жизни всю семью и содействуйте созданию здоровой обстановки дома:
  - Поощряйте приемы пищи за общим столом и приготовление здоровых перекусов для детей, отправляющихся в детский сад и школу (не следует давать детям деньги на покупку нездоровых продуктов и сахаросодержащих напитков).
  - Не следует использовать еду как развлечение или награду, а лишение еды – как наказание.
  - Поощряйте активное времяпрепровождение, например прогулки или занятия спортом всей семьей.

Дополнительные вмешательства у подростков:

- Чтобы содействовать изменениям в области физической активности и питания, используйте метод мотивационного интервью (с. 794): например, обсудите питание вне дома – со сверстниками, в гостях у друзей или на свидании.
- При депрессии (с. 618) или компульсивном переедании (с. 654) направьте ребенка к специалисту для получения психосоциальной поддержки.

Направление к специалисту

Направьте ребенка к специалисту или в стационар, если комплексные вмешательства по изменению образа жизни (питание, физическая активность) оказались неэффективными или имеются тяжелые сопутствующие патологии.

Рассмотрите возможность направить ребенка к специалисту для оказания психологической помощи и к диетологу – для консультирования по вопросам питания.

6.26.3 Низкорослость

Слишком маленький рост ребенка может быть причиной обращения родителей к врачу; кроме того, низкорослость или задержка роста могут быть выявлены в ходе диспансеризации ребенка.

Низкорослость или задержка роста определяется как значение показателя «рост (длина тела) / возраст» < – 2 СО.

В большинстве случаев низкорослость, включая конституциональную задержку роста и развития (таблица 84), является вариантом нормы.

В редких случаях низкорослость может быть вызвана основной патологией.

Оценка роста

- Чтобы определить, был ли ребенок низкорослым с самого начала или отставание в росте началось недавно, проанализируйте кривую роста (проведите оценку скорости роста).
- Узнайте рост обоих родителей, а также рост братьев и сестер при их наличии и рассчитайте генетический (целевой) рост по формуле (в сантиметрах):
  - Для девочек: ([рост матери + рост отца]/2) – 6,5.
  - Для мальчиков: ([рост матери + рост отца]/2) + 6,5.

Анамнез

Сбор анамнеза зависит от возраста ребенка или ребенка на момент приема.

- Анамнез на момент рождения: слишком маленький рост для гестационного возраста, недоношенность.
- Перинатальный анамнез (включая инфекции и контакт с токсическими веществами во время беременности).
- Генетические заболевания и синдромы.

- Рацион питания: хроническое недоедание может приводить к задержке роста.
- Семейный и социальный анамнез.
- Медицинский анамнез: рецидивирующие инфекции, неврологические или желудочно-кишечные заболевания.
- Прием лекарственных препаратов.

Физикальное обследование

Проверьте следующее:

- Дисморфические признаки (например, крыловидная шея, широкая грудная клетка, широко расставленные глаза, смещенные назад и по вертикальной оси уши).
- Задержка полового созревания (см. раздел «Оценка этапа полового созревания», с. 796).
- Уровень развития ребенка (с. 71).

Лабораторные и инструментальные исследования

В зависимости от предполагаемой причины низкорослости:

- рентгенография левой кисти и запястья для определения костного возраста (интерпретацию результатов должен проводить специалист);
- анализ мочи на белок и глюкозу;
- общий анализ крови и мазок крови, в том числе СОЭ, СРБ, глюкоза, мочевина, креатинин, электролиты, ТТГ, свободный тироксин, антитела для диагностики целиакии, у девочек – анализ кариотипа;
- потовая проба;
- генетические тесты на синдромы, вызывающие низкорослость.

Дифференциальная диагностика

Следует проводить различие между идиопатической низкорослостью, вариантами нормы (таблица 84) и низкорослостью, вызванной основной патологией.

Идиопатическая низкорослость и варианты нормы характеризуются следующими признаками:

- схожий характер роста у одного из родителей;
- пропорциональная низкорослость;

- Сопутствующие признаки и симптомы отсутствуют.
- Отсутствие отклонений при обследовании.

В редких случаях низкорослость может быть вызвана основной патологией.

- Хроническое недоедание.
- Генетические отклонения: синдром Шерешевского – Тернера, синдром Нунан, синдром Прадера – Вилли.
- Хронические заболевания: врожденные или приобретенные пороки сердца, тяжелая астма, муковисцидоз, целиакия, воспалительные заболевания кишечника, хроническая почечная недостаточность.
- Эндокринные нарушения: дефицит гормона роста, гипотиреоз.
- Нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата: дисплазии скелета, например хондродистрофия.
- Психосоциальная депривация и жестокое обращение с ребенком (с. 753).

Таблица 84. Характеристики идиопатической низкорослости и вариантов нормы

Диагностика	Симптомы в пользу диагноза
Идиопатическая низкорослость	• Медленный, но стабильный рост • Нормальный целевой рост • Задержка полового созревания отсутствует • Нормальный костный возраст
Семейная низкорослость	• Медленный, но стабильный рост • Окончательный рост соответствует нижней границе целевого роста • Задержка полового созревания обычно отсутствует • Нормальный костный возраст
Конституциональная задержка роста и развития	• Чаще встречается у мальчиков • В первые 2 года жизни темп роста замедленный, затем нормальный, а в старшем подростковом возрасте – ускоренный • Окончательный рост соответствует целевому • Часто сопровождается задержкой полового созревания • Сниженный костный возраст

Лечение и направление к специалистам

Если родители предъявляют жалобы на низкорослость ребенка, но при этом длина тела (рост) и темп развития ребенка соответствует норме, а дополнительные признаки и симптомы отсутствуют, достаточно успокоить ребенка и членов его семьи; какие-либо другие действия не требуются.

Направьте ребенка к специалисту в следующих случаях:

- Причина низкорослости неизвестна, необходимы дальнейшие исследования.
- В ходе физикального обследования были выявлены тревожные признаки.

Последующее наблюдение

Последующее наблюдение зависит от основного заболевания. Если вы исключили основное заболевание, назначьте повторный прием через 3 месяца. Лечение конкретных заболеваний (например, целиакии) проводится в соответствии с планом. При соблюдении этого плана можно до некоторой степени наверстать отставание в росте.

6.26.4 Высокорослость

Родители редко предъявляют жалобы на слишком высокий рост ребенка, однако высокорослость может быть выявлена в ходе. Высокорослость определяется как рост > + 2 СО от среднего показателя для данного возраста (97-го процентиля).

К распространенным причинам высокорослости относятся семейная высокорослость, ожирение, синдром Клайнфельтера, синдром Марфана и преждевременное половое созревание.

При поиске основных патологий следует руководствоваться анамнезом и результатами физикального обследования.

Оценка роста

Чтобы определить, был ли ребенок высокорослым с самого начала или ростовой скачок начался недавно, проанализируйте кривую роста.

Узнайте рост обоих родителей (генетический или целевой рост).

Физикальное обследование

Проверьте наличие следующих признаков:

- Врожденные синдромы (дисморфические признаки).

- Преждевременное половое созревание (см. раздел «Оценка этапа полового созревания», с. 796).
- Гипертиреоз.

Направление к специалисту

Направьте к специалисту ребенка с выявленными тревожными признаками.

6.27 Отклонения окружности головы

6.27.1 Микроцефалия

Микроцефалия определяется как существенно уменьшенная окружность головы (< – 2 СО или < 3-го процентиля) по сравнению с детьми того же пола, возраста и этнической принадлежности. Ребенок может родиться с маленькой окружностью головы (врожденная микроцефалия) либо голова может перестать расти после рождения (приобретенная микроцефалия).

Микроцефалию может вызывать множество причин, в том числе:

- инфекции у матери во время беременности (токсоплазмоз, вирус Зика, краснуха, ветряная оспа, ЦМВ, сифилис);
- контакт матери с токсическими веществами во время беременности (злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, курение, некоторые яды и лекарственные препараты);
- генетические нарушения, например синдром Дауна (с. 675);
- нейрометаболические расстройства;
- тяжелая недостаточность питания во время внутриутробного развития;
- повреждения головного мозга в процессе его развития (гипоксически-ишемическое поражение, травма).



Нормальная окружность головы



Микроцефалия: *окружность головы < – 2 СО или < 3-го процентиля*

Оценка роста окружности головы

Оцените характер роста окружности головы с помощью нанесения на график результатов предыдущих измерений. Информацию об измерении окружности головы см. на с. 25.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

Некоторые дети с микроцефалией развиваются совершенно нормально и не имеют каких-либо других симптомов. У других детей могут возникать дополнительные симптомы и нарушения, которые зависят от основной причины заболевания. В их число входят:

- Эпилепсия (40% случаев).
- Недостаточный набор веса, низкорослость.
- Нарушения зрения или слуха.
- Задержка речевого развития, проблемы с учебой.
- Характерные особенности строения лица.

Направление к специалисту и последующее наблюдение

- Направьте ребенка к специалисту для оценки состояния, если вы диагностировали микроцефалию или если окружность головы ребенка не увеличивается на протяжении 3 месяцев.
- Предоставьте опекунам консультативную помощь и поддержку; при необходимости поощряйте развитие детей раннего возраста (с. 78) и применяйте вмешательства на раннем этапе, включая программы стимуляции и игрового развития.

6.27.2 Макроцефалия

Микроцефалия определяется как существенно увеличенная окружность головы (> + 2 СО или > 97-го процентиля) по сравнению с детьми того же пола, возраста и этнической принадлежности.

Макроцефалия может быть безвредным вариантом нормы или проявлением причин, требующих лечения.

- Семейная макроцефалия: ребенок родился с большой головой и нормальным размером тела, тревожные признаки при физикальном обследовании и какие-либо другие симптомы отсутствуют.
- Прочие генетические нарушения, включая хондродистрофию.
- Нарушения обмена веществ.
- Гидроцефалия (увеличение объема спинномозговой жидкости).
- Киста, абсцесс, опухоль головного мозга.
- Инфекции в перинатальном периоде (токсоплазмоз, краснуха, сифилис, ЦМВ).

Оценка роста

Оцените характер роста окружности головы с помощью нанесения на график результатов предыдущих измерений. Информацию об измерении окружности головы см. на с. 25. Проводите оценку у детей с единичным показателем окружности головы больше + 2 СО или 97-го процентиля либо при прогрессирующем увеличении окружности головы по результатам нескольких последовательных измерений (например, при отклонении кривой на графике роста от – 1 СО до + 1 СО) (с. 952).

Анамнез

- Травма в анамнезе.
- Менингит или энцефалит в анамнезе.
- Судороги в анамнезе.
- Недоношенность с кровоизлиянием в желудочки головного мозга.
- Неврологические или кожные заболевания в семейном анамнезе.
- Нарушения развития.
- Какой-либо известный синдром.

Физикальное обследование

Проведите физикальное обследование, включая полное неврологическое обследование. Проверьте следующее:

- Позднее закрытие родничков (с. 148).
- Признаки повышенного внутричерепного давления: напряжение или выбухание родничка, тошнота, рвота, двоение в глазах, атаксия.
- Признаки менингита: высокая температура, ригидность затылочных мышц (с. 272).
- Признаки, характерные для конкретного синдрома.

Лечение

Если окружность головы у ребенка увеличивается в соответствии с контрольными кривыми на графике роста, прочие симптомы отсутствуют, а наиболее вероятным диагнозом является семейная макроцефалия, успокойте родителей и продолжайте контроль за физическим развитием ребенка. В направлении к специалисту нет необходимости.

Направление к специалисту

Немедленно направьте к специалисту ребенка с любыми признаками повышенного внутричерепного давления, черепно-мозговой травмы или менингита.

Направьте ребенка к специалисту для дальнейшей оценки в следующих случаях:

- при быстром увеличении окружности головы;
- если макроцефалия сопровождается другими признаками и симптомами;
- при наличии признаков, характерных для конкретного синдрома, – для проведения генетических тестов.

6.28 Сниженное настроение и депрессия

Депрессивное настроение часто встречается у детей и подростков. Как правило, сам ребенок или подросток не предъявляет жалоб на депрессию; врачу об этом сообщают другие лица.

Эпизоды сниженного настроения распространены в подростковом возрасте. Большинство из них не свидетельствует о какой-либо патологии, представляет собой эмоциональную реакцию на повседневные трудности и не требует медицинского вмешательства. Тщательно обследуйте ребенка и проведите различие между депрессией и колебаниями настроения или краткосрочными эмоциональными реакциями на повседневные трудности. Эпизоды депрессии, в особенности продолжительные и тяжелые, могут негативно влиять на личную, семейную и общественную жизнь ребенка, его учебу и другие занятия.

Большое депрессивное расстройство может вызывать суицидальные мысли или намерения (с. 624).

Анамнез

Симптомы, характерные для детей младшего возраста, включают в себя раздражительность, приступы гнева и агрессию. У подростков симптоматика обычно бывает такой же, как у взрослых пациентов. В большинстве случаев дети и подростки не обращаются за консультацией по поводу сниженного настроения, а страдают от симптомов, которые указывают на депрессию или выражают ее, включая усталость, головные, мышечные боли или боли в животе.

Основные симптомы депрессии, которые должны присутствовать в течение как минимум 2 недель:

- Грусть, раздражительность, подавленность.
- Утрата интереса к различным занятиям или удовольствия от них.

Кроме того, в течение как минимум 2 недель должны присутствовать несколько симптомов из следующего списка:

- Нарушение сна или слишком продолжительный сон.
- Существенное нарушение аппетита или изменение веса (уменьшение или увеличение).
- Задержка роста у детей.
- Убежденность в собственной бесполезности или чрезмерное чувство вины, низкое самовосприятие и самооценка.
- Повышенная утомляемость или потеря энергии.
- Снижение концентрации.
- Нерешительность.
- Заметное тревожное возбуждение или беспокойное состояние.
- Ощущение беспомощности или безысходности.
- Насильственные действия, самоповреждение, суицидальные мысли или попытки.
- Повторяющиеся необъяснимые физические симптомы.

Для выявления сниженного настроения и депрессии у детей старшего возраста и подростков задайте следующие вопросы:

- Часто ли ты испытываешь ощущение подавленности, депрессии или безысходности?
- Пропал ли у тебя интерес к различным делам, энергия для занятий ими или удовольствие от них?
- Трудно ли тебе засыпать или спать без пробуждения?
- Испытываешь ли ты негативные чувства по отношению к себе?
- Ты слишком мало или слишком много ешь, причиняешь вред себе или другим?
- Появляются ли у тебя мысли о том, что тебе было бы лучше умереть?

- Анамнез:
  - — схожие нарушения;
  - — госпитализации в психиатрический стационар;
  - — назначение лекарственных препаратов по поводу психических, неврологических или связанных со злоупотреблением психоактивными веществами нарушений;
  - — суицидальные попытки;
- Случаи депрессии, злоупотребления психоактивными веществами или самоубийств в семейном анамнезе.
- Психосоциальный анамнез:
  - — Сложности в повседневной жизни: дома, в школе, в отношениях с людьми.
  - — Стрессы или провоцирующие факторы, например разлад в семье, развод родителей, семейно-бытовое насилие, издевательства в школе, потеря родственника, друга, домашнего животного или объекта влюбленности.
  - — Методы преодоления трудностей и социальная поддержка (со стороны семьи, школы, общинных служб).
  - — Отношения с родителями или опекунами.
  - — Обстановка в доме, условия жизни, состав домохозяйства.

Конкретные диагностические критерии см. в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам пятой редакции (DSM-5).

Физикальное обследование

- Проведите целенаправленное физикальное обследование с учетом результатов анамнеза.
- Исключите все соматические патологии, которые могут выглядеть сходно с депрессией или усугублять ее (см. раздел «Дифференциальная диагностика» ниже).
- Оцените внешний вид, поведение, настроение и эмоциональные реакции.
- Оцените содержание мыслей (то, о чем думает пациент): суицидальные мысли, фобии, галлюцинации, бред, навязчивые идеи.

Дифференциальная диагностика

Проверьте, существуют ли другие объяснения симптомов:

- Нормальная реакция на провоцирующий фактор или стресс.
- Жестокое обращение с ребенком (с. 753).
- Соматические патологии, которые могут выглядеть сходно с депрессией или усугублять ее, например анемия (с. 475), недостаточность питания (с. 602), гипотиреоз, ожирение (с. 608), побочные эффекты лекарственных препаратов (кортикостероиды), диабет (с. 709).
- Психические расстройства (часто более одного):
  - тревожность (с. 628);
  - маниакальный эпизод (эпизоды): повышенное или раздражительное настроение, экспансивность, гиперактивность, чрезмерная импульсивность;
  - клинически необъяснимые физические симптомы (с. 657);
  - шизофрения (с. 642);
  - злоупотребление психоактивными веществами (с. 767);
  - проблемы с учебой.

Лечение

- Разработайте план лечения с участием ребенка старшего возраста или подростка, его опекуна и специалистов (при необходимости). Специалист может предложить различные виды психотерапии (когнитивно-поведенческую терапию или семейную терапию).
- Предоставьте опекунам рекомендации по обеспечению благополучия детей или подростков (с. 129).
- Проведите психосоциальные вмешательства, направленные на ребенка или подростка, его опекунов и учителей (с. 765).
- Рекомендуйте снизить уровень стресса и участвовать в повседневных делах и жизни местного сообщества:
  - Обсудите с ребенком или подростком, что может помочь им почувствовать себя лучше.
  - Определите вид предыдущей общественной деятельности, которая при возобновлении может потенциально поддержать ребенка или подростка: например, физическая активность, общественная деятельность вместе с друзьями и членами семьи.

- Объясните, что начало или возобновление деятельности, которая раньше доставляла удовольствие, поможет улучшить настроение, несмотря на сложность ситуации.
- Рекомендуйте укрепить взаимоотношения с родителями и друзьями.
- Посоветуйте вставать и ложиться спать в одно и то же время, регулярно питаться.
- Свяжите ребенка или опекуна с другими ресурсами, доступными в местном сообществе: группами самопомощи, консультационными службами.
- Узнайте, можно ли улучшить условия жизни ребенка или подростка (например, в отношении школьной обстановки или досуга).

▶ Как можно активнее задействуйте опекунов.

▶ Лечите нарушения сна (с. 643) и другие сопутствующие заболевания, например тревожность (с. 628).

НЕ применяйте медикаментозное лечение в качестве терапии первого ряда.

Если психологические вмешательства оказались неэффективными, направьте ребенка к детскому психиатру или проконсультируйтесь с ним для назначения психофармакологической терапии (например, антидепрессантами).

Направление к специалисту

Немедленно направьте ребенка в стационар в следующих случаях:

- Акты самоповреждения с признаками отравления или интоксикации, кровотечение из нанесенной самому себе раны, потеря сознания или сильная заторможенность.
- Текущие или прошлые мысли, план или попытка самоповреждения или самоубийства у человека, который в настоящее время крайне возбужден, агрессивен, расстроен или неконтактен (с. 624).

Направьте ребенка к специалисту в следующих случаях:

- Продолжительная и тяжелая депрессия.
- После 2–6 месяцев вмешательств первого ряда улучшения отсутствуют.

Последующее наблюдение

Следите за успехами и соблюдением режима психотерапевтического лечения. При каждом визите заново оценивайте и контролируйте симптомы, поведение и функции ребенка или подростка.

При отсутствии улучшений:

- Проведите дополнительное психообразование и консультации по вопросам воспитания детей.
- Проанализируйте психосоциальные вмешательства и пересмотрите план лечения.
- Привлеките ребенка или подростка и опекунов к процессу принятия решений.
- Предложите более часто проводить регулярные повторные консультации.
- Рассмотрите возможность направить ребенка к специалисту (см. выше).

При наличии улучшений:

- Придерживайтесь плана лечения и продолжайте наблюдение, пока симптомы не ослабнут или совсем не исчезнут.
- Если пациент принимает лекарственные препараты, рассмотрите возможность постепенного снижения дозировки при консультации со специалистом.
- Если пациент не принимает лекарственные препараты, уменьшите частоту консультаций при исчезновении симптомов, при условии, что ребенок или подросток способен полноценно функционировать в повседневной жизни.

Прием антидепрессантов может усугубить суицидальные мысли. При их назначении попросите подростка приходить на прием еженедельно в течение первых 4 недель для контроля на предмет суицидальных мыслей или планов (с. 624).

6.29 Суицидальные мысли или акты самоповреждения

Самоубийство – это преднамеренный акт убийства самого себя. Самоповреждение – более широкий термин, обозначающий умышленное нанесение травм (например, порезов) самому себе.

Оценка актов самоповреждения или суицидальных мыслей должна проводиться при тяжелых эмоциональных расстройствах, включая депрессию, употребление психоактивных веществ, сильную тревожность или поведенческие нарушения.

Хотя в некоторых случаях суицидальные мысли носят неконкретный и преходящий характер и не несут в себе непосредственной угрозы, конкретные планы необходимо воспринимать чрезвычайно серьезно и принимать соответствующие меры.

Оценка

Вполне нормально говорить о самоубийстве. Разговоры о самоубийстве и употребление слов «убить себя» и «суицид» НЕ повышают риск того, что ребенок или подросток совершит попытку самоубийства.

Проверьте, совершал ли подросток акт самоповреждения или попытку самоубийства в прошлом либо существует ли риск такой попытки:

- Прежде чем задавать вопросы о самоповреждении и самоубийстве, попытайтесь установить доверительные отношения с ребенком или подростком.
- Задавайте вопросы о самоповреждении открытым текстом, например: «Что ты думаешь о жизни?», «Считаешь ли ты, что у тебя есть будущее?», «Пытался ли ты когда-нибудь причинить себе вред?», «Пытался ли ты когда-нибудь покончить с собой?», «Есть ли у тебя мысли или планы насчет того, как совершить самоубийство?».
- Если подросток признается вам в таких мыслях или поступках, продемонстрируйте сопереживание, например: «Я понимаю, в какой трудной ситуации ты оказался, и чувствую, как тебе тяжело переживать эти эмоции»; «Спасибо, что доверился мне и поделился этими мыслями».
- Если у ребенка или подростка есть план совершения самоубийства, спросите, чувствует ли он себя способным удержаться от его осуществления, если получит помощь. В случае положительного ответа узнайте, что именно помогло бы ему отказаться от этого плана.

Задайте вопросы на следующие темы:

- Текущие мысли или планы относительно самоповреждения или самоубийства.
- Мысли или планы относительно самоповреждения в последние месяцы либо акты самоповреждения на протяжении последнего года.
- Частота возникновения этих мыслей, характер обдумываемого плана, доступность орудия для совершения самоубийства (например, огнестрельное оружие, веревка, лекарство, мост), а также время, когда подросток думает осуществить этот план.
- Психические расстройства, злоупотребление психоактивными веществами.
- Хронический болевой синдром.
- Схожие нарушения, госпитализации в психиатрический стационар, назначение лекарственных препаратов по поводу психических заболеваний, шизофрения, злоупотребление психоактивными веществами, акты самоповреждения или попытки самоубийства в прошлом.
- Психические, неврологические или связанные со злоупотреблением психоактивными веществами нарушения в семейном анамнезе.
- Психосоциальный анамнез:
  - Сложности в повседневной жизни: дома, в школе, в отношениях с людьми.
  - Стрессы или провоцирующие факторы, например разлад в семье, развод родителей, семейно-бытовое насилие, издевательства в школе, потеря друга, родственника, домашнего животного или объекта влюбленности.
  - Методы преодоления трудностей и социальная поддержка (со стороны семьи, школы, общинных служб).
  - Отношения с родителями или опекунами.
  - Обстановка в доме, условия жизни, состав домохозяйства.

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ

- Планирование акта самоубийства с намерением умереть при отсутствии внешних провоцирующих факторов.
- Высказывание вслух намерения умереть.

- Намерение использовать жестокий или особенно смертоносный метод самоубийства.
- Психические расстройства (в основном психотические симптомы) в индивидуальном или семейном анамнезе.
- Сопутствующее аддиктивное поведение, импульсивность, социальная изоляция или самоизоляция, внезапные перепады настроения.
- Неоднократные акты самоповреждения или попытки самоубийства в прошлом.

Лечение

При непосредственном риске самоповреждения или самоубийства (см. раздел «Тревожные признаки»):

- Обеспечьте немедленное направление к специалисту в области психического здоровья. Рассмотрите возможность госпитализации (в зависимости от тяжести ситуации и наличия психиатрических учреждений поблизости). Не забывайте, что ваша главная цель – безопасность ребенка или подростка.
- Уберите орудия и инструменты для самоповреждения или самоубийства.

! **НЕ** оставляйте ребенка или подростка одного ни при каких обстоятельствах, в том числе во время перевозки к специалисту по психическому здоровью.

В процессе организации направления к специалисту в области психического здоровья:

- Создайте безопасную и благоприятную обстановку.
- Изучите причины и способы сделать так, чтобы человек остался в живых.
- Сосредоточьте внимание на сильных сторонах ребенка или подростка, побуждая его рассказать о том, как решались прежние проблемы.
- Предупредите подростка, а затем расскажите о ситуации его родителям или доверенным взрослым.

Нарушение конфиденциальности может отрицательно повлиять на ваши отношения с пациентом. Тем не менее ее бывает необходимо нарушить (например, уведомить опекунов) в ситуациях, когда существует высокий риск самоубийства. В этом случае предупредите подростка о нарушении конфиденциальности и объясните, что ваша задача – спасать жизни и облегчать страдания.

Если непосредственный риск самоповреждения или самоубийства отсутствует, но может возникнуть в будущем:

- Проведите психообразование и окажите поддержку (с. 765).
- Окажите поддержку, проведите психообразование и дайте советы по воспитанию родителям или опекунам ребенка (с. 765).
- При возможности направьте ребенка к специалисту в области психического здоровья.
- Объясните ребенку или подростку, что при возникновении мыслей о самоповреждении или самоубийстве он должен немедленно обратиться за помощью к доверенному члену семьи, другу или врачу.
- Как можно активнее задействуйте опекунов (в зависимости от желания подростка и его отношений с опекунами).
- Проинформируйте опекунов о:
  - признаках риска суицидального поведения;
  - доступных местных службах неотложной помощи, например телефонной горячей линии для самоубийц.
- Проконсультируйте опекунов и рекомендуйте им:
  - внимательно наблюдать за ребенком;
  - создать дома безопасную и благоприятную обстановку;
  - убрать из дома орудия самоповреждения и самоубийства, включая пестициды, огнестрельное оружие и лекарства. Все лекарства должны храниться в надежно запертом месте;
  - расширить круг общения и привлечь к оказанию социальной поддержки ребенку его ровесников, членов семьи и других подходящих людей.

Последующее наблюдение

Поддерживайте постоянный контакт и ведите длительное последующее наблюдение, поскольку настроение и симптомы психических расстройств могут меняться на протяжении нескольких дней или недель.

6.30 Страх, тревожность, избегание ситуаций или объектов

Страх – это эмоциональная реакция на объективную или субъективную угрозу. Тревога – это ожидание угрозы в будущем. Чувства страха и тревоги являются естественной и управляемой частью процесса развития ребенка; в определенных ситуациях, зависящих от возраста (таблица 85), испытывать их нормально. Эти эмоции следует рассматривать как отклонения только в том случае, если ребенок испытывает их на протяжении долгого времени, они превращаются в инвалидизирующее расстройство или негативно сказываются на способности ребенка или подростка вести повседневную жизнь.

Таблица 85. Страхи и тревоги, соответствующие возрасту

Возраст	Страхи и тревоги, соответствующие возрасту
От 9 месяцев до 2 лет	• Страх перед незнакомцами, стресс при разлуке с опекунами
От 3 до 5 лет	• Страх перед грозой, огнем, водой, темнотой, ночными кошмарами и животными
От 6 до 12 лет	• Страх перед чудовищами, привидениями, микробами, стихийными бедствиями, соматическими заболеваниями и тяжелыми травмами • Тревожность, связанная с учебой или тем, как ребенок выглядит в глазах окружающих
От 13 до 18 лет	• Страх быть отвергнутым сверстниками, выступать перед аудиторией, страх перед соматическими заболеваниями, медицинскими процедурами, катастрофами (например, войной, терактами, стихийными бедствиями)

Анамнез

- Основная ситуация, вызывающая страх или тревожность (таблица 86).
- Характеристики страха:
  - частота, продолжительность и сила приступов;
  - когда и при каких обстоятельствах страх возник впервые;
  - конкретные мысли и факторы, провоцирующие приступы страха и тревожности;
  - сопутствующие симптомы во время эпизодов;
  - влияние на повседневную жизнь.
- Сопутствующие нарушения:
  - проблемы со сном (с. 643);
  - нарушения питания (с. 651);
  - поведенческие нарушения (с. 636);
  - злоупотребление психоактивными веществами (с. 767).
- Анамнез:
  - схожие нарушения;
  - госпитализации в психиатрический стационар;
  - назначение лекарственных препаратов по поводу психических, неврологических или связанных со злоупотреблением психоактивными веществами нарушений;
  - суицидальные попытки.
- Случаи тревожности или панических атак в семейном анамнезе.
- Психосоциальный анамнез:
  - ведение повседневной жизни: дома, в школе, в отношениях с людьми;
  - методы преодоления трудностей и социальная поддержка (со стороны семьи, школы, общинных служб);
  - отношения с родителями или опекунами;
  - обстановка в доме, условия жизни, состав домохозяйства.

Для оценки уровня тревожности у детей и подростков существуют различные вопросники. Заполнить их может сам ребенок или подросток или его опекун (в зависимости от возраста ребенка). Заполнение вопросников ни в коем случае не заменяет собой тщательный сбор анамнеза и может применяться лишь в том случае, если анамнез уже известен.

Тревожность могут вызывать различные провоцирующие факторы. Чтобы определить вид тревожности, узнайте основную ситуацию, в которой возникают страх и тревога (таблица 86).

Физикальное обследование

Исключите все основные соматические патологии, которые могут выглядеть сходно с тревожностью или усугублять ее (см. раздел «Дифференциальная диагностика» ниже).

Таблица 86. Виды тревожности

Диагноз[a]	Симптомы в пользу диагноза
Тревожность	
Тревожное расстройство, вызванное разлукой	Страх оказаться вдали от родителей или доверенных взрослых
Социальное тревожное расстройство	Страх перед определенными социальными ситуациями, например посещением школы, публичными высказываниями или выступлениями, чтением вслух, общением со взрослыми или сверстниками
Фобии	Сильный страх перед определенными объектами или ситуациями, например собаками, насекомыми, посещениями врача
Генерализованное тревожное расстройство	Чрезмерное и неконтролируемое беспокойство по поводу тех или иных событий или действий
Панические атаки	Повторяющиеся эпизоды внезапного, неожиданного и сильного страха, сопровождающиеся учащенным сердцебиением, затрудненным дыханием, головокружением, дрожью или потливостью

[a] Конкретные диагностические критерии см. в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам пятой редакции (DSM-5).

Дифференциальная диагностика

Проверьте патологии, которые могут вызывать тревожность или сопровождаться ею (см. также таблицу 87):

— Гипогликемия (с. 710).
— Нарушение функций щитовидной железы.

— Бронхиальная астма (с. 692).
— Сердечная аритмия (с. 384).
— Воспалительные заболевания кишечника (с. 343).
— Мигрень (с. 547).
— Интоксикация.
— Побочные эффекты лекарственных препаратов.
— Депрессия (с. 618).
— СДВГ (с. 673).
— Жестокое обращение с ребенком (с. 753).
— Проблемы со сном (с. 643).
— Нарушения питания (с. 651).
— Поведенческие нарушения и расстройства (с. 636).
— Злоупотребление психоактивными веществами (с. 767).
— Трудности с учебой.

Лечение

Экстренная помощь при панической атаке

- Не оставляйте ребенка одного; убедитесь, что рядом с ним находится доверенный взрослый.
- Исключите патологию (например, бронхиальную астму или гипогликемию; см. раздел «Дифференциальная диагностика» на с. 630); при обнаружении патологии лечите ее (см. соответствующие главы).
- Если у ребенка или подростка сильно учащено дыхание, попросите его подышать в пакет.
- Предложите ребенку выполнить дыхательные упражнения и упражнения на релаксацию.
- Если паническая атака не прекращается, рассмотрите возможность назначить препарат бензодиазепинового ряда, например диазепам 0,2 мг/кг перорально однократно.

Таблица 87. Дифференциальная диагностика при тревожности

Диагноз[a]	Симптомы в пользу диагноза
Посттравматическое расстройство	• Развитие навязчивых симптомов (воспоминания о событии, ночные кошмары, непроизвольные повторные переживания ситуации), сознательное уклонение от напоминаний о событии, сверхнастороженность после пережитого травматического события
Обсессивно-компульсивное расстройство	• Обсессии (повторяющиеся или постоянные мысли, потребности или образы, которые воспринимаются как нечто навязчивое и нежелательное), за которыми следуют компульсии (повторяющиеся поступки или действия в уме, которые являются реакцией на обсессию)
Шизофрения (с. 642)	• Нарушения мышления и причинно-следственных связей, странные идеи или высказывания, неспособность отличить воображаемое от реального • Отчуждение от друзей и семьи • Проблемы со сном, отсутствие мотивации, ухудшение успеваемости • Нелепое или неожиданное поведение, агрессия и насильственные действия • Странные тревоги и страхи, подозрительность по отношению к другим

[a] Конкретные диагностические критерии см. в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам пятой редакции (DSM-5).

Долгосрочное лечение

- Разработайте план лечения с участием ребенка старшего возраста или подростка, его опекунов и специалистов (при необходимости).
- Проведите психосоциальные вмешательства, направленные на ребенка или подростка, его опекунов и учителей (с. 765).
- Предоставьте рекомендации по обеспечению общего благополучия детей или подростков (с. 129).
- Устраните провоцирующие факторы, снизьте уровень стресса и укрепите социальную поддержку.

- Узнайте, можно ли улучшить условия жизни ребенка или подростка (например, в отношении школьной обстановки или досуга).
- Используйте другие имеющиеся ресурсы по месту жительства.

НЕ рассматривайте медикаментозное лечение в качестве терапии первого ряда.

НЕ назначайте медикаментозное лечение детям младше 12 лет. Поручите назначение препаратов детскому психиатру или проконсультируйтесь со специалистом перед их назначением.

Направление к специалисту

В тяжелых случаях, а также если вмешательства первого ряда оказались неэффективными, то есть при отсутствии улучшений через 2–6 месяцев, направьте ребенка к детскому психиатру, который может предложить различные виды психотерапии (когнитивно-поведенческую или семейную терапию) или назначить фармакологическую терапию (например, антидепрессантами).

Последующее наблюдение

Следите за успехами и соблюдением режима психотерапевтического лечения по той же схеме, что и у детей с депрессией (с. 618).

6.31 Невнимательность или гиперактивность

Опекуны или учителя часто предъявляют жалобы на то, что ребенок невнимателен, не может вести себя спокойно в течение длительного времени, не умеет концентрировать внимание, легко отвлекается или испытывает трудности в выполнении заданий, гиперактивен или все время неустанно двигается. В большинстве случаев подобное поведение является частью нормального процесса развития ребенка и подростка. Однако когда подобные черты сохраняются в течение долгого времени, принимают тяжелую форму, негативно влияют на повседневную, личную, семейную и общественную жизнь ребенка, его учебу и другие занятия, они могут указывать на более глубокие нарушения (таблица 88).

Анамнез

Проверьте, могут ли невнимательность и гиперактивность рассматриваться как нормальное поведение или признак нарушения. Рассмотрите возможность диагностировать СДВГ при наличии всех перечисленных ниже симптомов:

- Симптомы проявляются в разных ситуациях (дома, в школе, во время досуга).
- Симптомы проявляются на протяжении по крайней мере 6 месяцев.
- Симптомы нетипичны для уровня развития ребенка или подростка.
- Значительные сложности в повседневной жизни: дома, в школе, в отношениях с людьми.

Рассмотрите возможность использовать различные шкалы оценки поведения для упорядоченного сбора поведенческой симптоматики. Заполнить их может сам ребенок или подросток, его родители или учителя.

Лечение

- Направьте ребенка к специалисту для подтверждения диагноза.
- Лечение описано в разделах, посвященных конкретным заболеваниям (см. ссылки на страницы в таблице 88).

Дифференциальная диагностика

Таблица 88. Дифференциальная диагностика при невнимательности или гиперактивности

Диагноз[a]	Симптомы в пользу диагноза
СДВГ (с. 673)	• Чрезмерная невнимательность • Неспособность сосредоточиться на задании больше чем на несколько минут • Ребенок часто теряет личные вещи • Чрезмерная гиперактивность • Чрезмерная импульсивность
Злоупотребление психоактивными веществами (с. 767)	• Неоднократное употребление психоактивных веществ в анамнезе • Травмы, насильственные действия • Симптомы привыкания и абстиненции
Депрессия, биполярный синдром (с. 618)	• Грусть, раздражительность, подавленность • Утрата интереса к различным занятиям или удовольствия от них • Маниакальные эпизоды: повышенное или раздражительное настроение, экспансивность, чрезмерная гиперактивность и импульсивность

Диагноз[a]	Симптомы в пользу диагноза
Оппозиционно-вызывающее расстройство, поведенческое расстройство (с. 636)	• Выходящие за рамки нормы поведенческие симптомы, например гнев, истерики, споры со взрослыми, отказ подчиняться правилам и просьбам взрослых • Воровство, неоднократная ложь • Симптомы проявляются во всех ситуациях (дома, в школе, во время досуга)
Шизофрения (с. 642)	• Нарушения мышления и причинно-следственных связей, странные идеи или высказывания, неспособность отличить воображаемое от реального • Отчуждение от друзей и семьи • Проблемы со сном, отсутствие мотивации, ухудшение успеваемости • Нелепое или неожиданное поведение, агрессия и насильственные действия • Странные тревоги и страхи, подозрительность по отношению к другим
Органические причины	• Симптомы и признаки, указывающие на нарушение функций щитовидной железы • Симптомы и признаки, указывающие на острую или хроническую инфекцию, включая ВИЧ/СПИД (с. 736) • Неконтролируемая боль, например при среднем отите (с. 243), серповидно-клеточной анемии (с. 724) • Сильный зуд, например при тяжелом атопическом дерматите, болезни Вильсона – Коновалова

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; СДВГ – синдром дефицита внимания с гиперактивностью; СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита.

[a] Конкретные диагностические критерии см. в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам пятой редакции (DSM-5).

6.32 Гнев, истерики, непослушание

У детей и подростков очень часто возникают поведенческие симптомы различной степени тяжести, включая гнев, истерики, споры со взрослыми или отказ подчиняться правилам и просьбам взрослых. Как правило, постепенно эти симптомы проходят.

Некоторые дети и подростки демонстрируют особо проблемное и вызывающее поведение, выходящее за рамки возрастной нормы: поведенческие нарушения могут быть обусловлены влиянием временных стрессовых факторов в жизни ребенка или свидетельствовать о более стойких отклонениях. Диагноз **«поведенческие нарушения»** может быть поставлен лишь ребенку или подростку с длительными умеренными или тяжелыми трудностями в психологической, социальной, образовательной и трудовой сфере. Поведенческие нарушения чаще возникают у мальчиков, чем у девочек.

Наиболее распространенными видами деструктивных поведенческих нарушений являются **оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВО)** и **поведенческое расстройство (ПР)**. Они могут сопровождаться одними и теми же симптомами и перетекать из ОВО в ПР с возрастом. У детей с ОВО соответствующее поведение обычно начинает проявляться в возрасте до 8 лет и бывает направлено на хорошо знакомых им людей – членов семьи или учителей. ПР – это более тяжелое нарушение, которое, как правило, диагностируется лишь в подростковом возрасте. Подростки с ПР могут нарушать социальные нормы, в том числе законы. Кроме того, их действия могут приводить к получению тяжелых травм.

Симптомы

- Крайняя раздражительность и гнев.
- Частые и тяжелые истерики.
- Споры со взрослыми.
- Неповиновение или отказ подчиняться правилам и просьбам взрослых.
- Сложности в отношениях с другими людьми.
- Вызывающее поведение.
- Чрезмерная драчливость или грубое обращение со сверстниками.
- Жестокость по отношению к животным или людям.
- Сильная склонность к порче имущества, поджогам.
- Воровство, неоднократная ложь, прогуливание уроков, побеги из дома.

Предположите поведенческие нарушения в случае присутствия ВСЕХ перечисленных ниже признаков:

- Симптомы проявляются в разных ситуациях (дома, в школе, во время досуга).
- Симптомы проявляются на протяжении по крайней мере 6 месяцев.
- Симптомы носят более серьезный характер, чем обычное детское озорство или подростковое бунтарство (см. таблицу 89), проявляются постоянно и нарушают основные права других людей.
- Симптомы приводят к возникновению значительных сложностей в повседневной жизни: дома, в школе, в отношениях с людьми.

НЕ ставьте диагноз «поведенческое расстройство», так как он связан со стигматизацией. Направьте ребенка к специалисту для тщательного обследования и постановки диагноза на основе четких диагностических критериев (см. Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам пятой редакции (DSM-5)).

Дифференциальная диагностика

Проверьте, могут ли жалобы на поведение или поступки относиться к нормальному поведению (таблица 89).

Таблица 89. Деструктивное или вызывающее поведение, соответствующее возрасту

Возраст	Деструктивное или вызывающее поведение
От 18 месяцев до 5 лет	• Отказываются делать то, что им говорят, нарушают правила, спорят, хнычут, склонны преувеличивать и говорить о том, чего нет на самом деле, отрицают свои действия, утверждая, что не сделали ничего плохого, проявляют физическую агрессию к окружающим и винят других в своих проступках • Кратковременные истерики (эмоциональные всплески, сопровождающиеся плачем, пронзительными криками, ударами), которые продолжаются 5–25 минут и случаются не более трех раз в неделю • Истерики не приводят к самоповреждению или частой физической агрессии по отношению к другим • После истерики ребенок способен успокоиться

Возраст	Деструктивное или вызывающее поведение
От 6 до 12 лет	• Стремление избегать или затягивать выполнение указаний, жалуясь или вступая в спор со взрослыми или другими детьми и иногда выходя из себя
От 13 до 18 лет	• Проверяют на прочность правила и ограничения, утверждая, что они являются несправедливыми или ненужными, иногда ведут себя грубо, пренебрежительно, скандально или вызывающе по отношению ко взрослым

Предположите следующие другие причины или сопутствующие патологии:

- СДВГ (с. 673).
- Небрежное обращение (с. 753), насилие в семье, стрессовая обстановке в доме.
- Употребление психоактивных веществ и злоупотребление ими (с. 767).
- Нарушения обучаемости.
- Шизофрения (с. 642).

Лечение

Лечение тяжелых поведенческих расстройств представляет собой многоплановую и сложную задачу.

- Определите, может ли проблема быть решена с помощью консультаций и психологической поддержки или ребенка необходимо направить к специалисту.
- Предоставьте опекунам рекомендации по обеспечению благополучия детей или подростков (с. 129).
- Проведите психосоциальные вмешательства, направленные на ребенка или подростка, его опекунов и учителей (с. 765).
- Узнайте, можно ли улучшить условия жизни ребенка или подростка (например, в отношении школьной обстановки или досуга).
- Оцените и устраните стрессовые факторы (например, связанные с насилием в семье и социальной ситуацией), снизьте уровень стресса и укрепите социальную поддержку.
- Используйте другие имеющиеся ресурсы по месту жительства.
- Предложите посещение консультаций для последующего наблюдения.

НЕ предлагайте медикаментозное лечение.

Направление к специалисту

- В тяжелых случаях направьте ребенка к специалисту для проведения обследования и составления комплексного плана лечения.
- Если состояние ребенка не улучшается или ему угрожает потенциальная опасность, направьте его к специалисту для дополнительного обследования и консультаций относительно плана лечения.

6.33 Трудности с социальным взаимодействием и общением

Общение – это основополагающий компонент повседневной жизни. Для того чтобы своевременно выявить нарушения, необходимо знать, какому возрасту обычно соответствуют основные этапы развития (с. 71) и когда трудности с социальным взаимодействием и общением указывают на отклонения, например на РАС.

Анамнез

Проведите тщательный сбор анамнеза. Обычно для этого опрашивают опекунов и иногда учителей ребенка. Оцените все сферы развития в соответствии с возрастом ребенка, включая речь, моторику, социальное взаимодействие и игровую деятельность (с. 70). Задайте вопросы на следующие темы:

- Тревожные признаки, связанные со словарным запасом, речью, слухом и зрением.
- Особенности социального взаимодействия и общения: взаимоотношения со взрослыми и детьми, интерес к ним, желание играть в одиночестве, эмпатия к чувствам окружающих, понимание и соблюдение социальных норм.
- Характер игр: с использованием воображения или повторением одних и тех же действий.
- Способность адаптироваться к изменениям в распорядке дня.
- Психические, неврологические или связанные со злоупотреблением психоактивными веществами нарушения в семейном анамнезе.
- Небрежное обращение (с. 753), насилие в семье, стрессовая обстановке в доме.

- Психосоциальный анамнез:
  - Методы преодоления трудностей и социальная поддержка (со стороны семьи, школы, общинных служб).
  - Ведение повседневной жизни: дома, в школе, в отношениях с людьми.
  - Отношения с родителями или опекунами.
  - Обстановка в доме, условия жизни, состав домохозяйства.

Физикальное обследование

- На всем протяжении приема наблюдайте за выражением лица ребенка и тем, как он поддерживает зрительный контакт.
- Проведите проверку слуха.

Дифференциальная диагностика

Предположите патологии, которые могут вызывать трудности с социальным взаимодействием и общением или сопровождаться ими (таблица 90). Конкретные диагностические критерии см. в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам пятой редакции (DSM-5). Направьте ребенка к специалисту для подтверждения диагноза.

Таблица 90. Дифференциальная диагностика при трудностях с социальным взаимодействием и общением

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
РАС (с. 671)	• Избегание зрительного контакта, бедная мимика • Медленное развитие и ограниченное использование речи • Сниженный социальный интерес к другим людям • Повторяющиеся модели поведения, интересов и видов деятельности
Общая задержка развития или ограничение интеллектуальных возможностей	• Запоздалое прохождение основных этапов развития • Социальные реакции и общение обычно соответствуют уровню развития

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Нарушения речи (приобретенное или связанное с речью расстройство обучения)	• Затруднения с использованием речи или задержка развития речи • Ограниченный словарный запас • Трудности с пониманием слов или предложений • Желание и намерение общаться сохранены • Нормальное социальное взаимодействие
Нарушения слуха	• Потеря слуха любой этиологии • Нормальное социальное взаимодействие • Нормальный зрительный контакт и мимика
Фетальный алкогольный синдром (с. 685)	• Употребление алкоголя матерью во время беременности • Характерные черты лица: короткие глазные щели, тонкая верхняя губа и сглаженный носогубной желобок • Задержка роста • Трудности с социальным взаимодействием • Нарушения обучаемости
СДВГ (с. 673)	• Чрезмерная невнимательность • Неспособность сосредоточиться на задании больше чем на несколько минут • Ребенок часто теряет личные вещи • Чрезмерная гиперактивность • Чрезмерная импульсивность
Оппозиционно-вызывающее расстройство и поведенческое расстройство (с. 636)	• Гнев, истерики, споры со взрослыми, отказ подчиняться правилам и просьбам взрослых • Воровство, неоднократная ложь • Симптомы проявляются во всех ситуациях (дома, в школе, во время досуга)

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Шизофрения (с. 642)	• Нарушения мышления и причинно-следственных связей, странные идеи или высказывания, неспособность отличить воображаемое от реального • Отчуждение от друзей и семьи • Проблемы со сном, отсутствие мотивации, ухудшение успеваемости • Нелепое или неожиданное поведение, агрессия и насильственные действия • Странные тревоги и страхи, подозрительность по отношению к другим
Проблемы, связанные с пользованием интернетом и социальными сетями (с. 772)	• Пользование компьютерными или мобильными устройствами на протяжении многих часов, в том числе ночью, в пагубных целях: для выражения и чтения сексистских и расистских мнений, виртуального запугивания (кибербуллинга), хвастовства незаконными действиями или действий, направленных на причинение вреда самому себе
Злоупотребление психоактивными веществами (с. 767)	• Неоднократное употребление психоактивных веществ в анамнезе • Травмы, насильственные действия • Симптомы привыкания и абстиненции

РАС – расстройство аутистического спектра; СДВГ – синдром дефицита внимания с гиперактивностью.

6.33.1 Шизофрения

Шизофрения – это болезнь, дебют которой обычно приходится на старший детский и подростковый возраст. Она характеризуется разнообразными нарушениями мышления, поведения и эмоциональной сферы. Как правило, шизофрения оказывает значительное и долгосрочное влияние на здоровье, социальную жизнь и трудовую деятельность как самих больных, так и членов их семей. В связи с этим необходимо как можно раньше выявлять лиц с подозрением на шизофрению и направлять их на специализированное лечение.

Признаки и симптомы

К ранним настораживающим признакам шизофрении относятся следующие:

- Нарушения мышления и причинно-следственных связей, странные идеи или высказывания, неспособность отличить воображаемое от реального.
- Отчуждение от друзей и семьи.
- Нелепое или неожиданное поведение, агрессия и насильственные действия.
- Злоупотребление психоактивными веществами.
- Раздражительность или подавленное настроение.
- Странные тревоги и страхи, подозрительность по отношению к другим.

Впоследствии обычно развиваются и другие симптомы, в том числе:

- Бред – например, утверждения, не имеющие отношения к действительности.
- Галлюцинации – например, ребенок слышит несуществующие голоса или видит несуществующие предметы.
- Спутанность сознания и речи.
- Неряшливость, монотонная речь, безэмоциональность.

Направление к специалисту

При подозрении на шизофрению необходимо направить ребенка к психиатру для проведения тщательного обследования и начала лечения.

6.34 Нарушения сна

Рекомендованная продолжительность полноценного сна снижается с возрастом – от 14–17 часов в первые несколько месяцев жизни до 8–10 часов у подростков старшего возраста. Важно выявлять нарушения сна, которые могут негативно повлиять на развитие ребенка или подростка.

6.34.1 Чрезмерная дневная сонливость, проблемы с засыпанием или ночные пробуждения (бессонница)

Родители часто предъявляют жалобы на чрезмерную дневную сонливость у детей, в особенности у подростков. Необходимо помнить, что у детей чрезмерная сонливость может проявляться не непосредственно, а в форме невнимательности, гиперактивности или раздражительности.

Анамнез

Определите основную жалобу. Ниже приведены основные темы для опроса:

- Трудности с засыпанием: нарушения, связанные с отходом ко сну или засыпанием.
- Чрезмерная дневная сонливость: чувство сильной усталости или сонливости в течение дня, дневной сон, трудности с пробуждением утром.
- Ночные пробуждения: пробуждения среди ночи, лунатизм, ночные кошмары.
- Регулярность и продолжительность сна): режим сна в будние и выходные дни, достаточная продолжительность ночного сна.
- Нарушения дыхания во сне: затрудненное дыхание во сне, громкий храп (с. 650).

Если ВСЕ вышеперечисленные жалобы отсутствуют, то нарушение сна у ребенка или подростка маловероятно. Успокойте членов семьи и расскажите о здоровых привычках в отношении сна (блок рекомендаций 40).

При положительном ответе хотя бы на один из вопросов проведите дальнейшее обследование.

- Основная жалоба: продолжительность, частота возникновения, различия в разные ночи.
- Любые сопутствующие симптомы.
- Прием лекарств, употребление психоактивных веществ, напитков с кофеином или аналогичных стимуляторов перед сном.
- Любые клинические или психологические стрессовые факторы.
- Особенности сна у родителей.

Дифференциальная диагностика

Таблица 91. Дифференциальная диагностика при чрезмерной дневной сонливости, проблемах с засыпанием или ночных пробуждениях (бессоннице)

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Недостаток сна	• Основная причина дневной сонливости (рекомендуемую продолжительность сна в зависимости от возраста см. на с. 119)
Чрезмерное пользование интернетом и социальными сетями (с. 772)	• Пользование компьютерными или мобильными устройствами на протяжении многих часов, в том числе ночью
Употребление психоактивных веществ и злоупотребление ими (с. 767)	• Неоднократное употребление психоактивных веществ в анамнезе • Травмы, насильственные действия • Симптомы привыкания и абстиненции
Депрессия, биполярный синдром (с. 618)	• Грусть, раздражительность, подавленность. • Утрата интереса к различным занятиям или удовольствия от них • Маниакальные эпизоды: повышенное или раздражительное настроение, экспансивность, чрезмерная гиперактивность и импульсивность
Тревожность (с. 628)	• Сильный страх, связанный с конкретными объектами или ситуациями • Обычно возникает на фоне провоцирующих факторов • Может проявляться в виде панических атак
Шизофрения (с. 642)	• Нарушения мышления и причинно-следственных связей, странные идеи или высказывания, неспособность отличить воображаемое от реального • Отчуждение от друзей и семьи • Проблемы со сном, отсутствие мотивации, ухудшение успеваемости • Нелепое или неожиданное поведение, агрессия и насильственные действия • Странные тревоги и страхи, подозрительность по отношению к другим

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Синдром задержанной фазы сна (позднее засыпание и пробуждение)	• Обычно встречается у подростков • Фактический режим сна (время отхода ко сну и пробуждения) смещен по сравнению с наиболее благоприятным (расстройство суточного ритма)
Обструктивное апноэ сна (с. 650)	• Храп • Гипертрофия аденоидов • Искривление носовой перегородки • Дыхание через рот, апноэ
Нарколепсия	• Внезапное засыпание в дневное время при выполнении любых действий (во время еды, разговора) • Может сопровождаться внезапной потерей мышечного тонуса (каталепсией) • Часто сопровождается плохой успеваемостью

Лечение

Определите возможную основную причину и примите соответствующие меры. См. ссылки на страницы в таблице выше.

- При подозрении на любую патологию, которая требует дальнейшей оценки состояния или исследований (например, полисомнографии), направьте ребенка к специалисту для подтверждения диагноза и начала лечения.
- При выявлении незначительных расстройств, например недостатка сна, проблем с засыпанием или ночных пробуждений:
  - — Расскажите о здоровых привычках в отношении сна (блок рекомендаций 40).
  - — Рекомендуйте ограничить или прекратить употребление напитков с содержанием кофеина (кофе, зеленый чай, энергетики).
  - — Оцените и контролируйте психологические стрессовые факторы, уменьшите стресс и укрепите социальную поддержку.
- При синдроме задержанной фазы сна:
  - — Исключите депрессию и тревожность.
  - — Расскажите о здоровых привычках в отношении сна (блок рекомендаций 40).

— Рекомендуйте отказаться от дневного сна.

— Обучите техникам релаксации перед сном.

- При подозрении на нарколепсию направьте ребенка к специалисту для подтверждения диагноза.

Блок рекомендаций 40. Здоровый сон у детей и подростков

Здоровый сон



- Установите четкий режим сна: в будние и выходные дни ребенок должен засыпать и просыпаться в одно и то же время, которое не должно различаться больше чем на час в разные дни.
- Ограничьте активную деятельность перед отходом ко сну.
- Перед отходом ребенка ко сну соблюдайте один и тот же привычный порядок действий, например чтение вслух, присутствие при засыпании одного из родителей или опекунов.
- В спальне должно быть тихо и темно (допускается неяркий свет); температура должна быть комфортной.
- В спальне не должно быть никаких электронных устройств с экранами: перед отходом ко сну ребенок не должен смотреть телевизор или пользоваться какими-либо устройствами с экраном.
- Ребенок должен каждый день заниматься различными видами физической активности и проводить на улице как можно больше времени, но не за 1–2 часа до отхода ко сну.
- В течение часа перед отходом ко сну следует избегать плотной пищи.

Дополнительные рекомендации для подростков:

- Избегайте напитков с содержанием кофеина, особенно во второй половине дня и по вечерам.
- Ограничивайте время, проводимое перед экраном.

6.34.2 Необычные движения или поведение во время сна

У опекунов могут вызывать беспокойство необычные движения или поведение ребенка во время сна. Большинство таких движений или особенностей поведения безвредны и проходят с возрастом (таблица 92).

Анамнез

- Характеристики движений:
  - — возраст, в котором они возникают впервые;
  - — частота (каждую ночь?);
  - — описание движений и частей тела, которые они охватывают. Вы можете попросить опекунов сделать видеозапись движений.
- Нарушения сна в семейном анамнезе.

Дифференциальная диагностика

Таблица 92. Дифференциальная диагностика при необычных движениях во время сна

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Доброкачественный неонатальный миоклонус сна	• Встречается у детей грудного возраста • Представляет собой кратковременные симметричные судороги (обычно конечностей), которые иногда приводят к пробуждению ребенка • Происходит по ночам • Проходит после первых нескольких месяцев жизни
Ритмическое двигательное расстройство	• Встречается у детей раннего возраста • Представляет собой ритмичные движения головы (удары обо что-либо, мотание головой) или туловища (раскачивание) • Начинается перед сном и продолжается в фазе неглубокого сна • Обычно проходит самостоятельно к 5 годам **Примечание:** это состояние следует рассматривать как нарушение лишь в том случае, если оно мешает нормальному сну или приводит к самоповреждению.

Диагноз	Симптомы в пользу диагноза
Синдром периодических движений конечностей	• Встречается у детей любого возраста • Представляет собой повторяющиеся краткие движения ног (иногда рук), которые мешают нормальному сну (продолжаются, пока ребенок не проснется) • Вызывает дневную сонливость и проблемы с концентрацией • Обычно встречается одновременно с синдромом беспокойных ног
Парасомнии	• Встречаются у детей раннего возраста • Происходят не каждую ночь • Лунатизм, ночные кошмары • Парасомнии в семейном анамнезе

Лечение

- Если вы не уверены в диагнозе или нарушения сна негативно влияют на период бодрствования, рассмотрите возможность направить ребенка к специалисту.
- Заверьте опекунов, что доброкачественный неонатальный миоклонус сна, ритмическое двигательное расстройство и парасомнии являются безвредными состояниями, которые проходят самостоятельно без лечения.
- При парасомниях:
  - — Объясните, что парасомнии не связаны с психическими или неврологическими расстройствами.
  - — При частом повторении эпизодов рассмотрите возможность направить ребенка к специалисту.
- При подозрении на синдром периодических движений конечностей:
  - — Направьте ребенка к специалисту для подтверждения диагноза с помощью полисомнографии.
  - — Проверьте концентрацию ферритина в сыворотке крови, поскольку у детей с синдромом периодических движений конечностей часто встречается снижение уровня ферритина. При сниженном уровне назначьте препараты железа (с. 478), которые помогут улучшить состояние ребенка.
- При большой амплитуде движений обсудите защитные меры для профилактики травматизма.

6.34.3 Храп

Если у ребенка или подростка простуда или ринит, он может храпеть на протяжении нескольких ночей; в этом случае дополнительное обследование не требуется. Если ребенок или подросток храпит более 3 раз в неделю на протяжении более 3 недель подряд в отсутствие простуды или ринита, предположите одно из нарушений дыхания во сне, например тяжелое обструктивное апноэ сна. Затрудненное дыхание часто встречается у детей школьного возраста с гипертрофией аденоидов или ожирением.

Сбор анамнеза и физикальное обследование

- Проблемы со сном (с. 643).
- Факторы риска возникновения храпа:
  - — Высокое артериальное давление.
  - — Ожирение.
  - — Пассивное курение.
  - — Гипертрофия аденоидов или миндалин (с. 255).
  - — Искривление носовой перегородки, травма лица в анамнезе.
  - — Хронические респираторные заболевания: бронхиальная астма (с. 692) или муковисцидоз (с. 705).
  - — Нервно-мышечные нарушения, например детский церебральный паралич (с. 681).
  - — Нарушения, сопровождающиеся дисморфическими изменениями черепно-лицевой области, например хондродистрофия.
- Невнимательность, гиперактивность, импульсивность, раздражительность.
- Ночной энурез (с. 419).
- Симптомы обструктивного апноэ сна: парадоксальные движения грудной клетки и живота, втяжение нижней части грудной клетки, эпизоды остановки дыхания, повышенное потоотделение, постоянное дыхание через рот.

Лечение

- При подозрении на обструктивное апноэ сна направьте ребенка к специалисту для дальнейшей оценки состояния и составления плана лечения.

- Лечите возможные факторы риска, включая ожирение (с. 608) и высокое артериальное давление (с. 395).
- Информацию о лечении гипертрофии аденоидов см. на с. 255.
- Информацию о лечении искривления носовой перегородки см. на с. 256.

6.35 Нарушения питания, страх набора веса

Раздел применяется в соответствии с кодами МКБ-10: F50–F59 и требует наблюдения психиатра.

В учреждения первичной медико-санитарной помощи часто обращаются с жалобами на различные нарушения питания. Их проявления варьируются от тревоги родителей из-за плохого аппетита у маленького ребенка до ожирения и расстройств пищевого поведения (например, нервной анорексии) у подростков (таблица 93).

Анамнез

- Особенности кормления или питания: число приемов пищи в день, их разбивка по времени (завтрак, обед, ужин), рацион питания.
- Условия проживания, социальная и семейная обстановка.

  Примечание: на аппетит и пищевые привычки могут влиять проблемные ситуации в семье или жестокое обращение с ребенком.
- Факторы, влияющие на возникновение нарушений питания:
  - — Организация и порядок приема пищи.
  - — Виды предлагаемой еды.
  - — Отвращение к еде и отказ от нее.
  - — Ненадлежащее взаимодействие между опекунами и ребенком.
  - — Неправильная реакция опекунов на сигналы и реакции ребенка, касающиеся потребностей в питании.
  - — Отсутствие аппетита, например интереса к еде.
  - — Патологии или заболевания, негативно влияющие на кормление.
- Пищевые привычки родителей (вегетарианская или веганская диета).
- Признаки расстройств пищевого поведения:
  - — Дисморфофобия и страх растолстеть.
  - — Нездоровые действия, направленные на снижение веса, например самостоятельно вызываемая рвота, чрезмерно строгие диеты, прием слабительных, мочегонных или других лекарственных средств не по назначению, голодание или чрезмерные физические нагрузки.
- Известные патологии, постоянно принимаемые лекарственные препараты.

Физикальное обследование

- Проведите полное физикальное обследование.
- Измерьте вес и рост или длину дела ребенка, оцените его физическое развитие (с. 138).

Лечение

Лечите в соответствии с анамнезом, результатами обследования и оценкой физического развития.

Таблица 93. Диагностика и оказание помощи при нарушениях питания

Оценка	Лечение
• Несмотря на субъективное мнение родителей, ребенок или подросток потребляет надлежащее количество пищи (достаточно, но не слишком много) • *Нормальные результаты* оценки уровня физического развития.	▶ Успокойте членов семьи и проведите консультацию по вопросам питания (с. 94)
• Ребенок или подросток ест слишком много, слишком мало или имеет нездоровые пищевые привычки • *Нормальные результаты* оценки уровня физического развития.	▶ Определите возможные причины изменения пищевых привычек, например сопутствующую острую инфекцию, депрессию, злоупотребление психоактивными веществами ▶ Проведите консультацию по вопросам питания (с. 94) ▶ Обеспечьте последующее наблюдение
• При оценке уровня физического развития выявлено *нарушение питания, худоба или задержка роста*	• Информацию о проведении полной оценки состояния и лечении см. на с. 602
• При оценке уровня физического развития выявлен *избыточный вес или ожирение*	• Информацию о проведении полной оценки состояния и лечении см. на с. 608
• Признаки, указывающие на возможные *расстройства пищевого поведения*	• Информацию о проведении полной оценки состояния и лечении см. на с. 651

Примечание: избыточный вес и ожирение, расстройства пищевого поведения и нездоровые методы снижения веса не являются взаимоисключающими и могут присутствовать одновременно.

6.35.1 Расстройства пищевого поведения

Расстройства пищевого поведения характеризуются стойкими нарушениями питания или связанного с едой поведения, которые приводят к изменению количества поглощаемой или усваиваемой пищи и существенно ухудшают физическое здоровье или психосоциальное функционирование человека. В большинстве случаев расстройства пищевого поведения возникают в возрасте от 12 до 25 лет.

Оценка

Рассмотрите возможность использовать инструменты для выявления расстройств пищевого поведения, например:

- Вопросы, тесно связанные с содержанием теста отношения к приему пищи (EAT-26):
  - Сколько раз ты садился (садилась) на диету в прошлом году?
  - Считаешь ли ты, что тебе нужно соблюдать диету?
  - Испытываешь ли ты дискомфорт от размеров своего тела?
  - Влияет ли твой вес на твое отношение к себе?
- Опросник SCOFF (положительный ответ на два или более вопроса указывает на расстройство пищевого поведения и требует дальнейшей оценки):
  - S [sick] – рвота: Приходится ли тебе иногда специально вызывать рвоту после еды, потому что ты плохо себя чувствуешь?
  - C [control] – контроль: Ты боишься потерять контроль над тем, что ты ешь?
  - O [one stone] – шесть килограммов: Терял (теряла) ли ты в весе 6 килограммов и более за последние 3 месяца?
  - F [fat] – жир: Чувствуешь ли ты себя толстым (толстой), хотя окружающие говорят, что с тобой все в порядке?
  - F [food] – еда: Является ли для тебя еда самым важным в жизни?

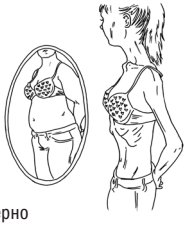
Дифференциальная диагностика

Проведите дифференциальную диагностику различных расстройств пищевого поведения (таблица 94). В некоторых случаях подростки могут иметь больше одного расстройства одновременно.

Таблица 94. Дифференциальная диагностика расстройств пищевого поведения

Диагноз[a]	Симптомы в пользу диагноза
Компульсивное переедание	• Повторяющиеся эпизоды, в ходе которых ребенок съедает значительно больше пищи, чем обычно едят люди, в течение определенного (например, двухчасового) периода времени • Во время этих эпизодов ребенок чувствует невозможность контролировать переедание, а также вину, депрессию, стыд и отвращение к себе • Ребенок может есть так быстро, что это приводит к неприятному ощущению переполненности желудка, даже когда он не голоден • Ребенок может переедать в одиночестве, чтобы скрыть свое поведение • Эпизоды возникают не реже раза в неделю на протяжении 3 месяцев
Нервная булимия	• Часто повторяющиеся эпизоды компульсивного переедания, сопровождающиеся постоянным ненадлежащим компенсаторным поведением (например, самостоятельно вызываемой рвотой, приемом слабительных, мочегонных или других лекарственных средств не по назначению, голоданием или чрезмерными физическими нагрузками), чтобы избежать набора веса • В среднем эпизоды возникают не реже раза в неделю на протяжении 3 месяцев

Диагноз[a]	Симптомы в пользу диагноза
Нервная анорексия	• В основном встречается у девочек (пик выявляемости наступает в 15 лет) • Дисморфофобия; вес или формы тела имеют преувеличенное значение для самовосприятия • Сильный страх набрать вес или растолстеть • Подросток садится на чрезмерно строгую диету, которая приводит к сильной потере веса, и продолжает соблюдать ее, несмотря на выраженный дефицит массы тела • Подросток упорно отказывается признавать, что текущий дефицит массы тела представляет серьезную угрозу для здоровья • Существуют два подвида: ограничение в пище и сочетание переедания с последующим избавлением от съеденного



[a] Конкретные диагностические критерии см. в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам пятой редакции (DSM-5).

Выявите сопутствующие соматические и психологические нарушения, включая аменорею (с. 831), нарушения электролитного баланса, депрессию, тревожность, самоповреждение, обсессивно-компульсивное расстройство, суицидальные мысли или попытки самоубийства.

Лечение

Основными факторами, влияющими на успешное лечение расстройств пищевого поведения, являются своевременная диагностика и междисциплинарный подход.

Большинство пациентов могут проходить лечение у специалиста в амбулаторном режиме, но некоторым требуется полная или частичная госпитализация либо помещение в реабилитационный центр.

- Привлеките к лечению многопрофильную группу специалистов. По возможности в нее должны входить психолог, диетолог и социальный работник.

- Решающее значение имеет налаженная коммуникация внутри группы.
- С помощью многопрофильной группы специалистов обеспечьте следующее:
  - — оказание медицинской помощи и проведение вмешательств в области питания;
  - — проведение психологических вмешательств, например когнитивно-поведенческой терапии;
  - — проведение семейной терапии.
- Если организовать группу специалистов нет возможности (особенно когда ситуация находится на раннем этапе или не представляет опасности), обсудите вопросы поддержки с подростком и его опекунами. Определите правила и стратегии, например, как организовать питание в дальнейшем и как найти альтернативы приступам компульсивного переедания.
- Контролируйте возможные осложнения в соответствии с планом, составленным специалистом, включая электрокардиографию и баланс электролитов в сыворотке крови.
- Лечите сопутствующие заболевания, включая депрессию (с. 618) и тревожность (с. 628).

Направление к специалисту

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ

Рассмотрите возможность **немедленно** направить ребенка в стационар при наличии следующих признаков:

- ИМТ не превышает 75% от медианного для данного возраста и пола.
- Остановка роста и развития.
- Обезвоживание, нарушения электролитного баланса (гипокалиемия, гипонатриемия, гипофосфатемия).
- Удлиненный интервал QTc или тяжелая брадикардия на ЭКГ.
- Тяжелая брадикардия, артериальная гипотензия, гипотермия.
- Тяжелые осложнения нарушения питания, например обморок, судороги, сердечная недостаточность, панкреатит.

- Категорический отказ от пищи, неконтролируемые приступы переедания и избавления от съеденного.
- Сопутствующие психические или соматические патологии, препятствующие амбулаторному лечению (например, тяжелая депрессия, суицидальные мысли, обсессивно-компульсивное расстройство, сахарный диабет I типа).
- Неэффективность амбулаторного лечения.

6.36 Повторяющиеся необъяснимые физические симптомы

Соматоформное расстройство и связанные с ним состояния

Повторяющиеся необъяснимые симптомы представляют собой основную жалобу при **соматоформном расстройстве и связанных с ним состояниях**. Ребенок или подросток предъявляет жалобы на симптом или симптомы, которые негативно влияют на его благополучие и жизнь, но не указывают на какое-либо основное заболевание, поддающееся выявлению (таблица 95). Подобные нарушения нередко встречаются в подростковом возрасте, так как для подростка они представляют собой способ выразить волнение, грусть, тревогу или подавленность по поводу его взрослеющего тела и меняющегося самовосприятия. Чаще они возникают у девочек.

Эти симптомы реальны: подросток не симулирует болезнь, а действительно считает, что болен.

Зачастую для изучения симптомов врачи проводят многочисленные исследования (например, лабораторные анализы, диагностическую визуализацию), которые во всех случаях дают отрицательный результат, что разочаровывает пациента и его семью и ставит терапевта в тупик. В связи с этим при подозрении на подобное нарушение важно уделять внимание не только медицинским исследованиям, но и настроению и благополучию подростка.

Анамнез

Соберите подробный анамнез, чтобы исключить какие-либо соматические патологии:

- Основная жалоба: как правило, подросток жалуется на повышенную утомляемость, головную боль или боли в других частях тела, головокружение; ему трудно ходить или дышать.
- Когда и каким образом впервые появились симптомы?

- Провоцирующие факторы или стрессы:
  - — насилие в семье;
  - — издевательства сверстников, сексуальное насилие, жестокое обращение с ребенком (с. 753);
  - — развод родителей или неутихшее горе;
  - — у подростков: расставание с объектом влюбленности; сомнения и тревоги по поводу своей сексуальной ориентации.
- Влияние симптомов на повседневную жизнь:
  - — прогулы, отказы посещать школу;
  - — неспособность участвовать в спортивных мероприятиях и подвижных играх;
  - — сокращение объема досуговых занятий и контактов со сверстниками.

Физикальное обследование

- Проведите тщательное физикальное обследование. При необходимости повторите его во время последующего контрольного посещения.
- Как правило, отклонения при обследовании не обнаруживаются.

НЕ ПРОПУСТИТЕ недиагностированную патологию!

Лабораторные и инструментальные исследования

При необходимости – общий анализ крови и диагностическая визуализация для исключения возможных заболеваний. Не назначайте исследования без необходимости.

Дифференциальная диагностика

Таблица 95. Основное соматоформное расстройство и связанные с ним состояния

Диагноз[a]	Симптомы в пользу диагноза
Соматоформные расстройства	• Соматические симптомы (например, хроническая повышенная утомляемость, головная боль или боли в других частях тела, головокружение, трудности при ходьбе, затрудненное дыхание), которые приводят к значительным неудобствам и проблемам в повседневной жизни • Симптомы не связаны с какой-либо соматической патологией или их тяжесть превосходит ожидаемую • Симптомы в чрезмерной степени влияют на мысли, эмоции и поведение ребенка

Диагноз[a]	Симптомы в пользу диагноза
Конверсионное расстройство или функциональное неврологическое расстройство	• Неврологические симптомы, которые не могут быть объяснены неврологической или клинической патологией, приводящие к значительным неудобствам и проблемам в повседневной жизни • Симптомы: слабость, паралич, тремор, приступы дрожи, потеря равновесия, нарушения речи, зрения (затуманенное зрение, двоение в глазах), слуха

[a] Конкретные диагностические критерии см. в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам пятой редакции (DSM-5).

Исключите другие причины или патологии, которые могут имитировать такие расстройства:

- Депрессия (с. 618), паническое расстройство (с. 628) или шизофрения (с. 642).
- Болезнь, которую родители или опекуны симулируют либо убеждают ребенка в ее наличии (ранее это состояние носило название «делегированный синдром Мюнхгаузена») (с. 756).

Лечение

- Рассмотрите возможность направить ребенка к специалисту для подтверждения диагноза.
- Объясните ребенку или подростку, что он действительно испытывает эти симптомы и боль, а не воображает их, и заверьте его, что он не страдает от органического заболевания. Некоторые симптомы могут быть вызваны стрессом или депрессией.
- Проконсультируйте членов семьи по вопросам здорового образа жизни, включая здоровое питание (с. 94) и регулярную физическую активность (с. 119).
- Предложите ребенку или подростку постепенно возобновлять повседневную деятельность при поддержке родителей или опекунов, физиотерапевта и школьных работников.
- Определите конкретные действия, с помощью которых ребенок будет справляться с симптомами и начнет возвращаться к некоторым видам деятельности; адаптируйте обстановку к возможностям подростка – например, предложите посещать школу по сокращенному графику или увеличить объем физической активности.

Последующее наблюдение

- Организуйте регулярные визиты членов семьи для оценки улучшений состояния.
- Если ситуация сохраняется на протяжении длительного времени, проведите психообразование (с. 765) или направьте ребенка к психологу для проведения когнитивно-поведенческой терапии.

ГЛАВА 7

Заболевания и патологии

Ребенок или подросток, у которого выявлены или могут быть выявлены:

7.1	Потребности в комплексной помощи	662
7.2	Нарушения развития	666
7.3	Расстройство аутистического спектра	671
7.4	Синдром дефицита внимания с гиперактивностью	673
7.5	Синдром Дауна	675
7.6	Дефекты нервной трубки	677
7.7	Детский церебральный паралич	681
7.8	Фетальный алкогольный синдром	685
7.9	Порок сердца	688
7.10	Хроническая болезнь почек	691
7.11	Астма	692
7.12	Муковисцидоз	705
7.13	Сахарный диабет	709
7.14	Талассемия	722
7.15	Серповидно-клеточная анемия	724
7.16	Онкологические заболевания	731
7.17	ВИЧ-инфекция/СПИД	736
7.18	Туберкулез	746
7.19	Жестокое обращение с ребенком	753
7.20	Эмоциональные и поведенческие нарушения	762
7.21	Употребление психоактивных веществ и злоупотребление ими	767
7.22	Проблемы, связанные с пользованием интернетом и социальными сетями	772
7.23	Потребности в паллиативной помощи	775

7.1 Потребности в комплексной помощи

Дети и подростки, нуждающиеся в комплексной помощи, – это пациенты молодого возраста с сочетанием хронических заболеваний, проблем с психическим здоровьем, социальной незащищенности и проявлений лекарственных взаимодействий. Возможные особенности таких пациентов:

- несколько сопутствующих и влияющих заболеваний;
- инвалидность или долгосрочные нарушения развития (с. 666);
- эмоциональные и поведенческие нарушения (с. 762);
- потребности в паллиативной помощи (с. 775).

Оказание услуг детям и подросткам, нуждающимся в комплексной помощи

Цель заключается в том, чтобы помочь ребенку жить полной жизнью в пределах собственных возможностей.

Координация медицинской помощи

Обеспечьте непрерывную поддержку и координируйте оказание медицинской помощи, пока ребенок в ней нуждается; не допускайте разрозненного предоставления услуг. Качество ваших отношений с ребенком и семьей может повлиять на итоговый результат долгосрочного лечения, а также способствовать тому, чтобы ребенок жил полной жизнью, развивал навыки самопомощи и укреплял самооценку и независимость.

- Координируйте оказание помощи со специалистами и многопрофильными бригадами.
- Следуйте рекомендациям специалистов и объясняйте их семье.
- Содействуйте семье в достижении целей.
- Разработайте план лечения вместе с ребенком и его семьей. Предоставьте копию плана семье и всем медицинским сотрудникам, участвующим в лечении. В план должны быть включены:
  - ожидания от помощи, имеющиеся у ребенка и его родителей;
  - список проблем;
  - программа помощи на следующий год;
  - участие специалистов;

- реабилитационное лечение (например, физиотерапия);
- список лекарственных средств с указанием дозировки и частоты приема;
- диета или программа кормления ребенка;
- план физической активности;
- список медицинской техники, например ходунки, инвалидное или адаптивное кресло;
- медицинская помощь на дому (патронаж/домашний уход);
- учебный план и образовательная поддержка;
- план действий в непредвиденных ситуациях, связанных с путешествиями и здоровьем;
- контактные данные всех поставщиков медицинских услуг.

▶ Предоставьте рекомендации и рецепты, помогающие получить:

- лекарственные препараты;
- подгузники и другие средства домашней гигиены (приспособления для купания, катетеры);
- вспомогательные медицинские устройства, технику и оборудование (инвалидное кресло, инсулиновую помпу, дополнительный кислород, биопротезы);
- слуховые аппараты и очки.

▶ Дайте необходимые рекомендации и упростите доступ к следующим услугам:

- помощь специалистов;
- реабилитационное лечение (трудо-, физиотерапия, речевая терапия);
- диетотерапия, включая специальные диеты, зонды для кормления и терапию, направленную на восстановление глотания;
- стоматологические осмотры и лечение;
- медицинская помощь на дому (патронаж/домашний уход);
- помощь при расстройствах поведения и психического здоровья;
- кратковременный уход или долговременный уход в хосписе;
- семейная терапия и консультирование по вопросам психического здоровья;
- группы поддержки ребенка и его семьи;

- безопасные транспортные услуги;
- оформление опекунства, доверенности;
- образовательные или социальные услуги;
- финансовая поддержка для сокращения личных расходов.

- Заранее определите момент начала перевода подростка в систему здравоохранения для взрослых и организуйте этот процесс.

Семейно-ориентированный подход

Поддерживайте детей с потребностями в комплексной помощи и их семьи, содействуя физическому, когнитивному, эмоциональному и социальному развитию ребенка.

- Принимайте решения совместно, учитывайте растущую способность ребенка к пониманию и осмыслению (с. 5, с. 788).
- Привлекайте лиц, осуществляющих уход, к помощи ребенку, так как они сопровождали его и раньше. Они должны знать, что и почему происходит с ребенком, чтобы не терять чувство контроля над его состоянием.
- Прислушивайтесь к мнению лиц, осуществляющих уход, относительно состояния ребенка.
- Поощряйте укрепление эмоциональной связи между ними и ребенком.
- Содействуйте тому, чтобы лица, осуществляющие уход, помогали ребенку обретать уверенность в себе и постепенно увеличивали ожидания от навыков самообслуживания ребенка с учетом уровня его психического развития.
- Оставайтесь в курсе потребностей семьи и ее способности к контролю ситуации. Следите за влиянием состояния ребенка на его жизнь, благополучие и на семейную экономику и обеспечьте доступ к соответствующим услугам.

Предварительные рекомендации

- Подготовьте ребенка и его семью к следующим возможным событиям:
  - влияние заболевания на развитие ребенка, его поведение, способность выполнять повседневные действия, на быт семьи;
  - обострение или рецидив заболевания;
  - дальнейшие лечебные мероприятия;
  - коррекция схемы лечения или изменение эффективности препаратов.

- Мотивируйте семью к разработке плана экстренных действий на случай, например, астматического или эпилептического приступа.
- Побуждайте ребенка к соответствующим его возрасту занятиям, включая спорт, музыку, искусство, совершенствование навыков, а также к посещению школы и формированию и поддержанию отношений со сверстниками.

Регулярная медицинская помощь

- Проводите лечение интеркуррентных заболеваний.
- Проводите вакцинацию в соответствии с рекомендованным ВОЗ календарем прививок, если нет иных указаний (с. 84).
- Организуйте регулярную проверку зрения и слуха.

Последующее наблюдение и мониторинг

Детей, нуждающихся в комплексной помощи, как правило, нужно посещать чаще – не реже 1 раза в 3–6 месяцев.

- Распланируйте контрольные посещения ребенка.
- В ходе контрольного посещения оцените:
  - — динамику состояния;
  - — качество лекарственной терапии, например эффективность препаратов, наличие/отсутствие побочных эффектов;
  - — эффективность других видов терапии: диет, физических упражнений, физиотерапии;
  - — соблюдение режима лечения;
  - — другие возможные проблемы, например боль, снижение темпов роста;
  - — настроение, самооценку, самовосприятие, уверенность в будущем, социальную активность; при необходимости, уровень депрессии, тревожности;
  - — влияние болезни на повседневную жизнь, семейный быт, социальные взаимоотношения и обучение, например на пропуски школьных занятий;
  - — потребность в дополнительной информации о болезни и терапии.
- Мониторьте следующие возможные проявления:
  - — осложнения заболевания;
  - — эмоциональные и поведенческие нарушения (с. 765);

— нарушения развития (с. 666);
— изменение потребности семьи в поддержке;
— признаки жестокого и небрежного обращения с ребенком (с. 753).

7.2 Нарушения развития

Нарушения развития часто дебютируют в раннем детстве и диагностируются в случае, если ребенок не достигает этапов развития. Общие, предотвратимые факторы риска нарушений развития включают, например, невнимательный уход, дефицит железа и недоедание. Роль могут сыграть и врожденные аномалии (пороки развития), влияющие на формирование и рост центральной нервной системы. К ним относятся:

- генетические заболевания, например синдром Дауна (с. 675);
- травмы головного мозга, например родовая травма;
- детский церебральный паралич (с. 681);
- заболевания, обусловленные токсическим воздействием, например фетальный алкогольный синдром (с. 685);
- синдромы, проявляющиеся в основном тиками, например синдром Туррета;
- расстройства обучения, например дислексия, дискалькулия;
- расстройства коммуникативных, речевых и языковых навыков;
- СДВГ (с. 673);
- РАС (с. 671).

Для надлежащей помощи важна как можно более ранняя диагностика приведенных состояний. Ниже перечислены тревожные признаки, которые являются показаниями к первичной диагностике и, при необходимости, обращению к профильным специалистам (например, логопедам, психологам).

Признаки нарушений развития

Все возрастные группы:

- затруднения при выполнении повседневных действий, соответствующих возрасту;
- затруднения понимания инструкций;
- затруднения в социальном взаимодействии и адаптации к меняющимся условиям;

- затруднения в общении;
- повторяющиеся паттерны поведения, интересы и действия.

Младенцы и дети в возрасте ≤ 5 лет:

- основные этапы развития не достигнуты (с. 73);
- регресс развития или пропуск его этапов;
- медленное усвоение навыков самообслуживания: одевание, мытье, чистка зубов.

Дети 6–12 лет:

- медленное усвоение навыков чтения и письма;
- низкая успеваемость в школе: невнимательность, гиперактивность, беспокойное поведение в классе;
- сложности в общении со сверстниками.

Подростки 13–18 лет:

- низкая успеваемость в школе: невнимательность, гиперактивность, беспокойное поведение в классе;
- рискованное поведение: эксперименты с психоактивными веществами, склонность к необоснованному риску в спорте и хобби, занятия незащищенным сексом.

Анамнез

Оцените:

- прохождение этапов развития (с. 71);
- социальные и коммуникативные навыки, способность к адаптации в меняющихся условиях (опросите родителей и учителей);
- стиль функционирования семьи;
- социальное окружение и отношения со сверстниками;
- успеваемость в школе: запоминание, усвоение знаний, чтение и письмо.

Лечение нарушений развития

Участие родителей, медицинских работников и, конечно, самого ребенка может помочь ему жить полноценной жизнью в рамках собственных возможностей. Задача состоит в долговременной поддержке и консультировании ребенка и его семьи в детстве, подростковом возрасте и далее.

Поддержка семьи

Лица, осуществляющие уход, и прочие члены семьи играют главную роль в развитии ребенка.

- Узнайте мнение лиц, осуществляющих уход, о развитии ребенка. Они могут предоставить вам сведения (например, о том, как было организовано домашнее обучение), необходимые для планирования мероприятий.
- Убедите лиц, осуществляющих уход, что их вины в болезни ребенка нет.
- Консультируйте лиц, осуществляющих уход, помогая им содействовать развитию ребенка (с. 78).
- Подарите надежду, не отрицая серьезности проблем со здоровьем ребенка. Жизнь с нарушениями развития возможна, однако требует творческого и гибкого подхода. Если у родителей возникают трудности, помогите им попробовать взглянуть на ситуацию позитивно.
- Будьте партнером ребенку и его семье, направляйте и защищайте их, создайте командные отношения.

Психологическое и эмоциональное благополучие ребенка и его семьи

- Поддерживайте психологическое и эмоциональное благополучие ребенка, его родителей или лиц, осуществляющих уход, и наблюдайте за их состоянием.
- Будьте внимательны к появлению у лиц, осуществляющих уход, следующих признаков:
  - — трудности в принятии факта наличия заболевания, выражающиеся, например, в избегании ребенка, отрицании проблемы;
  - — слабый интерес к занятиям ребенка;
  - — депрессия.
- Будьте внимательны к появлению у ребенка признаков:
  - — физического и эмоционального насилия и небрежного обращения (с. 753);
  - — эмоциональных расстройств;
  - — депрессии (с. 618).

Координация медицинской помощи

- Обратите внимание на местные службы, оказывающие поддержку семьям, например на службы, предоставляющие услуги раннего вмешательства (см. ниже).
- Организуйте взаимодействие семьи и данных служб, исходя из потребностей ребенка и семьи. Если это невозможно, заверьте лиц, осуществляющих уход, что забота о ребенке в домашних условиях является для них предпочтительным вариантом.
- Планируйте консультации, проведение лабораторных тестов, вмешательства и последующее наблюдение вместе с семьей.
- Не допускайте разрозненного предоставления услуг, получения рекомендаций из разных источников и поступления противоречивой информации. С точки зрения пользы для детей и семей предпочтительнее, чтобы все или почти все услуги оказывались одним учреждением здравоохранения.

Услуги раннего вмешательства

- Начинайте раннее вмешательство немедленно по выявлении нарушений развития:

  НЕ ДОЖИДАЙТЕСЬ консультации специалиста, поскольку он может принять ребенка не сразу.

  НЕ ТЕРЯЙТЕ ВРЕМЯ из-за ложных представлений, отрицания и несогласия лиц, осуществляющих уход.
- Разработайте план раннего вмешательства. В нем должен быть самый важный компонент: среда, предоставляющая широкие возможности для ухода и обучения, которую семья сможет обеспечивать ежедневно.
- Дайте рекомендации по развитию ребенка в домашних условиях, исходя из его текущих возможностей и потребностей. Рекомендации для детей определенной возрастной группы могут не подойти детям из остальных.

Раннее вмешательство может включать в себя:

- раннее вмешательство на дому, улучшающее функционирование ребенка, увеличивающее его активность и участие в повседневной жизни, например домашнее визитирование;
- нутритивную поддержку, в том числе специальные диеты, зонды для кормления и терапию, направленную на восстановление глотания;

- речевую терапию;
- сестринский уход;
- применение вспомогательных устройств: ортезов, протезов;
- реабилитационное лечение (см. раздел «Реабилитация» ниже);
- обеспечение слуховыми аппаратами и очками;
- специальное обучение;
- инклюзивное дошкольное и школьное обучение;
- обучение членов семьи;
- психологическое и психиатрическое консультирование ребенка и семьи;
- социальную и финансовую поддержку;
- транспортные услуги.

Реабилитация

▶ При необходимости предоставьте доступ к реабилитационным услугам, которые учитывают потребности и возраст пациента и помогут ему:

— самостоятельно выполнять повседневные действия, такие как прием пищи, одевание, туалет, купание, уход за телом;

— перемещаться по дому и в общественных местах, например играть, ходить в школу или на работу;

— жить коллективной жизнью наравне с другими, например заводить друзей, играть, учиться, работать, участвовать в общественных мероприятиях.

Некоторые примеры услуг по реабилитации:

- физио-, трудотерапия, речевая терапия, обучение пространственному ориентированию;
- изготовление и установка вспомогательных устройств и приспособлений, таких как ортезы, протезы, инвалидные кресла, слуховые аппараты.

Подростки

По мере взросления ребенка с нарушениями развития его нужды и нужды лиц, осуществляющих уход, могут меняться. Важную роль играет надлежащее наблюдение за ребенком и родителями и своевременное выявление возникающих у них потребностей в дополнительной поддержке и услугах.

Для получения более подробной информации об особенностях ведения хронических заболеваний в подростковом возрасте обратитесь к с. 836.

7.3 Расстройство аутистического спектра

РАС – это пожизненное нарушение развития, характеризующееся стойким дефицитом способности поддерживать социальные связи и социальное взаимодействие, а также ограниченными, повторяющимися паттернами поведения, интересов или деятельности. Подобные расстройства крайне разнообразны. В то время как некоторые дети с аутизмом могут жить самостоятельно, другие имеют серьезные нарушения и нуждаются в уходе и поддержке на протяжении всей жизни. Одной из форм РАС является синдром Аспергера, характеризующийся отсутствием или незначительными проблемами с речью или когнитивными функциями.

Учитывая потенциальное долгосрочное воздействие заболевания и относительную эффективность раннего специализированного лечения, важно диагностировать ребенка как можно раньше, желательно до трехлетнего возраста. Поставщики услуг первичной медико-санитарной помощи играют решающую роль в скорейшем выявлении детей с РАС и в направлении их к специалистам.

Признаки и симптомы

Таблица 96. Признаки и симптомы РАС в зависимости от возраста

Возраст	Признаки и симптомы РАС
6–12 месяцев	• Зрительный контакт ограничен или отсутствует • Обмен звуками, улыбками или мимическое взаимодействие при контакте снижены • Лепет или жестикуляция (например, указывание пальцем, попытки дотянуться, помахать рукой) слабые, нетипичные или отсутствуют • Реакция на собственное имя ограничена
9–12 месяцев	• Возникновение повторяющихся действий, например вращение или выстраивание предметов в линию • Нетипичная манера игры, например интенсивное изучение игрушек
12–18 месяцев	• Отсутствие отдельных слов • Неспособность к играм, требующим умения притворяться • Инициирование взаимодействий, ответ на инициативы других, потребность показывать заинтересовавшие предметы ограничены

Возраст	Признаки и симптомы РАС
15–24 месяцев	• Способность произносить спонтанные или осмысленные фразы из двух слов снижена, нетипична или отсутствует
Дошкольный возраст	• Ограниченное использование жестов, речи, языка тела, мимики и зрительного контакта • Повторяющиеся движения, например размахивание руками, раскачивание, вращение, щелканье пальцами • Повторяющиеся игры, например открывание и закрывание дверей • Ограниченное использование речи: при способности строить предложения ребенок произносит отдельные слова • Неречевые вокализации, странные или уплощенные интонации • Частое повторение слов или фраз (эхолалия) • Обращение к себе по имени, на «ты» или в третьем лице в возрасте старше 3 лет • Сниженные интерес к другим, навык подражания, инициирование взаимодействий, удовольствие от ситуаций, которые понравились бы большинству детей (например, от празднования дней рождений) • Экстремальная эмоциональная реакция на перемены или новые ситуации, настаивание на единообразии
Младший школьный возраст	• Ограниченная, монотонная речь с повторениями • Тенденция при взаимодействии с другими обращать к ним монолог, а не развивать диалог • Грубая и неуместная реакция на людей • Ригидные ожидания, что другие дети будут неукоснительно соблюдать правила игры • Сниженная реакция на собственное имя и на мимику или эмоции окружающих • Сниженный интерес к людям, в том числе к своим ровесникам • Сниженная способность к творчеству или к играм, требующим воображения

РАС – расстройство аутистического спектра.

Примечание: высокофункциональные формы РАС могут ускользать от диагностики до тех пор, пока их проявления не станут более очевидными вследствие стресса или проблем, возникающих в подростковом или юношеском возрасте.

Ведение случая

- Направьте ребенка с подозрением на РАС к специалисту (например, к специальному психологу, педиатру развития или детскому психиатру) для подтверждения диагноза, дальнейшей оценки состояния и получения рекомендаций по ведению случая.
- Поддерживайте и консультируйте родителей.
- Следите за питанием ребенка (пищевые привычки, предпочитаемые и избегаемые виды пищи) и наблюдайте самого ребенка на предмет признаков недостатка микроэлементов, поскольку дети с РАС могу проявлять избирательность в еде.
- Поддерживайте связь с учителями и другими работниками школы.
- Задействуйте другие имеющиеся по месту жительства ресурсы.

НЕ НАЗНАЧАЙТЕ медикаментозное лечение без рекомендации специалиста.

Для получения более подробной информации о поддержке детей с нарушениями развития и их семей обратитесь к с. 668.

7.4 Синдром дефицита внимания с гиперактивностью

СДВГ – это состояние, характеризующееся устойчивыми трудностями с концентрацией внимания или гиперактивностью-импульсивностью, влияющими на функционирование и развитие. Обычно СДВГ манифестирует в возрасте до 5 лет, реже – в подростковом. Несмотря на то, что типичные симптомы перекрываются нормальными реакциями и их бывает сложно распознать, важно избегать гиподиагностики, чтобы ребенка с СДВГ не начали воспринимать как непослушного и обвинять в поведении, которое он неспособен контролировать.

Анамнез

- Чрезмерная невнимательность: рассеянность, трудности с обработкой информации в дошкольных учреждениях и школе.
- Неспособность сосредоточиться на задаче более чем на несколько минут, потребность в переключении на другие занятия, высокая отвлекаемость, отсутствие настойчивости.
- Частые потери личных вещей.
- Проявления гиперактивности: неспособность усидеть на одном месте, болтливость, двигательное беспокойство, бег, ерзанье, постукивание.

- Чрезмерная импульсивность: регулярное совершение необдуманных действий, которые могут нанести вред (эксперименты с наркотиками, рискованное сексуальное поведение).

Ведение случая

- Направьте ребенка с подозрением на СДВГ к специалисту (например, к специальному психологу, педиатру развития или детскому психиатру) для подтверждения диагноза. Специалист может рассмотреть возможность начала фармакотерапии (например, метилфенидатом) детей в возрасте 6 лет и старше с диагнозом СДВГ, для которых другие лечебные подходы оказались неэффективными.
- Следуйте плану лечения, разработанному специалистом, и под его руководством контролируйте распространенные побочные эффекты препаратов.

НЕ НАЗНАЧАЙТЕ препараты без консультации со специалистом.

- Разъясните опекунам природу заболевания и как они могут помочь ребенку (например, посредством напоминаний или проверяя выполненность задач и домашней работы).
- Поддерживайте связь с учителями и другими работниками школы. Убедитесь, что они понимают, что поведение ребенка/подростка связано с заболеванием. Дайте им рекомендации по адаптации общеобразовательного подхода:
  - Предоставляйте ребенку/подростку возможность использовать свои навыки и сильные стороны.
  - Попросите ребенка сидеть за первой партой в классе.
  - Дайте ребенку дополнительное время для того, чтобы он смог понять и успел закончить задание.
  - Разбейте объемные задания на небольшие части, которые ребенок сможет выполнять по очереди, придерживаясь определенных временных рамок.
  - Чаще хвалите ребенка за его усилия и вознаграждайте достижения.
- Следите за появлением признаков эмоциональных проблем, которые могут развиться со временем (с. 762).
- Рассмотрите возможность применения поведенческой терапии (с. 765).
- Отслеживайте и уменьшайте факторы стресса и укрепляйте социальную поддержку.

- Если ребенку назначены стимулирующие или нестимулирующие лекарственные препараты:
  - — Ознакомьтесь с рецептом и информацией о приеме препарата.
  - — Контролируйте режим приема препарата и отслеживайте случаи уклонения от приема.
  - — Свяжитесь со специалистом, если вы наблюдаете побочные эффекты или сомневаетесь в корректности дозировки.
  - — Через год терапии обсудите со специалистом целесообразность ее продолжения.

Для получения более подробной информации о поддержке детей с нарушениями развития и их семей обратитесь к с. 668.

7.5 Синдром Дауна

Синдром Дауна (трисомия 21) – наиболее распространенный генетический синдром. Он обусловлен дополнительными копиями генетического материала в 21 хромосоме; фактором риска является увеличение возраста матери. В большинстве случаев синдрому сопутствуют специфический внешний вид лица, нарушение раннего развития и умственная отсталость. К ассоциированным заболеваниям могут быть отнесены заболевания щитовидной железы и сердечно-сосудистой системы.

Диагностика

Пренатальную диагностику можно проводить в первом триместре путем ультразвуковой оценки толщины воротникового пространства плода и определения уровня плацентарных гормонов. Для окончательного диагностирования выполняется биопсия ворсин хориона или амниоцентез.

Постнатальная диагностика основана на генетическом тестировании. У младенца могут быть выявлены характерные признаки, указывающие на синдром Дауна:

- Укороченный и круглый череп с уплощенной затылочной костью.
- Раскосые миндалевидные глаза; узкие глазные щели.
- Увеличенное расстояние между глазами (гипертелоризм).
- Наличие эпикантуса.
- Единственная поперечная ладонная складка (четырехпальцевая борозда).
- Широко расставленные первый и второй пальцы ног.

- Маленькие уши.
- Маленький рот и большой язык (макроглоссия).
- Мышечная гипотония и слабость связочного аппарата.

Прочие признаки:

- Сложности с кормлением.
- Атланто-аксиальная нестабильность (после младенческого возраста).
- Отсрочка этапов развития (с. 73).
- Умственная отсталость различной степени.

Ведение случая

Координация медицинской помощи

- Направьте ребенка с подозрением на синдром Дауна к специалисту для диагностики.
- Координируйте уход с многопрофильной бригадой терапевтов и коррекционных педагогов для поддержки развития, включающей речевую, языковую, физио- и трудотерапию.
- Начните реализовывать программы раннего вмешательства (с. 668).

Консультирование и поддержка

- Помогите родителям приспособиться к заболеванию их ребенка. Заверьте их, что, хотя диагноз поначалу шокирует, ребенок может прожить долгую и полноценную жизнь.
- Направьте родителей к источникам необходимой им информации, например в тематические сообщества и на соответствующие сайты.

Вакцинация

- Проводите вакцинацию в соответствии с рекомендованным ВОЗ календарем прививок (с. 81).

Наблюдение

- Наблюдайте пациента на предмет ассоциированных патологий или заболеваний:
  - Нарушения слуха и зрения (с. 93).
  - Дуоденальная непроходимость.
  - Гипогонадизм (у пациентов мужского пола).

- Врожденный порок сердца (с. 185).
- Гипотиреоз.
- Целиакия.
- Острый миелоидный лейкоз.
- Иммунодефицит (бактериальные или грибковые инфекции).
- Псориаз и экзема.

Для получения дополнительной информации о поддержке детей с нарушениями развития и их семей обратитесь к с. 668.

7.6 Дефекты нервной трубки

Дефекты нервной трубки возникают в результате нарушения заращения нервной трубки эмбриона в определенный период (22–28 сутки после зачатия) и могут быть обусловлены генетически или материнскими факторами риска, такими как дефицит фолиевой кислоты, ожирение, диабет, лихорадка в первом триместре, прием антиэпилептических препаратов.

Дефекты нервной трубки могут затрагивать разные системы:

- **Структуры головного мозга:**
  - Анэнцефалия: полное или частичное отсутствие головного мозга.
  - Энцефалоцеле: выбухание мозга и мозговых оболочек через дефект черепа.
- **Структуры спинного мозга:**
  - Незаращение дужек позвонков (spina bifida occulta): самая легкая форма, признаки отсутствуют или выражены слабо. К ним относятся, например, выпячивания на позвоночнике, участки оволосения, углубления или темные пятна, без мальформации или выбухания. Дефект закрыт кожными покровами.
  - Менингоцеле: выбухание наполненного жидкостью мешка, содержащего мозговые оболочки и ликвор, но не ткани спинного мозга.
  - Миеломенингоцеле (spina bifida): выпячивание в форме кисты содержит ткань спинного мозга и/или нервные корешки. Это наиболее тяжелая форма дефекта, подразумевающая нарушение функций нижних конечностей, мочевого пузыря или кишечника, гидроцефалию, синдром фиксированного спинного мозга (аномальное сращение спинного мозга с окружающими тканями).

Диагностика

- Комбинированное антенатальное обследование (УЗИ и определение альфа-фетопротеина в крови матери).
- Постнатальная диагностика: поиск дефектов с обнажением нервной ткани с помощью УЗИ, МРТ, КТ при необходимости (Приложение 5 приказа МЗ РК от 31 марта 2023 г. №52 «Об утверждении стандарта организации оказания неонатальной помощи в РК»)

Ведение случая

Тактика ведения зависит от типа дефекта и обычно требует междисциплинарного подхода. Цель заключается в том, чтобы помочь ребенку жить полной жизнью в пределах собственных возможностей.

Координация медицинской помощи

- Направляйте детей к специалисту для диагностики и разработки плана ведения.
- Сотрудничайте с профильными специалистами (например, нейропедиатрами), реабилитационными бригадами и специальными подразделениями (нейрохирургия, ортопедия, нефрология или урология), при необходимости.

Консультирование и поддержка

- Дайте родителям и педагогам советы по увеличению активности ребенка.
- Помогите родителям приспособиться к заболеванию их ребенка.
- Направьте родителей к источникам необходимой им информации, например в тематические сообщества и на соответствующие сайты.

Вакцинация

- Проводите вакцинацию в соответствии с рекомендованным ВОЗ календарем прививок (с. 81).

Наблюдение

- Наблюдайте ребенка на предмет осложнений/коморбидных состояний и составления подходящего плана лечения (таблица 97).
- При ухудшении неврологического статуса или обнаружении ассиметричных знаков/симптомов немедленно направьте ребенка к специалисту.

Таблица 97. Ведение пациента при осложнениях и коморбидных патологиях

Проблема	Ведение случая
Гидроцефалия (зачастую вызванная мальформацией Киари II типа)	▶ Отслеживайте возможные признаки повышенного внутричерепного давления: — раздражительность; — сонливость; — выпирающий или пульсирующий родничок; — рвота, снижение аппетита. ▶ Измеряйте окружность головы еженедельно в течение первого месяца жизни, затем раз в месяц ▶ Назначьте регулярные УЗИ головного мозга ▶ Если гидроцефалия подтверждается, незамедлительно направьте ребенка в хирургическое отделение для вентрикулоперитонеального шунтирования ▶ При подозрении на мальформацию Киари II типа незамедлительно направьте ребенка к специалисту
Синдром фиксированного спинного мозга	▶ Отслеживайте следующие возможные изменения: — боль в нижней части спины; — признаки поражения нижних конечностей, например снижение мышечной силы, спастичность, аномальные рефлексы; — нарушения чувствительности нижних конечностей; — нарушения функций мочевого пузыря или кишечника. ▶ Направьте ребенка на хирургическую коррекцию
Нарушения функций мочевого пузыря или кишечника (например, недержание)	▶ Проведите лечение возможной инфекции мочевыводящих путей (с. 413) ▶ При появлении симптомов уросепсиса (с. 263) немедленно направьте ребенка к специалисту ▶ Обеспечьте потребности в подгузниках или прерывистой катетеризации ▶ При необходимости направьте ребенка к урологу для проведения процедур

Проблема	Ведение случая
Кифосколиоз, затруднения при движении и ходьбе	▶ Отслеживайте следующие возможные изменения: — нарушения деятельности кардиореспираторной системы; — вывих бедра; — контрактуры колена; — переломы; — скручивание большеберцовой кости; — деформации стоп. ▶ При необходимости назначьте ношение вспомогательных устройств, например туторов, жестких ортезов, или использование инвалидного кресла ▶ При необходимости направьте ребенка к хирургу-ортопеду и физиотерапевту для коррекции спастичности ▶ Если сколиоз прогрессирует быстро, немедленно направьте ребенка к специалисту
Трофические язвы	▶ Регулярно осматривайте таз и стопы, поскольку в этих зонах могут развиваться пролежни ▶ При необходимости направьте ребенка к дерматологу
Отставание в физическом развитии	▶ Следите за физическим развитием (с. 24) и половым созреванием (с. 797) ▶ Дайте рекомендации по питанию (с. 94) ▶ При необходимости направьте ребенка к диетологу
Аллергия на латекс	▶ Рекомендуйте избегать контакта с изделиями из латекса и использовать вместо них силиконовые или поливинилхлоридные
Судороги (с. 469)	▶ Исключите наиболее вероятные причины судорог (неисправность шунта, инфекция) ▶ Обеспечьте контроль за приступами ▶ При необходимости направьте ребенка к неврологу
Нарушения зрения, слуха	▶ Регулярно проверяйте зрение и слух ▶ При необходимости направьте ребенка к отоларингологу и офтальмологу для назначения слухового аппарата или очков

Проблема	Ведение случая
Когнитивные нарушения	▶ Обеспечьте раннюю диагностику и вмешательство, введение индивидуальных планов обучения ▶ При необходимости направьте ребенка к психологу
Психосоциальные проблемы	▶ Обращайте внимание на низкую самооценку, а также на изоляцию в образовательной и профессиональной деятельности ▶ Организуйте сексуальное образование подростков (с. 802) ▶ При необходимости направьте ребенка к психологу или социальному работнику

УЗИ – ультразвуковое исследование.

Для получения дополнительной информации о поддержке детей с нарушениями развития и их семей обратитесь к с. 668.

7.7 Детский церебральный паралич

Церебральные параличи – это группа заболеваний, влияющих на двигательные функции, мышечный тонус или на осанку. Они вызваны нарушениями в развивающемся мозге плода или младенца. Церебральные параличи могут быть двусторонними или односторонними; спастическими (повышенный тонус), дискинетическими (переменный тонус, непроизвольные и неконтролируемые движения) или атаксическими.

Диагностика

Детский церебральный паралич можно диагностировать в первые годы жизни ребенка, однако в дальнейшем следует проводить регулярный осмотр на предмет улучшения или ухудшения состояния. Ранняя диагностика помогает предотвратить или купировать осложнения.

Анамнез

Изучите анамнез на предмет следующих факторов риска:

- Преждевременные роды или осложнения родов и родоразрешения.
- Роды на сроке менее 32 недель или вес при рождении менее 1500 г.
- Неонатальные судороги, энцефалопатия, тяжелая гипербилирубинемия или гипогликемия.

Обследование

Проведите осмотр на предмет:

- затруднения при движениях (нарушение больших моторных функций), поддержании равновесия и позы, например гипотонус туловища (с. 564), и удержании головы в первые месяцы жизни. Используйте таблицу 98 для оценки тяжести состояния детей от 6 месяцев до 2 лет;
- сопутствующей эпилепсии, вторичных расстройств опорно-двигательного аппарата, нарушений осязания, зрения, когнитивных функций, коммуникации или поведения.

НЕ СТАВЬТЕ ДИАГНОЗ «ранний или вероятный детский церебральный паралич» по транзиторным неврологическим симптомам или единичному пропуску стадии развития.

НЕ ДИАГНОСТИРУЙТЕ ребенку церебральный паралич из-за низкой оценки по шкале Апгар сразу после рождения.

Таблица 98. Система классификации больших моторных функций (GMFCS)

Уровень по GMFCS	Особенности детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет
Уровень I	• Ребенок самостоятельно садится и встает из сидячего положения, при сидении на полу обе руки свободны для манипуляций с предметами • Ребенок ползает, используя руки и колени, может подтянуться, чтобы встать, и может шагать, держась за мебель • Ребенок в возрасте от 18 месяцев до 2 лет ходит самостоятельно, не нуждаясь во вспомогательных устройствах
Уровень II	• Ребенок удерживает сидячее положение на полу, но при этом может поддерживать равновесие с помощью рук • Ребенок ползает на животе или на руках и коленях • Ребенок может подтянуться, чтобы встать, и может шагать, держась за мебель
Уровень III	• Ребенок может сохранять сидячее положение на полу при поддержке нижней части спины. • Ребенок переворачивается и ползет на животе

Уровень по GMFCS	Особенности детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет
Уровень IV	• Ребенок удерживает голову, но нуждается в поддержке туловища в положении сидя на полу • Ребенок может переворачиваться на спину или на живот
Уровень V	• Физические нарушения ограничивают произвольный контроль движений • Ребенок не удерживает антигравитационные позы головы и туловища в положении на животе и сидя • Ребенок нуждается в помощи взрослого, чтобы перевернуться

GMFCS – система классификации больших моторных функций.

Ведение случая

Клинический профиль каждого ребенка с детским церебральным параличом уникален. Необходим персональный подход, чтобы обеспечить ребенку максимально возможный комфорт и качество жизни.

Координация медицинской помощи

- Направляйте детей с детским церебральным параличом к специалисту для подтверждения диагноза, дальнейшего обследования (УЗИ или МРТ головного мозга) и разработки плана лечения.
- Организуйте взаимодействие со специалистами, многопрофильной бригадой (включающей логопедов, физио- и трудотерапевтов, специалистов по постуральному контролю и ортезам) и лицами, осуществляющими уход, для планирования мероприятий и отслеживания прогресса.
- Назначьте физиотерапию для лечения нарушений моторики. Руководствуйтесь принципом «не навреди», особенно при назначении болезненных процедур.

Консультирование и поддержка

Ключевое значение имеет налаживание коммуникации с родителями по вопросам диагноза и поддержание реалистичных ожиданий:

- Выясните ожидания родителей, их ресурсы и мотивацию при принятии решения, что делать и чего не делать.
- Обозначьте реалистичные цели по развитию и лечению ребенка.
- Поощряйте участие семьи и объясняйте родителям, как содействовать развитию ребенка.

Плановая медицинская помощь

- Проводите лечение интеркуррентных заболеваний.
- Проводите вакцинацию (детский церебральный паралич не является противопоказанием к вакцинации).
- Обеспечьте консультирование по вопросам кормления и питания.
- Следите за ростом, развитием, поведением, психическим здоровьем, успеваемостью и социализацией ребенка.
- Обеспечьте регулярные проверки зрения и слуха и стоматологические осмотры.

Наблюдение

- Проводите регулярный осмотр ребенка (каждые 3 месяца).
- Оценивайте динамику моторного развития на каждом приеме, используйте домашние видеозаписи.
- Отслеживайте типичные проблемы, с которыми сталкиваются дети с церебральным параличом, и проводите соответствующее лечение (таблица 99).

Таблица 99. Лечение распространенных отклонений, с которыми сталкиваются дети с церебральным параличом

Проблема	Ведение случая
Зрение Косоглазие, аномалии рефракции, дисплазия зрительного нерва, дефекты поля зрения, ретинопатии	▶ Обеспечьте регулярный контроль ▶ При необходимости направьте ребенка к офтальмологу для подбора очков, наложения медицинских повязок или для хирургической коррекции косоглазия
Слух Кондуктивные нарушения, нейросенсорная потеря слуха	▶ Обеспечьте регулярный контроль ▶ При необходимости направьте ребенка к отоларингологу и аудиологу для назначения слухового аппарата
Коммуникация Центральные нарушения речи, бульбарный паралич	▶ Направьте ребенка к логопеду для обучения методам альтернативной и дополненной коммуникации

Проблема	Ведение случая
Кормление Бульбарный паралич, гастроэзофагеальный рефлюкс	▶ Проводите контроль физического развития (с. 24) ▶ Рассмотрите возможность установки назогастрального зонда, кормления через гастростому, применения антирефлюксных препаратов ▶ При необходимости направьте ребенка к диетологу
Эпилепсия Судороги	▶ Назначьте ЭЭГ. Рассмотрите возможность применения противоэпилептических препаратов ▶ При необходимости направьте ребенка к неврологу
Когнитивные нарушения Сложности в обучении	▶ Обеспечьте раннюю диагностику и вмешательство. При необходимости направьте ребенка к психологу для разработки индивидуального плана обучения
Поведенческие нарушения Нарушения сна, частый плач	▶ Обследуйте ребенка на предмет боли и проведите лечение (с. 594) ▶ Рассмотрите возможность применения поведенческой терапии (с. 765) ▶ При необходимости направьте ребенка к психологу

ЭЭГ – электроэнцефалография.

Для получения дополнительной информации о поддержке детей с нарушениями развития и их семей обратитесь к с. 668.

7.8 Фетальный алкогольный синдром

Фетальный алкогольный синдром характеризуется недоразвитием плода, нарушениями развития и аномалиями строения лица и черепа. Он обусловлен пренатальным воздействием алкоголя, употребленного матерью во время беременности. Злоупотребление алкоголем на ранних сроках беременности может привести к тяжелым порокам органов и спонтанному аборту; на поздних – повлиять на рост и развитие мозга.

Диагностика

Диагностика фетального алкогольного синдрома может быть затруднена, особенно при сокрытии факта употребления алкоголя. Пренатальное воздействие алкоголя можно выявить путем опроса матери о приеме спиртных напитков до и во время беременности. Для получения достоверных ответов необходимо соблюдать конфиденциальность и добиться доверия пациента. Нарушения развития и, в некоторых случаях, поведения могут проявляться в детстве и не проявляться в младенческом возрасте.

Новорожденные

- Раздражительность и выраженный стартл-рефлекс (абстинентный синдром новорожденных).
- Симметричное отставание в росте в послеродовой период.
- Короткие и узкие глазные щели.
- Сглаженный губной желобок (участок кожи между основанием носа и верхней губой сглажен, желобок в центре верхней губы отсутствует).
- Тонкая верхняя губа.
- Возможная микроцефалия.
- Замедленный рост черепа в послеродовой период.
- Нарушения питания и замедленный набор массы тела.
- Аномалии почек и сердечно-сосудистой системы.



Черты лица детей с фетальным алкогольным синдромом: короткие и узкие глазные щели, сглаженный губной желобок, тонкая верхняя губа

Младенцы и дети

- Характерные признаки дисморфизма зачастую отсутствуют.
- Нарушения развития (с. 666), сложности в обучении.
- Поведенческие нарушения (с. 762).

Ведение случая

- Направьте ребенка к специалисту для оценки состояния и подтверждения диагноза.

- Обеспечьте регулярные медицинские процедуры и вакцинацию в соответствии с рекомендованным ВОЗ календарем прививок (с. 81).

Наблюдение

- Регулярно проводите осмотр на предмет следующих отклонений и признаков:
  - — Нарушения зрения или слуха.
  - — Пороки сердца (с. 688) или почек (с. 691).
  - — Признаки жестокого и небрежного обращения (с. 753).
  - — Нарушения развития (с. 666), связанные с неблагоприятными жизненными событиями (жестокое и небрежное обращение, частая смена мест проживания) или запоздалой/ошибочной диагностикой.
  - — Эмоциональные и поведенческие нарушения (с. 762).

Поддержка родителей или лиц, осуществляющих уход

- Обеспечьте поддержку родителям.
- Установите контакт с лицами, осуществляющими уход, и побуждайте их к активному участию в заботе о ребенке, когда это безопасно и уместно.
- Проявляйте уважение к опекунам, избегайте обвинений, осуждения и стигматизации.
- Обучите лиц, осуществляющих уход, навыкам позитивного воспитания, преодоления стресса и создания здоровой обстановки в семье.
- При необходимости обеспечьте опекунам или членам семьи доступ к консультативной психологической помощи.

Защитите ребенка/подростка и обеспечьте его безопасность

- Оценивайте наличие угроз безопасности и благополучию ребенка и необходимость немедленного вмешательства для обеспечения интересов ребенка.
- При необходимости и возможности обеспечьте беспрепятственный доступ к консультативной психологической помощи и социальным службам, включая службы защиты детей и службы, оказывающие юридические услуги.
- Направьте мать на лечение, если она страдает алкоголизмом.

Для получения подробной информации о мерах поддержки ребенка и его семьи см. раздел «Лечение нарушений развития», с. 668.

7.9 Порок сердца

Дети с симптомами врожденных или приобретенных пороков сердца, включая ревматический порок сердца, нуждаются в комплексной медицинской помощи.

Врожденные пороки сердца относятся к наиболее распространенным врожденным аномалиям развития и встречаются у 1% новорожденных. Выживаемость и доля детей, достигающих взрослого возраста, зависит от типа порока и его лечения. Сейчас, благодаря развитию медицины и хирургии, данные показатели растут. При каждом визите к врачу необходимо тщательно исследовать следующие данные:

Анамнез

- Любые новые жалобы или ухудшение симптомов.
- Утомляемость, толерантность к физической нагрузке.
- Психологическое воздействие заболевания, особенно в тех случаях, когда порок сердца накладывает ограничения на образ жизни, например при низкой толерантности к физической нагрузке.
- Питание и образ жизни.

Обследование

- Основные показатели жизнедеятельности, включая ЧСС, сатурацию и артериальное давление.
- Показатели роста (с. 24) и развития (с. 71).
- Бледность.
- Шумы в сердце (с. 376), возможные изменения?.
- Цианоз.
- Признаки сердечной недостаточности (с. 379).

Ведение случая

Для получения подробной информации об ургентных вмешательствах при серьезных врожденных пороках сердца у новорожденных см. с. 185.

Координация медицинской помощи

- Направляйте всех детей с врожденными или приобретенными пороками сердца к специалисту для составления плана лечения в зависимости от типа заболевания.

- Обеспечьте постоянный надзор специалиста и соблюдение его рекомендаций, включая прием препаратов, профилактику эндокардита (с. 689), ограничение физических упражнений, проведение дополнительных обследований и хирургических вмешательств.

Консультирование и поддержка

- Расскажите о важности здорового образа жизни (поддержание нормальной массы тела, питание, физическая активность, отказ от курения и других опасных привычек) для снижения риска развития сочетанных заболеваний.
- Оцените потребность ребенка в помощи родителей и социальных служб.

Плановая медицинская помощь

- Следите за ростом, соблюдением режима приема препаратов, развитием, поведением, психическим здоровьем, успеваемостью и социализацией ребенка.
- Проводите лечение возможных хронических заболеваний (пороки сердца часто сопровождаются другими врожденными аномалиями).
- Проводите вакцинацию в соответствии с рекомендованным ВОЗ календарем прививок (с. 81). Рассмотрите возможность дополнительной вакцинации, например от гриппа, ориентируясь на тип и тяжесть порока сердца и сочетанных заболеваний, таких как аплазия селезенки.

Профилактика инфекционного эндокардита

Дети с пороками сердечных клапанов (включая ревматический порок сердца) находятся в **группе высокого риска развития бактериального эндокардита**. Особенной опасности подвергаются следующие категории детей:

- дети с инфекционным эндокардитом в анамнезе;
- дети с любым невылеченным врожденным пороком сердца «синего» типа;
- дети с любым врожденным пороком сердца до 6 месяцев после протезирования или пожизненно при наличии остаточных дефектов.

- Проводите антибиотикопрофилактику за 30–60 минут до начала процедур, сопряженных с риском (например, стоматологических): амоксициллин перорально за один прием, или ампициллин 50 мг/кг в/в (максимальная доза 2 г), или цефазолин/цефтриаксон 50 мг/кг в/в (максимальная доза 1 г). При аллергии на пенициллин: клиндамицин 20 мг/кг перорально или в/в (максимальная доза 600 мг).

Уход за зубами и кожей

Источником бактерий, вызывающих эндокардит, может быть ротовая полость, поэтому для минимизации риска важно соблюдать гигиену полости рта:

- Обеспечить регулярный стоматологический осмотр дважды в год пациентам с высоким уровнем риска (см. выше) или один раз в год пациентам со средним уровнем риска (двустворчатый аортальный клапан, пролапс митрального клапана, кальцинированный аортальный стеноз).
- Объяснить, что для поддержания гигиены кожи и полости рта важно:
  - — Соблюдать правила гигиены полости рта. Посещать стоматолога один или два раза в год (по рекомендации врача).
  - — Дезинфицировать полученные раны и не допускать их загрязнения.
  - — Не принимать антибиотики без назначения врача.
  - — Избегать пирсинга и татуировок.

Вторичная антибиотикопрофилактика при ревматическом пороке сердца

Детям с ревматическим пороком сердца и детям, перенесшим острую ревматическую лихорадку (с. 279), следует проводить антибиотикотерапию для снижения риска рецидива острой ревматической лихорадки и прогрессирования болезни:

- Бензатина пенициллин G в/м (1,2 млн МЕ для детей с массой тела более 30 кг, 0,6 млн МЕ для детей с массой тела менее 30 кг) 1 раз в 4 недели.
- Длительность терапии с момента последнего эпизода острой ревматической лихорадки:
  - — Протекание болезни без кардита: 5 лет или до достижения 21 года.
  - — Протекание болезни с кардитом, без остаточного дефекта сердца: 10 лет или до достижения 21 года.

— Протекание болезни с кардитом, при наличии остаточного дефекта сердца: 10 лет или до достижения 40 лет или пожизненно.

Последующее наблюдение

Частота контрольных посещений зависит от типа дефекта и тяжести порока сердца. Избегайте необоснованно пристального наблюдения и строгих ограничений для детей с легкими формами врожденных пороков сердца или успешно прооперированных детей. Эти дети находятся вне зоны риска и могут считаться здоровыми. При более тяжелых врожденных пороках сердца может потребоваться неоднократное хирургическое вмешательство и регулярное наблюдение.

7.10 Хроническая болезнь почек

Хроническая болезнь почек – это нарушение строения или функции почек, сохраняющееся более 3 месяцев и влияющее на общее состояние здоровья. Хроническая болезнь почек обычно прогрессирует со временем и приводит к терминальной стадии болезни почек.

Анамнез и обследование

Внешние признаки обычно выражены слабо и очень разнообразны:

- Снижение прибавки в весе.
- Утомляемость.
- Головная боль.
- Отсутствие аппетита.
- Тошнота.
- Рвота.
- Бледность.
- Рахит.
- Отечность.
- Гипертензия.

У подростков могут быть следующие проявления:

- Задержка полового созревания.
- Анемия.

Ведение случая

При лечении хронической болезни почек необходимо применять междисциплинарный подход и обеспечивать постоянный уход. Цель состоит в том, чтобы задержать прогрессирование заболевания и справиться с осложнениями. На поздних стадиях заболевания может потребоваться заместительная терапия, в том числе диализ или трансплантация почки.

- Согласуйте лечение со специалистом и следуйте назначенному им плану.
- Дайте рекомендации по питанию, соответствующей физической активности и приему пищевых добавок, которые могут быть необходимы для поддержания уровня электролитов.
- Проводите вакцинацию в соответствии с рекомендованным ВОЗ календарем прививок (с. 81).
- Проводите диагностику и лечение таких осложнений, как гипертензия (с. 395) или анемия (с. 475).

7.11 Астма

Астма – это хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся обратимым нарушением проходимости нижних дыхательных путей и бронхоспазмом. Астма является наиболее распространенным хроническим заболеванием у детей. Практически в половине случаев астмы симптомы появляются в раннем детстве.

Анамнез

- Рецидивирующие и частые эпизоды более одного из перечисленных ниже состояний (могут меняться со временем и по интенсивности, обычно усиливаются в ночное время):
  - астмоидное дыхание (попросите лица, осуществляющим уход, записать приступ на видео, это может помочь подтвердить наличие свистящих хрипов);
  - чувство стеснения в груди;
  - непродуктивный кашель;
  - затруднение дыхания или одышка.
- Отсутствие заметных признаков респираторной инфекции.

- Провоцирующие факторы: физические упражнения, смех или плач, вдыхание табачного дыма или загрязненного воздуха, аллергены (домашний пылевой клещ, пыльца), вирусные инфекции (обычная простуда), стресс.
- Сниженная активность: ребенок бегает, играет и смеется меньше по сравнению с другими детьми, быстрее устает на прогулках и просит, чтобы его несли.
- Аллергический ринит, атопический дерматит или пищевая аллергия в анамнезе.
- Астма, аллергия, атопия, сенсибилизация к аллергенам в семейном анамнезе у ближайших родственников.

Обследование

Ищите следующие признаки:

- Чрезмерное расширение грудной клетки.
- Втяжение нижней части грудной клетки.
- Участие вспомогательной мускулатуры при дыхании (приложите ладони к шее ребенка).
- Удлиненный выдох со слышимыми на расстоянии свистящими хрипами.
- «Немое легкое» (ослабленное дыхание или отсутствие дыхательных шумов) при выраженной жизнеугрожающей обструкции дыхательных путей.
- Частое дыхание.
- Частый пульс.
- Недостаточное насыщение крови кислородом.

Диагностика

Диагностика астмы у детей младше 5 лет

В раннем возрасте диагностика затруднительна. Повторяющиеся приступы астмоидного дыхания и кашля, вызванные вирусными респираторными инфекциями, часто встречаются у детей раннего возраста, не страдающих астмой, поэтому оценка функции легких через обратимость обструкции вряд ли возможна. Для постановки диагноза требуется тщательная клиническая оценка, оценка вероятности заболевания (таблица 100) и наличие следующих факторов:

- Типичный паттерн симптомов и факторы риска (см. анамнез).

- Пробное лечение низкими дозами ИКС и при необходимости SABA, например сальбутамола: улучшение через 2–3 месяца лечения и ухудшение после отмены препаратов.
- Исключение других диагнозов (см. дифференциальная диагностика).

Таблица 100. Вероятность астмы у детей младше 5 лет

	Низкая вероятность	Средняя вероятность	Высокая вероятность
Сколько дней длятся симптомы инфекции верхних дыхательных путей	< 10 дней	< 10 дней	> 10 дней
Количество приступов в год	2–3	Более трех или тяжелые приступы, с ухудшением в ночное время	
Симптомы между приступами	Нет	Да	Да
Астма или другие аллергии в семейном анамнезе	Нет	Нет	Да

Диагностика астмы у детей старше 6 лет

- Типичный паттерн симптомов и факторы риска (см. анамнез)
- Оценка функции легких (спирометрия/пиковая скорость выдоха [ПСВ]) с помощью оценки обратимости с по меньшей мере однократным фиксированием:
  - — соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ ниже нормы (ОФВ1: объем форсированного выдоха за первую секунду; ФЖЕЛ – форсированная жизненная емкость легких);
  - — чрезмерной вариабельности показателей функции легких, например улучшения функции легких (повышение ОФВ1 по сравнению с исходным значением более чем на 12% от прогнозируемой величины) после вдыхания бронхолитического средства.
- Рассмотрите возможность направления на бронхопровокационный аллерготест для оценки гиперреактивности дыхательных путей и на скарификационную пробу (кожный тест на аллергию).

Дифференциальная диагностика

См. разделы «Кашель и затрудненное дыхание», с. 205, «Заболевания, сопровождающиеся астмоидным дыханием», с. 222 и «Хронический кашель», с. 234.

Действия при обострении астмы

- Оцените тяжесть обострения (таблица 101).

НЕ ПРИМЕНЯЙТЕ седативные препараты. Успокойте ребенка и его родителей.

- Обеспечьте удобное положение (обычно сидячее положение предпочтительнее лежачего).

Таблица 101. Оценка тяжести обострения астмы

Тяжесть обострения	Симптомы	Действия
Угрожающее жизни	• Сонливость, спутанность сознания, «немое легкое» при аускультации	**Незамедлительно направьте ребенка в стационар.** Во время ожидания транспортного средства дайте: • сальбутамол; • преднизолон; • кислород; • рассмотрите возможность применения ипратропия бромида. См. дозировки ниже.
Тяжелое Дети старше 6 лет	• Сидит, ссутулившись, беспокоен, говорит отдельными словами • Частота дыхания > 30/мин • Частота пульса >120 уд/мин • SpO_2 < 90% при дыхании окружающим воздухом	
Дети младше 5 лет	• Не может говорить или пить • Центральный цианоз • Частота дыхания > 40/мин; • Частота пульса > 180 уд/мин (0–3 года), > 150 (4–5 лет) • SpO_2 < 92% при дыхании комнатным воздухом	

Тяжесть обострения	Симптомы	Действия
Легкое или среднее Дети старше 6 лет	• Нормальное психическое состояние • Говорит фразами, предпочитает сидеть, а не лежать • Частота дыхания < 30/мин • Частота пульса 100–120 уд/мин • SpO_2 90–95% при дыхании комнатным воздухом	Дать лекарственные средства: • сальбутамол; • кислород; • преднизолон (если старше 6 лет; с осторожностью, если младше 5 лет). См. дозировки ниже. **Внимательно наблюдайте 1–2 часа**
Дети младше 5 лет	• Нормальное психическое состояние • Одышка, беспокойство • Частота дыхания < 40/мин • Частота пульса ≤ 180 уд/мин (0–3 года), ≤ 150 (4–5 лет) • SpO_2 ≥ 92% при дыхании комнатным воздухом	

SpO_2 – уровень насыщения крови кислородом.

Действия при тяжелом или угрожающем жизни обострении астмы

! Угрожающее жизни или тяжелое обострение астмы требует ЭКСТРЕННОЙ помощи.

Незамедлительно направьте ребенка в стационар. Во время ожидания транспортного средства:

- Давайте сальбутамол каждые 20 минут в течение первого часа: 6–10 нажатий (100 мкг на одно нажатие) из ДАИ через спейсер и переходник (таблица 102, с. 595) или из небулайзера (с кислородом) 2,5 мг при массе тела < 20 кг или 5 мг при массе тела ≥ 20 кг.
- Дайте преднизолон перорально 1–2 мг/кг/день (максимальная доза для детей младше 2 лет – 20 мг; для детей 2–5 лет – 30 мг; для детей 6–11 лет – 40 мг; для детей старше 12 лет – 50 мг) или метилпреднизолон в/м 2 мг/кг/доза (максимальная доза – 60 мг).
- Постепенно давайте кислород. Целевая сатурация составляет 94–98%.

- Рассмотрите возможность применения бромида ипратропия в дозировке 160 мкг из ДАИ через спейсер и переходник (таблица 102, с. 701) или небулайзер (с сальбутамолом), 250 мкг при массе тела < 30 кг или 500 мкг при массе тела ≥ 30 кг.

Действия при легком или среднем обострении астмы

- Давайте сальбутамол каждые 20 минут в течение первого часа, а также при необходимости: 2–10 нажатий (100 мкг на одно нажатие) из ДАИ через спейсер и переходник (таблица 102, с. 595) или из небулайзера (с кислородом) 2,5 мг при массе тела < 20 кг или 5 мг при массе тела ≥ 20 кг.
- Детям старше 6 лет дайте преднизолон перорально. Рассмотрите возможность его применения для детей младше 5 лет, если симптомы вновь появляются через 3–4 часа.
- Постепенно давайте кислород. Целевая сатурация составляет 94–98%.
- Тщательно наблюдайте в течение 1–2 часов и оцените реакцию:
  - **Хорошая реакция** (улучшение симптомов, SpO_2 > 94% при дыхании комнатным воздухом):
    - Ребенок может идти домой.
    - При необходимости назначьте дальнейший прием сальбутамола и преднизолона в течение 3–5 дней, если ввели указанные средства ранее (см. выше).
    - Рассмотрите необходимость применения базисных препаратов или усиления текущей терапии.
    - Дайте рекомендации по технике ингаляции (с. 702).
    - Составьте письменный план действий (см. приложение 8) и обсудите, как распознать опасные признаки и что делать в случае их появления.
  - **Слабый ответ** на сальбутамол после трехкратного введения за 1–2 часа, ухудшение симптомов или признаки тяжелого обострения:
    - **Направьте** ребенка в больницу. Во время ожидания транспортного средства дайте препараты, показанные при тяжелом обострении (см. выше).

Последующее наблюдение

- Организуйте последующее наблюдение в течение 1–2 дней, чтобы оценить уровень контроля симптомов (с. 703) и определить, проходит ли обострение.
- Проверьте и скорректируйте модифицируемые факторы риска (см. ниже).
- Обсудите план действий (приложение 8): нужны ли изменения?
- Оцените необходимость продолжения приема преднизолона, при необходимости уменьшите дозу сальбутамола и назначьте дальнейший прием препаратов для базисной терапии в более высоких дозировках на короткий срок (1–2 недели) или на длительный срок (3 месяца), в зависимости от причины обострения.

Долгосрочное ведение случаев астмы

Астма – это хроническое заболевание, требующее:

- пожизненного лечения и регулярного наблюдения;
- сотрудничества со специалистом для подбора оптимального лечения;
- координации оказания первичной медико-санитарной помощи.

Управление модифицируемыми факторами риска, вызывающими обострения

- Оцените и контролируйте модифицируемые факторы риска, вызывающие обострения:
  - — Рекомендуйте избегать воздействия табачного дыма: убедите членов семьи бросить курить.
  - — При избыточном весе или ожирении (с. 608) дайте рекомендации по снижению веса (с. 610).
  - — Разберитесь с психологическими проблемами ребенка и дайте рекомендации, как справляться с эмоциональным стрессом.
  - — В случае пищевой аллергии рекомендуйте избегать определенных продуктов.
  - — Объясните, как избегать контакта с аллергенами.
- Выявляйте и лечите сочетанные заболевания, такие как аллергический ринит, экзема.

Фармакологическое лечение астмы основано на поэтапном подходе. Лекарственные препараты от астмы представляют собой:

- Препараты **ежедневного длительного применения** для базисной терапии с целью предотвращения обострений и контроля периодически появляющихся симптомов:
  - — ИКС, например будесонид, или
  - — ИКС в низкой дозировке + бета-2-адреномиметик длительного действия (LABA), например будесонид/формотерол.
  - — Дополнительные препараты, например тиотропий, анти-IgE (по рецепту от специалиста).
- Лекарства для **быстрого облегчения** симптомов при необходимости:
  - — SABA, например сальбутамол, или
  - — ИКС в низкой дозировке + LABA, например будесонид/формотерол.

НЕ ПРИМЕНЯЙТЕ LABA без кортикостероидов.

- ▶ При необходимости назначьте прием препаратов, облегчающих дыхание, каждые 4–6 часов до исчезновения симптомов всем детям с рецидивирующими или эпизодическими приступами астмоидного дыхания любой степени тяжести.
- ▶ Выберите соответствующие первичные препараты для базисной терапии для детей старше 6 лет с диагнозом «астма» (с. 700). Для детей младше 5 лет рассмотрите возможность применения препаратов для базисной терапии, если анамнез и симптомы указывают на наличие астмы, а респираторные симптомы неконтролируемы (таблица 100, с. 694) или если частота приступов астмоидного дыхания высока (например, более 3 раз за сезон).
- ▶ После начала лечения оцените ответ на лечение и решите, следует ли усилить или ослабить лечение (с. 703).
- ▶ Выберите соответствующий возрасту ингалятор и дайте рекомендации, как им пользоваться (с. 701).

- Предоставьте письменный план действий при астме для пациента и лиц, осуществляющих уход (см. пример плана действий на с. 998). Обсудите, как распознать опасные признаки и в каких случаях следует незамедлительно обратиться за медицинской помощью.

НЕ НАЗНАЧАЙТЕ прием антибиотиков на регулярной основе: они могут быть показаны при устойчивой лихорадке и других признаках пневмонии (с. 213).

Выбор первичных препаратов для базисной терапии

Дети ≤ 5 лет

- Рассмотрите возможность данного шага в следующих случаях:

Редкие приступы астмоидного дыхания, периодические симптомы отсутствуют или их мало	Приступы астмоидного дыхания, требующие применения SABA, происходят часто (например, более 3 раз в год)	Диагноз «астма», астма плохо контролируется на низких дозах ИКС	Астма плохо контролируется на двойных дозах ИКС
Этап 1	Этап 2	Этап 3	Этап 4
–	Ежедневный прием низких доз ИКС	Прием низких доз ИКС дважды в день	Продолжать базисную терапию + обратиться к специалисту
SABA при необходимости	+SABA при необходимости		

Дети ≥ 6 лет

- Начинайте лечение с этого шага, если

Симптомы < 2 раз в месяц	Симптомы ≥ 2 раз в месяц, но не каждый день	Симптомы проявляются практически каждый день или вызывают ночные пробуждения ≥ 1 раза в неделю	Симптомы проявляются практически каждый день или вызывают ночные пробуждения ≥ 1 раза в неделю + сниженная функция легких

Этап 1	Этап 2	Этап 3	Этап 4	Этап 5
Дети 6–11 лет				
–	Ежедневный прием низких доз ИКС	Средние дозы ИКС или низкие дозы ИКС-LABA	Средние дозы ИКС-LABA: Направьте к специалисту	Направьте на оценку фенотипа астмы ± дополнительная терапия
SABA при необходимости	+SABA при необходимости			
Подростки ≥ 12 лет				
При необходимости низкие дозы ИКС-формотерола	Ежедневно низкие дозы ИКС или низкие дозы ИКС-формотерола по необходимости	Низкие дозы ИКС-LABA	Средние дозы ИКС-LABA	Высокие дозы ИКС-LABA: Направьте на оценку фенотипа астмы ± дополнительная терапия
+ низкие дозы ИКС-формотерола по необходимости				

Виды ингаляторов для лечения астмы и способы их применения

Таблица 102. Выбор ингалятора, соответствующего возрасту

Возраст	Предпочтительное устройство	Альтернативное устройство
0–3 лет	ДАИ + спейсер с лицевой маской  *Ингаляционная подача сальбутамола через спейсер и плотно прилегающую лицевую маску детям раннего возраста, которые не могут крепко сжать загубник*	Небулайзер с лицевой маской

Возраст	Предпочтительное устройство	Альтернативное устройство
4–5 лет	ДАИ + спейсер с загубником 	ДАИ + спейсер с лицевой маской или небулайзер с лицевой маской  *Небулайзер с лицевой маской*
≥ 6 лет	ДАИ (+ спейсер с загубником, при необходимости в зависимости от возраста) 	ДАИ + спейсер с лицевой маской или небулайзер с лицевой маской или ДПИ, активируемый вдохом

ДАИ – дозированный аэрозольный ингалятор; ДПИ – дозирующий порошковый ингалятор.

Виды ингаляторов

Дозированный аэрозольный ингалятор (ДАИ) – со спейсером и без

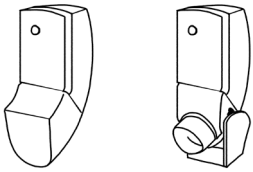
Стандартный ДАИ содержит действующее вещество в резервуаре, из которого оно поступает под давлением. Чтобы получить дозу препарата, нужно одновременно нажать на резервуар и сделать вдох.


ДАИ

- Заправьте ДАИ перед первым применением или после перерыва в использовании. Перед использованием снимите колпачок с загубника и тщательно встряхивайте ингалятор в течение пяти секунд. Попросите ребенка плотно обхватить загубник губами. Попросите ребенка сделать глубокий выдох перед вдохом. На вдохе нужно нажать на резервуар, чтобы распылить дозу препарата, и вдохнуть ее. После вдоха попросите ребенка задержать дыхание на 10 секунд, затем медленно выдохнуть.

Дозированный порошковый ингалятор (ДПИ), активируемый вдохом – спейсер не требуется

Данные ингаляторы содержат лекарственный препарат в виде сухого порошка. Нет необходимости нажимать на резервуар, чтобы получить дозу препарата. Поступление дозы препарата вызывается форсированным вдохом через загубник. Более предпочтителен для детей старшего возраста.



ДПИ

- Снимите колпачок с загубника. Держите ингалятор вертикально, загубником ко рту. Попросите ребенка сделать глубокий выдох, не помещая ингалятор в ротовую полость. Попросите ребенка плотно обхватить загубник губами. Попросите ребенка равномерно и глубоко вдохнуть, чтобы порошок попал в легкие. Извлеките ингалятор изо рта. Попросите ребенка задержать дыхание на 10 секунд, затем медленно выдохнуть.

Спейсеры

Спейсер можно использовать с ДАИ для детей любого возраста, чтобы помочь им вдохнуть аэрозоль. Если устройства заводского изготовления недоступны, спейсер можно сделать из литровой пластиковой бутылки.

- Вставьте загубник ингалятора в спейсер. Нажмите 2 раза подряд на ингалятор. Затем поместите загубник между губами ребенка или наложите лицевую маску вокруг носа и рта и плотно прижмите. Позвольте ребенку нормально дышать через спейсер в течение 4–5 вдохов или в течение 10 секунд после каждого нажатия.

Наблюдение

Оцените ответ на лечение и контроль симптомов через 1–3 месяца после начала лечения, а затем оценивайте каждые 3–12 месяцев, в зависимости от степени регуляции, соблюдения предписаний, навыков и готовности самостоятельно контролировать астму.

- Измерьте ОФВ1 на момент постановки диагноза, после 3–6 месяцев базисной терапии, а затем измеряйте периодически для постоянной оценки рисков.

- Оцените уровень контроля симптомов (таблица 103). Документируйте, как пациент отвечает на лечение (контроль симптомов, обострения, побочные эффекты), меру удовлетворенности ребенка и родителей, их цели и предпочтения.

Таблица 103. Оценка уровня контроля симптомов астмы

Симптомы за последние 4 недели	Уровень контроля симптомов астмы		
	Хорошо контролируемая	**Частично контролируемая**	**Неконтролируемая**
Симптомы в дневное время > 2 раз в неделю (> 1 раза в неделю, если ребенок младше 5 лет)	Ни один из перечисленных симптомов	1–2 симптома	3–4 симптома
Необходимы препараты, облегчающие дыхание > 2 раз в неделю (> 1 раза в неделю, если ребенок младше 5 лет)			
Ночные пробуждения из-за астмы			
Ограничение активности из-за астмы			
Факторы риска обострений • Неконтролируемые симптомы астмы • Как минимум 1 тяжелое обострение за прошедший год • Несоблюдение предписаний или неправильная техника использования ингалятора • Воздействия: аллергены, загрязненный воздух, табачный дым • Существенные психологические или социально-экономические проблемы ребенка или его семьи			

- Выявляйте и контролируйте модифицируемые факторы риска, вызывающие обострения (с. 698).
  Дополнительные меры:
  - — Рекомендации по технике ингаляции (с. 702).
  - — В случае несоблюдения предписаний – выяснение и устранение причин. Разъяснение важности соблюдения предписаний.

- Скорректируйте лечение астмы для поддержания хорошего уровня контроля заболевания:
  - **Усильте лечение** при неконтролируемых симптомах и постоянных обострениях, несмотря на проведение базисной терапии в течение 2–3 месяцев; или
  - **Ослабьте лечение,** если симптомы хорошо контролируются, функция легких стабильна более трех месяцев и риск обострений низкий (таблица 103): выберите подходящее время (отсутствие респираторных инфекций, путешествий) и запишите исходное состояние. Используйте доступные лекарственные средства, чтобы снижать дозировку ИКС на 25–50% каждые 2–3 месяца, но **не отменяйте** прием ИКС.
- Направьте ребенка на консультацию специалиста в следующих случаях:
  - Сомнения в диагнозе «астма», например при отсутствии реакции на лечение.
  - Низкий контроль над симптомами или обострения, несмотря на прием ИКС в средних дозах, верную технику использования ингалятора и тщательное соблюдение предписаний.
  - Подозрение на появление побочных эффектов, например задержки физического развития.

7.12 Муковисцидоз

Муковисцидоз – наиболее распространенное хроническое прогрессирующее генетическое заболевание. Дети и подростки с муковисцидозом нуждаются в пожизненном лечении и уходе. Хотя это заболевание серьезно ограничивает продолжительность жизни, достижения в лечении муковисцидоза и появление ряда новых лекарственных средств привели к значительному улучшению качества жизни и увеличению ее продолжительности. Большинству детей диагноз ставят при рождении в рамках программ скрининга новорожденных, некоторым диагноз ставится позже, в младенчестве или в детстве.

Признаки и симптомы

У детей и подростков с муковисцидозом наблюдаются густые вязкие выделения в легких, поджелудочной железе, печени, кишечнике и половых путях, что приводит к множественным симптомам.

Первые признаки и симптомы часто появляются в раннем детстве:

- задержка отхождения мекония (с. 175);
- врожденная непроходимость кишечника;
- респираторные симптомы;
- потеря веса и отставание в физическом развитии.

В более легких случаях признаки и симптомы могут развиться в позднем детском возрасте:

- хронические и рецидивирующие заболевания легких: рецидивирующие инфекции нижних дыхательных путей, хронический влажный или продуктивный кашель;
- хронические заболевания носовых пазух: хронический синусит, головная боль, назальный полипоз;
- панкреатическая недостаточность: жидкий жирный стул, мальабсорбция, анемия, дефицит витаминов (A, D, E и K);
- синдром дистальной интестинальной обструкции: боль в животе, вздутие, метеоризм, снижение аппетита;
- недостаточный вес (с. 602);
- выпадение прямой кишки;
- бесплодие мужчин (почти всегда) и сниженная фертильность женщин;
- боль в мышцах и суставах;
- хронические заболевания печени;
- недержание мочи при напряжении;
- диабет;
- сниженная минеральная плотность костной ткани (например, остеопороз);
- артрит;
- задержка полового созревания (с. 796);
- мочекаменная болезнь.

Ведение случая

Направляйте детей и подростков с подозрением на муковисцидоз к специалисту для подтверждения диагноза посредством потовой пробы и генетического исследования.

План лечения муковисцидоза включает лечение поражения легких, выявление и купирование осложнений, контроль питания и психологическую

поддержку. Цель лечения состоит в обеспечении пациенту высокого качества жизни путем профилактики и лечения симптомов и осложнений.

Координация медицинской помощи

- Согласуйте план лечения со специалистом, физиотерапевтом, диетологом, психологом, фармакологом и персоналом, обеспечивающим уход на дому.
- При появлении признаков поражения легких направьте пациента к специалисту и следуйте составленному им плану лечения. Терапия может включать применение мукоактивных препаратов (разжижителей мокроты), например гипертонического солевого раствора, и антибиотиков для профилактики и лечения легочных инфекций. При тяжелом течении муковисцидоза может быть показана трансплантация легкого.
- Направьте пациента к физиотерапевту для обучения.
- Направьте пациента к диетологу. Специалист может объяснить пациенту, как избежать истощения, и дать рекомендации по приему препаратов ферментов поджелудочной железы, введению в рацион дополнительных продуктов, жирорастворимых витаминов и минеральных добавок для поддержания развития, пищеварения и режима питания.
- Выдайте рецепты на вспомогательные препараты: ферменты поджелудочной железы, пищевые добавки, инсулин (при диабете), согласно предписаниям специалиста.
- При необходимости направьте пациента к психологу для оказания психологической помощи.
- При необходимости организуйте паллиативный уход и поддержку в конце жизни (с. 775).

Наблюдение

Обеспечьте регулярный осмотр и ежегодное обследование пациента (сразу после постановки диагноза обследования нужно проводить чаще). В ходе каждого осмотра:

- Проверяйте анамнез и соблюдение плана лечения.
- Проводите медицинский осмотр с контролем физического развития (с. 24).
- Отслеживайте возможные осложнения (см. признаки и симптомы).
- Отслеживайте возможные легочные осложнения:

- Измерьте уровень насыщения крови кислородом.
- Возьмите пробы отделяемого из дыхательных путей (пробы мокроты, если есть возможность, или мазок из зева) для микробиологического исследования.
- Направьте пациента на обследование функции легких методом спирометрии.
- Ежегодно проводите анализ крови с подсчетом белых кровяных телец, серологическим анализом на аспергиллез и определением IgE в сыворотке крови.
- Ежегодно проводите рентгенологическое исследование грудной клетки.

- Оцените психическое состояние и самочувствие пациента и членов семьи, а также нет ли признаков психосоциальных проблем.
- Проводите диагностику диабета у детей старше 10 лет: непрерывный мониторинг уровня глюкозы в крови, последовательные измерения уровня глюкозы в течение нескольких дней или пероральные глюкозотолерантные тесты.

Консультирование

- Предоставьте информацию о доступных локальных ресурсах и группах поддержки.
- Информируйте пациентов и лиц, осуществляющих уход, о способах профилактики и лечения осложнений.
- Расскажите, что регулярная физическая активность (бег, плавание, футбол и т.д.) может улучшить как общее состояние, так и функцию легких.
- Расскажите, что правильная диета очень важна, поскольку выделяемая слизь и экзокринная недостаточность поджелудочной железы затрудняют переваривание и усвоение пищи.

Вакцинация

- Обеспечьте плановую ежегодную вакцинацию (включая вакцинацию от гриппа) ребенка, членов семьи и лиц, осуществляющих уход.

7.13 Сахарный диабет

Сахарный диабет – это нарушение обмена веществ, характеризующееся устойчивым высоким уровнем глюкозы в крови. Среди детей и подростков наиболее распространен диабет 1-го типа. В последнее время наблюдается рост заболеваемости диабетом 2-го типа. Диабет 1-го типа обусловлен недостаточной секрецией инсулина, а диабет 2-го типа – снижением реакции клеток на инсулин.

Симптомы

Симптомы диабета 1-го и 2-го типов различаются (таблица 104). Определение типа заболевания необходимо для назначения правильного лечения.

Таблица 104. Дифференциальная диагностика диабета 1-го и 2-го типа

Сахарный диабет 1-го типа	Сахарный диабет 2-го типа
Факторы риска	
■ Прочие аутоиммунные заболевания, например целиакия, тиреоидит Хашимото	■ Диабет 2-го типа в семейном анамнезе ■ Ожирение и низкая физическая активность ■ Высокая распространенность заболевания в популяции
Проявление и симптомы	
■ Резкий дебют в детском возрасте, возраст пиковой заболеваемости – 4–6 лет и 10–14 лет ■ Потеря веса и худоба ■ Часто первым проявлением становится диабетический кетоацидоз	■ Бессимптомное или постепенное начало ■ Ожирение на момент появления симптомов ■ Первыми клиническими симптомами болезни могут стать симптомы осложнений (таблица 106, с. 716)
■ Полиурия (вторичный энурез и ноктурия у детей) ■ Полидипсия (неестественно сильная жажда)	

Диагностика

Ранняя диагностика диабета 1-го типа крайне важна. При подозрении на диабет направьте ребенка с впервые выявленными симптомами в стационар.

- Уровень глюкозы в плазме крови натощак ≥ 7 ммоль/л (≥ 126 мг/дл) после 8 часов голодания.
- Гликированный гемоглобин (HbA1c) > 6,5%.
- Уровень глюкозы в плазме крови через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста (прием натощак раствора, содержащего 75 г или 1,75 г/кг глюкозы) ≥ 11,1 ммоль/л (≥ 200 мг/дл).

▶ При подозрении на диабет незамедлительно направьте ребенка в стационар для подтверждения диагноза и начала терапии.

Неотложные состояния у детей с диабетом

! Диабетический кетоацидоз и тяжелая гипогликемия относятся к НЕОТЛОЖНЫМ СОСТОЯНИЯМ.

Диабетический кетоацидоз зачастую становится первым проявлением болезни при дефиците инсулина или пропуске/недостаточности дозы в сочетании с острым заболеванием: уровень глюкозы в плазме крови > 11,1 ммоль/л или > 200 мг/дл + кетонурия + ацидоз.

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ

- Многократная рвота и острая абдоминальная боль.
- Покраснение щек.
- Запах ацетона на выдохе.
- Гиперпноэ (дыхание Куссмауля): глубокое, редкое, шумное.
- Обезвоживание из-за продолжающейся полиурии.
- Снижение уровня сознания, шок, кома, судороги.

▶ Стабилизируйте пациента (с. 872) и незамедлительно направьте его в стационар.

Тяжелая гипогликемия – это состояние, обусловленное избыточной дозой инсулина, не соответствующей количеству пищи: уровень глюкозы в крови ≤ 3 ммоль/л или ≤ 54 мг/дл + неспособность к самопомощи. Дети младшего возраста зачастую неспособны рассказать о симптомах гипогликемии.

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ

- Дрожь, тремор.
- Учащение пульса или пальпитация.
- Бледность, чувство голода, тошнота, потливость, головная боль, рвота.
- Раздражительность, капризность, ночные кошмары, безутешный плач.
- Неспособность к концентрации, нечеткое зрение, двоение в глазах, невнятная речь, спутанность сознания, головокружение, потеря сознания, судороги.

▶ Медленно введите 10% раствор глюкозы в/в из расчета 3 мл/кг (таблица 13, с. 860) и незамедлительно направьте ребенка в стационар.

Примечание: дети с легкой гипогликемией способны распознать симптомы и принять меры по самопомощи без вмешательства окружающих. Расскажите подросткам и опекунам о методиках самопомощи при легкой гипогликемии (с. 717).

Долгосрочная терапия диабета 1-го типа

Диабет – это хроническое заболевание, требующее междисциплинарного подхода к лечению.

▶ Согласуйте план лечения и информирования пациента со специалистом и многопрофильной бригадой (медсестра-инструктор, диетолог, психолог).

▶ Организуйте пристальное наблюдение, особенно в первое время после постановки диагноза. Проверьте усвоение ключевых навыков по лечению диабета ребенком и членами семьи.

▶ Совместно со специалистом и бригадой разработайте индивидуальный план долгосрочного лечения для пациента и членов семьи с прицелом на максимально точный контроль уровня глюкозы. При составлении плана следует учитывать возраст и уровень развития ребенка, а также его способность описать симптомы окружающим и принять меры по самопомощи.

Инсулинотерапия

- Направьте пациента к диабетологу для начала инсулинотерапии.
- Следите за соблюдением рекомендованного специалистом режима приема инсулина.

НЕ НАЗНАЧАЙТЕ метформин детям с диабетом 1-го типа.

Инсулинотерапию следует сочетать со сбалансированным питанием и физической активностью.

Общие принципы инсулинотерапии у подростков:

- Подросткам с массой тела > 40 кг в среднем требуется 40 единиц инсулина в сутки (20 единиц базального инсулина для поддержания обмена веществ и 20 единиц болюсного инсулина для усвоения углеводов). Детям младшего возраста требуется меньше инсулина.
- Для подростка с массой тела > 40 кг: 10 г углеводов повышают уровень глюкозы в крови на 30–40 мг/дл (1,7–2,2 ммоль/л).
- Для подростка с массой тела > 40 кг: 1 единица инсулина снижает уровень глюкозы в крови на 30–40 мг/дл (1,7–2,2 ммоль/л). У детей младшего возраста 1 единица инсулина снижает уровень глюкозы в крови значительно сильнее, на 70–100 мг/дл.
- Для подростка с массой тела > 40 кг: в среднем для усвоения 1 хлебной единицы (1 ХЕ = 10 г углеводов) требуется 1 единица инсулина.

Существуют различные режимы инсулинотерапии (см. общедоступные виды инсулина в таблице 105):

- Обычная инсулинотерапия: фиксированный режим инъекций инсулина (смесь инсулинов короткого действия и средней продолжительности действия), обычно два раза в день, при самостоятельном контроле уровня глюкозы в крови.
- Интенсифицированная инсулинотерапия (базально-болюсный режим): инъекции базального инсулина (длительного действия) 1–2 раза в сутки + введение болюсного инсулина (короткого действия) перед приемом пищи с поправкой на препрандиальный уровень глюкозы в крови.
- Непрерывное подкожное введение инсулина: инсулиновая помпа со встроенным сенсором глюкозы и автоматическим регулированием дозы или без них.

В период инсулинотерапии контролируйте следующие проявления:

- Феномен «медового месяца»: временное снижение потребности в экзогенном инсулине после начала терапии.

  НЕ ПРЕКРАЩАЙТЕ терапию в данный период.

- Феномен «утренней зари» (распространенное явление): резкое повышение уровня глюкозы в крови в утренние часы из-за физиологического повышения уровня гормона роста и потребления инсулина.

  ▶ Измеряйте уровень глюкозы в крови в ночные часы перед введением инсулина.

  ▶ Делайте инъекцию инсулина длительного действия в более позднее время (около 23 часов) или увеличивайте дозу, тщательно контролируя уровень глюкозы.

  ▶ Рассмотрите возможность установки инсулиновой помпы.

- Эффект Сомоджи (редкое явление): повышение уровня глюкозы в крови рано утром, обусловленное его падением после вечерней инъекции инсулина.

  ▶ Снизьте вечернюю дозу инсулина длительного действия.

Таблица 105. Общедоступные виды инсулина

Виды инсулина	Начало действия	Пик	Продолжительность действия	Время введения
Инсулины сверхкороткого действия например Aspart®, Lispro®, Glulisine®	15–30 минут	1–2 часа	3–5 часов	Непосредственно перед приемом пищи
Инсулины короткого действия например Actrapid®, Humulin R®, Insuman Rapid®	30–60 минут	2–4 часа	5–8 часов	За 30 минут до приема пищи

Виды инсулина	Начало действия	Пик	Продолжительность действия	Время введения
Инсулины средней продолжительности действия например Humulin nPH®, Protaphane®, Insulatard®	2–4 часа	4–10 часов	12–24 часа	За 30 минут до приема пищи
Инсулины длительного действия например Detemir®, Glargine®	1–2 часа 2–4 часа	6–12 часов Нет	20–24 часа ≤ 24 часов	1–2 раза в сутки 1–2 раза в сутки
Смеси инсулинов короткого и длительного действия или средней продолжительности и длительного действия в соотношении 30/70 или 25/75	30 минут	4–12 часов	8–24 часа	За 30 минут до приема пищи

Консультирование по методам самоконтроля при сахарном диабете

- Проконсультируйте лиц, осуществляющих уход, и ребенка/подростка по следующим вопросам (блоки рекомендаций 41,42):
  - взаимосвязь инсулина, питания, физических упражнений и влияние этих факторов на уровень глюкозы в крови;
  - мониторинг уровня глюкозы в крови и целевые показатели (с. 717);
  - виды инсулина, время начала и длительность действия (таблица 105);
  - правильная техника введения инсулина (с. 720);
  - особенности питания и поддержания массы тела;
  - терапия диабета при других заболеваниях (с. 718);
  - терапия диабета при физической активности (с. 719);
  - распознавание симптомов и помощь при гипогликемии (с. 717).

Кураторство

- Убедитесь, что в школе, детском саду и спортивных секциях назначены ответственные лица из числа взрослых, умеющие выявлять симптомы гипогликемии и оказывать помощь при данном состоянии.

Вакцинация

- Обеспечьте своевременную вакцинацию в соответствии с национальным календарем прививок. Организуйте вакцинацию от пневмококка и ежегодную вакцинацию от гриппа.

Питание и поддержание массы тела

- Направьте пациента к диетологу для обучения методике учета потребления углеводов и подбора диеты, обеспечивающей адекватное потребление питательных веществ. Это особенно актуально для детей, нуждающихся в коррекции дозы болюсного инсулина, вводимой перед едой, и в оценке влияния количества потребляемых углеводов на уровень глюкозы в крови.
- Режим питания детей младшего возраста отличается бессистемностью. Компенсировать эту проблему можно, регулярно измеряя уровень глюкозы в крови или установив инсулиновую помпу.
- Расскажите о важности поддержания нормальной массы тела. Невыполнение рекомендации снизить дозу инсулина может привести к набору избыточного веса. При превышении нормальной массы тела следует снизить количество потребляемых углеводов или дозу инсулина.

Наблюдение

- Измеряйте HbA1c как минимум 4 раза в год. Целевое значение показателя HbA1c < 6,5% снижает риск развития осложнений в долгосрочной перспективе.
- При плановых посещениях регулярно контролируйте следующие параметры:
  - Контроль над диабетом:
    - случаи гипогликемии, диабетического кетоацидоза, госпитализации;
    - пошаговый план действий при гипогликемии известен пациенту и может быть легко им реализован;
    - влияние болезни на занятия в школе, спортивных секциях и социальную жизнь;
    - корректность режима инсулинотерапии и дозировки болюсного инсулина;
    - здоровое питание.

— Соблюдение режима лечения: при недостаточном контроле уровня глюкозы в крови деликатно обратите внимание пациента на несоблюдение режима лечения. Выясните, в чем выражаются основные опасения и проблемы, какая нужна помощь для достижения кратко-, средне- или долгосрочных целей (спорт, учеба, социальная жизнь, семейные отношения, профессиональная деятельность), чтобы вернуть пациента к правильному режиму лечения.

— Соответствие нормам физического развития (с. 24) и полового созревания (с. 797).

▶ Проводите диагностику возможных осложнений диабета (таблица 106) непосредственно после постановки диагноза и при плановых осмотрах.

Таблица 106. Осложнения при диабете и методы диагностики

Осложнения	Диагностика
Заболевания щитовидной железы	• Выясните, не увеличена ли щитовидная железа • Проверьте функции щитовидной железы
Ретинопатия	• По достижении возраста 12 лет ежегодно направляйте пациента на офтальмологический осмотр
Гипертензия	• Измеряйте артериальное давление (с. 925, с. 395)
Нейропатия	• Осмотрите конечности пациента на предмет онемения, боли, парестезии
Нефропатия	• Соотношение альбумин/креатинин в разовой порции мочи: при умеренной альбуминурии (3–30 мг/г) повторите анализ через 1 месяц
Дислипидемия	• Липидограмма: общий холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП
Психологические проблемы	• Проверьте, имеются ли признаки депрессии (с. 618), тревожности (с. 628), пропусков школьных занятий, проблем с питанием (с. 643), конфликтов в семье и рискованного поведения (курение, употребление алкоголя)
Проблемы с кожей	• Проверьте места введения инсулина на предмет липогипертрофии или атрофии

ЛПВП – липопротеиды высокой плотности, ЛПНП – липопротеины низкой плотности.

Блок рекомендаций 41. Рекомендации для детей и подростков с диабетом

Рекомендации для детей и подростков с диабетом

Уровень глюкозы в крови и целевые показатели

Для достижения минимально возможного значения HbA1c, обеспечения нормального роста и развития и для профилактики осложнений важно поддерживать уровень глюкозы в крови у нижней границы целевого диапазона. Целевые значения уровня глюкозы в крови:

- уровень глюкозы натощак: 4–7 ммоль/л (72–126 мг/дл) в момент пробуждения, перед завтраком;
- уровень глюкозы в плазме крови: 4–7 ммоль/л (72–126 мг/дл) перед прочими приемами пищи;
- уровень глюкозы в плазме крови: 5–9 ммоль/л (90–162 мг/дл) после приема пищи.

- Измеряйте уровень глюкозы в крови несколько раз в день (не менее 5 раз) с помощью глюкометра с отбором капиллярной крови или с помощью устройства для непрерывного мониторинга уровня глюкозы. Корректируйте дозу инсулина по результатам измерений.
- Проводите измерения чаще во время болезни или при физической активности. В обоих случаях требуется корректировка дозы инсулина.

Гипогликемия

При низком уровне глюкозы в крови (≤ 3 ммоль/л или ≤ 54 мг/дл) или при симптомах гипогликемии (примечание: дети младшего возраста могут быть неспособны распознать и описать симптомы гипогликемии):

- **Шаг 1:** Дайте ребенку 150–200 мл сладкого напитка или фруктового сока или 3–4 чайных ложки сахара или меда.
- **Шаг 2:** При пропуске приема пищи (при обычном режиме введения инсулина): организуйте прием пищи с допустимым количеством углеводов.
- **Повторите тест:** Убедитесь, что уровень глюкозы в крови достиг нормального значения (> 5,6 ммоль/л, > 100 мг/дл) через 10–15 минут после помощи. При сохранении низкого уровня глюкозы в крови или симптомов **повторите Шаг 1.**

Блок рекомендаций 41. Рекомендации для детей и подростков с диабетом *(продолжение)*

Рекомендации для детей и подростков с диабетом

- Обратитесь за консультацией к лечащему врачу или вызовите неотложную помощь при признаках тяжелой гипогликемии:
  - дрожь, тремор;
  - учащение пульса или пальпитация;
  - бледность, чувство голода, тошнота, потливость, головная боль, рвота;
  - раздражительность, капризность, ночные кошмары, безутешный плач, неспособность к концентрации, нечеткое зрение, двоение в глазах, невнятная речь, спутанность сознания, головокружение, потеря сознания, судороги.

Действия при болезни

Многие заболевания способствуют повышению уровня глюкозы в крови из-за стресса и росту потребности в инсулине. Рвота и диарея приводят к снижению всасывания глюкозы и потребности в инсулине.

- При инфекции немедленно обратитесь за помощью. Дайте парацетамол для снятия жара.
- Никогда не отменяйте инсулинотерапию, даже если ребенок плохо себя чувствует и не может есть.
- Увеличьте частоту измерения уровня глюкозы в крови (не реже 1 раза в 4 часа, включая ночные часы) и проводите анализ мочи на кетоны.
- При уровне глюкозы в крови свыше 14 ммоль/л (250 мг/дл) или умеренном содержании кетонов в моче повторяйте анализ не реже 1 раза в 2 часа.
- Давайте ребенку много жидкости (до 1 литра сверх дневной нормы). Если ребенок неспособен есть твердую пищу, замените приемы пищи и перекусы приемом жидкости с углеводами.
- Немедленно обратитесь к лечащему врачу, если у вас не составлен план действий на случай болезни или есть сомнения относительно дозы инсулина. Обратитесь в службу неотложной помощи при ухудшении состояния.

Блок рекомендаций 41. Рекомендации для детей и подростков с диабетом *(продолжение)*

Рекомендации для детей и подростков с диабетом



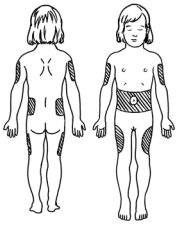
Физическая активность

Регулярные тренировки важны для общего здоровья и социальной жизни ребенка, однако следует соблюдать осторожность, поскольку гипогликемия может развиться во время упражнений, сразу после них или спустя несколько часов.

- Увеличьте частоту измерения уровня глюкозы в крови (проводите анализ до и после тренировки, а в случае длительных, интенсивных упражнений – и во время тренировки) и скорректируйте дозу инсулина по результатам.
- Тренировки во второй половине дня или вечером могут способствовать развитию гипогликемии в ночные часы. После интенсивной тренировки измеряйте уровень глюкозы в крови в ночные часы.
- Воздержитесь от тренировки при высоком уровне глюкозы в крови перед тренировкой (> 14 ммоль/л, > 250 мг/дл) и кетонурии.

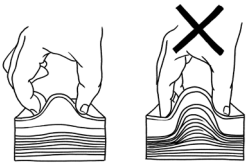
Блок рекомендаций 42. Правильная техника введения инсулина

Как правильно вводить инсулин



Места инъекции инсулина

1. Выберите место инъекции (см. иллюстрацию):
   - Чередуйте места уколов: каждый раз выбирайте другое место во избежание появления бугорков и впадин на коже.
   - Отступайте на 2,5 см от шрамов и на 5 см от пупка.
   - **НЕ ВВОДИТЕ ИНСУЛИН** в области гематомы, отека, чувствительной кожи, вздутий, уплотнений или онемения.



2. Осторожно прихватите кожу пальцами. Инсулин нужно вводить в подкожную жировую клетчатку. Приподнимите кожу тремя пальцами одной руки, оттяните ее и подкожную клетчатку от мышцы.
3. Введите иглу под углом 90°. Для стройных детей можно изменить угол наклона иглы на 45°.
4. Введите иглу в кожу на всю длину. Отпустите кожу и медленно и равномерно введите всю дозу инсулина.
5. После введения дозы подождите 5 секунд, затем извлеките иглу, не меняя угла наклона.
6. Поместите использованный одноразовый шприц в безопасный контейнер с жесткими стенками. Закройте контейнер и поместите его в безопасное, недоступное для детей место.

! Никогда не используйте иглы и шприцы повторно.

Диабет у подростков

Подростковый возраст – это сложный период, в течение которого происходит множество психологических и физических изменений. Для получения дополнительной информации об особенностях ведения хронических заболеваний в подростковом возрасте обратитесь к с. 836.

- Побуждайте подростков принимать все больше ответственности за терапию диабета при условии адекватной поддержки со стороны лиц, осуществляющих уход.
- Отслеживайте признаки расстройств пищевого поведения (с. 653) и умышленного нарушения режима приема инсулина с целью контроля массы тела у девочек, так как они составляют группу повышенного риска развития расстройств пищевого поведения. Плохо контролируемые значения уровня глюкозы в крови, не поддающиеся корректировке, или повторяющиеся эпизоды кетоацидоза могут быть признаком умышленного нарушения режима приема инсулина.
- Проводите диагностику возможных признаков депрессии (с. 618).
- Объясните подросткам необходимость:
  - Ограничения потребления алкоголя (не более одной порции в сутки) – алкоголь может спровоцировать развитие тяжелой гипогликемии.
  - Постоянного ношения с собой богатой углеводами пищи и употребления ее до и после приема алкоголя.
  - Контроля уровня глюкозы в крови для оценки немедленного и отложенного действия алкоголя.
  - Измерения уровня глюкозы в крови перед вождением машины. Целевое значение – не менее 5 ммоль/л (90 мг/дл).

Терапия диабета 2-го типа у детей и подростков

Диабет 2-го типа является нетипичным для детей и подростков заболеванием, и его ведением должен заниматься специалист.

- Соблюдайте назначенный специалистом режим лечения.
- Расскажите пациенту о принципах здорового образа жизни, в том числе об изменении диеты и повышении уровня физической активности.

7.14 Талассемия

Талассемии представляют собой группу аутосомно-рецессивных наследственных заболеваний кроветворной системы, которые характеризуются нарушением синтеза цепей гемоглобина. В зависимости от типа дефектной цепи глобина их делят на альфа- или бета-талассемии. Талассемии более распространены в средиземноморских странах, но иммиграция привела к более широкому распространению.

Анамнез

Оцените наличие следующих факторов риска:

- Альфа- или бета-талассемия в семейном анамнезе.
- Повторяющаяся потребность в переливании крови у пациента или члена его семьи в анамнезе.
- Отказ от пренатальной диагностики беременной женщиной или парой с риском носительства талассемии.
- Этническое происхождение – Африка к югу от Сахары, Средиземноморье и Аравийский полуостров, Юго-Восточная Азия, Индийский субконтинент.

Симптомы

Симптомы и момент их клинического проявления зависят от типа талассемии. Тяжесть симптомов варьируется от слабых бессимптомных форм или скрытого носительства до внутриутробного летального исхода при тяжелых формах (большая альфа-талассемия).

Симптомы включают в себя:

- бледность;
- вздутие живота;
- неспособность процветать (FTT), плохой аппетит, снижение активности, заторможенность;
- увеличение печени и селезенки;
- желтуху;
- симптомы желчекаменной болезни: внезапная интенсивная боль в верхней правой части живота;
- деформации скелета: крупная голова с лобными и теменными буграми, «лицо бурундука», нарушение прикуса.

Исследования

- Общий анализ крови: микроцитарная гипохромная анемия.
- Ферритин.
- Дальнейшие исследования: мазок периферической крови, анализ ДНК, рентгенологическое обследование для определения деформаций скелета.

Не назначайте ненужные анализы и лечение, например препараты железа.

Дифференциальная диагностика

Информацию о дифференциальной диагностике анемии см. на с. 477.

Ведение случая

- Направьте ребенка к специалисту для дальнейшего обследования и лечения, если вы подозреваете талассемию при наличии:
  - факторов риска и типичных симптомов (перечислены ниже);
  - рефрактерной микроцитарной гипохромной анемии (часто ошибочно диагностируемой как железодефицитная анемия).
- Более тяжелые формы (большая и промежуточная бета-талассемии, болезнь гемоглобина H) требуют переливаний крови и лечения хелаторами железа. Проведите дальнейшую оценку и назначьте препараты в соответствии с рекомендациями специалиста.
- Проводите лечение вторичной перегрузки железом хелатирующими агентами (деферазирокс или дефероксамин) по согласованию со специалистами.
- Малые формы и бессимптомное носительство не требуют лечения и переливаний.

Вакцинация

- Проводите вакцинацию в соответствии с рекомендованным ВОЗ календарем прививок (с. 81). Организуйте вакцинацию от пневмококка и ежегодную вакцинацию от гриппа.

Диагностика

При отсутствии лечения тяжелые формы талассемии могут привести к пороку сердца, хроническому гепатиту, эндокринным заболеваниям (например, к диабету, гипотиреозу, гипогонадизму), проблемам развития из-за накопления железа в этих органах. Если детям требуется частая трансфузионная терапия:

- Регулярно контролируйте уровни сывороточного ферритина, железа и насыщения трансферрина и тщательно отслеживайте признаки вторичной перегрузки железом:
  - усталость, абдоминальная боль, увеличение печени;
  - бронзовая пигментация кожи;
  - сахарный диабет: полиурия, полидипсия;
  - боль в суставах;
  - эректильная дисфункция;
  - сердечная недостаточность.

Профилактика

- До зачатия: назначьте скрининг на носительство, если партнеры принадлежат к этнической группе с более высоким риском носительства и являются кровными родственниками. Если оба партнера являются носителями гена талассемии, варианта гемоглобина или их комбинации, направьте их на генетическую консультацию.
- На ранних сроках беременности: предложите пренатальную диагностику и консультацию беременной женщине или паре, у которых есть риск рождения ребенка с талассемией.

7.15 Серповидно-клеточная анемия

Серповидно-клеточная анемия – это заболевание крови, вызываемое аутосомно-рецессивным дефектом гена бета-цепи гемоглобина (HbA), приводящим к синтезированию серповидно-клеточного гемоглобина (HbS). Эритроциты, содержащие серповидно-клеточный гемоглобин, становятся жесткими и принимают серповидную форму (форму полумесяца).

Диагностика

Болезнь можно выявить с помощью программ неонатального скрининга. Если диагноз не был поставлен при неонатальном скрининге, заподозрить серповидно-клеточную анемию у детей можно по типичному анамнезу и симптомам (см. ниже).

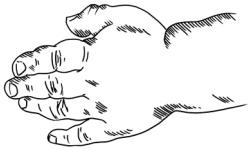
Анамнез

Изучите следующие возможные данные:

- Родитель (-и) с диагнозом «серповидно-клеточная анемия» в семейном анамнезе.
- Этническое происхождение – Средиземноморье и Аравийский полуостров, Юго-Восточная Азия, Индийский субконтинент, Африка к югу от Сахары.
- Факторы, провоцирующие симптомы серповидно-клеточного криза: стресс, гипоксия, ацидоз, лихорадка, гипотермия, экстремальные физические нагрузки, инфекции и обезвоживание.

Симптомы

Клинические проявления и тяжесть заболевания зависят от фенотипа гемоглобина. Симптомы, проявляющиеся в возрасте 4–6 месяцев:



Дактилит: отек суставов

- отек суставов и патологии костей, в особенности дактилит из-за окклюзии мелких сосудов;
- постоянная боль в костях, груди или животе;
- выпуклый живот (увеличенная селезенка) с пупочной грыжей;
- острый грудной синдром: учащенное дыхание, симптомы, напоминающие пневмонию;
- FTT;
- плавающие помутнения в глазах;
- желтуха, бледность, заторможенность.

Исследования

- Анализ крови и мазок периферической крови.
- Подтверждающие тесты (анализ ДНК или анализ гемоглобина).

Ведение случая

Координация медицинской помощи

- Направьте к специалисту для постановки диагноза и назначения плана лечения.
- Сотрудничайте со специалистом. Следуйте плану лечения и поддерживайте ребенка или подростка и его семью.

Профилактика и лечение инфекционных заболеваний

- Детям младше 5 лет проведите антибиотикопрофилактику пенициллином перорально: 125 мг два раза в день детям младше трех лет; 250 мг два раза в день детям от трех лет и старше, не отменяйте лечение до возраста 5 лет.
- Проводите вакцинацию в соответствии с рекомендованным ВОЗ календарем прививок, в том числе от гриппа и пневмококка (с. 81).
- Оперативно проводите лечение инфекций. Лихорадка с клиническим очагом инфекции или без него требует неотложной медицинской помощи и срочного направления на обследование и назначения антибиотиков (таблица 107).

Лечение болевого синдрома

- Проводите лечение острой или хронической боли (с. 594).
- Рассмотрите возможность проведения профилактического лечения гидроксимочевиной детей старше 2 лет, чтобы снизить частоту болевых приступов и дактилита, необходимость в переливаниях крови и риск острого грудного синдрома или инсульта.

Консультирование

- Рекомендуйте избегать провоцирующих факторов, например обезвоживания, холода, экстремальных физических нагрузок и большой высоты.
- Дайте рекомендации по вопросам питания (с. 94).

Диагностика

- Проводите диагностику и лечение острых осложнений серповидно-клеточной анемии и при необходимости направляйте пациента к специалисту (таблица 107).

Таблица 107. Осложнения серповидно-клеточной анемии

Осложнения	Симптомы и признаки	Лечение
Анемия	■ Появление симптомов в возрасте 3–4 месяцев ■ Высокая утомляемость ■ Диспноэ ■ Бледность	▶ Рассмотрите возможность применения гидроксимочевины для детей от 2 лет ▶ Рассмотрите возможность регулярных переливаний крови Внимание: возможна перегрузка железом и гипертрансфузия (измерьте исходный уровень, чтобы оценить потребность в переливании)
Перегрузка железом в связи с постоянными переливаниями крови	■ Повышенный уровень сывороточного ферритина	▶ Проведите лечение дефероксамином, деферипроном или деферазироксом
Дактилит	■ Отек тыльной стороны рук и ног ■ Дети младше 5 лет	▶ Купирование болевого синдрома и восполнение потери жидкости ▶ Рассмотрите возможность применения гидроксимочевины для младенцев

Осложнения	Симптомы и признаки	Лечение
Острый грудной синдром	■ Боль в груди (с. 369) ■ Лихорадка ■ Учащенное дыхание ■ Кашель ■ Диспноэ, гипоксия ■ По клиническим проявлениям может напоминать пневмонию	Назначьте следующие мероприятия: ▶ рентгенография грудной клетки на предмет новых инфильтратов ▶ купирование болевого синдрома и восполнение потери жидкости ▶ оксигенотерапия, переливания крови, прием антибиотиков
Инфекционные заболевания	■ Лихорадка ■ Особо тщательно отслеживайте признакам и симптомы пневмонии (с. 213), воспаления подкожной клетчатки (с. 460), остеомиелита (с. 493), сепсиса (с. 869) и менингита (с. 272).	▶ Направьте детей с лихорадкой в больницу для обследования и парентерального введения антибиотиков. Если визит к врачу откладывается, введите 50 мг/кг (макс. 2 г) цефтриаксона в/в или в/м. Детям с серповидно-клеточной анемией необходима особая схема приема антибиотиков

Осложнения	Симптомы и признаки	Лечение
Вазоокклюзионный криз	■ Сильные мышечно-скелетные боли	▶ Купирование болевого синдрома и восполнение потери жидкости ▶ Следите за появлением осложнений (например, острого грудного синдрома с вазоокклюзионным кризом, сопровождающимся сильной болью в животе или спине)
Отставание в физическом развитии	■ Отставание в росте ■ Задержка полового созревания	▶ Пищевые добавки
Образование язв на ногах	■ Старше 10 лет ■ Медиальная/латеральная области лодыжки	▶ Приподнять конечность, наложить давящие повязки с сульфатом цинка
Приапизм (с. 444)	■ Длительная эрекция, продолжающаяся более 4 часов ■ У 90% пациентов мужского пола	▶ Неотложное состояние в урологии ▶ Незамедлительно отправьте в отделение неотложной помощи
Опиоидная зависимость и толерантность	■ Снижение чувствительности к опиоидам после длительного приема	▶ Поменяйте опиоид и увеличьте дозировку
Поражения почек	■ Протеинурия	▶ Ежегодные скрининги для выявления повышенной экскреции альбумина с мочой ▶ Направьте пациента к специалисту

Осложнения	Симптомы и признаки	Лечение
Селезеночный секвестрационный криз	■ Массивная спленомегалия ■ Снижение уровня гемоглобина более чем на 2 г/дл ■ Диспноэ ■ Шоковое состояние	▶ Незамедлительно направьте ребенка в стационар для переливания и восполнения объема крови; возможна необходимость спленэктомии
Рецидивирующий холецистит и камни в желчном пузыре	■ Желтуха и увеличение печени ■ Боль в правом подреберье или эпигастрии	▶ Направьте на элективную холецистэктомию
Хронические заболевания легких и сердца (например, легочная гипертензия)	■ Шумы в сердце ■ Диспноэ	▶ Направьте пациента к специалисту
Нарушения мозгового кровообращения (инсульт)	■ Внезапное неврологическое расстройство: трудности с речью, письмом или чтением; судороги; нарушения моторики и чувствительности; измененное сознание.	▶ Незамедлительно направьте к специалисту

7.16 Онкологические заболевания

Онкологические заболевания у детей сильно отличаются от заболеваний у взрослых по прогнозу и гистологическим признакам. Их ранняя диагностика играет ключевую роль в повышении выживаемости детей. Медицинские работники должны иметь возможность выявлять онкологические заболевания у детей и своевременно направлять пациентов в профильные учреждения. Клинические проявления рака у детей могут варьироваться в зависимости от локализации и природы опухоли. Клинические проявления распространенных у детей онкологических заболеваний приведены в таблице 108 на с. 733.

Анамнез

Отслеживайте симптомы и проявления, которые могут быть связаны с онкологическим заболеванием, на каждом приеме. Оценивайте:

- Наличие/отсутствие тревожных признаков (см. ниже).
- Прививочный статус.

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ

- Постоянная или повторяющаяся боль, особенно если ребенок просыпается от боли ночью.
- Высокая температура, не спадающая более 7 дней.
- Постоянная усталость.
- Сильная потливость, ночная потливость.
- Потеря аппетита.
- Потеря веса (см. раздел «Контроль физического развития», с. 24).
- Головная боль (усиливающаяся боль, ночные пробуждения от боли).
- Рвота.
- Анемия неясного генеза.
- Размытое зрение, двоение в глазах, внезапная слепота.
- Боль в костях (нарастающая, мешающая обычным занятиям).

Обследование

Для выявления признаков злокачественных заболеваний следуйте мнемоническому правилу «кровь, мозг, живот, кости» при медицинском осмотре.

Ищите признаки, которые могут указывать на онкологические заболевания:

- Кровоизлияния: петехии, кровоподтеки, кровотечения, экхимозы (не связанные с травмами), носовые кровотечения, кровоточивость десен, желудочно-кишечные кровотечения, урогенитальные кровотечения, геморрагическая сыпь.
- Выраженная бледность ладоней или конъюнктив.
- Увеличенные лимфатические узлы (> 2,5 см), твердые/плотные на ощупь, безболезненные, наблюдаемые более 4 недель.
- Пальпируемые опухоли в брюшной полости.
- Увеличение печени или селезенки.
- Увеличение части тела, например яичек, конечностей.
- Аномалии органов зрения: лейкокория (белый зрачковый рефлекс), появление косоглазия, гетерохромия (разные цвета глаз), гифема (кровоизлияние в глазу), пролапс (выпячивание глаза).



Лейкокория

- Внезапные или прогрессирующие очаговые неврологические симптомы:
  - — судороги без лихорадки или сопутствующего неврологического заболевания;
  - — односторонняя слабость мышц;
  - — асимметрия лица;
  - — изменения сознания, психического состояния, поведения;
  - — спутанность сознания;
  - — потеря равновесия при ходьбе;
  - — болезненная хромота;
  - — затрудненная речь.

Таблица 108. Распространенные у детей онкологические заболевания и их проявления

Тип заболевания	Признаки (возрастная группа и клинические проявления)
Лейкемия (т. е. острая лимфобластная лейкемия, острая миелоидная лейкемия)	• Все возрастные группы: наиболее частое злокачественное заболевание детей • **Триада «лихорадка-анемия-кровотечение»** (петехии, экхимозы, спонтанная кровоточивость десен), увеличение печени и селезенки, аденомегалия, поражение других органов (яички, центральная нервная система, почки)
Лимфома	• > 5 лет • **Увеличение шейных, надключичных лимфоузлов**, в зависимости от поражения медиастинальных лимфоузлов: кашель, диспноэ
Опухоли центральной нервной системы	• 5–10 лет • **Различные неврологические проявления**: раздражительность, головная боль, двоение в глазах, увеличение окружности головы, тошнота и рвота из-за повышения внутричерепного давления, зрительные или слуховые галлюцинации, изменения личности, регресс развития, судороги
Опухоль Вильмса (почки)	• < 3 лет • Пальпируемые опухоли в брюшной полости, боль, гематурия, гипертензия, запор, анемия, лихорадка
Нейробластома	• < 5 лет • Пальпируемые опухоли, черные круги вокруг глаз («глаза енота»), опухоли на коже головы, симптомы, зависящие от локализации опухоли и стадии заболевания
Остеосаркома и саркома Юинга	• > 10 лет • **Хромота и боли в конечности**, увеличение пораженной области при отсутствии травм в анамнезе
Ретинобластома	• < 3 лет • **Лейкокория** (белый зрачковый рефлекс), косоглазие, гетерохромия

Тип заболевания	Признаки (возрастная группа и клинические проявления)
Рабдомиосаркома	• < 11 лет • Быстрорастущая, болезненная или безболезненная опухоль, поражающая соседние структуры
Герминогенная опухоль	• < 4 лет и > 15 лет • Опухоли в брюшной полости, твердые образования в яичках, рвота, анорексия, хронический болевой синдром, запор, расстройства мочеполовой системы, отсутствие менструации

Исследования

- Общий анализ крови, включая анализ на гемоглобин, эритроциты, ретикулоциты, лейкоциты, тромбоциты, железо, ферритин, а также мазок капиллярной крови на наличие аномальных клеток.
- Исключение других возможных причин потери аппетита/веса или утомляемости, анализ на туберкулез (с. 746) и ВИЧ/СПИД (с. 736).

Терапия

Координация медицинской помощи

- При подозрении на онкологическое заболевание направьте ребенка в специализированный гематологический/онкологический центр, где многопрофильная бригада окажет ему комплексную медицинскую помощь.
- Сотрудничайте с многопрофильной бригадой и обеспечьте выполнение рекомендаций специалиста по надзору при домашнем лечении и организации поддерживающей терапии.

Плановая медицинская помощь

- Проводите вакцинацию в соответствии с рекомендованным ВОЗ календарем прививок, в том числе от пневмококка (с. 81).

Диагностика

- Проведите диагностику осложнений (см. перечень тревожных признаков ниже) и направьте ребенка в стационар. Любые осложнения онкологических заболеваний у детей являются неотложными состояниями.

Консультирование и поддержка

- Обеспечьте ребенка и членов семьи психологической поддержкой.
- Объясните родителям или лицам, осуществляющим уход, следующее:
  - — Онкологические заболевания излечимы при надлежащей терапии.
  - — Альтернативные методы лечения и специальные диеты не помогают при онкологии. К подобным практикам можно обращаться, если они не наносят вреда и семья применяет их без отмены/нарушения текущего протокола лечения. Крайне важно не прекращать терапию ради ложной надежды на излечение альтернативными методами.
- Объясните важность строгого соблюдения рекомендаций онкологов и помогите семье в прохождении терапии и дальнейшего лечения.
- Порекомендуйте вернуть ребенка в школу, если позволяют протокол лечения и степень иммуносупрессии.
- Объясните основные практики, в частности порядок кормления и домашнего ухода, например ввода пероральных препаратов.
- Разъясните родителям, что они должны без промедления обратиться к врачу при появлении у ребенка одного из следующих тревожных признаков:
  - — лихорадка (необходимо исследовать каждый случай лихорадки у ребенка, проходящего химиотерапию);
  - — рвота;
  - — неспособность пить жидкости;
  - — кровотечения;
  - — затрудненное дыхание;
  - — выраженная бледность;
  - — нездоровый вид или ухудшение состояния.
- Расскажите подросткам о возможностях онкофертильности, например о консервации половых клеток. Организуйте прием специалиста до начала терапии.
- При необходимости обеспечьте паллиативную помощь, особенно в случае неэффективности лечения (с. 775).

7.17 ВИЧ-инфекция/СПИД

Дети младшего возраста подвержены риску вертикальной передачи ВИЧ от матери во время вынашивания, при родах и при грудном вскармливании. Симптомы у ВИЧ-инфицированных детей появляются в первые годы жизни. Подростки могут заразиться ВИЧ при незащищенном половом акте или в/в введении наркотиков.

Симптомы

Клинические проявления ВИЧ у детей очень разнообразны и зависят от стадии развития заболевания. У многих ВИЧ-положительных детей уже на первом году жизни развиваются тяжелые признаки и симптомы, связанные с ВИЧ-инфекцией, в то время как у других детей более года могут наблюдаться бессимптомные или слабовыраженные формы заболевания. При выявлении описанных ниже симптомов следует провести осмотр и, при необходимости, направить ребенка к специалисту.

Признаки возможной ВИЧ-инфекции

- Генерализованная лимфаденопатия более чем в 2 областях, кроме паховой.
- Рецидивирующие бактериальные инфекции (пневмония, менингит, сепсис, воспаления подкожной клетчатки): ≥ 3 тяжелых случая за прошедший год.
- Устойчивая или рецидивирующая лихорадка: температура > 38 °C на протяжении ≥ 7 суток.
- Хронический паротит: увеличение околоушных желез на протяжении ≥ 14 суток.
- Кандидоз полости рта: эритема и светло-бежевые ложно-пленочные налеты на слизистой оболочке неба, щек и десен, распространяющиеся за пределы языка, или кандидоз пищевода (> 30 дней, рецидивирующий).
- Неврологические нарушения: прогрессирующий неврологический дефицит, микроцефалия, задержка развития, гипертензия, спутанность сознания.
- Опоясывающий лишай.
- Туберкулез: кашель, лихорадка, потеря веса, ночная потливость (с. 747).
- Увеличение печени в отсутствие вирусных инфекций, например ЦМВ.
- Себорейный дерматит: эритематозная сыпь, сильные грибковые поражения ногтей, кожи тела и головы, контагиозный моллюск.

Распространенные клинические проявления у ВИЧ-инфицированных детей (не специфичные для ВИЧ)

- Хроническое воспаление среднего уха: выделения из уха, продолжающиеся 14 дней и более.
- Умеренное или тяжелое истощение: потеря веса и постепенное отставание от предполагаемого темпа набора веса, FTT.
- Персистирующая диарея на протяжении 14 дней и более.

Симптомы патологий, специфичные для ВИЧ

Перечисленные ниже признаки указывают на высокую вероятность ВИЧ-инфекции:

- саркома Капоши: узловатые поражения кожи, поражения неба;
- криптококковый менингит: менингеальные знаки (с. 272);
- пневмония, вызванная *Pneumocystis jirovecii*: лихорадка, диспноэ, непродуктивный кашель;
- кандидоз пищевода: дисфагия, белый налет, характерный для кандидоза ротовой полости.

Диагностика

Ранняя диагностика очень важна, так как позволяет начать АРТ, предотвращающую прогрессирование ВИЧ и преждевременную смерть.

- Ознакомьтесь с национальными руководствами по тестированию на ВИЧ и консультированию.
- Рекомендуйте тестирование на ВИЧ для следующих категорий пациентов:
  - — младенцы, подвергшиеся риску инфицирования при вынашивании и родах;
  - — младенцы или дети, у которых имеются признаки, симптомы или медицинские состояния, указывающие на возможное наличие вич-инфекции;
  - — подростки, сообщившие о незащищенном половом акте;
  - — дети или подростки, подвергшиеся сексуальному насилию.

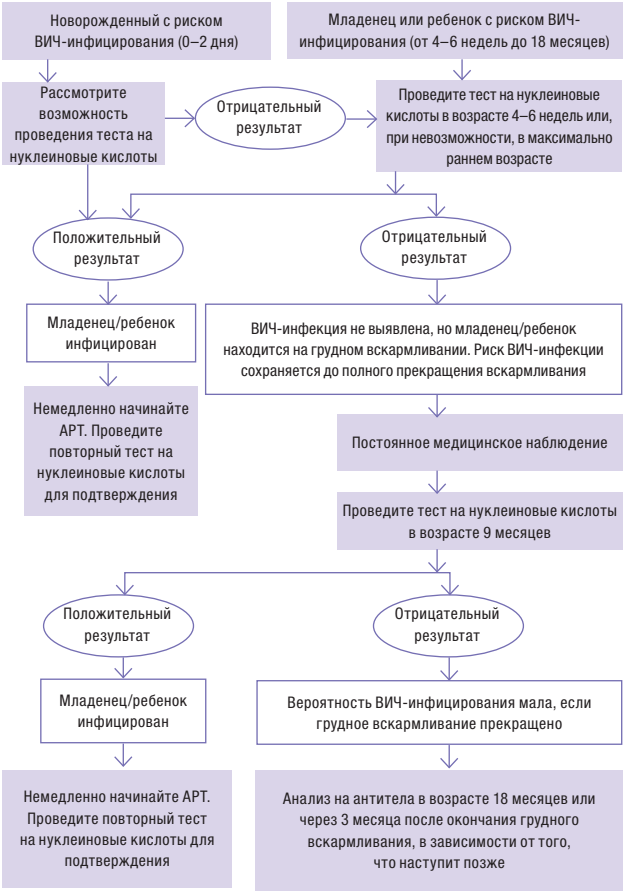
- Метод диагностики ВИЧ зависит от возраста ребенка:
  - — Младенцы и дети в возрасте до 18 месяцев: вирусологический тест на ВИЧ-специфическую ДНК/РНК. По возможности проводите тестирование на месте. Проводите тестирование в течение всего периода риска (алгоритм ранней диагностики ВИЧ у младенцев представлен на рис. 2).
  - — Дети старше 18 месяцев: тест на определение антител к ВИЧ (возможно получение ложноотрицательных результатов при тестировании в период «серологического окна», т. е. после заражения, но до выработки измеримого количества антител).
- При получении сомнительного результата повторите тестирование.
- При положительном результате проведите подтверждающее тестирование.

Сообщение диагноза при ВИЧ-инфекции

Сообщение диагноза при ВИЧ-инфекции требует ответственного подхода и может привести к изменению отношений между ребенком и членами семьи.

- Подойдите к вопросу серьезно, обеспечьте приватность при разговоре.
- Объясните ребенку (ориентируясь на его возраст и уровень понимания), как работают защитные системы организма и иммунитет, а также принцип действия белых кровяных телец.
- Оцените осведомленность членов семьи, совместно проживающих лиц и друзей.
- Обсудите с членами семьи следующие вопросы:
  - — Кто из домочадцев знает о заболевании ребенка?
  - — Кто знает о заболевании других членов семьи?
  - — Знает ли ребенок о ВИЧ-инфекции у матери?
- Объясните семье, что диагноз может поначалу шокировать, однако с помощью эффективной АРТ можно повысить ожидаемую продолжительность жизни и добиться высокого качества жизни.

Рис. 2. Алгоритм ранней диагностики ВИЧ у младенцев



АРТ – антиретровирусная терапия; ВИЧ – вирус иммунодефицита человека.

Терапия

Терапию ВИЧ должны проводить специалисты. Направьте ребенка/подростка в специализированный ВИЧ-центр или к специалисту для проведения базовых анализов, помогающих оценить клиническую стадию заболевания, принятия решения о терапии и подбора комбинации/формы препаратов. Следуйте рекомендациям специалиста при начале/изменении АРТ и проведении первичной профилактики ко-тримоксазолом.

Координация медицинской помощи

- Скоординируйте терапию с ближайшим ВИЧ-центром или специалистом.
- Сотрудничайте с аптекой, чтобы обеспечить достаточный запас антиретровирусных (АРВ) препаратов на складе и исключить нарушение режима приема.
- Организуйте посещение других специалистов, например психолога, стоматолога.
- Организуйте перевод в систему здравоохранения для подростков/взрослых.

Подход с точки зрения нужд и интересов семьи

- Учитывайте возможность влияния предрассудков и стигматизации болезни на качество жизни семьи. Соблюдайте конфиденциальность, особенно при передаче историй болезни, при общении в зоне ожидания. Запрашивайте согласие семьи перед передачей информации в школьные/дошкольные, медицинские учреждения или социальные службы.
- Оцените готовность семьи к пожизненному приему терапии. Есть ли препятствия для этого в семье? Есть ли планы на переезд/путешествие?
- Оцените психосоциальные потребности ребенка и членов семьи, при необходимости окажите им поддержку.
- Помогите ребенку и членам семьи выстроить систему поддержки (например, расскажите о способах получения информации и рекомендаций, о связи с социальными службами и группами поддержки).

Общие принципы терапии при ВИЧ-инфекции

- Развитие ВИЧ можно подавить путем контролируемого приема трех или более АРВ-препаратов, принадлежащих минимум к двум различным классам.
- АРТ не излечивает ВИЧ-инфекцию, но эффективно подавляет репликацию вируса и снижает вирусную нагрузку до уровня ниже предела обнаружения. Таким образом, терапия позволяет восстановить иммунную систему и предотвратить передачу ВИЧ.
- Терапию следует начинать как можно раньше, независимо от клинического состояния, числа лимфоцитов CD4 или возраста.
- До начала терапии необходимо провести оценку исходного состояния пациента, включая иммунологические, вирусологические и бактериологические исследования, лучевую диагностику и поиск ВИЧ-ассоциированных оппортунистических инфекций.
  - — Общий анализ крови.
  - — Подсчет лимфоцитов CD4 (абсолютное и относительное количество).
  - — Оценка функций почек и печени.
  - — Вирусная нагрузка (ВИЧ).
  - — Анализ на гепатит B/C и туберкулез.
  - — Рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости.
- Дети обычно хорошо переносят прием АРВ-препаратов. Токсические эффекты рекомендованных препаратов первого ряда наблюдаются редко. Число АРВ-препаратов, авторизованных для терапии детей, меньше числа препаратов для взрослых.
- При выборе схемы приема АРВ-препаратов первого ряда следует также рассмотреть препараты второго ряда (таблица 109). Врачи должны быть знакомы с национальными рекомендациями по лечению ВИЧ-инфекции.

Таблица 109. Рекомендуемые схемы АРТ первого и второго ряда (дозировки приведены в приложении 4)

	Схема первого ряда (и альтернативы)	**Схема второго ряда**
Новорожденные	**AZT + 3TC + RAL** AZT + 3TC + NVP	–
Младенцы и дети	**ABC + 3TC + DTG** ABC + 3TC + LPV/r ABC + 3TC + RAL	AZT+ 3TC + LPV/r или ATV/r AZT или ABC + 3TC + DTG
Подростки	**TDF + 3TC или FTC + DTG** TDF + 3TC + EFV 400 мг	AZT + 3TC + ATV/r или LPV/r AZT + 3TC + DTG

3TC – ламивудин; ABC – абакавир, ATV/r – атазанавир/ритонавир; AZT – зидовудин, DTG – долутегравир; EFV – эфавиренз; LPV/r – лопинавир/ритонавир; NVP – невирапин; RAL – ралтегравир.

Первичная профилактика пневмонии, вызванной Pneumocystis jirovecii

Назначение ко-тримоксазола предупреждает пневмоцистную пневмонию и защищает организм от распространенных бактериальных инфекций и токсоплазмоза.

- Следуйте рекомендациям специалиста относительно сроков начала и окончания курса профилактики.
- Организуйте первичную профилактику для детей:
  - Младше 5 лет вне зависимости от числа лимфоцитов CD4 или клинической стадии.
  - С тяжелой или продвинутой стадией ВИЧ-инфекции (клиническая стадия 3 или 4 по классификации ВОЗ).
  - С низким числом лимфоцитов CD4 (≤ 350 клеток/мм^3).
- Ко-тримоксазол и триметоприм из расчета 6–8 мг/кг один раз в сутки (дозировки препаратов представлены в приложении 4).
- Профилактику можно прекратить, если ребенок клинически стабилен и получает АРТ в течение как минимум 6 месяцев, а число лимфоцитов CD4 превышает 350 клеток/мм^3.

Консультирование по вопросам питания

- Матерям младенцев и детей младшего возраста с подтвержденной ВИЧ-инфекцией настоятельно рекомендуется кормить детей исключительно грудью в течение 6 месяцев и продолжать грудное вскармливание до 1 года.
- Направьте пациента к нутрициологу, чтобы обеспечить адекватное поступление энергии и достаточного количества микроэлементов в организм, так как потребность детей с ВИЧ-инфекцией в энергии повышена.

Вакцинация

- Организуйте полную вакцинацию ребенка в соответствии с национальным календарем прививок (с. 81), включая вакцинацию от *H. Influenzae* типа b и пневмококковой инфекции. НЕ НАЗНАЧАЙТЕ введение вакцины БЦЖ. Вакцинация живыми вакцинами (КПК, ветряная оспа) может быть отложена в случае тяжелого поражения иммунной системы.

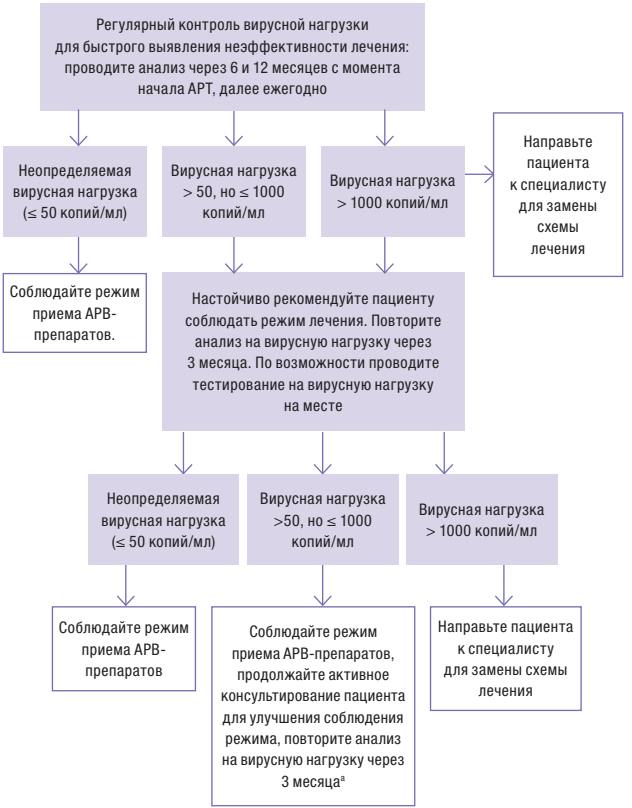
Последующее наблюдение

Частота контрольных посещений зависит от ответа на терапию и должна быть согласована со специалистом или ВИЧ-центром. После начала терапии следует назначить контрольные посещения 1 раз в 2–4 недели. После снижения вирусной нагрузки до уровня ниже порога обнаружения, стабилизации клинического состояния, проверки переносимости терапии и приверженности лечению интервал между посещениями можно увеличить до 3–6 месяцев. Если клиническое состояние ребенка нестабильно, его следует осматривать чаще.

При каждом посещении оценивайте терапевтический ответ и выполняйте приведенный алгоритм (рис. 3):

- Оценка пищевого статуса, включая массу тела, рост и ИМТ (с. 24).
- Выявление и коррекция следующих побочных эффектов АРТ: абдоминальная, головная боль, панкреатит, диарея, тошнота, анемия, сыпь, гепатотоксичность, периферическая нейропатия, липодистрофия. Проявление тех или иных побочных эффектов определяется выбором АРВ-препарата.

Рис. 3. Алгоритм контроля терапии при ВИЧ-инфекции



[a] Рассмотрите возможность направления пациента к специалисту для замены схемы лечения при наличии показаний и отсутствии проблем с соблюдением режима.

- Лабораторные анализы:
  - Вирусная нагрузка (ВИЧ) каждые 6–12 месяцев (допускается проводить анализ по месту приема).
  - Общий анализ крови, гемоглобин, функции печени и почек, число лимфоцитов CD4 (в абсолютном и относительном выражении) для контроля долгосрочных токсических эффектов и сопутствующих заболеваний.
- Контроль психического состояния, параметров развития и поведения ребенка в школе. Организуйте психосоциальную поддержку, если подобные услуги предусмотрены социальной программой.
- Отслеживание признаков СПИД-индикаторных заболеваний (см. раздел «Симптомы», с. 736) и оказание соответствующей помощи.
- Оценка и объяснение важности строгого соблюдения режима лечения:
  - Напоминайте о важности соблюдения режима лечения во время каждого посещения, поощряйте детей, подростков и лиц, осуществляющих уход, за соблюдение режима.
  - Выявляйте причины пропуска посещения или приема препаратов.
  - Объясните важность строгого соблюдения режима приема препаратов для успешного снижения вирусной нагрузки и недопущения развития резистентности.

Подростки с ВИЧ-инфекцией

Для подростков характерны дополнительные, особенные потребности:

- Обратите внимание на соблюдение режима приема препаратов и графика посещений, составляйте их с учетом школьных и внешкольных занятий.
- Расскажите подростку о том, как сообщать о своем диагнозе, о сексуальном здоровье, о правах и ответственности за защиту и профилактику в школе, на рабочем месте и в отношениях с партнером.
- Направьте подростка в компетентные и проверенные группы поддержки и на соответствующие интернет-ресурсы для получения информации и помощи.

Более подробная информация о лечении подростков с хроническими заболеваниями приведена на с. 836.

Профилактика ВИЧ-инфекции

Существуют различные способы профилактики передачи ВИЧ:

- профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (с. 195);
- доконтактная профилактика для подростков, находящихся в зоне высокого риска заражения ВИЧ (с. 819);
- постконтактная профилактика (ПКП), например после незащищенного полового акта (с. 811).

7.18 Туберкулез

Туберкулезную инфекцию и туберкулез вызывают микобактерии *Mycobacterium tuberculosis.*

Туберкулезная инфекция: измеримый иммунный ответ (например, с помощью кожной туберкулиновой пробы), возникающий против части бактерий.

Латентная туберкулезная инфекция (ЛТИ): заражение произошло, однако у инфицированного человека нет признаков или симптомов заболевания туберкулезом (см. ниже).

- Факторы риска развития туберкулеза: возраст ребенка (чем младше ребенок, тем выше вероятность), ВИЧ-инфекция и тяжелая недостаточность питания.
- Туберкулезная инфекция у детей старшего возраста и подростков может сохраняться дольше: у них может развиться туберкулез в более позднем возрасте, напоминающий туберкулез у взрослых (послепервичный прогрессирующий туберкулез).

Туберкулез (активная форма): клинические признаки и симптомы, признаки на рентгенограмме грудной клетки и культивируемые бактерии в образцах пациентов.

- Может возникнуть практически в любой части тела.
- Легочный туберкулез является наиболее частой формой заболевания у детей старшего возраста и взрослых.
- Внелегочный туберкулез (с вовлечением тканей, отличных от паренхимы легких) чаще встречается у детей раннего возраста, особенно диссеминированный («милиарный») туберкулез и туберкулезный менингит.

Узнайте о распространенности туберкулезной инфекции и туберкулеза в вашем регионе, чтобы оценить риск и определить направление диагностики. Постановка диагноза «туберкулез» у детей основана на тщательном сборе анамнеза, клиническом обследовании и релевантных исследованиях.

Туберкулез

Симптомы

Рассмотрите вероятность туберкулеза у любого ребенка, имеющего в анамнезе:

- взаимодействие с больным туберкулезом: совместное проживание в одном закрытом жилом помещении с человеком, болеющим туберкулезом впервые или имеющим рецидивирующую форму заболевания, в течение одной или нескольких ночей или в течение частых или продолжительных дневных периодов в течение трех месяцев до начала текущего лечения (если оно проводится);
- необъяснимую лихорадку, особенно если она длится более двух недель;
- кашель более двух недель, с хрипами или без, стойкий или без улучшений;
- потерю веса/FTT;
- потливость в ночное время (у детей старшего возраста и подростков);
- усталость, снижение активности и желания играть.

Обследование

Туберкулез может поразить любую систему организма, однако обратите особое внимание на следующие признаки:

- односторонний плевральный выпот (ослабленное дыхание, тупость перкуторного звука);
- увеличенные, безболезненные лимфатические узлы или абсцесс лимфатического узла, особенно в области шеи;
- признаки менингита, особенно если они развиваются в течение нескольких дней;
- вздутие живота, при котором возможно наличие пальпируемых образований в брюшной полости, увеличение печени и селезенки;

- прогрессирующие отек или деформация той или иной кости или сустава, включая позвоночник;
- потеря веса или нарушение роста (в соответствии со стандартной картой роста и развития, см. приложение 3).

Исследования

Иммунологические тесты позволяют выявить инфекцию, однако не способны различить латентную и активную формы заболевания.

- Кожная туберкулиновая проба (проба Манту): информацию о проведении внутрикожной инъекции см. на с. 929. Измерьте папулу (не покраснение) через 48–72 часа. Тест считают положительным при диаметре более 5 мм у детей с иммуносупрессией или более 10 мм у остальных детей. Кожная туберкулиновая проба может быть:
  - — Ложно-положительной при инфицировании нетуберкулезными микобактериями или сразу после введения вакцины БЦЖ.
  - — Ложно-отрицательной при недостаточном питании, ВИЧ, иммуносупрессии, недавно перенесенной кори, милиарном туберкулезе.
- Тест высвобождения гамма-интерферона, который проводят на образцах крови пациента. Тест является специфичным на туберкулезную инфекцию.
- Для подтверждения диагноза направьте пробу на микроскопию мазка, культуральное исследование (посев) или молекулярный тест, например Xpert® MTB/RIF. Изучить лекарственную чувствительность при устойчивом к лекарственным препаратам туберкулезе позволяют как культуральное исследование, так и молекулярные тесты. Если бактериологическими методами подтвердить диагноз не удается, можно поставить предварительный диагноз «туберкулез» на основании информации о взаимодействии с зараженными лицами и клинических данных.
- Дополнительные исследования: рентгенография грудной клетки, тест на ВИЧ (с. 737).
- При подозрении на внелегочный туберкулез: рассмотрите возможность проведения КТ, люмбальной пункции, УЗИ брюшной полости.

Терапия

- Разъясните свою роль в постановке диагноза, лечении и информировании специализированных служб по туберкулезу (обычно существующих в рамках национальных программ борьбы с туберкулезом).
- Организуйте своевременное направление всех подтвержденных или вызывающих сильное подозрение случаев к специалистам по туберкулезу для начала лечения диспергируемыми комбинированными препаратами для детей согласно таблицам дозировок в зависимости от массы тела, в соответствии с национальными руководствами по борьбе с туберкулезом.
- Ознакомьтесь с национальными руководствами по борьбе с туберкулезом:
  - — В большинстве случаев после более короткого интенсивного этапа лечения длительностью 2 месяца (3–4 препарата: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) следует более длительный поддерживающий этап лечения длительностью 4 месяца (2 препарата: изониазид и рифампицин) (см. дозировки в приложении 4). Лечение зависит от тяжести и выраженности заболевания, лекарственной чувствительности и соблюдения предписаний.
  - — При использовании препаратов второй линии для лечения устойчивой к лекарственным препаратам формы туберкулеза детям требуется более длительное, более сложное и хуже переносимое лечение.
- Выясните, кто является контактными лицами и индексными пациентами (см. раздел «Проверка контактов», с. 750).
- Окажите поддержку. Предоставьте информацию и рекомендации ребенку и лицам, осуществляющим уход:
  - — Туберкулез излечим при применении полного курса эффективных комбинированных препаратов.
  - — Соблюдение предписаний имеет решающее значение для успеха лечения и предотвращения развития устойчивости к лекарственным препаратам.
  - — При рекомендуемых дозировках токсичность препаратов проявляется редко.
  - — Для полного выздоровления необходимо соответствующее питание (см. рекомендации по питанию, с. 94).

Последующее наблюдение

Следите за реакцией на лечение и поддерживайте соблюдение предписаний.

- Лечение под непосредственным наблюдением способствует соблюдению предписаний.
- После месяца эффективного лечения могут наблюдаться клинические улучшения и увеличение массы тела, поэтому дозировки препаратов следует регулярно корректировать в зависимости от набранного веса.
- После завершения интенсивной фазы лечения необходимо взять образец для бактериологического исследования.
- После завершения интенсивной фазы лечения последующее наблюдение можно проводить раз в месяц.

Профилактика туберкулеза

Вакцинация

Вакцина БЦЖ представляет собой живую аттенуированную бактериальную вакцину. В основном, она защищает детей младшего возраста от развития диссеминированного заболевания или тяжелого поражения органов в раннем возрасте. Она противопоказана детям с подтвержденной ВИЧ-инфекцией. Многие страны с низким уровнем заболеваемости туберкулезом отказались от массового применения вакцины БЦЖ, поскольку она обладает лишь умеренной защитной эффективностью и вызывает местные осложнения.

Проверка контактов

Если пациенту с положительным мазком мокроты поставлен диагноз «туберкулез легких», обследуйте всех совместно проживающих с ним лиц на наличие активного туберкулеза или латентной туберкулезной инфекции и назначьте соответствующее лечение.

Лечение ребенка, контактировавшего с больным туберкулезом

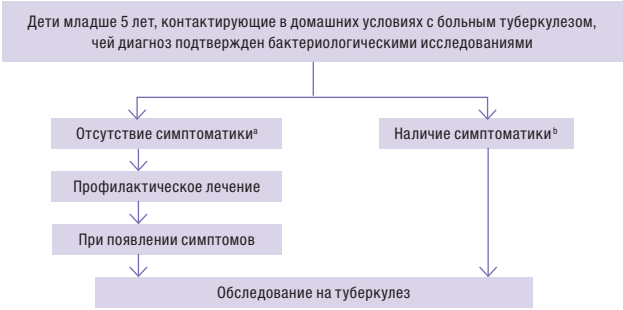
Дети в возрасте до 5 лет и дети с иммунодефицитом подвержены большему риску развития заболевания и должны быть тщательно обследованы.

- Следуйте алгоритмам ведения случаев при домашних контактах с больными туберкулезом: рис. 4 для младенцев и детей младше 5 лет и рис. 5 для детей старше 5 лет и подростков.

Профилактическое лечение ЛТИ

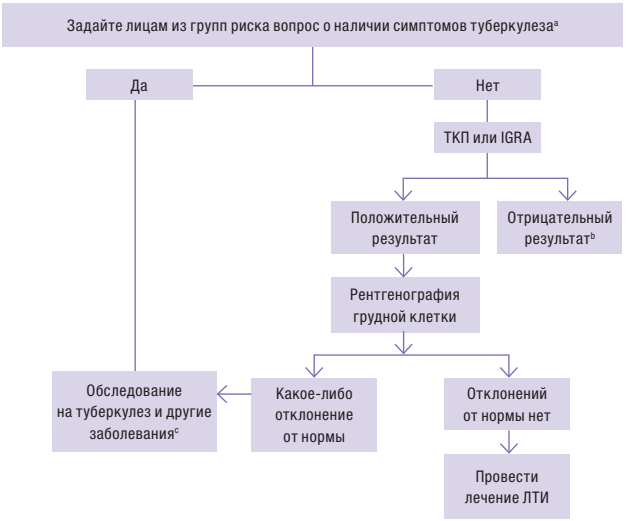
- До начала профилактического лечения убедитесь, что активный туберкулез исключен (см. указанные ниже схемы).
- Варианты лечения ЛТИ: изониазид ежедневно в течение 6 месяцев или рифампицин и изониазид ежедневно в течение 3 месяцев или рифампицин ежедневно в течение 4 месяцев (при устойчивости к изониазиду). Дозировки см. в приложении 4.

Рис. 4. Алгоритм проверки младенцев и детей в возрасте до 5 лет, контактировавших с больным туберкулезом:



[a] Отсутствие любых симптомов (как связанных, так и не связанных с туберкулезом).
[b] Типичные симптомы туберкулеза: см. с. 747.

Рис. 5. Алгоритм проведения целевой диагностики и лечения ЛТИ и исключения активной формы туберкулеза у лиц старше 5 лет, контактировавших с больными туберкулезом



IGRA – тест высвобождения гамма-интерферона, ЛТИ – латентная туберкулезная инфекция, ТКП – туберкулиновая кожная проба.

[a] Любой симптом туберкулеза (см. с. 747).

[b] Лечение ЛТИ не показано. Предоставьте информацию о туберкулезе, в том числе о важности обращения за медицинской помощью при появлении симптомов.

[c] При обследовании на туберкулез следуйте национальным руководствам по борьбе с туберкулезом. Лицам, у которых активный туберкулез был исключен по результатам обследований (включая лиц с фиброзом, выявленным по результатам рентгенографического исследования), можно назначить лечение ЛТИ.

7.19 Жестокое обращение с ребенком

Учреждения первичной медицинской помощи имеют уникальную возможность выявления жестокого обращения с ребенком, защиты ребенка и поддержки семьи. Жестокое обращение с детьми встречается часто и зачастую остается незамеченным. В число его проявлений входит физическое, эмоциональное и сексуальное насилие, небрежное обращение, фальсификация или умышленное провоцирование болезни, наблюдение ребенком жестокого обращения между членами семьи. Все указанные формы жестокого обращения могут сказаться на эмоциональном, социальном и физическом благополучии ребенка.

Статья 19 КПР устанавливает обязательства по защите детей от любых форм физического или психологического насилия, травм или противоправных действий, небрежного или невнимательного обращения, несоответствующего лечения или эксплуатации, включая сексуальное насилие.
КРП была ратифицирована всеми государствами Европейского региона.

Общий осмотр всех поступающих детей не рекомендуется. Обнаружить и подтвердить факт жестокого обращения с ребенком зачастую непросто. Выявляйте индикаторы жестокого обращения, но не делайте поспешных выводов на основе первого тревожного признака: проведите тщательный осмотр.

Небрежное обращение

Небрежное обращение – наиболее распространенная форма жестокости по отношению к ребенку. Небрежное обращение выражается в отсутствии эмоциональной поддержки, соответствующей возрасту ребенка/подростка, или в игнорировании его базовых потребностей (пища, одежда, гигиена). Небрежное обращение включает в себя невнимание к физическому и эмоциональному состоянию ребенка, его обучению или потребности в лечении, а также недостаточный родительский контроль (для детей младшего возраста).

К тревожным признакам могут относиться:

- неоднократный пропуск приема врача или нарушение предписанного режима лечения лицами, осуществляющими уход;

- снижение прибавки в весе или истощение из-за несоответствующей диеты;
- постоянно низкий уровень гигиены;
- недостаточный родительский контроль (для детей младшего возраста) или оставление ребенка;
- низкая посещаемость в школе;
- отсутствие безопасной среды дома;
- эмоциональная отстраненность или равнодушие лиц, осуществляющих уход.

Физическое насилие

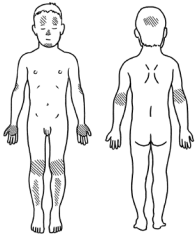
О физическом насилии свидетельствуют травмы от толчков, ударов руками, ногами или предметами. Возможны также следы от ожогов. Предполагайте физическое насилие при любой серьезной или необычной травме, объяснение которой кажется странным или вовсе отсутствует.

Телесные наказания запрещены законом во многих странах.

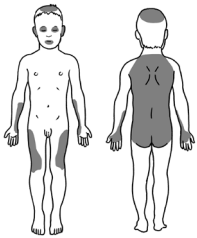
К тревожным признакам могут относиться:

- **Любые** травмы, полученные ребенком, особенно в младшем возрасте, когда он еще не ходит и не ползает.
- Повреждения аногенитальной области (см. раздел «Сексуальное насилие», с. 755).
- Многочисленные кровоподтеки разной степени свежести, повторяющиеся травмы, травмы в необычных местах, синяки, переломы и ожоги неясного происхождения, травмы брюшной полости.
- Физические наказания или сообщения о них во время посещения.

Отличить физическое насилие от непреднамеренного травматизма порой сложно. Синяки часто появляются после мелких происшествий, когда ребенок начинает самостоятельно перемещаться. Однако локализация синяков и травм зависит от обстоятельств их получения (см. иллюстрацию).



Типичная локализация непреднамеренных травм



Локализация травм, которая может указывать на жестокое обращение

Насильственные травмы головы у младенцев («синдром сотрясения ребенка»)

Форма физического насилия, выражающаяся в сильном встряхивании ребенка (< 3 лет), обычно родителем или лицом, осуществляющим уход.

К тревожным признакам могут относиться:

- изменение психического состояния: раздражительность, летаргия, кома;
- судороги;
- рвота;
- апноэ, необычно медленное и неглубокое дыхание.

▶ Окажите экстренную помощь (с. 846).

▶ НЕМЕДЛЕННО направьте ребенка с подозрением на синдром сотрясения ребенка в медицинское учреждение.

Эмоциональное насилие

Эмоциональное насилие встречается столь же часто, что и физическое, и зачастую остается незамеченным. К эмоциональному насилию относятся:

- враждебность, культивирование чувства вины, отторжение или обвинение во всех неприятностях;
- угрозы насилием, убийством или отказом от ребенка;
- неприемлемые практики приучения к дисциплине, например наказание за недержание мочи;

- отказ от поощрения или обучения ребенка;
- эмоциональная отдаленность родителя или опекуна.

К тревожным признакам могут относиться:

- нарушения сна, включая ночное недержание мочи или кала;
- частые жалобы на физический дискомфорт (реальные или вымышленные);
- симптомы тревожности и депрессии;
- безразличие к друзьям и семье.

Сексуальное насилие

Сексуальное насилие – это вовлечение ребенка или подростка, не достигшего возраста согласия, в действия сексуального характера, к которым он/она не готов/-а ввиду недостаточного понимания или физического развития. Сексуальное насилие может происходить без применения физической силы, путем психологической, эмоциональной или материальной манипуляции, часто его инициирует член семьи или друг.

К тревожным признакам могут относиться:

- зуд, кровоподтеки, разрывы, покраснение, отечность или кровотечение в аногенитальной области;
- инфекция мочевыводящих путей, кровь в моче/кале, болезненное мочеиспускание;
- беременность или ИППП (особенно в возрасте младше 16 лет);
- боязнь определенного человека или места;
- сексуализированное поведение ребенка, не достигшего возраста полового созревания, например разговоры на сексуальные темы, просьбы о прикосновениях к области гениталий.

Симуляция или умышленное провоцирование болезни

Симуляция или умышленное провоцирование болезни (делегированный синдром Мюнхгаузена) – это состояние, при котором родитель или лицо, осуществляющее уход, преднамеренно вызывает симптомы болезни у ребенка, преувеличивает или лжет, говоря о них.

К тревожным признакам могут относиться:

- появление, возвращение симптомов или сообщение о них только в присутствии родителя/опекуна;
- сообщение о новых симптомах сразу после исчезновения предыдущих;

- необычная частота посещения медицинских учреждений;
- необъяснимо слабая реакция на назначенное лечение;
- поиск дополнительных мнений у других врачей общей практики.

Выявление жестокого обращения с ребенком

Если вы выявили признаки жестокого обращения при осмотре или разговоре с ребенком:

▶ Организуйте обследование ребенка судмедэкспертом: пригласите специалиста к себе или сопроводите ребенка к специалисту. НЕ ОГРАНИЧИВАЙТЕСЬ выдачей направления, поскольку для ребенка вы являетесь доверенным лицом, особенно после сообщения о жестоком обращении.

▶ Избегайте дополнительного травмирования и стресса для ребенка: не вынуждайте его повторно рассказывать о происшествии или проходить повторное обследование.

▶ Привлеките ребенка к процессу принятия решения, запросите его информированного согласия с учетом возраста и уровня развития. Объясните суть информированного согласия, в том числе вопросы конфиденциальности и необходимости передачи определенной информации.

При получении сообщения от ребенка:

▶ Поблагодарите ребенка/подростка за переданные сведения.

▶ Убедите ребенку, что верите ему и не обвиняете его.

▶ Убедите ребенка, что примете необходимые меры, и расскажите ему, что собираетесь сделать.

Анамнез

- Обеспечьте комфортную обстановку для ребенка.
- Беседуйте с ребенком/подростком наедине.
- Учитывайте, что о насилии над детьми и подростками могут косвенно свидетельствовать особенности их поведения и внешнего вида.
- Не занимайте ведущую роль в разговоре, попросите ребенка/подростка объяснить симптомы, которые могли появиться вследствие жестокого обращения.

- Опросите опекуна о симптомах и находках и об их происхождении. Например, спросите: «При каких обстоятельствах это случилось? Откуда упал ребенок?»
- Определите, могут ли обстоятельства инцидента объяснить находки.

Обследование

Жестокое обращение с ребенком не всегда можно выявить по физическим травмам. На жестокое обращение может указывать безучастность ребенка.

- Предложите ребенку выбрать пол специалиста, который будет проводить осмотр.
- Проведите осмотр в присутствии другого взрослого.
- Избегайте применения инструментов или положений, которые вызывают физический дискомфорт или стресс.
- Перед каждым этапом осмотра объясняйте, что намерены делать, и просите согласия ребенка.

При подозрении на сексуальное насилие:

- Осмотрите ребенка на наличие признаков венерических заболеваний и проведите лабораторный анализ на ИППП (с. 814).
- Проведите анализ на ВИЧ перед началом постконтактной экстренной профилактики (с. 811).
- Предложите девочкам провести тест на беременность, если существует ее вероятность.

НЕ ПРОВОДИТЕ «тест на невинность» или «двухпальцевый тест». Это неприемлемо и нецелесообразно.

НЕ ПРОВОДИТЕ осмотр вагины и прямой кишки с помощью пальцев, гинекологического зеркала или аноскопа.

Документирование случая

Документальные свидетельства играют важнейшую роль в защите ребенка, подвергшегося насилию:

- Тщательно зафиксируйте анамнез, данные осмотра и эмоциональное состояние ребенка.
- Дословно запишите все высказывания ребенка и опекуна, непричастного к насилию.

- Рассмотрите возможность фото- или видеофиксации доказательств после получения информированного согласия. Объясните, для чего нужны данные материалы.
- Обеспечьте конфиденциальность и защиту информации.

Порядок действий в случае жестокого обращения с ребенком

Обеспечение безопасность ребенка

При принятии любых мер следует в первую очередь позаботиться о безопасности, здоровье и благополучии ребенка/подростка.

- Рассмотрите все возможные риски и действуйте с упором на минимизацию негативных последствий для ребенка/подростка.

Сообщение о жестоком обращении с ребенком

- Ознакомьтесь со всеми национальными законодательными требованиями, касающимися сообщений о выявленном или подозреваемом жестоком обращении с ребенком.
- Не позволяйте себе умолчать о жестоком обращении из-за психологических барьеров (например, из-за близких отношений с лицом, осуществляющим уход).
- В случае отсутствия действующих законодательных норм или органов опеки или если сообщение о насилии может навредить ребенку, найдите баланс между требованиями закона и интересами ребенка.
- Сообщите ребенку обо всех обязательных законодательных требованиях к отчетности.

Службы опеки

- Привлеките службы опеки, если:
  - Ребенку может быть причинен новый вред.
  - Угроза исходит от опекуна, или человека, тесно с ним общающегося.
  - Ребенок или подросток хочет разорвать связь.
  - Лицо, осуществляющее уход и непричастное к насилию, не может помочь ребенку.
- В менее тяжелых случаях жестокого обращения (легкая небрежность), если ребенок/подросток хочет остаться в семье, организуйте поддержку семьи для улучшения отношений «ребенок-опекун»: психосоциальную поддержку, отработку навыков и курсы по воспитанию детей.

Порядок действий в случае физического насилия

- В первую очередь окажите неотложную медицинскую помощь.
- Проведите лечение физических травм и других последствий жестокого обращения, например истощения и неспособности процветать (с. 601).
- Оцените прохождение основных этапов развития: физическое насилие над детьми младшего возраста может приводить к нарушению развития (с. 666) или инвалидности (с. 662).

Порядок действий в случае сексуального насилия

ВИЧ и ИППП

- Проведите экстренную ПКП ВИЧ (с. 811) в случае орального или генитального контакта с гениталиями посягателя в течение 72 часов до обращения. Информация о диагностике ВИЧ представлена на с. 736.
- Проведите экстренную ПКП других ИППП (с. 814), или начните лечение при наличии симптомов ИППП (с. 814).
- Предложите девочкам в возрасте 9–14 лет пройти вакцинацию от гепатита B и ВПЧ в соответствии с национальными рекомендациями, если они не прошли вакцинацию или прививочный статус неизвестен. Введите вакцины от гепатита B и ВПЧ одновременно, меняя шприцы и место инъекции.

Беременность

- Проведите экстренную контрацепцию девочкам, подвергшимся сексуальному насилию с введением пениса во влагалище в течение 120 часов до обращения (с. 820).
- При выявлении беременности, наступившей в результате сексуального насилия, предложите безопасное прерывание беременности в соответствии с требованиями законодательства. Если срок беременности не позволяет провести аборт, обеспечьте поддержку на период беременности и родов и обсудите возможные варианты, например передачу ребенка в приемную семью.

Эмоциональная и психосоциальная поддержка

Дети и подростки, ставшие жертвами жестокого обращения, могут страдать от различных эмоциональных и поведенческих нарушений, таких как:

- тревожность (с. 628), депрессия (с. 618);
- суицидальные мысли, акты самоповреждения (с. 624);
- злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами (с. 767);
- соматические симптомы;
- поведенческие нарушения (с. 762);
- ПТСР: непроизвольные яркие воспоминания и ночные кошмары, связанные с травмирующим событием, раздражительность, склонность к уединению в первые месяцы после травмирующего события.

▶ Избегайте проведения психологического дебрифинга, чтобы снизить риск развития посттравматического стресса, тревожности и симптомов депрессии.

▶ Предложите направление на прием психолога для консультирования, назначения когнитивно-поведенческой и индивидуальной (не групповой) терапии.

▶ При ПТСР: избегайте напоминаний о травмирующем событии, направьте ребенка на когнитивно-поведенческую терапию (с фокусом на травму) индивидуальную (не групповую) психотерапию.

НЕ НАЗНАЧАЙТЕ препараты для лечения тревожности и депрессии.

Взаимодействие с лицами, осуществляющими уход

Качество взаимодействия с лицами, осуществляющими уход, влияет на исход лечения и безопасность ребенка. Взаимодействие может быть осложнено, если лицо, осуществляющее уход, являлось посягателем или допустило жестокое обращение и было бессильно его предотвратить.

▶ Поощряйте активное участие в заботе о ребенке, если это безопасно.

▶ Избегайте обвинений и порицания в адрес лиц, осуществляющих уход.

▶ Объясните возможные последствия насилия и небрежного обращения для ребенка.

- Разъясните границы конфиденциальности и обязательства по предоставлению отчетов.
- Определите неотложные потребности лиц, осуществляющих уход: при необходимости направьте их к психологу для эмоциональной и психосоциальной поддержки.
- Рассмотрите возможность проведения мероприятий, направленных на укрепление отношений ребенка и лиц, осуществляющих уход, в том числе тренингов для усвоения навыков, курсов по воспитанию детей, домашних посещений.

Последующее наблюдение

При дальнейшем наблюдении обращайте внимание на следующие аспекты:

- долгосрочные эмоциональные и поведенческие последствия, психологические вмешательства;
- физические травмы и их адекватное лечение;
- последствия жестокого обращения (например, недостаточность питания или FTT);
- развитие ребенка (см. основные этапы развития, с. 73).

Отслеживайте следующие опасные проявления:

- Постоянное или эпизодическое повторение жестокого обращения.
- Изменение проявления жестокого обращения, например переход к эмоциональному насилию вместо физического.

7.20 Эмоциональные и поведенческие нарушения

Об эмоциональных и поведенческих нарушениях могут сообщать родители, лица, осуществляющие уход, сами дети/подростки. Их также можно заметить во время осмотра.

Работники первичной медико-санитарной помощи играют важнейшую роль в выявлении поведенческих и эмоциональных расстройств у детей.

В учреждениях первичной медико-санитарной помощи сведения об эмоциональных и поведенческих нарушениях у детей могут предоставить:

- **Дети и подростки:** жалобы на здоровье (проблемы с развитием, эмоциями и поведением, включая невнимательность, повторяющееся непослушание и агрессивное поведение).
- **Родители или лица, осуществляющие уход:** сообщения об избыточной активности ребенка/подростка, частых или сильных вспышках гнева, отказе от занятий или посещения школы.
- **Учителя:** обеспокоенность высокой отвлекаемостью ребенка/подростка, плохим поведением в классе, трудностями с выполнением заданий.
- **Медицинские или социальные работники:** сообщения о поведении ребенка/подростка, нарушающем общественные нормы или закон, о физической агрессии дома и в обществе.

Поведенческие нарушения

Поведенческие нарушения часто встречаются у детей и подростков. Они могут быть обусловлены временными стрессовыми факторами или свидетельствовать о более серьезных нарушениях. Некоторые дети отличаются крайне сложным и вызывающим поведением, выходящим за рамки возрастной нормы. Мальчики чаще, чем девочки, страдают от поведенческих нарушений. К наиболее распространенным поведенческим нарушениям относятся:

- оппозиционно-вызывающее расстройство (с. 636);
- расстройство поведения (с. 636);
- СДВГ (с. 673);
- РАС (с. 671).

Типичные признаки поведенческих нарушений

- Избыточная активность: постоянный бег, неспособность длительное время находиться в сидячем положении, ерзанье, чрезмерная разговорчивость.
- Избыточная невнимательность, рассеянность, постоянные переключение на другие занятия (с оставлением заданий невыполненными).
- Избыточная импульсивность: частое совершение необдуманных поступков.

- Неоднократное и устойчивое поведение, беспокоящее окружающих, например частые и сильные вспышки гнева, жестокость, постоянное и серьезное непослушание, воровство.
- Внезапные изменения поведения или отношений со сверстниками, включая раздражительность, разрыв отношений.

Эмоциональные нарушения

Эмоциональные нарушения и расстройства встречаются у детей любого возраста. Они характеризуются усиленной тревожностью, подавленностью или страхом и зачастую сопровождаются соматическими симптомами. Подобные расстройства могут оставаться незамеченными до начала подросткового возраста. К эмоциональным нарушениям относятся:

- Депрессия (с. 618), суицид или самоповреждение (с. 624).
- Тревожность (с. 628).
- Расстройства пищевого поведения.
- Нарушения сна (с. 643).
- Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (с. 767).
- Расстройства, связанные со стрессом.
- Диссоциативные расстройства.
- Соматоформные расстройства (с. 657).
- Шизофрения (с. 642).

Распространенные симптомы эмоциональных нарушений у детей разных возрастных групп

- **< 5 лет:** чрезмерная плаксивость, тяжелое переживание разлуки с родителями, недержание кала, сниженная инициатива в игре и социальном взаимодействии со сверстниками, нарушения сна и пищевого поведения.
- **6–12 лет:** необъяснимые, повторяющиеся физические симптомы (например, боль в животе, головная боль, тошнота), нежелание или отказ идти в школу, чрезмерная застенчивость, появление недержания мочи или кала.
- **13–18 лет:** перепады настроения, тревожность, волнение, трудности с концентрацией внимания, низкая успеваемость в школе, частое стремление остаться в одиночестве или дома.

- **Все возрастные группы:** сильный страх, боязнь или избегание определенных ситуаций или объектов (например, разлуки с родителями, социального взаимодействия, определенных животных/насекомых, высоты, замкнутых пространств, вида крови или травм), изменение режима сна или питания, снижение интереса к различным занятиям и участия в них, оппозиционное поведение или чрезмерное стремление к привлечению внимания.

Терапия

Обучение методам психологической самопомощи и поддержка ребенка/подростка

- Объясните ребенку, что эмоциональные нарушения встречаются часто и могут случиться с каждым. Расскажите, что при этом могут возникнуть необоснованные ощущения безнадежности и бессмысленности происходящего, которые чаще всего проходят при должной поддержке.
- Объясните ребенку, что при появлении мыслей о самоповреждении или суициде следует рассказать о них доверенному лицу и обратиться за помощью.
- Рассмотрите целесообразность обучения дыхательным упражнениям и методикам последовательного расслабления мышц.

При интенсивном и необоснованном страхе:

- Относитесь к чувствам и страхам ребенка/подростка с уважением.
- Вознаграждайте и хвалите ребенка за новый опыт.
- Помогите ребенку научиться справляться с трудными ситуациями постепенно, шаг за шагом. Например, если ребенок боится расставаться с опекуном, поощряйте ребенка к тому, чтобы он проводил все больше времени, играя в одиночку.
- Вместе с ребенком разработайте план действий по преодолению ситуации, вызывающей страх.
- Познакомьте ребенка со сверстниками, способными поддержать его, или подскажите проверенные онлайн-ресурсы.

Консультирование родителей или лиц, осуществляющих уход, о методах психологической помощи и воспитания детей

- Объясните родителям, что ребенка не следует укорять за его проблему.
- Объясните, что забота о ребенке с эмоциональными и поведенческими нарушениями/расстройствами может быть сложной, но при этом очень результативной.

- Хвалите лиц, осуществляющих уход, за старания и уступки.
- Помогите лицам, осуществляющим уход, сформировать реалистичные ожидания.
- Расскажите лицам, осуществляющим уход, что они могут сделать для поддержания психического здоровья их ребенка (с. 130).
- Оцените психосоциальное воздействие расстройства на лиц, осуществляющих уход, и предложите им психосоциальную поддержку.
- Поддержите семью в преодолении социальных и внутренних проблем:
  - — Разберите любую стрессогенную ситуацию в семье, например эмоциональную или поведенческую проблему.
  - — Помогите семье выявить свои сильные стороны и доступные ресурсы.
  - — Помогите семье получить надлежащую поддержку и ресурсы, необходимые для семейной жизни, трудовой/общественной деятельности и здоровья.
  - — Организуйте перерыв для лица, осуществляющего основной уход, путем кратковременной передачи заботы о ребенке доверенному лицу.
  - — Помогите опекунам, установить связь с людьми, столкнувшимися со схожими проблемами, для взаимной поддержки.

Взаимодействие с учителями и воспитателями

- Получите согласие от ребенка/подростка и опекуна и свяжитесь с учителем.
- Объясните, что психическое расстройство ребенка/подростка влияет на его обучение, поведение и участие в общественной жизни и что учитель также может помочь ребенку в некоторых аспектах.
- Дайте рекомендации и исследуйте стратегии, способствующие вовлечению ребенка в школьную деятельность, облегчению процессов обучения, участию в жизни общества.
- Если ребенок подвергается издевательствам, расскажите учителю о методах предотвращения травли.
- Если ребенок/подросток какое-то время не посещал школу, помогите ему как можно скорее вернуться к учебе, для чего создайте график реинтеграции с постепенным увеличением времени нахождения в школе. Порекомендуйте избегать опросов и контрольных работ на время реинтеграции.

7.21 Употребление психоактивных веществ и злоупотребление ими

Подростковый возраст – время экспериментов. Многие подростки пробуют табак, алкоголь и другие вещества (растительные и синтетические галлюциногены, «рекреационные» наркотики, летучие химические вещества). Мотивы могут быть различны: получение новых ощущений, стремление почувствовать себя взрослым, влиться в коллектив, сформировать социальные связи, бросить вызов взрослым, снять стресс, справиться с социальными или психическими проблемами, такими как тревожность или нарушения сна. Несмотря на то, что общество воспринимает алкоголь и табак как норму, их употребление несет определенные риски и негативные последствия для здоровья. Цель заключается в исключении потребления табака (курения, нюхания или жевания), поскольку он вызывает сильное привыкание и вредит здоровью, и других веществ. Несмотря на то, что употребление алкоголя принято в общественной культуре и разрешено с определенного возраста, его следует ограничивать. Чем меньше алкоголя – тем лучше.

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ

- Частые просьбы о назначении психоактивных препаратов, включая обезболивающие.
- Травмы.
- Редко: инфекции (ВИЧ/СПИД, гепатит С).

Неспецифические симптомы (также могут свидетельствовать о нарушениях психического здоровья):

- Поздние прогулки.
- Насилие и агрессия.
- Изоляция.
- Бесконтрольное поведение дома.
- Нарушения сна, утомляемость.
- Падение успеваемости и посещаемости школы.
- Финансовые проблемы.

Анамнез

Подростки, употребляющие психоактивные вещества или злоупотребляющие ими, не склонны спонтанно сообщать о своей привычке и сопутствующих проблемах. Во время посещений используйте любую возможность, чтобы спросить подростка об употреблении психоактивных веществ. Беседуйте с подростком наедине. Соблюдайте приватность и конфиденциальность. Оцените компетентность подростка и попросите его согласия (с. 788).

Проведите оценку образа жизни подростка (см. шкалу оценки HEADSSSS, с. 793). Также следует учитывать следующие данные:

- Причина и инициатор обращения: зачастую о проблеме сообщает не подросток, а родители, школьные медсестры, сотрудники полиции и работники социальных служб.
- Тип вещества (зачастую их несколько): дата начала употребления, частота приема, доза, тенденции к изменению дозы (увеличение, снижение, постоянная доза). Определите тип поведения при употреблении психоактивных веществ (таблица 110).
- Отношение к факту употребления психоактивных веществ .
- Мотивы к изменению стиля употребления; если он менялся, то когда и как.
- Опасное поведение: финансовые задолженности, воровство, прогулы, действия по приобретению вещества .
- Проблемы, приведшие к употреблению, например депрессия и тревожность.

Подростки часто меняют тип поведения при употреблении психоактивных веществ, причем как от более легких форм к тяжелым, так и наоборот.

Таблица 110. Тип поведения при употреблении психоактивных веществ

Режим употребления	Характеристики
Воздержание	Полный отказ от употребления
Экспериментальное употребление	• Временные эксперименты с новым веществом, типично для раннего подросткового возраста • Подростку не хватает опыта, чтобы оценить эффект психоактивного вещества (например, алкогольное опьянение) • Потенциальный вред: травмы, проявления насилия, незапланированный/небезопасный сексуальный контакт, алкогольная кома, ухудшение состояния из-за употребления наркотиков («бэд-трип») или проявление побочных эффектов
Рекреационное употребление (эпизодическое)	• Эпизодическое употребление психоактивных веществ: не еженедельно, по особым случаям, без среднесрочных негативных последствий • Потенциальный вред: то же, что и при экспериментальном употреблении
Проблематичное употребление (злоупотребление, опасное употребление)	• Частое употребление, например каждые выходные, каждый день • Склонность к риску, например вождение в пьяном виде или неумеренное употребление алкоголя • Данный тип употребления зачастую сопряжен с потенциальными или реальными последствиями для жизни подростка: рискованное или агрессивное поведение, травмы, низкая успеваемость, растрата или воровство денег, отдаление от сверстников и семьи, насилие, алкогольная кома
Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	• Безуспешные попытки прекратить или ограничить употребление • Затраты времени на поиск новой дозы • Развитие толерантности (для достижения желаемого эффекта требуется повысить дозу) и синдрома отмены, снимаемого только данным веществом (физическая зависимость) • Опасные последствия в разных областях жизни: низкая успеваемость в школе, неполучение профессиональных навыков, низкое качество семейной/общественной жизни, насилие, финансовые задолженности, физические и психологические проблемы

Исследования

НЕ ПРОВОДИТЕ анализ мочи на регулярной основе. Это не способствует выявлению случая и может негативно сказаться на отношениях между врачом и пациентом.

Терапия

При злоупотреблении психоактивными веществами требуется тщательное обследование пациента. Выбор терапевтических мер зависит от режима употребления (таблица 111).

Таблица 111. Лечение при употреблении психоактивных веществ и злоупотреблении ими

Режим употребления	Терапия
Экспериментальное употребление **Рекреационное употребление**	• Опросите пациента для выяснения причин употребления (с. 794)
Проблематичное употребление	• Опросите пациента для выяснения причин употребления (с. 794) • Способствуйте изменению среды: поощряйте изменения в окружении и деятельности подростка, не фокусируясь исключительно на его поведении • Обеспечьте психологическую поддержку. Если эффект от первоначальных кратковременных вмешательств отсутствует, рассмотрите возможность долгосрочного психосоциального лечения подростков с текущими проблемами, связанными с употреблением психоактивных веществ
Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	• Изменение среды для пациента (см. выше) • Направьте пациента на когнитивно-поведенческую терапию и индивидуальную психотерапию • Направьте семью на семейную терапию • Проведите лечение симптомов абстиненции, если таковые имеются • Рассмотрите возможность направления в специализированное учреждение

НЕ ОГРАНИЧИВАЙТЕСЬ советами и предупреждениями о рисках, связанных с употреблением наркотиков.

- Исследуйте возможные проблемы в социальной сфере или отношениях с близкими, которые могли стать причиной напряжения, тревожности, изоляции или высмеивания.
- Содействуйте вовлечению подростка в учебу или работу, а также в занятия, которые занимают свободное время подростка, например безопасные групповые занятия.

Консультирование

- Проконсультируйте родителей или лиц, осуществляющих уход, и порекомендуйте им:
  - — Усилить надзор и быть в курсе, где и с кем находится ребенок, чем занимается, когда вернется домой.
  - — Рассказывать детям с раннего подросткового возраста об употреблении табака, алкоголя и других психоактивных веществ и узнавать их точку зрения на употребление.
  - — Обсуждать влияние сверстников/информационной среды и важность самостоятельного принятия решения с учетом собственных интересов.
  - — Рассказывать о собственных взглядах на прием психоактивных веществ.
  - — Отслеживать признаки употребления психоактивных веществ, при выявлении – обсудить проблему и при необходимости совместно обратиться в медицинское учреждение.
- Проконсультируйте подростка и порекомендуйте ему:
  - — Обдумать порядок действий, если сверстники настаивают на употреблении табака, алкоголя или других психоактивных веществ.
  - — Обратиться к друзьям, родителям или другим доверенным взрослым людям, если кто-то предлагает ему психоактивные вещества.
  - — Обратиться за помощью к друзьям, родителям или другим доверенным взрослым людям при начале злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами.
  - — Избегать вождения автомобиля, мотоцикла и велосипеда под воздействием алкоголя или других психоактивных веществ. Найти трезвого водителя или вызвать такси для возвращения домой или остаться на ночь по месту пребывания.

Направления

При необходимости направьте пациента на детоксикацию или в доступный стационар для прохождения лечения в тяжелом случае.

Последующее наблюдение

Регулярно проверяйте пациента на наличие признаков употребления психоактивных веществ, поскольку режим употребления может меняться со временем.

7.22 Проблемы, связанные с пользованием интернетом и социальными сетями

Интернет и социальные сети (информационно-коммуникационные технологии, ИКТ) стали неотъемлемой частью повседневной жизни детей и подростков по всему миру. Разница между рекреационным и вредным использованием интернета и социальных сетей заключается не только в количестве проводимого в них времени.

Анамнез

Беседуйте с подростком наедине. Соблюдайте приватность и конфиденциальность.

Воздерживайтесь от осуждения и попросите ребенка/подростка подумать над следующими вопросами:

- Как и для каких целей они используют ИКТ.
- Как много времени отнимают ИКТ.
- Как ИКТ влияют на семейную жизнь, успеваемость в школе, здоровье, режим сна, физическую активность и отношения со сверстниками.
- Каковы положительные и отрицательные аспекты их поведения в сети.

Оцените тип использования ИКТ (рекреационное/проблематичное):

Рекреационное использование подразумевает сохранение спортивной и социальной деятельности и акцентирование на полезных аспектах ИКТ:

- Стимулирование и получение удовольствия.
- Поиск информации и советов.
- Работа над школьными заданиями.

- Выстраивание сети контактов и общение.
- Для некоторых детей – общение с людьми, живущими с аналогичными хроническими заболеваниями или в похожей трудной ситуации.
- Исследование мира и общества, поиск новых интересов.

Проблематичное использование ИКТ может быть как симптомом, так и причиной ухудшения психического здоровья.

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ

Проблематичное использование ИКТ сопряжено с опасными занятиями:

- Высказывания и обмен сообщениями сексистского и расистского характера.
- Посещение сайтов с материалами, содержащими жестокость, насилие, или порнографических.
- Бравирование незаконными действиями или самоповреждением.
- Кибербуллинг: травля в интернете и социальных сетях.
- Отправка или получение сообщений, изображений и видео откровенно сексуального характера.
- Груминг: установление эмоциональной связи с взрослыми, намеревающимися вовлечь ребенка в производство порнографии, сексуальное насилие, занятие эксгибиционизмом или проституцией.

Возможная опасность использования интернета для здоровья:

- Утомляемость, нарушения сна (ночное использование дисплеев или мобильных устройств).
- Низкая успеваемость в школе.
- Изоляция из-за долгого времяпрепровождения в сети и избегания общения со сверстниками, семьей, занятий спортом и общественной деятельностью.
- Конфликты с родителями из-за пользования ИКТ.
- Психологические проблемы (например, из-за травли).
- Изменение пищевого поведения (потребление нездоровой пищи за компьютером).
- Ожирение или боли в спине из-за низкой физической активности.
- Привыкание.

Терапия

- Оцените психосоциальное воздействие расстройства у ребенка/подростка на лиц, осуществляющих уход, и предложите им психосоциальную поддержку.
- Порекомендуйте ребенку/подростку обратиться к доверенному взрослому при подозрении на обман, втирание в доверие, травлю, кражу персональных данных или при получении неприемлемого контента (насилие, жестокость).
- Порекомендуйте ограничить время рекреационного использования ИКТ в соответствии с возрастом (с. 119).
- При злоупотреблении ИКТ:
  - Опросите пациента для выяснения причин злоупотребления (с. 794) и оказания помощи в изменении привычек.
  - Рассмотрите возможность совместного обсуждения проблемы с родителями для выработки компромиссного решения.
- Порекомендуйте родителям или опекунам:
  - Регулярно контролировать использование ИКТ. Пока ребенку не исполнится 14–15 лет, им следует знать, зачем и как он использует интернет и социальные сети.
  - В идеальном случае до этого возраста детям не следует иметь компьютер в комнате.
  - Придерживаться открытой позиции и договариваться о времени использования ИКТ, давая ребенку немного самостоятельности.
  - Ознакомиться с ИКТ и попросить ребенка показать, как он играет на смартфоне или компьютере: это облегчит обсуждение темы.

Последующее наблюдение и направление на лечение

Следите за развитием ситуации. Сильная зависимость от ИКТ зачастую сопряжена с нарушениями психического состояния (например, со злоупотреблением психоактивными веществами) и требует психотерапевтической помощи и квалифицированной семейной терапии.

7.23 Потребности в паллиативной помощи

Паллиативная помощь подразумевает всестороннюю заботу о теле, разуме и духе ребенка и помогает пациентам сохранять максимальную активность до самой смерти. Это касается не только детей в последние дни их жизни, но и всех детей, живущих с долгосрочными физическими, психологическими, социальными или духовными последствиями тяжелых, сложных или ограничивающих жизнь заболеваний. Паллиативная помощь начинается на ранней стадии диагностики и обеспечивает поддержку пациента и семьи на протяжении всего заболевания, а также поддержку членов семьи после смерти ребенка.

В паллиативной медицинской помощи могут нуждаться дети с широким спектром состояний:

- Злокачественные новообразования: после неудачного лечения; лейкемии с кровотечениями, обусловленными нарушением свертываемости крови, опухоли головного мозга.
- Врожденные заболевания или аномалии, например дисфункции жизненно важных органов, недоношенность с респираторным дистресс-синдромом, перинатальная асфиксия с повреждением мозга, нарушения нейроразвития.
- Травмы: серьезные травмы головы, ожоги.
- Тяжелые инфекции: ВИЧ/СПИД, лекарственно-устойчивый туберкулез, менингит.
- Генетические заболевания (трисомии 13 и 18).
- Неполноценное питание.

Как можно раньше выявляйте любые мучительные состояния, вызванные тяжелой или жизнеугрожающей патологией или травмой.

Терапия

Предоставление паллиативной помощи детям и подросткам требует широкого междисциплинарного подхода, который предусматривает участие семьи и использует доступные ресурсы сообщества, даже когда они ограничены. Помощь можно получить в больницах, в центрах общественного здравоохранения и на дому. Дети с ограничивающими или угрожающими жизни состояниями и их семьи имеют ряд особых потребностей, которые могут различаться в зависимости от заболевания.

Целью паллиативной помощи является достижение наилучшего качества жизни пациентов и их семей.

Координация медицинской помощи

- Координируйте уход с многопрофильной бригадой и при необходимости направляйте ребенка к специалистам (врачам паллиативной помощи, специалистам по лечебной физкультуре, психологам), чтобы обеспечить эффективное облегчение симптомов и оказать психологическую, эмоциональную и духовную поддержку.
- Предоставьте приспособления для дома и оборудование для улучшения мобильности (например, инвалидные коляски). Оцените необходимость переезда в более подходящее жилье, чтобы снизить нагрузку на семью.

Установите хороший контакт с детьми и их семьями

- Сообщите семье прогноз заболевания в неофициальной личной беседе.
- Будьте честны и открыты: вселяйте и поддерживайте надежду, но не ложные ожидания.
- Общайтесь с ребенком в соответствии со стадией его развития.
- Прислушивайтесь к ребенку и его семье. У них могут быть опасения по поводу будущего, лечения, братьев и сестер, расходов и трудностей, связанных с пребыванием в больнице.
- Обратите внимание на их представления о болезни, а также на их страхи и опасения. Члены семьи могут задавать вопросы: «Есть ли в этом наша вина? Что если бы мы начали лечение раньше?» Ребенок может интересоваться: «Как мои родители справятся?» Брат или сестра могут прийти к выводу: «Я вызвал это, когда мы поссорились, я пожелал ему смерти».
- Разберитесь с ложными представлениями о болезни.
- Разъясните природу заболевания и методы его лечения, обоснуйте необходимость проведения частых анализов крови и обследований, а также важность последующего наблюдения.
- Предложите различные варианты, где пациент может получить паллиативный уход и где он может встретить смерть.

Эмоциональная, психологическая и духовная поддержка

В то время как некоторые могут считать обнадеживающими разговоры о своих убеждениях и ценностях, другим это может быть трудно, особенно в конце жизни.

- Обеспечьте эмоциональную, психологическую и духовную поддержку ребенку, родителям, братьям и сестрам на протяжении всего периода болезни и во время траура после смерти ребенка.
- Выявите детей, имеющих экзистенциальные и духовные проблемы. Обеспечьте своевременную и адекватную поддержку, например связь с группами поддержки.
- Убедите родителей, что нет ничего плохого в принятии помощи от семьи или общества в уходе за ребенком. Братья и сестры также нуждаются в их поддержке, любви, внимании и времени.

Помощь в терминальном периоде жизни

Искусство помощи в терминальном периоде жизни заключается в понимании, когда следует поменять цель и скорректировать лечение, а также в постановке реалистичных, но разнообразных целей. Цели меняются по мере прогрессирования болезни: сначала может существовать надежда на излечение, но по мере ухудшения состояния семья начинает рассчитывать на комфортные условия и хорошее качество жизни, какой бы короткой она ни была. Помогите ребенку справиться с его положением и насладиться остатком жизни. Умирающему ребенку необходимо общаться с братьями, сестрами и друзьями, играть и разговаривать с ними, поэтому создавайте благоприятные условия для этого.

Поддержка родителей или лиц, осуществляющих уход, в связи со смертью ребенка

- Обсудите все организационные вопросы, которые придется решить после смерти ребенка, и предоставьте им письменную информацию по следующим пунктам:
  - — уход за телом умершего;
  - — соответствующие юридические аспекты (участие судмедэксперта и контрольной комиссии по детской смертности, регистрация смерти);
  - — организация похорон;
  - — посмертное исследование (если будет проводиться).

- Запланируйте оказание поддержки семье, потерявшей ребенка.
- При необходимости составьте план наблюдения за семьей после утраты.

Обеспечение питания и профилактика обезвоживания

Энтеральное питание через зонд или использование внутривенных жидкостей могут существенно влиять на процесс ухода. Их использование может быть бременем для детей и подростков, а также может означать изменение места, где за ними ухаживают и где они встретят смерть.

- Обсудите с ребенком и его родителями или лицами, осуществляющими уход, как удовлетворять потребности в жидкости и питании.
- Мотивируйте ребенка или подростка пить и есть, когда появляется желание.
- Обеспечьте уход за губами и полостью рта.
- Если ребенок или подросток не может пить, обсудите, будет ли целесообразным начать или продолжить энтеральное питание через зонд или внутривенное введение жидкостей.
- Питание через назогастральный зонд или внутривенные инфузии являются неприятными процедурами, поэтому используйте их только в том случае, если клиническая польза перевешивает дискомфорт.
- Регулярно пересматривайте решение продолжать энтеральное питания через зонд или использование внутривенных жидкостей или питания вместе с ребенком и семьей.

Лечение распространенных симптомов

Проводите профилактику и старайтесь облегчить наиболее распространенные симптомы, связанные с тяжелым или угрожающим жизни заболеванием или травмой:

- Регулярно проверяйте наличие распространенных симптомов, связанных с тяжелым или угрожающим жизни заболеванием или травмой.
- Организуйте лечение и корректируйте его таким образом, чтобы дети могли оставаться в домашних условиях (см. далее).

- Пересматривайте необходимость всех назначенных лекарственных средств, так как они часто вызывают побочные эффекты. Выбирайте лечение пероральными препаратами, когда это возможно.
- Лечите то, что поддается лечению: само заболевание может вызывать симптомы, например сдавливание нервов, обструкцию кишечника или мочевого пузыря, которые будут реагировать на химиотерапию.
- Обеспечьте уход, ориентированный на пациента: выясните, какие симптомы и опасения беспокоят ребенка или подростка больше всего.
- Попросите ребенка, родителей или лиц, осуществляющих уход, составить список всех симптомов и проблем, связанных с приемом лекарственных средств, для выбора направления лечения.

Боль

Ребенок не должен страдать от боли при движении и в покое.

- Оцените и лечите слабую, умеренную и сильную боль (с. 595).
- Дайте рекомендации по немедикаментозным методам контроля боли (с. 599).
- Рассмотрите вероятность указанных ниже причин боли и страданий, которые могли остаться незамеченными, особенно у детей, которые не могут о них сообщить:
  - нейропатическая боль (при онкологических заболеваниях);
  - боли в желудочно-кишечном тракте (при диарее или запоре);
  - боль в мочевом пузыре (при задержке мочи);
  - костно-мышечные боли (при заболеваниях обмена веществ);
  - пролежни;
  - головная боль (при повышенном внутричерепном давлении);
  - костно-мышечные боли (при неврологических нарушениях);
  - зубная боль.

Тошнота, рвота

- В первую очередь лечите основную причину.
- Введите галоперидол (перорально, в/в или п/п, с. 964). Другими вариантами являются флуоксетин (или другие селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, например сертралин или циталопрам),

дифенгидрамин, метоклопрамид, антагонисты ацетилхолина, кортикостероиды и низкие дозы бензодиазепина.

Запор

- Дайте рекомендации по питанию и обеспечьте прием достаточного количества жидкости.
- Дайте слабительное (дозировки см. в приложении 4):
  - Младенцы 1–12 месяцев: изоосмотическое слабительное (полиэтиленгликоль) или лактулоза.
  - Дети: изоосмотическое слабительное (полиэтиленгликоль) или смазывающее средство (вазелиновое масло). НЕ НАЗНАЧАЙТЕ вазелиновое масло детям с риском аспирации, например при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, нарушении глотания.
  - В случаях нарушения моторики желудочно-кишечного тракта, например у лежачих пациентов, при нейродегенеративных заболеваниях или в связи с приемом лекарственных средств: стимулирующие слабительные (бисакодил или сенна).
  - При начале лечения морфином: стимулирующие слабительные (бисакодил или сенна) и размягчители стула (лактулоза, сорбитол или полиэтиленгликоль).
- Обрабатывайте анальные трещины вазелином, чтобы облегчить боль.

Дыхательная недостаточность, одышка или шумное дыхание

- Дайте рекомендации по дыхательным упражнениям.
- Оцените и лечите основную причину:
  - Про выделения и беспокойство см. ниже.
  - Физический дискомфорт: определите причину (например, положение тела) и по возможности устраните ее.
  - Окружающая среда: создайте тихую и спокойную атмосферу, скорректируйте температуру, используйте вентилятор, чтобы охладить лицо.
  - Густые выделения: дайте распыленный физиологический раствор (0,9% NaCl).
  - Медицинские состояния, например пневмония, сердечная недостаточность, сепсис или ацидоз: рассмотрите возможность соответствующего лечения, например ИКС, бронхолитические средства и муколитики при бронхиальной обструкции.

- Если диспноэ вызывает дискомфорт, особенно в конце жизни, дайте морфин (не распыляемый) и бензодиазепин. Рассмотрите возможность применения кислорода.
- Рассмотрите возможность направления к физиотерапевту.

Кашель

- Рекомендуйте дыхательные упражнения, разное положение тела (кашель стоя или сидя может быть более эффективным).
- Рассмотрите следующие возможности:
  - — ингаляция физиологическим раствором (0,9% NaCl);
  - — применение декстрометорфана или носкапина;
  - — применение морфина, если кашель вызывает дискомфорт;
  - — направление на физиотерапию при продуктивном кашле.

Выделения или хрипы

- Рассмотрите следующие возможности:
  - — смена положения тела (переворачивание пациента на бок);
  - — аспирация секрета из дыхательных путей;
  - — физиотерапия;
  - — применение антисекреторных препаратов, например бутилбромида гиосцина.

Кровотечения и анемия

Лечение зависит от тяжести и основной причины и может включать десмопрессин, транексамовую кислоту, витамин К, свежезамороженную плазму или рекомбинантный фактор VII.

- Носовые кровотечения: ксилометазолин местно (см. приложение 4, с. 985) или направьте к отоларингологу для местной коагуляции
- Анемия (гемоглобин < 5,0 г/дл): переливание крови.

НЕ НАЗНАЧАЙТЕ витамины, пищевые добавки и эритропоэтин.

Зуд

- Охладите кожу.
- Рассмотрите возможность применения дифенгидрамина (или других антигистаминных средств, например дименгидрината, хлорфенирамина, циклизина) или флуоксетина (или иных селективных

ингибиторов обратного захвата серотонина, например сертралина, циталопрама). Дозировки см. в приложении 4.

- Выбор методов терапии в дальнейшем будет зависеть от причины патологии.

Судороги

- Проведите терапию предшествующих симптомов или устраните потенциальные триггеры: лихорадка, нарушение электролитного баланса, реакции на лекарственное средство, недостаток сна, боль, избыточная внешняя стимуляция.
- Убедитесь, что лица, осуществляющие уход, знают порядок применения противосудорожных препаратов (например, мидазолам в трансбуккальной форме), если приступ происходит дома (см. таблицу 12, с. 858).

Утомляемость, слабость

- Проведите терапию причин и сопутствующих состояний и заболеваний, таких как анемия, обезвоживание, истощение, астма, инфекционные заболевания, депрессия.
- Отмените препараты, в число побочных эффектов которых входит утомляемость.
- Поощряйте лежачих больных регулярно вставать с постели.
- Обратитесь к физиотерапевту для разработки программы упражнений и психологу для проведения психотерапии и организации поддержки.

Нарушения сна

- Поддерживайте правильный режим сна и избегайте применения стимуляторов.
- Расскажите о способах установления режима сна и методах расслабления.
- Рассмотрите возможность назначения мелатонина (дозировки см. на с. 968) или краткосрочного курса бензодиазепинов (клоназепам) для лечения нарушений сна.

Тревожность, депрессия, экзистенциальные переживания и душевные страдания

- Поговорите с пациентом, ободрите его, расскажите о техниках расслабления, отвлечения, дыхательной гимнастики и управляемого воображения.
- Рассмотрите целесообразность применения анксиолитиков (например, лоразепама или мидазолама), флуоксетина (или иных селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, например сертралина, циталопрама), амитриптилина.
- Окажите психологическую, эмоциональную и духовную поддержку. По возможности организуйте помощь психолога или духовного наставника в соответствии с убеждениями семьи.

Возбуждение, спутанность сознания, делирий

- Определите наличие медицинской или психологической патологии и при необходимости начните лечение.
- Ободрите пациента, отвлеките его, поддерживайте физический контакт (объятия и прикосновения).
- Создайте спокойную и комфортную атмосферу: говорите спокойно, приглушите свет и звуки, установите комфортную температуру воздуха, окружите пациента знакомыми объектами и людьми, включите расслабляющую музыку.
- По запросу организуйте поддержку религиозного/духовного наставника.
- Рассмотрите возможность назначения галоперидола или бензодиазепинов (мидазолам, диазепам или лоразепам). Начните с малой дозировки и увеличивайте ее по необходимости (дозировки см. в приложении 4).

Для заметок

РАЗДЕЛ 8

Здоровье подростков

8.1	**Развитие подростка**	**786**
8.2	**Компетентность, согласие и конфиденциальность**	**788**
8.3	**Диагностические подходы к подростку**	**790**
8.4	**Подросток с задержкой полового созревания**	**796**
8.5	**Подросток, обеспокоенный вопросами сексуального и репродуктивного здоровья**	**800**
8.5.1	Оценка здоровья половой и репродуктивной системы	800
8.5.2	Сексуальное образование и консультирование	802
8.5.3	Контрацепция	804
8.6	**Подросток, сообщивший о незащищенном половом акте**	**808**
8.6.1	Экстренная контрацепция	809
8.6.2	Профилактика после контакта с ВИЧ-инфицированным	811
8.6.3	Инфекции, передаваемые половым путем	814
8.6.4	Беременность	820
8.6.5	Аборт	823
8.7	**Девушка-подросток с нарушениями менструального цикла**	**828**
8.7.1	Гиперменорея	830
8.7.2	Дисменорея	830
8.7.3	Аменорея	831
8.8	**Подросток с поражениями кожи**	**832**
8.9	**Подросток с эмоциональными и поведенческими нарушениями**	**834**
8.10	**Подросток с хроническими патологиями**	**836**

В этой главе рассматриваются **патологии, специфичные для подросткового периода**. Прочие патологии, возникающие в детском и подростковом возрасте, описаны в предыдущих главах настоящего справочника.

8.1 Развитие подростка

Подростковый возраст – это период жизни между детством и взрослостью, с 10 до 19 лет. Это уникальный этап развития человека и важное время для закладывания основ хорошего здоровья. Подростки находятся в процессе быстрого физического, когнитивного и психосоциального развития. Это влияет на их чувства, мышление, принятие решений и взаимодействие с окружающим миром. Для данного возраста характерно наличие конкретных потребностей, и в этот период оказание медицинской помощи становится особенно трудной задачей для всех медицинских работников.

Подростковый возраст можно разделить на три основных этапа (см. таблицу 112):

- В раннем подростковом возрасте все внимание сосредоточено на росте и изменениях, связанных с половым созреванием.
- В среднем подростковом возрасте проявляется стремление к уединению и независимости от родителей или опекунов.
- На позднем этапе у подростка формируется более стабильная личность и повышается производительность когнитивных процессов более высокого порядка, например планирования и критического мышления.

В подростковом возрасте идет процесс созревания мозга, позволяющий подростку мыслить более абстрактно, комплексно и быстро. Развитие мозга и способности понимать последствия своих решений или действий продолжается в раннем взрослом возрасте.

Не забывайте:

- Все подростки развиваются с разной скоростью. Подростки одного возраста могут находиться на совершенно разных этапах биопсихосоциального развития.
- Физическая и психосоциальная зрелость не являются синонимичными понятиями.
- Каждого подростка следует рассматривать как уникальную личность и проявлять заботу о нем с учетом этого факта, каждый аспект его/ее биопсихосоциального развития следует оценивать надлежащим образом.

Таблица 112. Этапы развития подростка

	Ранний (10–13 лет)	**Средний (14–16 лет)**	**Поздний (17–19 лет)**
Физическое развитие	**Девочки:** развитие молочных желез и появление лобковых волос (стадия 2 по шкале Таннера), начало скачка роста, первая менструация (Стадия 4)	**Девочки:** половое созревание в переходной фазе от средней к поздней (стадия 4-5), завершение роста, первая менструация (стадия 4), формирование женской фигуры с определенным расположением жировой ткани	Дальнейшая перестройка мозга, продолжение минерализации костной ткани
	Мальчики: увеличение яичек; начало увеличения половых органов (стадия 2)	**Мальчики:** средняя фаза полового созревания (стадия 3–4); первая эякуляция и ночные поллюции; ломка голоса; начало скачка роста (стадия 3–4)	**Мальчики:** завершение полового развития (стадия 5 по шкале Таннера); продолжение влияния андрогенных гормонов на развитие мышечной массы и появление волос на теле
Психологическое/ когнитивное развитие	Мышление остается конкретным, происходит развитие первых нравственных представлений, формирование сексуальной ориентации	Появление абстрактного мышления, развитие вербальных способностей, адаптация к возрастающим требованиям образовательного процесса	Сложное абстрактное мышление, повышение контроля импульсивных действий

	Ранний (10–13 лет)	Средний (14–16 лет)	Поздний (17–19 лет)
Социальное развитие	Осознание своих отличий от родителей и начало выраженной идентификации себя среди сверстников, раннее исследовательское поведение	Эмоциональное отделение от родителей и продолжение выраженной идентификации себя среди сверстников, непринятие авторитетов, исследовательское и рискованное поведение, появление полового влечения, первые размышления о профессиональном будущем	Развитие социальной автономности, появление близких отношений, развитие профессиональных возможностей

8.2 Компетентность, согласие и конфиденциальность

При оказании помощи подросткам необходимо соблюдать три принципа, закрепленных в КПР ООН (с. 5):

- **Оценка компетентности**

  Компетентность – это юридическое понятие, гарантирующее право на принятие независимого решения (например, без разрешения третьей стороны – родителей или опекунов). Если компетентность – это юридический термин, то дееспособность – это клиническое понятие. Оно заключается в способности сформировать мнение и принять информированное и независимое решение, в особенности в отношении здоровья и оказания медико-санитарной помощи. Способность детей и подростков принимать решения развивается с возрастом: по мере развития когнитивных функций они могут начать принимать самостоятельные решения по более сложным вопросам. Некоторые государства устанавливают возрастной ценз на компетентность подростков (чаще всего 14, 15 или 16 лет), но в остальных странах оценку компетентности проводят медицинские работники. В некоторых случаях медицинский работник может заявить, что подросток способен принять решение в собственных интересах до достижения возраста, указанного в национальном законодательстве как возраст правоспособности.

- Ознакомьтесь с нормативной базой, установленной в отношении оказания медико-санитарной помощи в вашей стране.
- Установите доверительные отношения с подростком.
- Оцените компетентность подростка и его способность принимать решения. Оцените способность подростка:
  - понимать различные аспекты сложившейся ситуации;
  - делать выбор между разными вариантами и оценивать их различия;
  - понимать последствия различных решений.
- Проводите регулярную оценку когнитивных навыков подростка, поскольку они могут развиться за время между приемами.

Получение согласия

Согласие означает официально выраженное (обычно в письменном виде) разрешение на какое-либо медицинское вмешательство, например вакцинацию, плановую операцию, а также на выбор или завершение лечения. Даже если подросток признан недостаточно зрелым для принятия решения, необходимо спрашивать его мнение и получать одобрение любых решений, принимаемых от его имени родителями или опекунами: этот процесс называется «получение согласия недееспособного лица».

- Активно вовлекайте подростка в принятие любых решений, касающихся его или ее здоровья и лечения.
- Предоставьте материалы, объясняющие решение, и убедитесь, что подросток понял все возможные последствия («информированное согласие»).
- Обсудите все аспекты ситуации и рассмотрите все решения, которые будет необходимо принять.
- Учитывайте предпочтения подростка относительно лечения, насколько это возможно, особенно в случае хронических заболеваний.

▶ **Гарантия конфиденциальности**

Многие подростки не будут делиться информацией о половой жизни, употреблении психоактивных веществ или рискованном поведении, пока не убедятся, что медицинский работник будет хранить информацию в тайне. Поэтому крайне важно обеспечить конфиденциальность. Если существует прямая угроза жизни пациента или других лиц, например в случае жестокого обращения с ребенком, врачебная тайна может быть нарушена.

- Уважайте частную жизнь и обеспечивайте конфиденциальность.
- Изучите правовые и этические ограничения, связанные с конфиденциальностью.
- При каждом визите уточняйте, что обсуждение носит конфиденциальный характер.
- Расскажите, при каких обстоятельствах родителям или другим взрослым может быть предоставлена информация.
- Побуждайте подростков делиться информацией с родителями или опекунами.
- В конце консультации обсуждайте, какую информацию можно раскрывать родителям, а какую нет, и почему.

8.3 Диагностические подходы к подростку

Оказание медицинской помощи подростку – уникальный процесс, учитывая важность поддержки пациента в его стремлении к самостоятельности и обеспечения неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности.

С определенного возраста все должны проходить индивидуальное консультирование, чтобы обеспечить определенную степень конфиденциальности и поддержать их стремление к независимости. В мире этот возраст начинается с 12 лет, в Казахстане — с 16 лет. Подростки могут не раскрывать информацию, касающуюся деликатных вопросов, в присутствии родителей или опекунов.

При сборе анамнеза и обследовании подростка:

▶ Ищите баланс между потребностью подростка в самостоятельности и необходимостью участия родителей или опекунов, особенно в раннем и среднем подростковом возрасте.

- Варьируйте степень вовлеченности родителей в соответствии с уровнем развития и желаниями подростка.
- Объясните подросткам всех возрастов и их родителям или опекунам принципы неприкосновенности частной жизни, конфиденциальности, а также поясните необходимость проведения консультации наедине с подростком.
- Подросток может прийти без родителей или опекунов (и может отказаться от посещения с родителями). Всегда выслушивайте и поддерживайте подростков, даже если они приходят без родителей или опекунов. Оцените компетентность (с. 788) и обеспечьте вовлеченность опекунов, насколько это возможно.

Сбор анамнеза

Консультирование всех подростков в возрасте от 12 лет **следует проводить наедине**, чтобы предоставить им определенную степень конфиденциальности и поддержать их стремление к самостоятельности. Подростки могут неохотно раскрывать информацию по деликатным вопросам в присутствии родителей или опекунов.

Начните собирать анамнез, сосредоточив внимание на причине визита и первоначальной проблеме, которую выявил и озвучил подросток.

Затем, если родители или опекуны присутствуют, спросите, что они думают о ситуации и о любых особых трудностях или симптомах, не обязательно связанных с причиной визита. Кроме того, если позволяет время и стадия развития пациента, проведите оценку состояния здоровья и образ жизни с использованием алгоритма **HEEADSSSS** (с. 793), чтобы решить проблемы, связанные с воздействием окружающей среды или рискованным поведением.

Соблюдайте следующие принципы, чтобы подросток чувствовал себя комфортно и смог построить доверительные отношения:

ПРАВИЛЬНО

- Представьтесь, поприветствуйте подростка и каждого родителя или опекуна, если они присутствуют. Уточните, кто инициировал проведение консультации и согласен ли на нее подросток.
- Задавайте вопросы, требующие развернутого ответа, и внимательно слушайте, не перебивая.
- Обращайте внимание на чувства и признавайте их. Важно быть внимательным, заинтересованным, искренним и чутким.
- Если подросток раскрывает важную и значимую для него информацию, поблагодарите его за доверие.
- Говорите понятно и просто, без специальных терминов. Убедитесь, что подросток понял сказанное вами.
- Обобщите информацию для подтверждения, что она была правильно понята.
- Адаптируйте свои вопросы к возрасту и развитию подростка.
- Спросите подростка, есть ли у него какие-либо опасения по поводу внешнего вида и функций тела, и выглядят ли с его точки зрения лобковые волосы, грудь и гениталии «нормально».
- Поддерживайте взаимопонимание: соблюдайте комфортную дистанцию, установите зрительный контакт, старайтесь держаться с подростком на равных, насколько это возможно.

НЕПРАВИЛЬНО

- Не начинайте консультацию со слишком прямолинейных вопросов о глубоко личных проблемах (например, о половой жизни, рискованном поведении, употреблении психоактивных веществ).
- По возможности не ведите разговор, сидя за столом, и никогда не разговаривайте стоя, из положения сверху вниз. Вместо этого сядьте рядом с подростком, оставив немного свободного места.
- Не делайте заметки на компьютере во время сбора анамнеза.
- Не задавайте вопросов, которые могут быть истолкованы как обвинение или осуждение.

Укрепление здоровья и профилактика в подростковом возрасте также должны быть сосредоточены на правильном поведении и образе жизни: привычки, приобретенные в подростковом возрасте, оказывают долгосрочное влияние на здоровье (питание, физическая активность, употребление психоактивных веществ).

Аббревиатуру **HEEADSSSS** полезно иметь в виду при анализе образа жизни подростка (поведение, привычки и окружение), поскольку алгоритм может помочь охватить все важные аспекты (таблица 113):

Таблица 113. Оценка с использованием алгоритма HEEADSSSS

H [home] Дом	• Домашние условия: где, как и с кем живет подросток? Собственная комната? Делит комнату с братьями/сестрами?
E [education/ employment] Образование/ трудоустройство	• Оценки и интерес к школьным занятиям • Школьная среда • Отношения с учителями/сверстниками • Профессиональные планы, занятость
E [eating habits] Пищевые привычки	• Количество приемов пищи в день, рацион • Особая диета, нежелательные явления (с. 651)
A [activities] Занятия	• Отношения со сверстниками • Спорт, занятия, встречи с друзьями • Сон (режим и отклонения от потребностей)
D [drugs] Лекарственные и другие зависимости	• Используемые лекарственные средства • Немедицинское употребление лекарственных средств/ злоупотребление психоактивными веществами (с. 767) • Зависимость от интернета, видеоигр или онлайн-игр
S [sexuality] Сексуальная жизнь	• Сексуальная ориентация и гендерная идентичность • Сексуальность и половая жизнь; сексуальное многообразие; безопасный секс; эксперименты; фантазии; нежелательные явления (с. 802)
S [suicide and mental health] Склонность к суициду и психическое здоровье	• Бессонница, изменение аппетита • Низкая самооценка • Нарушение восприятия схемы тела или дискомфорт • Депрессия (с. 618), тревога (с. 628), суицидальные мысли (с. 624)
S [security] Безопасность	• Использование защитных приспособлений (например, ремни безопасности, шлем) • Рискованное поведение (вождение в нетрезвом виде) • Возможное жестокое обращение и насилие • Травмы в прошлом
S [social media] Социальные сети	• Кибербезопасность и кибербуллинг • Социальные сети и использование интернета, видео- и онлайн-игры (с. 772)

Консультирование и мотивационное интервьюирование

Любая консультация подростка предоставляет **возможность профилактического консультирования или вмешательства**. Будьте готовы провести консультацию с использованием мотивационного интервьюирования (см. ниже) и помочь подростку преодолеть сложные медицинские проблемы или ситуации.

Соотносите любой совет, касающийся образа жизни, лекарственных препаратов или другого лечения, со способностью юного пациента предвидеть долгосрочные результаты своего поведения в отношении здоровья. В раннем подростковом возрасте подростку может быть сложно осознать долгосрочные угрозы здоровью, например связь рака легких и курения сигарет.

Используйте мотивационное интервьюирование как метод консультирования при работе с подростками, поскольку оно направлено на повышение личной самостоятельности и изменение поведения путем активного вовлечения юного пациента в решение его или ее ситуации. Это позволяет отдельному подростку определить проблему, выразить обеспокоенность и предложить решение.

Ключевые принципы мотивационного интервьюирования:

- Слушайте и проявляйте сочувствие.
- Помогите подростку выявить любые изменения, которые необходимо внести, или проблемы, которые необходимо решить.
- Определите, насколько подросток готов к изменению поведения (по шкале от 1 до 10) и что может повысить готовность к переменам.
- Помогите увидеть разрыв между положением, в котором находится пациент, и положением, в котором он хочет находиться.
- Не говорите подростку, что нужно делать, пусть подросток скажет вам, что необходимо изменить.
- Изучите плюсы и минусы изменения модели поведения.
- Если готовность к поведенческим изменениям высока: договоритесь о конкретных, реалистичных первых шагах и временных рамках для последующего наблюдения.
- Замечайте усилия и прогресс и хвалите.
- По возможности и только с разрешения подростка поделитесь результатами обсуждения с родителями и опекунами.

Подход к подростку при физикальном обследовании

Если подросток выразит такое желание, проведите физикальное обследование без присутствия родителя или опекуна. Рассмотрите возможность присутствия в кабинете медицинского работника того же пола. Некоторые родители или опекуны могут неохотно покидать кабинет. Объясните, что это рутинная процедура, необходимая для оказания наилучшей помощи их ребенку, и заверьте, что предоставите любую необходимую информацию.

- Проводите обследование в отдельной комнате с комфортной температурой.
- Получите согласие подростка (с. 789).
- Разъясните характер и цель обследования и расскажите, что собираетесь делать.
- Позвольте подростку участвовать, например дайте послушать стук его/ее сердца.
- Начните с менее инвазивных процедур (например, измерения роста, артериального давления) и постепенно переходите к более личным и деликатным.
- Оцените стадию физического и полового созревания подростка (с. 796), телосложение и внешний вид – все эти факторы могут влиять на самовосприятие, самооценку и настроение.
- Будьте уважительны во время осмотра, успокаивайте пациента, если результаты находятся в пределах нормы, объясняйте варианты нормы и отвечайте на вопросы, связанные с физическим ростом и развитием, включая вопросы о появлении лобковых волос, развитии молочных желез и половых органов.

В конце консультации:

- Кратко изложите свои соображения о жалобе или симптомах, озвучьте диагноз и опишите дальнейшие шаги, например проведение визуализирующих исследований или лабораторных анализов, лечение, последующее наблюдение.
- Убедитесь, что подросток понимает вас и соглашается с вами.
- Убедитесь, что родители или опекуны вовлечены в оценку ситуации и последующее наблюдение или лечение, при этом соблюдайте конфиденциальность.

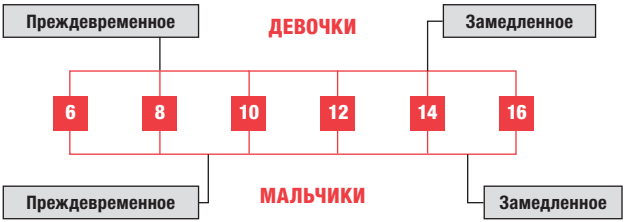
8.4 Подросток с задержкой полового созревания

Когда ребенок становится подростком, организм начинает готовиться к взрослой жизни. Данный этап – половое созревание – длится приблизительно четыре-пять лет и характеризуется следующими изменениями:

- скачок роста с прибавкой ~20–25 см в течение этого периода;
- увеличение мускулатуры (в первую очередь у мальчиков) и жировой ткани (в первую очередь у девочек);
- появление волос на теле и акне (у некоторых подростков);
- развитие половых органов и появление способности к зачатию.

Менархе (первая менструация) является важным физиологическим и психологическим этапом для девочек, у мальчиков же происходит первая эякуляция. Не все подростки развиваются с одинаковой скоростью: у одних половое созревание начинается в 8–9 лет, у других – только в 13–14 лет. У девочек половое созревание начинается раньше, чем у мальчиков. На рис. 6 представлен нормальный диапазон для начала полового созревания:

Рис. 6. Возрастные рамки начала полового созревания



Оценка полового созревания и задержка полового созревания

На становление и ход полового созревания могут влиять:

- длительные хронические заболевания;
- возраст полового созревания одного или обоих родителей;
- недостаточное питание или избыточная масса тела и ожирение.

Сбор анамнеза

Беседуйте с подростком наедине. Соблюдайте приватность и конфиденциальность. Оцените компетентность пациента (с. 788). Получите согласие (с. 789).

- Возраст, в котором у каждого из родителей началось половое созревание.
- Развитие в детстве.
- Рост волос на гениталиях или в области гениталий.
- Менархе (начало менструации).
- Любые хронические заболевания, например муковисцидоз, болезни сердца или почек, длительная лихорадка, потеря веса.

Обследование

Обеспечьте конфиденциальность и пригласите коллегу, если в этом есть необходимость или потребность. В зависимости от ситуации при осмотре девушки-подростка должен присутствовать медицинский работник женского пола (или, с согласия подростка, родитель/опекун).

ЗАПРЕЩАЕТСЯ проводить осмотр области половых органов подростка без его согласия.

- Проведите оценку полового созревания (см. ниже).
- Проведите общее физикальное обследование (с. 14).
- Измерьте вес и рост, рассчитайте ИМТ и отметьте z-показатель ИМТ на центильной диаграмме ИМТ для разных возрастных групп (с. 947).

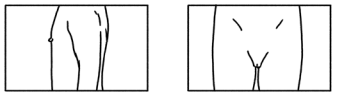
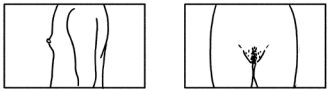
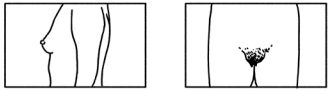
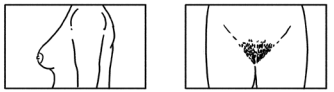
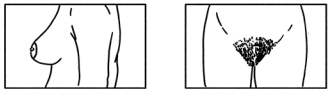
Оценка полового созревания

Рисунки в таблице 114, соответствующие стадиям по шкале Таннера, позволяют вам или подростку определить стадию полового созревания. У девочек первый заметный физический признак полового созревания – развитие молочных желез, небольшое увеличение сосков; у мальчиков – увеличение яичек (стадия 1 по шкале Таннера). Стадия 2 соответствует началу полового созревания, а Стадия 5 – окончанию.

Обычно процесс длится 2–3 года. Несмотря на то, что часто бывает трудно различить стадии 3 и 4 или 4 и 5, между стадиями 2 и 4 или между стадиями 3 и 5 существуют четкие различия.

Вы также можете использовать рисунки – попросите подростка провести самодиагностику, указывая на них. Это позволит избежать необходимости раздеваться и подвергаться непосредственному физикальному обследованию, что часто вызывает неловкость.

Таблица 114. Стадии по шкале Таннера

Стадии по шкале Таннера	Девочки	Мальчики
1		
2		
3		
4		
5		

Исследования

Можно оценить ход полового созревания, используя систему пяти стадий развития, основанную на непосредственном наблюдении (таблица 115), не прибегая к эндокринологическим исследованиям.

Таблица 115. Оценка полового созревания и диагностика задержки полового созревания

Оценка полового созревания у девочек	**Оценка полового созревания у мальчиков**
Проверьте: • Степень развития молочных желез • Цвет и размер области вокруг сосков • Наличие лобковых волос • Наличие анатомических отклонений, сращения малых половых губ, язв на вульве, выделений из влагалища или кровотечений (с. 445–447)	Проверьте: • Наличие лобковых волос • Размер полового члена (при ожирении оттяните жировую прослойку на лобке, чтобы произвести точную оценку размера) • Наличие анатомических отклонений (например, гипоспадия), болезненности или отечности мошонки (с. 426), подвижность крайней плоти (с. 432)
Диагностика задержки полового созревания у девочек	**Диагностика задержки полового созревания у мальчиков**
• Отсутствие развития молочных желез и/или появления лобковых волос в 14 лет *или* • Отсутствие менструаций в 16 лет *или* • Появление первых признаков полового созревания за 5 лет до менархе	• Отсутствие роста полового члена или яичек в 15 лет или • Отсутствие лобковых волос в 15 лет

Ведение случая

Задержка полового созревания предположительно из-за хронического заболевания или недостаточного питания:

- Лечите основное заболевание.
- Помогите решить проблемы с питанием.

Направления

- Направьте к эндокринологу, если задержку нельзя объяснить.

Последующее наблюдение

- По мере необходимости проводите последующее наблюдение за хроническим заболеванием или проблемами с питанием.
- Проверяйте половое развитие каждые шесть месяцев.

8.5 Подросток, обеспокоенный вопросами сексуального и репродуктивного здоровья

Есть ряд вопросов, которые необходимо обсудить с подростками. В большинстве случаев подростки могут колебаться или стесняться задавать вопросы, касающиеся секса.

8.5.1 Оценка здоровья половой и репродуктивной системы

Помните следующее:

- Решайте деликатные вопросы, такие как назначение оральных контрацептивов, без участия родителей, если это отвечает интересам подростка.
- Подростки могут неохотно раскрывать информацию о деликатных вопросах и чувствовать смущение или даже стыд, например при нежелательной беременности или ИППП. Уменьшите стигматизацию проблем деликатного характера следующими словами: «Я прекрасно понимаю, что вы смущены. Я здесь не для того, чтобы осуждать вас. Я здесь, чтобы помочь вам».
- Обеспечьте недискриминационное общение и конфиденциальность и демонстрируйте позитивное отношение к сексуальной жизни.
- Ознакомьтесь с национальными и местными законами, касающимися возраста, начиная с которого можно приобрести противозачаточные средства, возраста согласия на половую жизнь, возраста вступления в брак и возраста, в котором можно делать аборт. Вы можете обнаружить, что в некоторых ситуациях существующие законы могут запрещать вам действовать в интересах подростка (например, в некоторых странах незаконно выписывать противозачаточные средства подросткам, не состоящим в браке). В таких ситуациях вам придется найти баланс между своими юридическими обязательствами и этическими обязательствами по отношению к подростку.

- Не навязывайте подросткам свои ценности и убеждения. Ваша роль состоит в том, чтобы убедиться, что подросток будет в безопасности, если захочет вести половую жизнь.
- Уважайте состояния, сопутствующие этапам развития, а также когнитивный и психологический статус пациентов-подростков. Адаптируйте свои вопросы к их возрасту и уровню развития.
- Упростите доступ к медицинской помощи, например в клинику, принимающую подростков, в центр планирования семьи или к гинекологу.

Сбор анамнеза



Беседуйте с подростком наедине. Соблюдайте приватность и конфиденциальность. Оцените компетентность пациента (с. 788). Получите согласие (с. 789).

- Проведите оценку образа жизни подростка (см. раздел «Оценка с использованием алгоритма HEEADSSSS», с. 793). Побуждайте подростка делиться любым беспокойством или опасениями по вопросам, связанным с сексуальной жизнью, например беспокойством по поводу полового созревания, боли во время мастурбации или полового акта (с. 802).
- Выясните, как много подросток знает об основах анатомии и функциях организма, о беременности, контрацепции и ИППП, и имеет ли какие-либо опасения по этим вопросам.
- Оцените:
  - Осведомленность и понимание вопросов, связанных с половой жизнью:
    - «Вы узнали о существовании половой жизни в школе, дома или где-то еще?»
    - «Есть ли у вас какие-либо опасения, касающиеся половой жизни?» (см. следующую страницу)
  - Осведомленность и понимание вопросов, связанных с беременностью и методами контрацепции:
    - «Знаете ли вы о каких-либо методах контрацепции и используете ли их?»
    - «Знаете ли вы о признаках беременности?»

- Осведомленность и понимание вопросов, связанных с ИППП и ВИЧ:
  — «Знаете ли вы об ИППП, о ВИЧ и как избежать инфицирования?»
- Наличие половой жизни (в зависимости от ситуации). Будьте готовы к тому, что подростки могут по-разному понимать слово «секс».
- Менструальный анамнез (с. 828)

8.5.2 Сексуальное образование и консультирование

- Проводите консультации для сексуально активных подростков по вопросам безопасного секса и ИППП, а также давайте советы по защите от ИППП и беременности.
- Раздавайте презервативы всем сексуально активным молодым людям.
- Предложите девочкам-подросткам дополнительный метод контрацепции или выясните, довольны ли они имеющимися средствами контрацепции.
- Заполните пробелы в знаниях и при необходимости скорректируйте неверные представления.
- Устраните любые беспокойства или опасения, связанные с половой жизнью (таблицы 116 и 117).
- При высоком уровне риска рассмотрите возможность направления на дальнейшее половое просвещение и консультирование.

Таблица 116. Мальчики-подростки, обеспокоенные вопросами сексуального здоровья

Опасения	Оценка и ведение случая
Ход полового созревания, в том числе размер гениталий и рост лобковых волос	▶ Оцените стадию полового созревания (с. 796) ▶ Обычно проблему можно решить беседой с подростком
Боль во время мастурбации или полового акта	▶ Проведите физикальное обследование и проверьте наличие короткой уздечки или сужения крайней плоти. Эти особенности можно исправить с помощью небольшой урологической операции. При необходимости направьте к врачу

Опасения	Оценка и ведение случая
Преждевременная эякуляция или трудности с достижением эрекции Чаще всего это связано с неопытностью или беспокойством в начале половой жизни	Юным мальчикам-подросткам полезно иметь возможность поделиться своими опасениями с медицинским работником ▶ Посоветуйте обсудить свои чувства и ощущения при общении с партнером или исследовании собственной сексуальности ▶ Убедите, что со временем эта проблема обычно исчезает

Таблица 117. Девушки-подростки, обеспокоенные вопросами сексуального здоровья

Опасения	Оценка и ведение случая
Ход полового созревания, в том числе размер молочных желез и развитие гениталий	▶ Оцените стадию полового созревания (с. 796) ▶ Обычно проблему можно решить беседой с подростком
Боль при попытке или во время полового акта • Чаще всего это связано с неопытностью или беспокойством в начале половой жизни • Может быть связано с вагинизмом (непроизвольные спазмы мышц влагалища при попытке полового акта из-за боязни вагинального проникновения)	Юным девушкам подросткового возраста полезно иметь возможность поделиться своими опасениями с медицинским работником ▶ Посоветуйте обсудить свои чувства и ощущения при общении с партнером или исследовании собственной сексуальности ▶ Убедите, что со временем эта проблема обычно исчезает ▶ Если проблему не удается решить, направьте к гинекологу для исключения вагинизма

8.5.3 Контрацепция

Подростки должны быть проинформированы и иметь доступ к различным противозачаточным средствам. Информация и рецепты на средства контрацепции должны быть легко доступны, особенно для подростков из уязвимых групп (например из социально неблагополучных слоев населения).

- Подростки имеют право использовать **любой** метод контрацепции, если к нему нет противопоказаний с медицинской точки зрения (с. 807).
- Сам по себе **возраст** не является медицинской причиной для запрета подросткам использовать какой-либо метод контрацепции.
- **Стоимость** противозачаточных средств не должна мешать подростку использовать наиболее подходящий ему метод контрацепции.
- Потребности отдельных подростков в контрацепции сильно различаются: подросток, состоящий в стабильных отношениях, нуждается в контрацепции, отличной от той, которая требуется подростку, вступающему в случайные половые связи.

Консультирование по вопросам контрацепции:

- Обучайте и проводите консультации как до, так и во время выбора метода контрацепции, чтобы помочь подросткам принять осознанные, добровольные решения, лучше всего соответствующие их потребностям.
- Преимущества предотвращения беременности и ИППП следует рассматривать в связи с возможными опасениями подростков, связанными с конкретными методами контрацепции.
- Разберитесь с любыми неправильными представлениями и мифами о контрацепции. Прямо объясните, что:
  - Противозачаточные средства не влияют на возможность забеременеть в более позднем возрасте.
  - Противозачаточные средства не увеличивают риск онкологических заболеваний.
- Побочные эффекты у подростков возникают не чаще, чем у женщин более старшего возраста.

- Для мальчиков и девочек, сообщивших о наличии половой жизни, подчеркните важность двойного подхода к контрацепции, сочетающего использование презерватива и противозачаточного препарата или метода для защиты от ИППП и предотвращения беременности.

Методы контрацепции, допустимые для подростков

В настоящее время доступны различные безопасные методы контрацепции. Эффективность методов предотвращения беременности и профилактики ИППП/ВИЧ неодинакова (см. таблицу 118).

Таблица 118. Эффективность метода контрацепции

Метод контрацепции	Эффективность предотвращения беременности (процент женщин, у которых случается незапланированная беременность в течение 1 года использования)		Защита от ИППП/ВИЧ
	Обычное соблюдение предписаний (%)	Идеальное соблюдение предписаний (%)	
Комбинированные оральные контрацептивы	7%	0,3%	Нет
Прогестиновые оральные контрацептивы	7%	0,3%	Нет
Гормональные препараты длительного действия, инъекционные или имплантируемые	3%	0,05–0,3%	Нет
Внутриматочные спирали, покрытые прогестероном (левоноргестрелом)	0,7%	0,5%	Нет
Медьсодержащие внутриматочные спирали	0,8%	0,6%	Нет
Мужские презервативы	13%	2%	Да
Женские презервативы	21%	5%	Да

Метод контрацепции	Эффективность предотвращения беременности (процент женщин, у которых случается незапланированная беременность в течение 1 года использования)		Защита от ИППП/ВИЧ
	Обычное соблюдение предписаний (%)	Идеальное соблюдение предписаний (%)	
Спермициды	29%	18%	Нет
Трансдермальные контрацептивы и вагинальное кольцо	8%	0,3%	Нет
Методы, основанные на расчете сроков овуляции (периодическое воздержание)	25% (общее число)	1–9% в зависимости от метода	Нет
Прерванный половой акт (ППА)	20%	4%	Нет

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; ИППП – инфекции, передающиеся половым путем; ППА – прерванный половой акт.

Расскажите о том, как начинать прием комбинированных оральных контрацептивов:

Девушки-подростки с установившимся циклом:

- «Начало с первого дня». Начинайте прием комбинированных оральных контрацептивов со дня начала менструации. Дополнительных мер контрацепции не требуется, однако следует использовать презерватив для профилактики ИППП (двойной подход); или
- «Быстрый старт». Начинайте прием комбинированных оральных контрацептивов в любой день при отрицательном тесте на беременность. Используйте дополнительное средство контрацепции (например презерватив) в течение первых семи дней приема препарата. Повторите тест на беременность через 15 дней.

Девушки-подростки с аменореей (отсутствием менструации):

- «Быстрый старт», см. выше.

Медицинские показания к применению контрацептивов у подростков

При назначении контрацептивов подросткам следует учитывать некоторые особенности их здоровья. Некоторые заболевания являются абсолютными противопоказаниями (см. таблицу 119), но большинство других – нет.

Таблица 119. Медицинские противопоказания к применению контрацептивов

Заболевание	Комбинированные гормональные контрацептивы	Прогестиновые контрацептивы	Барьерные методы контрацепции
Тромбоз глубоких вен или легочная эмболия в анамнезе	Противопоказано	Возможно применение	Возможно применение
Гипертензия	Противопоказано при систолическом давлении свыше 140 мм рт. ст. и диастолическом давлении свыше 90 мм рт. ст.	Возможно применение (кроме ДМПА) при систолическом давлении свыше 160 мм рт. ст. и диастолическом давлении свыше 100 мм рт. ст.	Возможно применение
Выявленные нарушения свертываемости крови	Противопоказано	Возможно применение	Возможно применение
Мигрени с аурой	Противопоказано	Возможно применение	Возможно применение
Активный вирусный гепатит	Противопоказано	Противопоказано	Возможно применение
Беременность	Нет необходимости		Презервативы (профилактика ИППП)
Грудное вскармливание	> 6 месяцев с момента родов	> 6 недель с момента родов	< 6 недель с момента родов

ДМПА – депо-медроксипрогестерона ацетат; ИППП – инфекции, передающиеся половым путем.

Пропуск приема комбинированных оральных контрацептивов

Если девушка-подросток ведет половую жизнь и пропускает прием комбинированных оральных контрацептивов, возможно наступление беременности. При применении комбинированных или прогестиновых оральных контрацептивов возможна рвота и/или сильная диарея.

- Если есть риск беременности, проведите тест через две недели.
- Порядок действий зависит от числа пропущенных приемов препарата:

Ситуация	Меры
Пропуск 1 таблетки или опоздание с началом приема на 1 день	▶ Потребности в дополнительной контрацепции нет
Пропуск 2 или более таблеток подряд или опоздание с началом приема на 2 дня или более	▶ Порекомендуйте использовать презервативы или воздерживаться от секса, пока срок ежедневного приема таблеток не составит 7 дней
Пропуск приема большого числа таблеток, неправильный или нерегулярный прием	▶ Рассмотрите возможность применения других методов контрацепции: инъекционных препаратов длительного действия или внутриматочных спиралей

8.6 Подросток, сообщивший о незащищенном половом акте

Существенная часть подростков, совершающих половой акт с проникновением, не использует эффективных средств контрацепции. Обращение за консультацией и подбором метода контрацепции в медицинское учреждение или аптеку требует определенной зрелости и опыта.

Беседуйте с подростком наедине. Соблюдайте приватность и конфиденциальность. Оцените компетентность пациента (с. 788). Получите согласие (с. 789).

Если подросток сообщает о незащищенном половом акте

- Воздержитесь от осуждения и расспросите об обстоятельствах и партнере. От этого зависит потребность в последующем наблюдении и помощи. К особым случаям относятся, например, изнасилование, спонтанный половой акт с неизвестным партнером, начало половой жизни.
- Оцените необходимость экстренной контрацепции, если с момента контакта прошло не более 3–5 дней (с. 809).
- Оцените необходимость ПКП ВИЧ-инфекции, если с момента контакта прошло не более 3–5 дней (с. 811).
- По возможности оцените риск заражения ИППП во время указанного или предыдущего незащищенного полового акта. Проведите диагностику и лечение ИППП, включая ВИЧ, сифилис и гепатит (с. 814).
- Проведите тест на беременность и анализ на ИППП в течение 2 недель (с. 814).
- Предложите провести тест на беременность через две недели после незащищенного полового акта. При положительном результате проконсультируйте подростка о следующих вариантах:
  - Прерывание беременности в соответствии с законом (с. 823) или
  - Сохранение беременности (с. 820).

8.6.1 Экстренная контрацепция

Меры экстренной контрацепции разнятся в зависимости от того, сколько времени прошло с момента незащищенного полового акта (НПА). В таблице 120 представлен список оральных контрацептивов и внутриматочных спиралей, которые можно рекомендовать здоровым девушкам после первой менструации.

- Эффективность экстренной контрацепции не равна 100%. Чем больше прошло времени с момента незащищенного полового акта, тем ниже эффективность.
- Пероральные экстренные контрацептивы следует принимать как можно раньше, не позднее чем через 5 суток (120 часов) с момента незащищенного полового акта.
- Пероральные экстренные контрацептивы безопасны и хорошо переносятся организмом.

- Потенциальные риски, связанные с нежелательной беременностью у девушек подросткового возраста, превышают риски, связанные с приемом экстренных контрацептивов.
- **Не рекомендуется** использовать средства экстренной контрацепции на регулярной основе. Дайте рекомендации по способам контрацепции (с. 804).

Таблица 120. Экстренная контрацепция

Метод контрацепции	Результативность, эффективность	Частота приема и дозировка
Левоноргестрел (без дополнительных препаратов)	До 72 часов после НПА	Одна таблетка 1,5 мг или две таблетки по 0,75 мг
Улипристала ацетат	До 120 часов после НПА	Одна таблетка 30 мг
Комбинированные оральные эстроген-прогестиновые контрацептивы только при недоступности указанных выше препаратов и отсутствии медицинских противопоказаний (с. 807)	До 120 часов после НПА	Дробный прием: одна доза этинилэстрадиола (100 мкг) + 0,50–0,60 мг левоноргестрела, затем через 12 часов вторая доза этинилэстрадиола (100–120 мкг) + 0,50–0,60 мг левоноргестрела
Медьсодержащие внутриматочные спирали только девушки, достигшие менархе и имеющие низкий риск заболеваемости ИППП	До 120 часов после НПА	—

НПА – незащищенный половой акт.
Примечание: следуйте национальным рекомендациям, определяющим, какие медицинские учреждения могут назначать контрацептивные средства и проводить введение внутриматочных спиралей.

- Разъясните девушке-подростку следующие аспекты:
  - Чем больше времени проходит с момента полового акта, тем больше снижается эффективность экстренных контрацептивов.
  - При возникновении рвоты в течение 3 часов с момента приема пероральных экстренных контрацептивов необходимо как можно скорее принять еще одну дозу.
- Расскажите, как возобновить или начать использование средств регулярной контрацепции после приема экстренных контрацептивов:
  - После приема левоноргестрела или комбинированных пероральных контрацептивов следует немедленно возобновить или начать применение средств регулярной контрацепции, в том числе и медьсодержащих внутриматочных спиралей.
  - При применении улипристала ацетата следует возобновить или начать применение прогестиновых средств контрацепции (комбинированные оральные контрацептивы, или прогестиновые контрацептивы, в том числе медьсодержащие или левоноргестрел-высвобождающие внутриматочные спирали) на шестой день после приема.

Последующее наблюдение

- Проведите осмотр девушки-подростка через 1 месяц для выявления возможной беременности.

8.6.2 Профилактика после контакта с ВИЧ-инфицированным

ПКП позволяет предотвратить заражение человека ВИЧ-инфекцией. ПКП включает в себя мероприятия первой помощи, оценку риска заражения, тестирование на ВИЧ и, в зависимости от риска, 28-дневный курс АРВ-препаратов с соответствующей поддержкой и наблюдением. Эффективность профилактики тем выше, чем скорее будет начат прием АРВ-препаратов. Вероятность передачи при однократном контакте с ВИЧ-инфицированным лицом мала, однако это не уменьшает важность ПКП.

- Рассмотрите возможность назначения ПКП ВИЧ-инфекции для детей/подростков в следующих случаях:
  - Известно, что лицо, с которым был контакт, имеет положительный ВИЧ-статус.
  - Высокое распространение ВИЧ-инфекции в регионе или высокий риск ВИЧ-инфекции у лица, с которым был контакт.

— Контакт с кровью или спермой при вагинальном, анальном или оральном половом акте (без презерватива или при разрыве/соскальзывании презерватива) или попадание крови/спермы на слизистые оболочки или поврежденные участки кожи.

- Предложите провести анализ на ВИЧ при первом обращении и через 3 и/или 6 месяцев. При положительном результате анализа см. с. 736.
- ПКП ВИЧ-инфекции следует начинать как можно раньше, *не позднее чем через 72 часа*.
- На первом приеме выдайте рецепт на АРВ-препараты на весь 28-дневный курс, чтобы повысить вероятность выполнения мер ПКП. Прием двух АРВ-препаратов оказывает нужный эффект, однако предпочтительно назначить три препарата.
- Рекомендуемые и альтернативные схемы лечения см. в таблице 121. Следуйте национальным рекомендациям, поскольку выбор препаратов для ПКП может зависеть от резистентности вируса в данном регионе.
- Выбор АРВ-препаратов для детей определяется доступностью соответствующей дозированной формы и соответствующих возрасту препаратов.
- Прекратите ПКП при отрицательном результате анализа на ВИЧ у лица, с которым произошел контакт.

Таблица 121. Рекомендуемые и альтернативные схемы лечения при ПКП ВИЧ-инфекции (дозировки указаны в приложении 4)

	Предпочтительная схема	Альтернативная схема
Дети ≤ 10 лет[a]	AZT + 3TC + DTG[a]	ABC + 3TC + DTG[a] *или* TDF + 3TC + DTG[a] *или* TDF + FTC + DTG[a]
Подростки старше 10 лет	TDF + 3TC + DTG *или* TDF + FTC + DTG	

3TC – ламивудин; ABC – абакавир; AZT – зидовудин; DTG – долутегравир, FTC – эмтрицитабин; TDF – тенофовира дизопроксила фумарат.

[a] Долутегравир (DTG) – предпочтительный третий препарат для ПКП ВИЧ у детей, не имеющих противопоказаний к проведению курса. В качестве альтернативы можно использовать ATV/r, DRV/r, LPV/r или RAL.

Консультирование по вопросам соблюдения предписаний

Для успешного проведения 28-дневного профилактического курса важно разъяснить пациенту необходимость соблюдения режима лечения. Потенциальные побочные эффекты препаратов для ПКП могут помешать выполнению рекомендаций. Особенное значение консультирование по вопросам соблюдения предписаний имеет в случае подростков, переживших сексуальное насилие, поскольку они могут бояться стигматизации, избегать травмирующих воспоминаний и зачастую не приходят на контрольный прием.

- Проконсультируйте подростка и объясните ему, что:
  - Важно пройти полный 28-дневный курс – это снижает шанс передачи инфекции до крайне низкого.
  - Возможные побочные эффекты (тошнота, рвота, головная боль) обычно ослабевают через несколько дней. Если они сохраняются, следует прийти на повторный прием.
  - Важно принимать препараты в одно и то же время каждый день.
  - При пропуске дозы препаратов ее все равно можно принять, если с момента пропуска прошло менее 12 часов.
  - Если с момента пропуска прошло более 12 часов, следует дождаться времени следующего приема. Нельзя принимать две дозы одновременно.

Последующее наблюдение

- Организуйте регулярное обследование и каждый раз оценивайте соблюдение предписаний, чтобы гарантировать полное прохождение 28-дневного профилактического курса.
- Предложите провести анализ на ВИЧ через 3 и/или 6 месяцев после контакта.
- Разъясните правила защиты при половых контактах и технику использования презерватива.

8.6.3 ИППП

ИППП – это группа бактериальных и вирусных инфекций: гонорея, хламидиоз, сифилис, трихомониаз, мягкие шанкры, ВИЧ, гепатит В, ВПГ и ВПЧ. Наиболее распространенной бактериальной ИППП, особенно у девушек в возрасте 15–19 лет, является хламидиоз. Второе место занимает гонорея. Коинфицированность хламидиозом наблюдается в 10–40% случаев.

Некоторые ИППП могут протекать бессимптомно и в отсутствие лечения приводить к отдаленным последствиям, например бесплодию или внематочной беременности у женщин. Поэтому очень важно:

- Проводить обследование (таблица 122) и анализ при подозрении на ИППП.
- Консультировать сексуально активных подростков о проблеме распространения ИППП и защите от них.
- По возможности проводить вакцинацию от ВПЧ и гепатита.

Сбор анамнеза и обследование

Беседуйте с подростком наедине. Соблюдайте приватность и конфиденциальность. Оцените компетентность пациента (с. 788). Получите согласие (с. 789).

Если подросток ведет половую жизнь, уточните ее аспекты:

- Число и пол партнеров.
- Частота использования презервативов (партнером/-ами): всегда, иногда, никогда.
- Методы контрацепции.

Проведите общее физикальное обследование.

Опросите подростка мужского пола и осмотрите его на предмет признаков ИППП:

- Отечность в паховой области.
- Отечность или чувствительность мошонки.
- Дизурия.
- Боль в яичках.
- Выделения из головки полового члена или из-под крайней плоти. При отсутствии видимых выделений и наличии анамнестических

данных за ИППП попросите пациента осторожно сжать пенис и провести от основания к головке. С разрешения пациента можно сделать это самостоятельно.

- Поражения кожи гениталий: везикулы (пузырьки), (рецидивирующие) язвы, папулы, пустулы, корочки, узелки, волдыри.

Опросите девушку-подростка и осмотрите ее на предмет признаков ИППП:

- Дизурия.
- Диспареуния.
- Кровотечения после полового акта или между менструациями, боль в вагине.
- Выделения из влагалища, характеризующиеся аномальными цветом и консистенцией, запахом рыбы.
- Вульвовагинальный зуд: ощущение зуда или жжения.
- Поражения кожи: папулы, пустулы, корочки, нодулы, волдыри, язвы.

Примечание: у большинства девочек (50–70%) ИППП протекают бессимптомно.

! Проводите мануальное вагинальное обследование **только при необходимости**. Проверьте чувствительность шейки матки при смещении и осмотрите ее на предмет выделений.

Проверьте на наличие признаков сексуального насилия (с. 755).

Таблица 122. Дифференциальная диагностика ИППП

Диагностика	У взрослых
Отсутствие везикул или язв	
Трихомониаз *Trichomonas vaginalis*	Вульвовагинальный зуд, чувство жжения, рыбный запах У мальчиков обычно протекает бессимптомно
Гонорея *Neisseria gonorrhoeae*	У мальчиков: выделения из головки полового члена или из-под крайней плоти У девочек специфичные симптомы отсутствуют

Диагностика	У взрослых
Наличие везикул или язв	
Генитальный герпес *Herpes simplex virus 2*	Мелкие болезненные везикулы (иногда расположенные кластерами) или мелкие язвы с неоднократным появлением везикул в анамнезе
Мягкий шанкр *Haemophilus ducreyi*	Болезненные язвы на гениталиях и болезненность, нагноение паховых лимфоузлов
Сифилис *Treponema pallidum*	Одиночная, безболезненная, твердая, не зудящая язва или шанкр в месте проникновения инфекции -> первичный сифилис

Исследования

Некоторые ИППП (хламидиоз, сифилис, ВИЧ) могут до определенного времени протекать бессимптомно, чаще у девочек. При подозрении на ИППП проведите анализ на ВИЧ и анализ на другие ИППП, так как часто встречается коинфицирование:

- Серологический анализ на сифилис, ВИЧ и гепатит.
- Анализ мазков гноя, выделений или мочи экспресс-методами, методом амплификации нуклеиновых кислот (МАНК), микроскопии (окраска по Граму, исследование влажных препаратов) и бактериологического посева.

▶ По возможности проведите анализы на месте или возьмите пробы для направления в лабораторию.

▶ Если лабораторный анализ невозможен, а симптомы и клиническая картина указывают на наличие ИППП, рассмотрите возможность начала лечения без лабораторного подтверждения.

Лечение

▶ Назначьте специфическое лечение в соответствии с типом патологии (таблица 123).

▶ Дайте простые и понятные рекомендации по лечению.

▶ Объясните последствия отказа от лечения или нарушения режима лечения.

▶ Порекомендуйте подростку открыто обсудить вопрос ИППП и предохранения с партнером (-ами). Все половые партнеры пациента за последние 2 месяца должны пройти обследование на предмет ИППП,

вне зависимости от наличия симптомов, и лечение (при необходимости).

- Проконсультируйте пациента по вопросам контрацепции и предохранения при половом контакте.
- Объясните важность предохранения для жизненных целей человека, включая сохранение здоровья и фертильности до момента готовности к продолжению рода.
- При повторном приеме проверьте соблюдение режима лечения.

Таблица 123. Лечение ИППП

	Предпочтительный вариант	**Эффективные заменители**
Хламидиоз	• Азитромицин 1 г перорально, однократно *или* • Доксициклин 100 мг перорально, 2 раза в день в течение 7 дней	• Тетрациклин 500 мг перорально, 4 раза в день в течение 7 дней *или* • Эритромицин 500 мг перорально, 4 раза в день в течение 7 дней *или* • Офлоксацин 200–400 мг перорально, 2 раза в день в течение 7 дней
Ранняя стадия сифилиса (продолжительность болезни менее 2 лет)	• Бензатинпенициллин G 2,4 млн ЕД в/м, однократно	• Доксициклин 100 мг перорально, 2 раза в день в течение 14 дней *или* • Цефтриаксон 1 г перорально, 1 раз в день в течение 10–14 дней
Трихомониаз	• Метронидазол 1 г перорально, однократно *или* • Тинидазол 2 г перорально, однократно	• Метронидазол 400 или 500 мг перорально, 2 раза в день в течение 7 дней *или* • Тинидазол 500 мг перорально, 2 раза в день в течение 5 дней

	Предпочтительный вариант	Эффективные заменители
Мягкий шанкр	• Ципрофлоксацин 500 мг перорально, 2 раза в день в течение 3 дней *или* • Эритромицин 500 мг перорально, 4 раза в день в течение 7 дней *или* • Азитромицин 1 г перорально, однократно	• Цефтриаксон 250 мг в/м, однократно
Генитальный герпес Первичная инфекция	• Ацикловир 400 мг перорально, 3 раза в день в течение 10 дней *или* • Ацикловир 200 мг перорально, 5 раз в день в течение 10 дней	• Валацикловир 500 мг перорально, 2 раза в день в течение 10 дней *или* • Фамцикловир 250 мг перорально, 3 раза в день в течение 10 дней
Генитальный герпес Рецидив	• Ацикловир 400 мг перорально, 3 раза в день в течение 5 дней *или* • Ацикловир 800 мг перорально, 2 раза в день в течение 5 дней *или* • Ацикловир 800 мг перорально, 3 раза в день в течение 2 дней	• Валацикловир 500 мг перорально, 2 раза в день в течение 3 дней *или* • Фамцикловир 250 мг перорально, 3 раза в день в течение 5 дней

В/в – внутривенно; в/м –внутримышечно.

Лечение гонореи

Выбор антибиотиков следует делать с учетом региональных данных о резистентности. Начните «одинарную терапию» в соответствии с местными данными о резистентности бактерии к антимикробным препаратам. Если такие данные отсутствуют, начните «двойную терапию» (таблица 124).

Диагностика	У взрослых
Наличие везикул или язв	
Генитальный герпес *Herpes simplex virus 2*	Мелкие болезненные везикулы (иногда расположенные кластерами) или мелкие язвы с неоднократным появлением везикул в анамнезе
Мягкий шанкр *Haemophilus ducreyi*	Болезненные язвы на гениталиях и болезненность, нагноение паховых лимфоузлов
Сифилис *Treponema pallidum*	Одиночная, безболезненная, твердая, не зудящая язва или шанкр в месте проникновения инфекции -> первичный сифилис

Исследования

Некоторые ИППП (хламидиоз, сифилис, ВИЧ) могут до определенного времени протекать бессимптомно, чаще у девочек. При подозрении на ИППП проведите анализ на ВИЧ и анализ на другие ИППП, так как часто встречается коинфицирование:

- Серологический анализ на сифилис, ВИЧ и гепатит.
- Анализ мазков гноя, выделений или мочи экспресс-методами, методом амплификации нуклеиновых кислот (МАНК), микроскопии (окраска по Граму, исследование влажных препаратов) и бактериологического посева.

▶ По возможности проведите анализы на месте или возьмите пробы для направления в лабораторию.

▶ Если лабораторный анализ невозможен, а симптомы и клиническая картина указывают на наличие ИППП, рассмотрите возможность начала лечения без лабораторного подтверждения.

В Казахстане: согласно Приказу МЗ РК № 43 от 20.03.2023, требуется забор материала для лабораторного исследования при возможности и привлечение правоохранительных органов в случаях гендерного насилия.

Лечение

▶ Назначьте специфическое лечение в соответствии с типом патологии (таблица 123).

▶ Дайте простые и понятные рекомендации по лечению.

▶ Объясните последствия отказа от лечения или нарушения режима лечения.

▶ Порекомендуйте подростку открыто обсудить вопрос ИППП и предохранения с партнером (-ами). Все половые партнеры пациента за последние 2 месяца должны пройти обследование на предмет ИППП,

8.6.4 Беременность

Сбор анамнеза

- Беседуйте с подростком наедине. Соблюдайте приватность и конфиденциальность. Получите согласие (с. 789).
- Всегда спрашивайте пациенток подросткового возраста, достигших менархе, о половой жизни и применяемой контрацепции.

Уточните у пациентки следующие детали:

- Наличие половой жизни, дата последнего полового акта.
- Стремление к беременности или избегание ее.
- Метод контрацепции (при использовании), например презерватив, секс без проникновения.
- Пропуск приема контрацептивов после последней менструации, половой акт без презерватива, соскальзывание или разрыв презерватива.
- Недавний прием любых фармацевтических препаратов (например, антибиотиков).
- Любые симптомы беременности или осложнений:
  - Задержка или отсутствие месячных.
  - Тошнота или рвота в утренние часы.
  - Набухание или болезненность молочных желез.
  - Вагинальное кровотечение.
  - Боль в нижней части живота.
  - Болевой синдром (легкий/умеренный/сильный).

Обследование

- Обеспечьте приватную и комфортную обстановку при осмотре.
- Обеспечьте присутствие коллеги женского пола при необходимости или по запросу.
- При болях в нижней части живота и положительном тесте на беременность **немедленно** направьте пациентку в стационар **для исключения внематочной беременности**.

- Проведите общее физикальное обследование.
- Осмотрите пациентку на предмет признаков и симптомов ИППП (с. 814).
- Внимательно отслеживайте признаки сексуального насилия (с. 755).

Исследования

Анализ мочи может давать отрицательный результат до двух недель с момента несостоявшейся менструации, даже при наличии беременности. При подозрении на беременность повторите анализ через две недели или более с момента несостоявшейся менструации.

Выявление возможной беременности

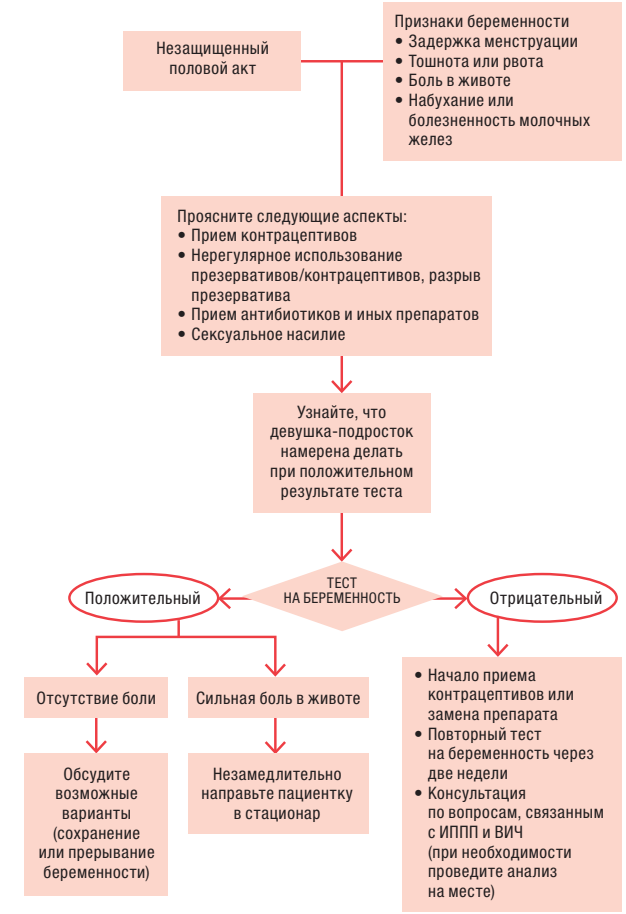
Алгоритм выявления беременности у девушек подросткового возраста, ведущих половую жизнь, представлен на рис 7.

- Расскажите пациентке о важности проведения теста на беременность при малейшем подозрении.
- При отрицательном результате теста:
  - Рассмотрите возможность повторного анализа через две недели
  - Обсудите и назначьте контрацептивы (с. 804), разъясните вопросы, связанные с ИППП и ВИЧ (при необходимости проведите анализ на месте) (с. 736).
- При положительном результате теста изложите порядок дальнейших действий (см. ниже и, при необходимости, раздел «Прерывание беременности», с. 823).

Ведение случая

При условии тщательного контроля исход и прогноз беременности у подростков женского пола (во всяком случае, у достигших стадии 5 по шкале Таннера) благоприятен, как и у взрослых женщин. Большинство осложнений при беременности в подростковом возрасте связано с низкой доступностью пренатального ухода и квалифицированной помощи при родах.

Рис. 7. Выявление возможной беременности



При *подтвержденной* беременности:

Решение о сохранении или прерывании беременности может быть очень трудно принять. Обсуждать его следует в доверительной обстановке. Для предоставления всей возможной поддержки и проведения необходимого лечения крайне важно понять, как девушка-подросток воспринимает факт беременности. Отношение к беременности может зависеть от множества факторов.

- Оцените социально-экономический статус пациентки, узнайте, находится ли она в стабильных отношениях, желанна ли беременность.
- Оцените личностные, семейные и культурно-религиозные факторы.
- Обсудите значение беременности для пациентки и ее ожидания.
- Обеспечьте пренатальный уход, направьте в специализированный центр или на прерывание беременности (см. следующий раздел).

При *возможной* беременности:

- Объясните пациентке, что однозначный ответ дать невозможно, несмотря на отсутствие признаков беременности.
- Расскажите о возможных вариантах.
- Если девушка не желает сохранять беременность, обсудите методы контрацепции, которые можно использовать до уточнения статуса.
- Проведите повторный осмотр через 2 недели для подтверждения/исключения беременности

8.6.5 Аборт

Прерывание беременности следует проводить в соответствии с законом, в безопасной обстановке и бесплатно.

В большинстве стран Европы аборты легальны, несмотря на разнообразные возможные ограничения. В отличие от взрослых, для подростков доступ к легальным и безопасным услугам по прерыванию беременности может быть затруднен. К препятствиям относятся необходимость получения разрешения от третьих лиц (в том числе согласия родителей) и невозможность оплатить услуги. В некоторых странах лица младшего подросткового возраста могут получить доступ к услугам по прерыванию беременности без оповещения родителей, в зависимости от возраста и способности к принятию решений.

Как совместно с подростком рассматривать вопрос об аборте:

- Относитесь ко всем подросткам одинаково, без оглядки на возраст, этническую принадлежность и социально-экономический статус.
- Ознакомьтесь со всеми национальными законодательными актами, касающимися прерывания беременности.
- Уважайте право подростка на принятие решений.
- Предоставьте полную, точную и понятную информацию.
- Уважайте достоинство подростка, гарантируйте приватность и конфиденциальность, с пониманием относитесь к потребностям и взглядам подростка.
- Не допускайте несанкционированного доступа к медицинской информации.
- Помните о существовании ситуаций, в которых девушек подросткового возраста принуждают к прерыванию беременности.
- Поощряйте участие родителей, предоставляя им поддержку и информирование (за исключением случаев возможного сексуального насилия со стороны родителя или родственника, см. с. 755).
- Действуйте в интересах подростка, например оцените риски, связанные с информированием членов семьи или сексуального партнера (риск самоповреждения, суицида или сексуального насилия).
- Подростки могут принимать решение о прерывании беременности (в зависимости от возраста и выявленной компетенции) без разрешения родителей, если иное не установлено законом. Не настаивайте на получении согласия родителей.

Проведение безопасного прерывания беременности

Искусственное прерывание беременности практически безопасно при условии проведения квалифицированными специалистами, с применением правильных методик и препаратов и в соответствующих гигиенических условиях. Тип аборта (см. медикаментозный и хирургический аборт в таблицах 125 и 126 соответственно) зависит от национального законодательства и срока беременности.

Обследование перед прерыванием беременности

- Уточните, является ли беременность первой, а также является ли она запланированной.

- Обследуйте пациентку на предмет признаков сексуального насилия (с. 755).
- Оцените размер матки (бимануальное тазовое и абдоминальное исследование).
- Проведите анализ мочи для подтверждения беременности (с. 822).
- Уточните дату последней менструации и срок беременности.
- УЗИ обычно не требуется.

Моральные и религиозные ценности оказывают большое влияние на решение о возможном прерывании беременности. Нежеланная или неожиданная беременность поднимает серьезные психологические и этические вопросы, которые необходимо обсудить:

- Подробно обсудите решение, возможно за несколько приемов, с родителями/опекунами или без них, в доброжелательной и чуткой манере.
- По возможности и по согласованию с пациенткой привлеките к обсуждению партнера-мужчину и родителей/опекунов.

Таблица 125. Медикаментозное прерывание беременности

	До 9 недель (63 дня)	**9–12 недель (63–83 дня)**	**> 12 недель (84 дня)**
Мифепристон и мизопростол	Мифепристон 200 мг перорально, однократно		
	Через 24–48 часов после приема мифепристона: мизопростол 800 мкг, вагинально, трансбуккально или сублингвально, однократно *или* при сроке не более 7 недель (49 дней): мизопростол 400 мкг перорально, однократно	Через 36–48 часов после приема мифепристона: мизопростол 800 мкг вагинально, с последующим введением 400 мкг вагинально *или* сублингвально, раз в 3 часа, до 5 доз	Через 36–48 часов после приема мифепристона: мизопростол 400 мкг перорально *или* 800 мкг вагинально, с последующим введением 400 мкг вагинально *или* сублингвально, раз в 3 часа, до 5 доз, в медицинском учреждении

	До 9 недель (63 дня)	9–12 недель (63–83 дня)	> 12 недель (84 дня)
Только мизопростол*	Мизопростол 800 мкг, вагинально или сублингвально, до 3 доз с интервалом не менее 3 и не более 12 часов		Мизопростол 400 мкг, вагинально или сублингвально, раз в 3 часа, до 5 доз

* Эффективность прерывания беременности при применении только мизопростола ниже, а сам процесс более болезнен и растянут во времени, поэтому по возможности следует назначать мизопростол в сочетании с мифепристоном.

Поддерживающий уход

- При наличии показаний назначьте болеутоляющие средства и препараты железа для профилактики анемии.
- Окажите эмоциональную поддержку. При необходимости направьте пациентку на прием в психологические или социальные службы.
- Расскажите о способах контрацепции, чтобы избежать прерываний беременности в будущем (с. 823). Порекомендуйте начать прием комбинированных оральных контрацептивов сразу после прерывания беременности.
- Проконсультируйте пациентку и проведите анализ на ИППП (с. 808), включая ВИЧ (с. 736).

Последующее наблюдение

- Проведите повторный осмотр через 7–21 день для подтверждения успешного прерывания беременности. Оцените признаки и симптомы успешного прерывания беременности (сильное кровотечение со сгустками, прохождение продуктов зачатия, сильная боль в животе). При необходимости проведите или назначьте УЗИ.
- При сообщении о продолжающихся симптомах беременности или при минимальном/отсутствующем кровотечении после приема препаратов следует предполагать продолжение беременности. Проведите тазовый осмотр и пальпацию растущей матки или проведите/назначьте УЗИ.
- При наличии показаний направьте пациентку на хирургический аборт (таблица 126).

Таблица 126. Хирургическое прерывание беременности

Срок < 12–14 недель	Срок > 12–14 недель
Вакуумная аспирация (ручная *или* электрическая вакуумная аспирация)	Расширение шейки матки и удаление плодного яйца

Опасные аборты

Прерывание беременности в небезопасных условиях является причиной серьезных проблем со здоровьем и смертности по всему миру. Подростки могут прибегать к нелегальному прерыванию беременности вне системы медицинского обслуживания по разным причинам, например из-за страха рассказать родителям, опекунам и врачам, ложной информации, отсутствия информации, отсутствия доступа к медицинскому учреждению, нехватки денег.

! Медико-санитарные учреждения, куда доставлен подросток, обязаны осуществлять вмешательства по спасению жизни при осложнениях после прерывания беременности, в том числе и после опасного аборта, вне зависимости от его законности.

Необходимо уметь распознавать осложнения после прерывания беременности и оказывать/назначать помощь подросткам в любое время суток, вне зависимости от законности аборта.

Последствия опасных абортов, угрожающие жизни и здоровью пациента, могут быть связаны со следующими факторами:

- Инфекция внутренних и внешних половых органов.
- Неполный аборт (неуспешное извлечение или удаление продуктов зачатия из матки).
- Перфорация матки (при прокалывании стенки матки острым предметом).
- Повреждение половых путей и внутренних органов при введении небезопасных предметов (например, палок, вязальных спиц, битого стекла) во влагалище или анус.

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ

Будьте готовы к обнаружению любых признаков и симптомов из списка ниже у подростка после подтвержденного или предполагаемого прерывания беременности:

- Тяжелое вагинальное кровотечение, не прекращающееся самопроизвольно.
- Боль в животе.
- Признаки острой инфекции или сепсиса: лихорадка, зловонные выделения.
- Признаки шока.

Лечение и назначение ухода

- Проведите диагностику и терапию опасных состояний (см. раздел «Экстренные ситуации»).
- Немедленно обратитесь за неотложной помощью:
  - — При инфекции следует назначить антибиотикотерапию и извлечение остаточных тканей плода из матки.
  - — При кровотечении может потребоваться переливание крови и введение противошоковых препаратов.
  - — При неполном аборте, перфорации стенки матки или травмах половых путей/внутренних органов может потребоваться хирургическое вмешательство.

8.7 Девушка-подросток с нарушениями менструального цикла

Менархе обычно наступает на второй стадии пубертатного скачка роста (например, на стадии 4 по шкале Таннера). Нерегулярность месячных, особенно в течение 1–2 лет после менархе – обычное явление.

Характеристики нормального менструального цикла:

- Длительность цикла: 21–35 дней
- Длительность менструации 2–7 дней.

Сбор анамнеза

Проясните следующие аспекты:

- Наличие половой жизни.
- Метод контрацепции, при использовании (внутриматочные спирали могут вызывать дисменорею).
- Менструальный анамнез:
  - — Факт и возраст достижения менархе.
  - — Длительность отсутствия месячных при аменорее.
  - — Болевой синдром во время менструации, препятствующий повседневной деятельности? Болевой синдром во время менструации? В середине цикла?
  - — Избыточное кровотечение при менструации, длительность менструации; число используемых прокладок (или их эквивалента) за сутки?
  - — Регулярность менструаций: наступление в одно и то же время месяца? Интервал между менструациями?
- Факторы риска нарушения менструального цикла:
  - — Чрезмерные спортивные нагрузки.
  - — Стресс (недавние стрессовые события).
  - — Хронические заболевания.
  - — Генетические заболевания в анамнезе.
  - — Возможная беременность (см. признаки беременности на с. 820).
  - — Нарушения питания: оцените пищевые привычки, спросите о потере/наборе веса (с. 601).

Обследование

- Осмотрите пациентку на предмет признаков синдрома поликистоза яичников: гирсутизм, ожирение, акне.
- Оцените уровень полового созревания (с. 796).
- Измерьте рост и массу тела пациентки, рассчитайте ИМТ (с. 24).

8.7.1 Гиперменорея

Потеря крови при менструации, превышающая нормальное значение (> 80 мл за цикл или смена предметов гигиены чаще чем раз в 1–2 часа).

Исследования

- Клинический анализ крови на предмет анемии (с. 475).

Направления

Направьте пациентку к гинекологу, если состояние наблюдается в течение более чем 3 циклов.

8.7.2 Дисменорея

Дисменорея является распространенным состоянием. Тяжелая форма дисменореи может приводить к негативным последствиям (пропуск школы, пропуск встреч со сверстниками, депрессия).

Исследования

- Тест для исключения возможной беременности.
- При сочетании боли с лихорадкой необходимо исключить воспалительные заболевания органов таза.

Лечение

- При первичной дисменорее состояние можно облегчить, положив теплую грелку на живот *или*
- С помощью нестероидных противовоспалительных препаратов: ибупрофен:
  - масса тела > 40 кг: 400 мг перорально 3–4 раза в день;
  - масса тела < 40 кг: 200 мг перорально 3–4 раза в день.
- Объясните пациентке:
  - Прием препарата следует начинать, как только появляется боль.
  - Препарат следует принимать до прекращения боли.
  - Препарат следует принимать во время еды.
  - Препарат не следует принимать более семи дней подряд.
  - После приема препарата можно по возможности продолжать обычные занятия.

- В случае если по истечении трех месяцев улучшения отсутствуют, рассмотрите возможность назначения комбинированных оральных контрацептивов (с. 805), особенно для пациенток старшего подросткового возраста.
- В случае, если дисменорея начинается перед менструацией и совпадает с ней по длительности, направьте пациентку к специалисту для исключения эндометриоза.

8.7.3 Аменорея

Аменорея (отсутствие менструации) может быть транзиторной, интермиттирующей и перманентной. Первичная аменорея – это отсутствие менархе (первых месячных) к 16 годам. Вторичная аменорея – это отсутствие регулярных менструаций на протяжении трех месяцев или отсутствие нерегулярных менструаций на протяжении шести месяцев.

К распространенным причинам аменореи относятся:

- Беременность (с. 820) – наиболее частая причина вторичной аменореи.
- Синдром поликистоза яичников.
- Чрезмерные спортивные нагрузки.
- Переутомление.
- Стресс.
- Нарушения питания (с. 651)
- Хронические заболевания.
- Генетические заболевания (для первичной аменореи).

Исследования

- Тест на беременность при задержке менструации более чем на 10–15 дней и наличии половой жизни.

Ведение случая

- Направьте подростка старше 16 лет с первичной аменореей к эндокринологу или гинекологу для дальнейшего обследования.
- Рассмотрите возможность направления подростков с вторичной аменореей на дополнительные анализы (в том числе определение уровня гормонов: пролактин, гонадотропин, эстрадиол, андрогены), если причина состояния неясна.

8.8 Подросток с поражениями кожи

Наиболее распространенным кожным заболеванием у подростков является acne vulgaris. Другие кожные заболевания описаны на с. 450.

Сбор анамнеза

Проясните следующие аспекты:

- Продолжительность состояния.
- Тип и длительность лечения в прошлом (если проводилось).
- Для пациентов женского пола: тип оральных или инъекционных контрацептивов (если использовались).

Обследование

Осмотрите кожу лица, шеи, груди, спины и плечей. Ищите следующие элементы:

- Комедоны: белые или черные угри, без покраснения (закупоренные волосяные фолликулы или поры с белой или черной головкой).
- Пустулы: заполненные гноем пузырьки, без покраснения.
- Папулы: пузырьки, покрасневшие вследствие воспаления.
- Узелки: пузырьки, захватывающие более глубокие слои кожи, которая вследствие воспаления (покраснение) заметно обезображивается.
- Кисты: пораженные участки, образованные сливающимися узелками.
- Рубцы: определите давность рубцов и осмотрите их на предмет воспаления.

Дифференциальная диагностика

См. другие поражения кожи (с. 450).

Лечение

- Расскажите о способах ухода за кожей: мытье лица с мягким моющим средством дважды в день (перед нанесением препаратов).

Легкая угревая сыпь:

- Назначьте препарат бензоила пероксида (2,5%) местно или препарат ретиноидов, например адапален (0,1%), местно.
- При плохой переносимости обоих препаратов рассмотрите возможность назначения препаратов азелаиновой кислоты. Порекомендуйте наносить препарат 1–2 раза в день.

Умеренная угревая сыпь:

- Назначьте препараты бензоила пероксида и ретиноидов (адапален) местно, или, местно, препарат ретиноидов + антибиотик (например, гель или лосьон с клиндамицином 1% + третиноин 0,025%), **или** антибиотик местно (например, гель или лосьон с клиндамицином 1%) и препарат бензоила пероксида местно (начните с 2,5% и при необходимости повышайте концентрацию и частоту нанесения).
- Порекомендуйте наносить препараты на пораженные участки дважды в день. После исчезновения дефектов следует наносить препарат еще две недели.

Тяжелая угревая сыпь:

- Назначьте курс оральных антибиотиков на 3–6 месяцев: тетрациклин 500 мг 2 раза в день или эритромицин 500 мг 2 раза в день или доксициклин 50 мг 1 раз в день и препарат бензоила пероксида 2,5–5% местно или препарат ретиноидов местно. Препараты следует наносить на пораженные участки дважды в день. После исчезновения дефектов следует наносить препарат еще две недели.
- Для девушек: в случае использования прогестиновых оральных контрацептивов или инъекций рассмотрите возможность перехода на комбинированные оральные контрацептивы, которые могут улучшить состояние кожи у некоторых женщин.

Последующее наблюдение

- Наблюдайте подростков с умеренной и тяжелой угревой сыпью в течение двух месяцев.
- Умеренная угревая сыпь: при отсутствии улучшений или ухудшении начните (или продолжите) курс оральных антибиотиков длительностью до 6 месяцев с осмотром раз в 2 месяца. При тяжелой угревой сыпи дневную дозу доксициклина можно повысить до 100–200 мг в зависимости от реакции на лечение.
- Для девушек: при отсутствии улучшений по истечении трех месяцев продлите курс оральных антибиотиков и добавьте курс комбинированных оральных контрацептивов по согласованию с подростком (с. 804).

Направления

▶ Направьте пациента к дерматологу в следующих случаях:

- Крайне тяжелая угревая сыпь.
- Обширное или усугубляющееся рубцевание.
- Сильный психологический стресс, вызванный акне.
- Отсутствие реакции на лечение на протяжении шести месяцев.

8.9 Подросток с эмоциональными и поведенческими нарушениями

У половины людей, сталкивающихся с эмоциональными нарушениями, инициальные симптомы возникают в подростковом возрасте. До 25 лет первые симптомы проявляются у 75% людей. При отсутствии лечения на ранней стадии эти расстройства могут сказаться на развитии ребенка/подростка, освоении навыков и способности к полноценной, продуктивной и здоровой жизни.

Раннее выявление и лечение может изменить всю жизнь пациента. Регулярно исследуйте настроение и поведение пациента и обращайте внимание на сохраняющиеся симптомы.

Оценка психического здоровья

- Подросткам всегда необходимо предоставлять возможность консультации без присутствия родителей или опекунов.
- Разъясните конфиденциальный характер беседы, а также обстоятельства, при которых родителям или другим взрослым предоставляется информация.

▶ Проверьте пациента на наличие симптомов эмоциональных или поведенческих нарушений:

- Хронические физические или функциональные симптомы (например, головные боли, боли в спине, утомляемость).
- Отставание от сверстников или сложности в повседневных занятиях, соответствующих возрасту.
- Насилие по отношению к окружающим или акты самоповреждения.
- Высокая отвлекаемость, агрессивное поведение в классе, частые драки/конфликты, трудности с выполнением домашнего задания.

- Факторы риска нарушения психического здоровья: психические заболевания родителей, травмы, насилие, жестокое или небрежное обращение (с. 753), хронические заболевания, злоупотребление психоактивными веществами (с. 767).

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ

- Продолжительность нарушений, превышающая несколько недель.
- Стойкость и тяжесть продолжающихся симптомов.
- Негативное влияние симптомов на развитие пациента.
- Нарушение повседневной деятельности.

* Следует помнить, что нормальное развитие подростка сопряжено с колебаниями настроения и поведения.

- Разберите текущие жалобы с подростком (и, если возможно, с родителем или опекуном). Всегда обращайте внимание на следующие признаки:
  - Поведение подростка.
  - Его/ее самовосприятие.
  - Его/ее мечты, настроение, представление о жизни.
- Следите за изменениями тяжести состояния во времени и его влиянием на когнитивное, эмоциональное, социальное и профессиональное развитие.

Ведение случая

Более подробная информация о диагностике и лечении распространенных поведенческих и эмоциональных нарушений у подростков представлена в других разделах:

- Депрессия (с. 618).
- Тревожность (с. 628).
- Суицидальные мысли или акты самоповреждения (с. 624).
- Употребление психоактивных веществ и злоупотребление ими (с. 767).
- Нарушения пищевого поведения (переедание, нервная булимия, нервная анорексия) (с. 651).
- Чрезмерное использование интернета и социальных сетей (с. 772).
- Нарушения сна (с. 643).

8.10 Подросток с хроническими патологиями

Данный раздел содержит рекомендации, касающиеся подростков с хроническими патологиями. В подростковом возрасте любое заболевание, особенно хроническое, может сильно воздействовать на процесс созревания.

Хронические заболевания могут влиять на следующие аспекты жизни подростка:

- Развитие и половое созревание: некоторые хронические заболевания могут приводить к задержке развития, а некоторые лекарственные препараты (например, стероиды) могут его замедлять. В свою очередь, рост и развитие могут варьировать течение хронического заболевания, поскольку изменения метаболизма и уровня гормонов могут модифицировать клиническую картину или реакцию на лекарственные препараты (например, резистентность к инсулину при диабете 1-го типа, обусловленная гормональным фоном в период полового созревания).
- Настроение, психологическое благополучие.
- Социальная жизнь и отношения со сверстниками.
- Способность посещать школу.
- Жизнь членов семьи (частые госпитализации, финансовые трудности, тревога за будущее ребенка).
- Обретение автономии.

Ведение случая

Наряду с вмешательством специалиста или специализированной (часто многопрофильной) бригады, действия учреждения первичной медико-санитарной помощи играют важнейшую роль.

При ведении подростка с хроническим заболеванием каждые 6 месяцев корректируйте свои действия:

- ▶ Адаптируйте способ информирования и принимаемые меры с учетом развития подростка.
- ▶ Зарезервируйте некоторое время для конфиденциальной беседы без присутствия родителей/опекунов.

- Опросите пациента:
  - Как прогрессирует заболевание с течением времени.
  - Есть ли потребность в дополнительной информации о болезни и терапии.
  - Есть ли проблемы с лекарственными препаратами (например, побочные эффекты).
  - Как заболевание влияет на физическое развитие (с. 24) и половое созревание (с. 796).
  - Как выполняются врачебные рекомендации (избегая осуждения), в том числе насколько подросток готов принять ответственность за ситуацию и лечение. В стремлении к независимости подросток может захотеть изменить те или иные аспекты терапии, рискуя ухудшить клинический исход заболевания.
  - Как заболевание влияет на повседневную жизнь, самооценку и самовосприятие подростка, процесс образования (например, пропуски школьных занятий и особых мероприятий), семейную и социальную жизнь, настроение (депрессия, тревожность, рискованные формы поведения) (см. раздел «Оценка с использованием алгоритма HEEADSSSS», с. 793).
- Выявите другие проблемы и подберите способы решения (акне, болевой синдром, злоупотребление психоактивными веществами, нарушения в половой/репродуктивной сфере, обеспокоенность аспектами собственного физического развития).
- Поинтересуйтесь прочими аспектами терапии: диета, физические упражнения, физиотерапия.
- Обсудите с членами семьи возрастающие потребности подростка в приватности и конфиденциальности.

В таблице 127 предложен *эволюционный подход* к поддержке подростка и его семьи в борьбе с хроническим заболеванием.

Таблица 127. Эволюционный подход к лечению подростков с хроническими заболеваниями

Стадия развития	Роль семьи	Образование, школьная и социальная жизнь
Ранний подростковый возраст	• Обсудите, как побудить подростка к активному участию в терапии	• По возможности свяжитесь с персоналом школы и обсудите адаптацию школьной среды с учетом заболевания (доступ в класс, присутствие медсестры)
Средний подростковый возраст	• Разработайте план постепенного повышения самостоятельности подростка при лечении заболевания	• Выясните, что может поспособствовать выстраиванию отношений со сверстниками (например, вступление в команду/клуб) • Составьте прогноз относительно школьной жизни и профессиональной деятельности
Поздний подростковый возраст	• Помогайте родителям или опекунам привить самостоятельность подростку	• Помогайте адаптировать школьную или профессиональную среду под особенности заболевания • Обсудите планы на будущее в образовании и профессиональной деятельности • Обсудите ожидания, связанные с дальнейшей личной жизнью (проживание с партнером, деторождение, наследственность заболевания)

Организуйте перевод в систему здравоохранения для взрослых

Подготовьтесь к переводу пациента из педиатрического медицинского учреждения в учреждение для взрослых. Срок начала перевода должен рассчитываться с учетом возраста и уровня психического и физического развития подростка. Возможны несколько подходов: групповые обсуждения, заблаговременное составление списка специалистов, работающих в данной сфере со взрослыми, организация встречи с врачами или медсестрами, работающими как с детьми, так и со взрослыми.

- Попросите подростка и родителей заранее обдумать организацию плавного перевода.
- Организуйте четкую и документально оформленную процедуру перевода с полным участием подростка.

Для заметок

ГЛАВА 9

Экстренные ситуации и травмы

9.1	**Принципы оказания неотложной помощи**	**842**
9.2	**Оценка неотложных признаков**	**844**
9.3	**Остановка дыхания и сердца**	**845**
	Алгоритм ABCDE	846
	Алгоритм реанимации детей	849
	Оказание помощи задыхающемуся ребенку	850
	Восстановление проходимости дыхательных путей	851
	Введение орофарингеального воздуховода Гведела	852
	Искусственная вентиляция лёгких с помощью мешка Амбу	853
	Как давать кислород	854
	Непрямой массаж сердца	855
	Как вводить инфузионные растворы ребенку в шоковом состоянии	856
	Как положить ребенка с нормальным дыханием, находящегося в бессознательном состоянии	857
	Как купировать судороги	858
	Как вводить глюкозу внутривенно	860
9.4	**Тяжелая дыхательная недостаточность**	**861**
9.5	**Шоковое состояние**	**866**
9.6	**Заторможенность – кома – судороги**	**870**
9.7	**Травмы**	**875**
	Остановка наружного кровотечения	879
9.8	**Ожоги**	**880**
	Оценка тяжести ожога	881
9.9	**Отравления**	**883**
9.10	**Поражения ядом животного происхождения**	**889**
9.11	**Утопление**	**892**
9.12	**Поражения электрическим током**	**893**
9.13	**Острый живот**	**894**
9.14	**Препараты, применяемые при неотложных состояниях**	**897**

9.1 Принципы оказания неотложной помощи

- Следуйте алгоритму ABCDE.
- Проводите раннюю диагностику детей с риском ухудшения состояния.
- Подготовьтесь к оказанию неотложной помощи и наладьте эффективную коммуникацию с бригадой.

Безопасность

- Обеспечьте безопасность специалистов и прочих лиц: оцените угрозу насилия или заражения, оградите место происшествия.

Передача информации

- Заранее обратитесь за помощью к другим членам бригады или службе скорой помощи.
- Обеспечьте эффективный обмен информацией в бригаде, с пациентом, лицами, осуществляющими уход, специалистами следующего звена.

Обучение

- Регулярно организуйте учебные тревоги и проводите тренировки персонала.

Оборудование и медикаменты

В приложении 1 представлен перечень оборудования и медикаментов для первичной медико-санитарной помощи при экстренной ситуации. В перечень входят иглы для внутрикостных вливаний.

Поэтапный подход к ребенку в тяжелом состоянии (схема 2)

Первичный осмотр

Быстрая оценка – это осмотр (< 30 секунд) без вмешательства для принятия решения о необходимости экстренных реанимационных мероприятий. Ребенок выглядит нездоровым/раздражительным/сонливым/безвольным? Ребенок реагирует на раздражители? Крик ребенка слабый?

Алгоритм ABCDE

Алгоритм пошагового обследования для выявления признаков тяжелого заболевания или травмы легко запомнить по буквам ABCDE: A [airway] – дыхательные пути, B [breathing] – дыхание, C [circulation] – кровообращение, D [disability] – неврологический статус и E [exposure] – повреждения: полный осмотр тела на предмет скрытых повреждений, сыпи, укусов и других поражений. Проблему, обнаруженную на любом из этапов, следует немедленно устранить до перехода к следующему. Алгоритм ABCDE (с. 846) необходимо выполнить за 5 минут.

Алгоритм SAMPLE для сбора анамнеза

Сразу после обследования по алгоритму ABCDE соберите критически важный для лечения ребенка анамнез по методу SAMPLE (с. 848).

Диапазоны нормальных значений основных показателей жизнедеятельности

Таблица 128. Диапазоны нормальных значений основных показателей жизнедеятельности (5–95-й процентили)

Возраст	Примерная масса тела (кг)[a]	Частота дыхания (1/мин)	ЧСС (1/мин)	Систолическое артериальное давление (мм рт. ст.)[b]
1 месяц	3–5	25–60	110–180	50–100
1 год	10	20–50	100–170	70–105
2 года	12	18–40	90–160	70–105
5 лет	18	17–30	70–140	75–110
10 лет	30	14–25	60–120	80–120
> 15 лет	50	12–18	60–100	100–130

ЧСС – частота сердечных сокращений.

[a] Примерная масса тела ребенка ≥ 1 года: (возраст + 4) × 2.

[b] Минимальное значение систолического артериального давления (мм рт. ст.): 70 + (возраст × 2).

- Определение тенденций более информативно, чем одиночные замеры.
- Нормальная ЧСС у спящих детей на 10% ниже.

9.2 Оценка неотложных признаков

Оцените признаки A [airway] – проходимость дыхательных путей и B [breathing] – состояние дыхания

- **Затрудненное дыхание.** Следите за движениями грудной клетки и слушайте дыхательные шумы, чтобы выявить затрудненное прохождение воздуха через дыхательные пути. Стридор указывает на обструкцию верхних дыхательных путей, хрипы – на обструкцию нижних дыхательных путей.
- **Центральный цианоз.** Синеватый или лиловый оттенок языка и слизистых оболочек ротовой полости.
- **Тяжелая дыхательная недостаточность.** Дыхание явно затрудненное, учащенное или резкое, с втяжением уступчивых мест грудной клетки, раздуванием крыльев носа, стонами и участием вспомогательной мускулатуры (ребенок кивает головой в такт дыханию). Вследствие дыхательной недостаточности ребенок не может есть и быстро утомляется.

Оцените признак C [circulation] – кровообращение (при шоковом состоянии)

- **Холодные кисти рук.**
- **Время наполнения капилляров > 2 секунд.** Надавливайте на ногтевое ложе в течение 5 секунд, затем замерьте время, которое потребовалось для возвращения розовой окраски.
- **Слабый и учащенный пульс.** Пропальпируйте пульс на лучевой/сонной артерии (у детей) или на плечевой/бедренной артерии (у младенцев). Точно измерить пульс ребенка может быть трудно. Ориентируйтесь на контекст и другие признаки и симптомы.
- **Уровень систолического давления ниже возрастной нормы.** (таблица 128). При шоке артериальное давление может быть в норме, но очень низкое артериальное давление свидетельствует о шоковом состоянии ребенка.
- **Проведите диагностику обезвоживания (при диарее).** Запавшие глаза? После щипка кожа очень медленно (> 2 секунд) возвращается в исходное состояние? Захватите кожную складку на животе и держите ее 1 секунду, затем отпустите и наблюдайте.



Оцените признак D [disability] – неврологический статус (при коме и судорогах)

- Определите **уровень сознания** по шкале AVPU. Если ребенок неактивен и сонлив, попытайтесь привлечь его внимание, разговаривая с ним, или потрясите его за руку. Если ребенок неактивен, но реагирует на голос, такое состояние обозначается как заторможенность. Если ребенок не реагирует на звуковые раздражители, спросите родителей, не был ли ребенок необычно сонлив, не было ли трудно его разбудить. Проверьте, реагирует ли ребенок на болевую стимуляцию. Если нет, это означает, что ребенок находится в коме (без сознания) и нуждается в неотложном лечении.
- **Судороги.** Судороги могут быть трудно уловимы, особенно у младенцев.

9.3 Остановка дыхания и сердца

См. раздел «Алгоритм реанимации детей» на с. 849.

A [airway] – дыхательные пути и B [breathing] – дыхание

- Медленное, неглубокое дыхание или отсутствие дыхательных шумов.
- Центральный цианоз.

C [circulation] – кровообращение

- Низкая ЧСС или отсутствие пульса.

Найдите и скорректируйте обратимые причины остановки сердца

- Гипоксия → дайте кислород (с. 854).
- Гиповолемия → введите жидкость (с. 856).
- Гипотермия → согрейте ребенка.
- Гипогликемия → введите глюкозу (с. 860).
- Напряженный пневмоторакс → (с. 933).
- Токсины → См. разделы «Отравления» (с. 883) и «Поражения ядом животного происхождения» (с. 889).

При оказании первичной медико-санитарной помощи может быть сложно выявить и скорректировать перечисленные обратимые причины остановки сердца. Будьте готовы немедленно направить ребенка на специфическую терапию.

- Тампонада сердца (скопление жидкости в сердечной сумке, приводящее к сжатию сердца).
- Тромбоз.
- Гипер-/гипокалиемия.

Схема 2. Алгоритм ABCDE

Быстрая оценка

Ребенок реагирует? **При отсутствии реакции** → Следуйте *алгоритму реанимации детей* (с. 849).

- Сохраняйте спокойствие. Позовите на **помощь**. Обеспечьте ребенку **покой/комфорт/тепло**.
- **Устраните жизнеугрожающие факторы** перед продолжением обследования.

ОЦЕНКА	ДЕЙСТВИЕ
A [airway] – дыхательные пути и B [breathing] – дыхание	
↘ *При подозрении на травму шейного отдела позвоночника* ***не поворачивайте шею ребенка***, иммобилизуйте шейный отдел и выведите вперед нижнюю челюсть, чтобы освободить дыхательные пути.	
■ Затрудненное дыхание ■ Центральный цианоз или $SpO_2 < 94\%$ ■ Дыхательная недостаточность: • учащенное дыхание; • втяжение грудной клетки; • препятствия/шум при прохождении воздуха (стридор, хрипы) или затрудненное дыхание.	*ПРИ НАЛИЧИИ* При аспирации инородного тела: ▶ Освободите дыхательные пути (с. 851) При отсутствии инородного тела в дыхательных путях: ▶ Освободите дыхательные пути (с. 851) ▶ Дайте кислород (с. 854) ▶ Продолжайте терапию **тяжелой дыхательной недостаточности** (с. 861)
C [circulation] – кровообращение	
■ Шоковое состояние: • холодные конечности + • слабый и учащенный пульс + • время наполнения капилляров > 2 секунд ■ Тяжелое обезвоживание: • заторможенность • запавшие глаза • очень медленное расправление кожной складки	*ПРИ НАЛИЧИИ* ▶ Остановите кровотечение (с. 879) ▶ Дайте кислород (с. 854) ▶ При отсутствии противопоказаний проведите в/в вливание (с. 856) ▶ Продолжайте терапию **шокового состояния** (с. 866)

ОЦЕНКА	ДЕЙСТВИЕ

D [disability] – неврологический статус

↘ Оцените уровень сознания по шкале AVPU: A [alert] – в ясном сознании, V [voice] – реагирует на голос, P [pain] – реагирует на боль, U [unconcious] – без сознания.

- Заторможенность (неактивен, но реагирует на голос или боль)
- Кома (не реагирует на боль)
- Судороги
- Низкий уровень глюкозы в крови (< 3 ммоль/л или < 54 мг/дл)

ПРИ НАЛИЧИИ

- ▶ Если ребенок без сознания, показатели A и B (проходимость дыхательных путей и дыхание) стабильны, а травма шеи отсутствует, придайте ему безопасное положение (с. 857)
- ▶ При судорогах введите диазепам ректально (с. 858)
- ▶ При низком уровне глюкозы введите глюкозу (с. 860)
- ▶ Продолжайте терапию **заторможенности или комы** (с. 870)

E [exposure] – повреждения

↘ Обследуйте ребенка:

- Травмы, укусы или ожоги
- Сыпь (не бледнеющая при надавливании)
- Вздутие живота
- Повышенная температура

ПРИ НАЛИЧИИ

- ▶ Снимите тесную одежду
- ▶ Примите меры для снижения температуры тела
- ▶ Проведите обезболивание (с. 596)
- ▶ Проведите терапию
  - травм (с. 875)
  - ожогов (с. 880)
  - отравления (с. 883)
  - поражения ядом (с. 889)
  - утопления (с. 892)
  - поражения электрическим током (с. 893)
  - острого живота (с. 894)

Подход SAMPLE

↘ Оперативно соберите анамнез:

- S [signs and symptoms] – признаки и симптомы (жар, боль в животе)
- A [allergies] – аллергии
- M [medications] – принимаемые лекарства
- P [past medical history] – заболевания в анамнезе
- L [last oral intake] – последний прием пищи
- E [events surrounding illness] – возможные причины состояния (отравление, поражение ядом)

Дальнейшие действия

- Регулярно повторяйте оценку состояния на предмет его улучшения или ухудшения.
- Контролируйте **основные показатели жизнедеятельности**: частоту дыхания, ЧСС, артериальное давление, SpO_2, температуру тела.
- Приступайте к полноценному осмотру только после стабилизации состояния по показателям ABCD.
- Организуйте срочную перевозку в стационар. Продолжайте наблюдение и оказывайте помощь в необходимом объеме до прибытия бригады экстренной помощи. Если вы наиболее квалифицированный медицинский работник в группе, вам, возможно, нужно будет сопроводить ребенка в стационар.

Схема 3. Алгоритм реанимации детей

Обеспечить безопасность ребенка и того, кто оказывает помощь – Стимулировать жизнедеятельность ребенка – Позвать на помощь



! Скорректируйте **обратимые причины** остановки дыхания и сердца (с. 845)

Регулярно **повторяйте оценку состояния** – Держите ребенка **в тепле**

* Продолжайте реанимационные мероприятия в необходимом объеме до прибытия бригады экстренной помощи. Если вы наиболее квалифицированный медицинский работник в группе, сопроводите ребенка в стационар.

Примечание: данный алгоритм применим к детям любого возраста, кроме новорожденных в момент рождения.

Схема 4. Оказание помощи задыхающемуся ребенку

Дети в возрасте до 1 года



Шлепки/похлопывания по спине

- Положите младенца на свою руку или на бедро, головой вниз.
- Хлопните 5 раз по спине младенца в ее средней части основанием ладони.

Толчкообразные надавливания на грудную клетку



- Если обструкция сохраняется, переверните младенца и сделайте 5 толчкообразных нажатий двумя пальцами на его грудную клетку в области нижней половины грудины.
- Если обструкция сохраняется, проверьте ротовую полость младенца на наличие любого препятствия, которое может быть удалено.
- При необходимости повторите последовательно всю процедуру, начиная с похлопывания по спине.

Дети старше 1 года



Похлопывание по спине

- Хлопните 5 раз по спине ребенка в ее средней части основанием ладони, когда ребенок находится в положении сидя, на коленях или лежа.
- Если обструкция сохраняется, выполните прием Геймлиха: встаньте позади ребенка и обхватите руками его туловище; сожмите одну руку в кулак и поместите его на живот ребенка сразу ниже грудины; положите другую руку на кулак и резко нажмите на живот ребенка в направлении внутрь и вверх (см. рисунок); повторите эту процедуру 5 раз.



- Если обструкция сохраняется, проверьте ротовую полость ребенка на наличие любого препятствия, которое может быть удалено.
- При необходимости повторите последовательно всю процедуру, начиная с похлопывания по спине.

Схема 5. Восстановление проходимости дыхательных путей

- **Восстановите проходимость дыхательных путей**

  a. **При отсутствии подозрения на травму шейного отдела позвоночника:**
  Младенцы: держите голову в нейтральном положении, чтобы нос был поднят вверх. Дети: запрокиньте голову ребенка и поднимите подбородок, чтобы открыть дыхательные пути.

  b. **При подозрении на травму шейного отдела позвоночника:**
  стабилизируйте шею и выдвиньте нижнюю челюсть, чтобы открыть дыхательные пути. Осторожно поместите четвертый и пятый пальцы руки позади изгиба челюсти и потяните нижнюю челюсть вперед под углом 90° к телу, чтобы освободить дыхательные пути.

- Осмотрите ротовую полость и удалите имеющиеся инородные тела, если они хорошо видны.
- Удалите слизистые выделения из глотки.
- Оцените проходимость дыхательных путей: по движению воздуха, по движению грудной клетки или по дыхательным шумам.
- При отсутствии дыхания начните вентиляцию легких с помощью мешка Амбу (с. 853).



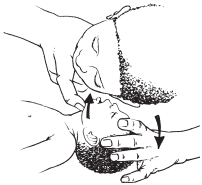
МЛАДЕНЕЦ – Нос поднят вверх
Голова в нейтральном положении для открытия дыхательных путей



ДЕТИ – Подбородок вверх
Голова запрокинута (у детей)



Выдвижение нижней челюсти без запрокидывания головы

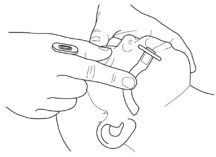


Определяйте дыхание визуально, на слух или по движению воздуха

Схема 6. Введение орофарингеального воздуховода (воздуховода Гведела)

Для расширения дыхательных путей у пациентов без сознания можно использовать орофарингеальный воздуховод (воздуховод Гведела). Введение воздуховода пациенту в сознании может вызвать удушье или рвоту.

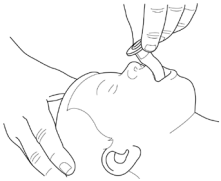
- Выберите подходящий по размеру воздуховод. Длина воздуховода должна соответствовать расстоянию от резцов до изгиба нижней челюсти. Для проверки следует наложить его на лицо искривленной (выгнутой) стороной кверху.
- Освободите дыхательные пути (с. 851). Не поворачивайте шею при подозрении на травму позвоночника.
- Младенцы: введите воздуховод, держа его выгнутой стороной вверх.
- Дети: введите воздуховод «вверх ногами» (вогнутой стороной вверх) до касания наконечником мягкого неба. Поверните воздуховод на 180° и проведите над языком.
- Повторно убедитесь в проходимости дыхательных путей.
- При необходимости выберите воздуховод другого размера или повторите введение.
- Дайте кислород.



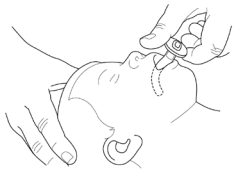
Выбор подходящего орофарингеального воздуховода



Введение орофарингеального воздуховода <u>младенцу</u>: выгнутой стороной вверх



Ведение вогнутой стороной вверх

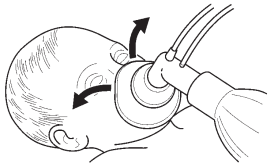


Поворот

Введение орофарингеального воздуховода <u>ребенку</u>

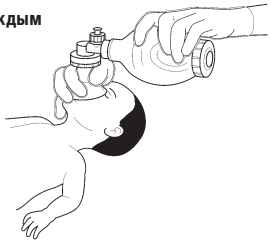
Схема 7. Искусственная вентиляция лёгких с помощью мешка Амбу

- Выберите маску, закрывающую нос и рот, и убедитесь в плотном прилегании краев маски к лицу.
- Удерживая маску, подтяните подбородок ребенка вперед к маске третьим пальцем руки. Не допускайте чрезмерного разгибания шеи.
- Начните вентиляцию легких 100% кислородом (10 л/мин), оставляя достаточное время для вдоха (около 1 с).).

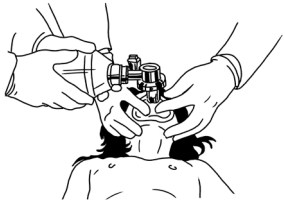


Недостаточное прилегание
Если вы слышите, как из-под маски выходит воздух, прижмите ее плотнее. Обычно утечка воздуха происходит в области между носом и щеками.

! Убедитесь, что грудная клетка поднимается с каждым сжатием мешка.



Техника работы одного спасателя



Техника работы двух спасателей

Схема 8. Как подавать кислород

Подавайте кислород через носовые канюли или кислородную маску, исходя из переносимости и наличия оборудования.

Для детей младшего возраста предпочтительнее использовать носовые канюли ввиду их лучшей переносимости.

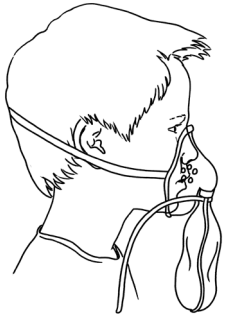
Носовые канюли



- Вставьте канюли неглубоко в ноздри и закрепите их клейкой лентой на щеке рядом с носом (см. рисунок). Очистите ноздри от слизи, так как она может мешать току кислорода.
- Начните подавать кислород со скоростью 1–2 л/мин. Целевое значение сатурации – 94–98%.
- Используйте пульсоксиметр для контроля сатурации.

Лицевые маски

Лицевые маски (нереверсивные, возможно с резервуаром) – предпочтительный способ подачи кислорода в экстренной ситуации, когда нужно увеличить концентрацию кислорода во вдыхаемом воздухе (например, при реанимации, травмах, шоке, судорогах, сниженном уровне сознания).



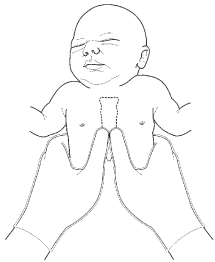
- Наложите маску так, чтобы она накрыла нос и рот.
- Подавайте кислород со скоростью не менее 4 л/мин, чтобы избежать вдыхания выдыхаемого углекислого газа. При использовании маски с резервуаром следует задать достаточно высокую скорость потока кислорода (до 12–15 л/мин) во избежание спадения резервуара при вдохе. Целевое значение сатурации – 94–98%.
- Контролируйте ситуацию с помощью пульсоксиметра.

Схема 9. Непрямой массаж сердца

Дети в возрасте до 1 года

- Положите большие пальцы на грудную клетку младенца чуть ниже межсосковой линии.
- Сдавливайте грудную клетку на глубину одной трети ее переднезаднего размера с частотой 100–120 раз в минуту.

! Глубина нажатия должна оставаться неизменной.



Непрямой массаж сердца: младенцы

Дети старше 1 года

- Встаньте над грудной клеткой пациента и выпрямите руку.
- Положите руку на грудину так, чтобы основание ладони пришлось на нижнюю часть грудины. Поднимите пальцы, чтобы исключить давление на ребра.
- Надавливайте на грудную клетку на глубину одной трети ее переднезаднего размера (5 см) с частотой 100–120 раз в минуту.

! Глубина нажатия должна оставаться неизменной.

! Манипуляции с крупным ребенком может быть удобнее проводить двумя руками: сцепите пальцы; не надавливайте на ребра.



Непрямой массаж сердца: дети

Схема 10. Как вводить инфузионные растворы ребенку в шоковом состоянии

- Установите систему для внутривенных вливаний.
- Вводите раствор (изотонический раствор хлорида натрия или сбалансированный солевой раствор) из расчета 10–20 мл/кг в течение 30 минут. Убедитесь в равномерности подачи раствора.

! ВНИМАНИЕ: избегайте интенсивного вливания жидкостей при кардиогенном шоке, тяжелых формах анемии или истощения, диабетическом кетоацидозе, подозрении на повышение внутричерепного давления или отек головного мозга. Если вливание все же необходимо при указанных состояниях, проводите его с осторожностью, понизив скорость подачи и увеличив длительность процедуры (например, 10–15 мл/кг в течение 60 минут).

Возраст (масса тела)	Разовая доза жидкости	
	10 мл/кг	20 мл/кг
< 1 месяца (< 4 кг)	25	50
1–< 4 месяцев (4–< 6 кг)	50	100
4–< 12 месяцев (6–< 10 кг)	75	150
1–< 3 лет (10–< 15 кг)	130	250
3–< 5 лет (15–< 20 кг)	170	350
5–< 10 лет (20–< 30 кг)	250	500
10–< 13 лет (30–< 40 кг)	350	700
13–< 15 лет (40–< 50 кг)	450	900

Организуйте экстренную перевозку в стационар. В ожидании транспортировки непрерывно следите за состоянием ребенка:

- Остановите вливание жидкости при появлении признаков передозировки: повышении ЧСС на 15 уд/мин, частоты дыхания – на 5 вдохов в минуту, увеличении печени и вздутии шейных вен, мелкопузырчатых хрипах в нижних отделах легких.

Проведите повторную диагностику после первого вливания (если перевод в другое учреждение задерживается):

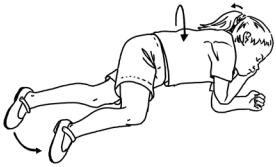
- При отсутствии улучшения и признаков гипергидратации рассмотрите возможность повторного вливания с учетом причины шокового состояния и максимальной дозы жидкости.

Схема 11. Как положить ребенка с нормальным дыханием, находящегося в бессознательном состоянии

При отсутствии подозрения на травму шейного отдела позвоночника:

Восстановительная позиция

- Поверните ребенка на бок для уменьшения риска аспирации.
- Зафиксируйте шею в слегка вытянутом положении, положив одну руку ребенка ему под щеку.
- Согните одну ногу ребенка для стабилизации положения туловища.



Восстановительная позиция

При подозрении на травму шейного отдела позвоночника

- Стабилизируйте шею ребенка в положении лежа на спине.
- Иммобилизуйте шейный отдел позвоночника выше и ниже предполагаемого места травмы подходящим по размеру полужестким шейным корсетом, чтобы исключить любые движения шеи.



Корсет для фиксации шейных позвонков

При отсутствии корсета для фиксации шейных позвонков или неплотном его прилегании:

- Положите ребенка на спину на жесткую поверхность (спинальную доску, при наличии).
- Зафиксируйте шею, создав опору для головы (например, скрученное полотенце вокруг шеи, мешки с песком или литровые пакеты с жидкостью для в/в вливания по обе стороны от головы).
- Зафиксируйте лоб и подбородок ребенка клейкой лентой, приклеенной к краям жесткого щита.

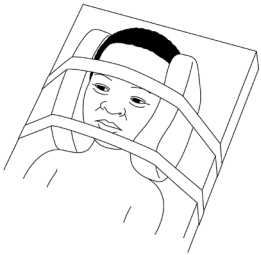


Схема 12. Как купировать судороги

Рассчитайте дозировку препарата исходя из массы тела ребенка или обратитесь к с. 898.

- **При длительности судорог свыше 5 минут** введите:
  - Диазепам ректально[a] в дозировке 0,5 мг/кг, максимальная доза 20 мг; или в/в, медленно, в дозировке 0,20–0,25 мг/кг, максимальная доза 10 мг, ***или***
  - Мидазолам интраназально/трансбуккально/в/м в дозировке 0,2 мг/кг, максимальная доза 10 мг; или в/в, медленно, в дозировке 0,15 мг/кг, максимальная доза 7,5 мг, ***или***
  - Лоразепам в/в, медленно, в дозировке 0,1 мг/кг, максимальная доза 4 мг.
- **При длительности судорог свыше 10 минут** введите вторую дозу диазепама (или альтернативного препарата). Не вводите больше двух доз препарата.
- **При длительности судорог свыше 20 минут следует предполагать приступ эпилепсии. Вводите следующие препараты:**
  - Леветирацетам в/в в дозировке 40–60 мг/кг в течение 15 минут, максимальная доза 4,5 г, ***или***
  - Фенитоин в/в в дозировке 20 мг/кг в течение 20 минут, максимальная доза 1,5 г (при экстравазации возможны местные повреждения, поэтому убедитесь, что система для вливания установлена правильно), ***или***
  - Вальпроевая кислота в/в в дозировке 40 мг/кг в течение 15 минут, максимальная доза 3 г (применение не рекомендовано при подозрении на печеночную недостаточность или нарушения метаболизма), ***или***
  - Фенобарбитал в/в в дозировке 15–20 мг/кг в течение 20 минут, максимальная доза 1 г.
- **Для новорожденных:** введите фенобарбитал в/в в дозировке 20 мг/кг. Если судороги не прекращаются, вводите дополнительно по 10 мг/кг до достижения максимальной дозы 40 мг/кг.

! ВНИМАНИЕ: помните о вероятности апноэ. Всегда держите под рукой исправный мешок Амбу с маской подходящего размера на случай остановки дыхания у ребенка.

Общие правила и меры предосторожности при судорогах

- Сохраняйте спокойствие, следите за состоянием ребенка и замерьте длительность приступа.
- Уберите все опасные предметы во избежание травмирования ребенка.
- Если ребенок лежит на полу, подложите ему под голову мягкий предмет и ослабьте воротник одежды.

НЕ ПОМЕЩАЙТЕ ничего в ротовую полость ребенка.

НЕ ДАВАЙТЕ ребенку никаких пероральных препаратов до полного купирования судорог.

- Проверьте, нет ли на теле или одежде ребенка какого-либо носителя информации со сведениями о болезни, например медицинского предупреждающего браслета.

При сильной лихорадке:

- Разденьте ребенка для снижения температуры тела.
- По прекращении судорог, когда ребенок сможет глотать, дайте ему парацетамол или ибупрофен.

[a] Используйте клизменный наконечник или отберите дозу диазепама из ампулы в шприц объемом 1 мл. Введите наконечник или шприц в прямую кишку на глубину 4–5 см и впрысните раствор диазепама. Сведите ягодицы ребенка вместе и держите так несколько минут.

Схема 13. Как вводить глюкозу внутривенно

Используйте индикаторную полоску для измерения уровня глюкозы в крови (с. 926). Если уровень глюкозы в крови ниже 2,5 ммоль/л (45 мг/дл) или < 3 ммоль/л (54 мг/дл) для детей с сопутствующими симптомами или недоеданием.

▶ Установите систему для в/в вливаний и быстро введите 10% раствор глюкозы в дозировке 3 мл/кг (см. таблицу ниже).

Возраст (масса тела)	Объем разовой дозы 10% раствора глюкозы (3 мл/кг)
< 1 месяца (< 4 кг)	12 мл
1–< 4 месяцев (4–< 6 кг)	15 мл
4–< 12 месяцев (6–< 10 кг)	25 мл
1–< 3 лет (10–< 15 кг)	35 мл
3–< 5 лет (15–< 20 кг)	50 мл
5–< 10 лет (20–< 30 кг)	75 мл
10–< 13 лет (30–< 40 кг)	100 мл
13–< 15 лет (40–< 50 кг)	150 мл

▶ Повторно измерьте уровень глюкозы в крови. Если он все еще низкий, повторите введение 10% раствора глюкозы в дозировке 3 мл/кг.

▶ Покормите ребенка, как только он придет в сознание. Если приему пищи мешает угроза аспирации:
- — Дайте молоко или раствор сахара (4 чайных ложки сахара в 200 мл воды) через назогастральный зонд или
- — Введите в/в 5–10% раствор глюкозы (декстрозы).

Примечание: 50% раствор глюкозы аналогичен 50% раствору декстрозы. Если имеется только 50% раствор глюкозы: разведите 1 часть 50% раствора глюкозы в 4 частях стерильной воды или 1 часть 50% раствора глюкозы в 9 частях 5% раствора глюкозы.

Примечание: если в/в вливание невозможно или не может быть проведено немедленно, в качестве экстренной помощи можно дать сахар под язык. Каждые 10–20 минут кладите под язык по одной чайной ложке сахара, смоченного водой.

860

9.4 Тяжелая дыхательная недостаточность

- Дыхательная недостаточность может привести к остановке дыхания.
- Постарайтесь обеспечить ребенку покой/комфорт/тепло.
- Дайте кислород, постарайтесь не волновать ребенка.

Сбор анамнеза

- Внезапное появление симптомов.
- Лихорадка.
- Хриплый голос.
- Кашель: начало, длительность, продуктивность, кровь в мокроте, эпизодический кашель, лающий кашель.
- Недавние травмы.
- Основное заболевание: астма, серповидно-клеточная анемия, порок сердца.
- Прививочный анамнез: дифтерия, *Haemophilus influenzae* типа b.

Обследование

Нарушение проходимости дыхательных путей

- Снижение скорости потока воздуха на вдохе, выраженный стридор (верхние дыхательные пути), хрипы (нижние дыхательные пути).
- Парадоксальные движения грудной клетки, живота («маятникообразное дыхание»).
- Отсутствие дыхательных шумов при полной непроходимости дыхательных путей («немое легкое»).

Аномальное дыхание

- Затрудненное, учащенное, стонущее дыхание или одышка.
- Раздувание крыльев носа, сильное втяжение грудной клетки, вовлечение вспомогательной мускулатуры.
- Неравномерное расширение грудной клетки при аспирации инородного тела или пневмотораксе.
- Центральный цианоз (поздний симптом).

Другие признаки

- Потение, кашель, лихорадка, хриплый голос, слюнотечение, возбуждение, заторможенность.
- Положение стоя, неспособность есть или говорить, неспособность кормиться (у младенцев).

Исследования

- Пульсоксиметр.
- Уровень глюкозы в крови.

Таблица 129. Дифференциальная диагностика при тяжелой дыхательной недостаточности

Основная причина	Характерные признаки
Анафилаксия	• Контакт с аллергеном в анамнезе, внезапное появление симптомов • Астмоидное дыхание, стридор, крапивница, отечность губ/лица • Возможно сочетание с шоковым состоянием
Астма (с. 692)	• Повторяющееся астмоидное дыхание в анамнезе • Астмоидное дыхание, сниженная скорость потока воздуха на вдохе, удлиненный выдох • Хороший ответ на бронхолитические препараты
Бронхиолит (с. 224)	• Кашель, насморк у детей младше 2 лет • Астмоидное дыхание, сниженная скорость потока воздуха на вдохе, удлиненный выдох, апноэ у младенцев
Вирусный круп	• Лающий кашель, хриплый голос, стридор • Развивается на фоне инфекции верхних дыхательных путей
Дифтерия (с. 233)	• «Бычья шея» • Покраснение горла, серые пленки на слизистой оболочке глотки • Хриплый голос, стридор, кашель • Отсутствие вакцинации от дифтерии (АКДС или пентавалентная вакцина)

Основная причина	Характерные признаки
Эпиглоттит (с. 234)	• Внешний вид, характерный для интоксикации, беспокойство • Глухой/хриплый голос, отсутствие кашля, легкий стридор • Слюнотечение, неспособность пить • Отсутствие вакцинации от *Haemophilus influenzae* типа b
Аспирация инородного тела (с. 591)	• Внезапное удушье, стридор • Локализованное ослабление дыхания или свистящие хрипы
Сердечная недостаточность (с. 379)	• Сердечно-сосудистое заболевание или шумы в сердце в анамнезе • Аномальный сердечный ритм (ускоренный или замедленный) • Вздутие шейных вен, увеличение печени • Мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких
Пневмония (с. 213)	• Кашель, лихорадка, втяжение нижней части грудной клетки, стонущее дыхание
Пневмоторакс	• Внезапное появление симптомов, обычно после серьезной травмы грудной клетки • Перкуторно коробочный звук на стороне поражения • Ослабление дыхания на стороне поражения
Отравление (с. 883)	• Передозировка лекарств, рекреационных наркотиков или проглатывание ядовитых веществ в анамнезе
Заглоточный абсцесс (с. 232)	• Медленное развитие с постепенным ухудшением состояния • Неспособность глотать, высокая лихорадка

АКДС – адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина.

Лечение

УСПОКОЙТЕ РЕБЕНКА – ПОЗОВИТЕ НА ПОМОЩЬ – КОНТРОЛИРУЙТЕ ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

!

- При необходимости освободите дыхательные пути (с. 851).
- Дайте кислород, постарайтесь не волновать ребенка (с. 854).
- При потере сознания → начинайте реанимационные мероприятия (с. 849).

НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО НАПРАВЬТЕ В СТАЦИОНАР

Анафилаксия

- Выявите аллерген и, если он еще присутствует, устраните.
- Введите в/м раствор эпинефрина (адреналина) 1:1000 (1 мг = 1 мл) из расчета 0,01 мл/кг.
- При отсутствии улучшения повторите введение через 5–10 минут.
- Введите в/в изотонический раствор хлорида натрия или раствор Рингер лактат из расчета 20 мл/кг как можно быстрее. Регулярно повторяйте осмотр и проверяйте ребенка на предмет признаков гипергидратации перед началом нового вливания.
- При тяжелом бронхоспазме: дайте сальбутамол (дозировки см. в разделе «Астма» ниже).
- Рассмотрите возможность перорального введения преднизолона в дозировке 1–2 мг/кг (не более 60 мг/сутки) детям, нуждающимся в длительном наблюдении.

Астма

- Введите сальбутамол через спейсер (2–10 нажатий; 100 мкг/доза) или небулайзер (2,5 мг при массе тела < 20 кг, 5 мг при массе тела ≥ 20 кг [0,15 мг/кг]), при необходимости повторите.
- Введите ипратропия бромид через спейсер (160 мкг) или через небулайзер с сальбутамолом (250 мкг при массе тела < 30 кг, 500 мкг при массе тела ≥ 30 кг).

- Дайте преднизолон перорально из расчета 1–2 мг/кг (не более 60 мг/сутки) или введите в/м метилпреднизолон из расчета 2 мг/кг (не более 60 мг/сутки).

Вирусный круп

- Дайте перорально преднизолон из расчета 1 мг/кг или дексаметазон из расчета 0,6 мг/кг.
- Введите раствор эпинефрина (адреналина) 1:1000 из расчета 0,5 мл/кг (максимальная доза 5 мл) через небулайзер.

Аспирация инородного тела

- При непродуктивном кашле выполните 5 похлопываний по спине, затем 5 толчкообразных надавливаний на грудную клетку или живот, для младенцев: 5 толчкообразных надавливаний на грудную клетку (с. 850).

Инфекционные заболевания

- Если больница далеко, рассмотрите возможность догоспитального применения антибиотиков. Проконсультируйтесь со специалистами стационара. **НЕ НАЗНАЧАЙТЕ** регулярный прием антибиотиков на догоспитальном этапе. См. тематические разделы, посвященные конкретным заболеваниям.
  - — Пневмония: ампициллин в/в или в/м из расчета 50 мг/кг.
  - — Заглоточный абсцесс: Ко-амоксиклав в/в или в/м из расчета 50 мг/кг (по амоксициллину).

Напряженный пневмоторакс

- Используйте канюлю большого диаметра (например, 14 калибра) для снижения давления в грудной клетке (с. 933).

9.5 Шоковое состояние

! Наиболее распространенная причина шока – гиповолемия.

▶ **После оценки и коррекции признаков A и B (с. 846):**

Сбор анамнеза

- Лихорадка (инфекция).
- Диарея и/или рвота.
- Недавние травмы и/или кровотечения.
- Патологии, которые могут лежать в основе развившегося состояния, например врожденный или ревматический порок сердца.
- Известные аллергии и недавнее воздействие аллергенов.

Диагностика

▶ **Проверьте на наличие признаков шока:**

— холодные конечности;

— увеличенное время наполнения капилляров (> 2 секунд);

— слабый и учащенный пульс;

— низкое систолическое артериальное давление (примечание: поздний признак, наблюдается не всегда).

▶ **Проверьте на наличие других признаков:**

— Любые наружные кровотечения.

— Лихорадка и/или сыпь, не бледнеющая при нажатии (петехии или пурпура).

— Тяжелое обезвоживание (запавшие глаза, медленное расправление кожной складки, заторможенность).

— Отечность или крапивница.

— Вздутие шейных вен, увеличение печени.

Исследования

- Пульсоксиметрия.
- Уровень глюкозы в крови.

Таблица 130. Дифференциальная диагностика при шоковом состоянии

Основная причина	Характерные признаки
Анафилаксия	• Воздействие аллергена в анамнезе, внезапное появление симптомов • Астмоидное дыхание, крапивница, отечность губ/лица
Кровотечение (геморрагический шок)	• Травмы или кровотечение в анамнезе • Наружное кровотечение
Обезвоживание	• Диарея, рвота или сильные ожоги в анамнезе • Полиурия или подтвержденный сахарный диабет
Сердечная недостаточность (кардиогенный шок)	• Сердечно-сосудистое заболевание или шумы в сердце в анамнезе • Аномальный сердечный ритм (тахикардия, брадикардия, аритмия) • Вздутие шейных вен, увеличение печени • Мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких
Сепсис (септический шок)	• Лихорадочное заболевание в анамнезе • Крайне тяжелое состояние ребенка, теплые или холодные кожные покровы • Возможно наличие петехий/пурпуры
Другие причины	• Вовлечение других органов и систем (например, пневмоторакс)

Лечение

УСПОКОЙТЕ РЕБЕНКА – ПОЗОВИТЕ НА ПОМОЩЬ – КОНТРОЛИРУЙТЕ ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО НАПРАВЬТЕ В СТАЦИОНАР

- При необходимости освободите дыхательные пути. Дайте кислород (с. 854).
- Установите 2 системы для в/в вливаний, максимального размера. После двух неудачных попыток установки системы (не более 5 минут) введите иглу для внутрикостных вливаний (с. 931).
- Проводите терапию гиповолемии, если иные причины шока не установлены. Введите в/в изотонический раствор хлорида натрия или раствор Рингер лактат из расчета 10–20 мл/кг, повторите при отсутствии улучшения и признаков гипергидратации (с. 856).

Избегайте интенсивного вливания жидкостей при кардиогенном шоке, тяжелых формах анемии или истощения, диабетическом кетоацидозе, подозрении на повышение внутричерепного давления или отек головного мозга. Если ребенок с указанными состояниями нуждается во вливании, проводите его с осторожностью, понизив скорость подачи и увеличив длительность процедуры (например, 10–15 мл/кг в течение 60 минут).

- При потере сознания → начинайте реанимационные мероприятия (с. 849).

Анафилаксия

- Выявите аллерген и, если он еще присутствует, устраните.
- Введите раствор эпинефрина (адреналина) 1:1000 (1 мг = 1 мл) в/м из расчета 0,01 мл/кг.
- При отсутствии улучшения повторите введение через 5–10 минут.
- Введите в/в изотонический раствор хлорида натрия или раствор Рингер лактат из расчета 20 мл/кг как можно быстрее.
- При тяжелом бронхоспазме введите сальбутамол через спейсер (2–10 нажатий; 100 мкг/доза) или небулайзер (2,5 мг при массе тела < 20 кг, 5 мг при массе тела ≥ 20 кг).
- Рассмотрите возможность перорального введения преднизолона из расчета 1–2 мг/кг (не более 60 мг/сутки) детям, нуждающимся в длительном наблюдении.

Кардиогенный шок/сердечная недостаточность

- По возможности откажитесь от в/в введения.
- Однако осторожное восполнение жидкости может помочь детям с недостаточным конечно-диастолическим давлением (при введении небольшого количества или сопутствующем сепсисе).
- Ищите основную причину, при необходимости проведите лечение пневмоторакса.

Геморрагический шок (кровотечение)

- Остановите кровотечение (с. 879).
- Вводите в/в изотонический раствор хлорида натрия или раствор Рингер лактат из расчета 10-20 мл/кг в течение 30 минут.

Гиповолемический шок из-за тяжелого обезвоживания

- Вводите в/в изотонический раствор хлорида натрия или раствор Рингер лактат из расчета 10–20 мл/кг в течение 30 минут, повторите вливание до дозы 40–60 мл/кг в течение первого часа. После стабилизации состояния ребенка начинайте лечение диареи по плану С (с. 327).

Септический шок (сепсис)

- Вводите в/в изотонический раствор хлорида натрия или раствор Рингер лактат из расчета 10–20 мл/кг в течение 30 минут, повторите вливание до дозы 40–60 мл/кг в течение первого часа.
- Введите антибиотики в течение первого часа (возможно введение в стационаре, в зависимости от времени транспортировки): цефтриаксон в/в из расчета 100 мг/кг, для новорожденных цефотаксим в/в из расчета 50 мг/кг (с. 897).

9.6 Заторможенность – кома – судороги

- Определите уровень сознания по шкале AVPU.
- При подозрении на травму шейного отдела позвоночника стабилизируйте шею ребенка (с. 857).
- При стабильном состоянии и отсутствии травм шеи положите ребенка в восстановительную позицию (с. 857).

▶ **После диагностики и коррекции признаков ABC (с. 846):**

Сбор анамнеза

- Лихорадка (инфекция).
- Передозировка лекарств (например, инсулина), проглатывание ядовитых веществ или алкоголь.
- Нарушения здоровья, которые могли способствовать развитию данного состояния, например эпилепсия, сахарный диабет, травмы (головы), асфиксия при родах.
- Судороги: генерализованные или локализованные, длительность приступа.

Дальнейшее обследование

▶ **Оцените признак D (неврологический статус):**

— Шкала AVPU.

— Заторможенность (ребенок не находится в ясном сознании, но реагирует на боль) или кома (ребенок не реагирует на болевые стимулы).

— Зрачки (разного размера или не реагируют на свет).

▶ **Ищите другие признаки:**

— Лихорадка и/или сыпь, не бледнеющая при нажатии (петехии или пурпура).

— Судороги.

— Странный/неприятный запах изо рта.

Исследования

- Пульсоксиметрия.
- Уровень глюкозы в крови.

Таблица 131. Дифференциальная диагностика при заторможенности, коме и судорогах

Основная причина	Характерные признаки
Судороги (с. 550)	• Аномальные повторяющиеся движения или дрожь • Фебрильные судороги, вызванные лихорадкой, у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет
Обезвоживание (тяжелое) (с. 319)	• Диарея, рвота или сильные ожоги в анамнезе
Диабетический кетоацидоз (с. 710)	• Высокий уровень глюкозы в крови • Полидипсия и полиурия в анамнезе • Запах ацетона на выдохе, глубокое, частое, шумное дыхание (дыхание Куссмауля) • Многократно повторяющаяся рвота и острая абдоминальная боль
Энцефалит	• Измененный психический статус • Фокальные неврологические симптомы, фокальные судороги, головная боль • Может сопровождаться лихорадкой
Травма головы (с. 580)	• Травма головы в анамнезе или симптомы травмы головы
Тепловой удар (гипертермия)	• Пребывание на солнце в анамнезе • Делирий, галлюцинации, атаксия, дизартрия • Тахикардия, тахипноэ • Рвота, диарея
Гипогликемия	• Уровень глюкозы в крови ниже 3 ммоль/л (50 мг/дл) • Дрожь, тремор • Учащение пульса или пальпитация • Потение
Менингит (с. 201)	• Лихорадка, ригидность затылочных мышц или выбухание родничка, опистотонус
Отравление (с. 883)	• Передозировка лекарств, рекреационных наркотиков или проглатывание ядовитых веществ в анамнезе • Странный/неприятный запах изо рта
Постиктальное состояние	• Судорожные приступы в анамнезе

Основная причина	Характерные признаки
Шок (с. 866)	• Холодные конечности/время наполнения капилляров > 2 секунд • Частый слабый пульс
Сепсис	• Лихорадочное заболевание в анамнезе • Крайне тяжелое состояние ребенка, теплые или холодные кожные покровы • Возможно наличие петехий/пурпуры

Лечение

УСПОКОЙТЕ РЕБЕНКА – ПОЗОВИТЕ НА ПОМОЩЬ – КОНТРОЛИРУЙТЕ ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО НАПРАВЬТЕ В СТАЦИОНАР

- ▶ Оцените проходимость дыхательных путей, функцию дыхания и кровообращения (ABC): при необходимости освободите дыхательные пути. Рассмотрите возможность применения орофарингеального воздуховода (с. 852).
- ▶ Дайте кислород.
- ▶ Сосудистый доступ (× 2).
- ▶ При потере сознания → начинайте реанимационные мероприятия (с. 849).

Судороги

- ▶ Дайте бензодиазепин короткого действия (с. 858).
- ▶ > 10 минут: повторно введите бензодиазепин.
- ▶ > 20 минут: можно предполагать эпилептический статус (с. 858).

Обезвоживание (тяжелое)

- ▶ Начинайте лечение диареи по плану B (с. 327): вводите в/в изотонический раствор хлорида натрия или раствор Рингер лактат из расчета 30 мл/кг в течение 30 минут (для детей старше 1 года) или в течение 1 часа (для детей младше 1 года).

Диабетический кетоацидоз

- Вводите в/в растворы (без глюкозы) из расчета 10–20 мл/кг в течение 30 минут.

Гипогликемия

- Введите в/в, медленно, 10% раствор глюкозы из расчета 3 мл/кг (с. 860).

Травма головы

- Стабилизируйте шею ребенка в положении лежа на спине (с. 857).

Тепловой удар (гипертермия)

- Снимите с ребенка одежду и приложите пакеты со льдом к шее, подмышечным впадинам и паховой области.
- Введите в/в изотонический раствор хлорида натрия или раствор Рингер лактат комнатной температуры из расчета 20 мл/кг.
- Как только внутренняя температура опустится ниже 38 °C, остановите охлаждение.

НЕ ПРИМЕНЯЙТЕ парацетамол или ибупрофен.

Менингит, энцефалит, сепсис

- Если ребенок не может быть направлен к специалисту незамедлительно, дайте первую дозу антибиотиков: цефтриаксон в/в или в/м из расчета 50 мг/кг, для новорожденных – цефотаксим в/в из расчета 50 мг/кг (таблица 138).

Отравление

- Обратитесь в местный токсикологический центр за консультацией: www.who.int/poisoncentres.
- Назначьте специфическое лечение в соответствии с типом ядовитого вещества и путем его поступления в организм (с. 884).

Шоковое состояние

- При шоковом состоянии проведите мероприятия согласно пункту C [circulation – кровообращение] (с. 866).

9.7 Травмы

- При подозрении на травму шейного отдела позвоночника стабилизируйте шею ребенка (с. 857).
- Выявите жизнеугрожающие травмы и рассмотрите возможность лечения шокового состояния.
- Проведите обезболивание.

▶ **После диагностики и коррекции признаков ABCDE (с. 846):**

Сбор анамнеза

- Время, способ и обстоятельства.
- Потеря сознания, амнезия или головная боль.
- Склонность к кровотечениям в анамнезе.
- Жестокое обращение с ребенком (например, объяснение не соответствует типу травмы, заминки при изложении).

Дальнейшее обследование

▶ **Первичное обследование:** диагностика и коррекция признаков ABCDE (с. 846).

▶ Проводите полный осмотр только после стабилизации показателей ABCD, обращая особое внимание на:

— *Область головы:* повреждения волосистой части головы, глаз, ушных раковин и периорбитальных мягких тканей.

— *Область шеи:* проникающие раны, подкожная эмфизема, девиация трахеи и набухание шейных вен.

— *Неврологическую симптоматику:* уровень сознания (по шкале AVPU), чувствительная функция и рефлексы.

— *Область грудной клетки:* ключицы и все ребра, дыхательные шумы и тоны сердца.

— *Область живота:* проникающие раны брюшной полости, требующие хирургического вмешательства, гематомы в случае тупых травм живота; при необходимости проведите ректальное исследование.

— *Область таза и конечности:* переломы, периферический пульс, порезы, ушибы и другие легкие травмы.

▶ Оцените тяжесть болевого синдрома (с. 594).

Таблица 132. Признаки специфических травм

Травмы	Признаки
Переломы	• Отечность, деформация, неестественные движения, крепитация, утрата функции, кровоснабжения и/или чувствительности • Открытый или закрытый перелом
Травма головы	• Сниженный уровень сознания • Кровоподтеки в периорбитальной области, кровь за барабанной перепонкой, подтекание спинномозговой жидкости или кровотечение из носа или уха • Зрачки разного размера
Травма грудной клетки	• Затрудненное дыхание • Пневмоторакс: снижение/отсутствие поступления воздуха с одной стороны с гиперрезонансом при перкуссии с той же стороны • Гемоторакс: снижение поступления воздуха с одной стороны с гипорезонансом при перкуссии с той же стороны, признаки шока
Травма живота	• Болезненность живота, вздутие • Кровоподтеки • Разрыв селезенки: боль, болезненность в верхней левой части живота, признаки шока

! Обратите особое внимание на механизмы травм, вызывающие особо опасные повреждения (таблица 133). Эти повреждения могут быть не выявлены, и при стабильном состоянии ребенка может быть риск ухудшения состояния или даже смерти (например, в случае повреждения селезенки при травме живота). Направьте ребенка в больницу для дальнейшего обследования (даже если он хорошо себя чувствует).

Таблица 133. Механизмы травм, вызывающие особо опасные повреждения

Тупые травмы
• Столкновение с автомобилем: выбрасывание из автомобиля, смерть другого пассажира в том же автомобиле, опрокидывание автомобиля, время эвакуации > 20 минут • Авария на высокой скорости: начальная скорость > 64 км/ч, деформация автомобиля > 50 см, проникновение в салон автомобиля > 30 см • Авария с участием мотоцикла со скоростью > 32 км/ч или падение водителя/пассажира с мотоцикла • Травма при столкновении пешехода и автомобиля со скоростью > 8 км/ч, при падении пешехода или наезде на него • Падение с высоты более 3 м или превышающей рост ребенка более чем в 2–3 раза
Проникающие ранения
• Любое проникающее ранение головы, шеи, живота или конечностей рядом с локтем или коленом

Лечение

УСПОКОЙТЕ РЕБЕНКА – ПОЗОВИТЕ НА ПОМОЩЬ – КОНТРОЛИРУЙТЕ ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО НАПРАВЬТЕ В СТАЦИОНАР

- Всегда предполагайте травму головы или позвоночника и у пациента с измененным психическим статусом и стабилизируйте шею (с. 857).
- Дайте кислород при признаках гипоксии.
- Накройте раны стерильной тканью.
- Не вынимайте проникшие предметы.
- При продолжающейся кровопотере или плохом кровообращении вводите в/в физиологический раствор или раствор Рингер лактат с помощью двух наборов большого диаметра для в/в введения.
- Проведите обезболивание (с. 597). При сильном болевом синдроме дайте морфин (0,4 мг/кг перорально) или кетамин (0,4 мг/кг в/в или 4 мг/кг интраназально) совместно с мидазоламом (0,1 мг/кг в/в или 0,2 мг/кг интраназально) под наблюдением врача.

- Внимательно следите за основными показателями жизнедеятельности и держите наготове дыхательный мешок и кислородную маску.
- Проверьте статус вакцинации от столбняка (полная вакцинация, а также дополнительная доза в течение последних 5 лет) и проведите профилактику столбняка при необходимости.

НЕ ДАВАЙТЕ ребенку есть и пить.

- При потере сознания →начинайте реанимационные мероприятия (с. 849).

Травма с шоковым состоянием

- Остановите любое наружное кровотечение прямым давлением на рану (с. 879).
- Вводите в/в изотонический раствор хлорида натрия или раствор Рингер лактат из расчета 10–20 мл/кг в течение 30 минут.

Переломы

- Зафиксируйте переломы с помощью лонгет.

Травма головы

- Стабилизируйте шею при травме шеи (с. 857).
- Поднимите на 30° изголовье кровати, носилок или каталки.

Пневмоторакс

- Используйте канюлю большого диаметра (например, 14 калибра) для снижения давления в грудной клетке (с. 933).

См. с. 570–584 для лечения травм, не являющихся неотложными.

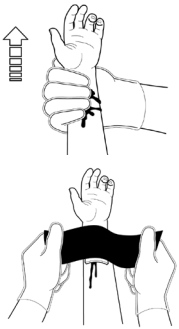
Схема 14. Устранение наружного кровотечения

Устранение наружного кровотечения

Прямое давление на рану остановит любое кровотечение:

- Приподнимите конечность, надавите на рану, затем наложите давящую повязку.
- Наложите жгут в случае любого профузного наружного кровотечения из конечностей, но не более чем на 10 минут: накачайте манжету сфигмоманометра выше уровня артериального давления.
- Наложение жгута на длительный срок (более 10 минут) может повредить конечность.

НИКОГДА НЕ НАКЛАДЫВАЙТЕ жгут ребенку с серповидно-клеточной анемией.



Устранение наружного кровотечения

9.8 Ожоги

- Определите жизнеугрожающие травмы и рассмотрите возможность терапии шокового состояния.
- Незамедлительно охладите свежие ожоги.
- Проведите соответствующее обезболивание.

Сбор анамнеза

- Время, способ и обстоятельства:
  - риск повреждения дыхательных путей и отравления угарным газом (возможное воздействие дыма или огня);
  - риск дополнительных повреждений (травмы, полученные при попытке спастись из ситуации, вызвавшей ожоги);
  - механизм повреждения и длительность воздействия для оценки, насколько глубоким является ожог.
- Жестокое обращение с ребенком (например, объяснение не соответствует типу травмы, заминки при изложении).

Диагностика

- **и коррекция признаков ABCDE** (с. 846) при необходимости.
- **Оценка ожогов:**
  - свистящее дыхание, охриплость (ожоги, вызванные вдыханием горячих газов);
  - площадь ожога: выясните, принимая во внимание возраст ребенка, какой процент от общей площади поверхности тела занимают ожоги (схема 15). Или сравните площадь ожогов с площадью ладони ребенка, составляющей (вместе с пальцами) приблизительно 1% от общей площади поверхности тела;
  - глубина ожога (схема 15).
- **Оценка тяжести болевого синдрома (с. 594).**

Исследования

- Пульсоксиметрия.

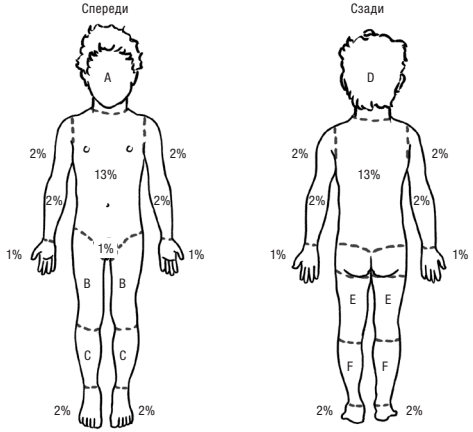
Схема 15. Оценка тяжести ожога

Глубина ожога (схема 15)

Степень	Признаки
Первая	Эритема (краснота), повреждения кожи отсутствуют
Вторая	Пузыри, розовая болезненная кожа (поверхностные ожоги) или белая кожа (глубокие ожоги)
Третья	Обугленная (черная) грубая кожа, отсутствие чувствительности
Четвертая	Белая или обугленная (черная) кожа, обнажающая мышцы и кости

Оценка площади ожоговой поверхности в процентах от общей площади поверхности тела

Оцените общую площадь ожога, суммируя процентную площадь поверхностей тела, пораженных ожогом, используя приведенную ниже схему; см. в таблице значения для областей A–F, которые изменяются с возрастом ребенка.



Область	Возраст, годы					
	0	1	5	10	15	Взрослые
Голова (A/D)	10%	9%	7%	6%	5%	4%
Бедро (B/E)	3%	3%	4%	4%	4%	5%
Голень (C/F)	2%	3%	3%	3%	3%	3%

Обратите внимание, что передняя и задняя стороны считаются одинаково

Лечение

- Поместите обожженный участок под холодную воду на 5 минут или опустите в прохладную воду.
- Согрейте ребенка. **НЕ ОСТАВЛЯЙТЕ** влажную одежду поверх ожогов, поскольку это может привести к переохлаждению.
- Вводите в/в раствор Рингер лактат из расчета 10–20 мл/кг в течение 30 минут при ожогах > 10% общей поверхности тела.
- Проведите обезболивание (с. 594):
  - При сильном болевом синдроме дайте морфин (0,4 мг/кг перорально) или кетамин (0,4 мг/кг в/в или 4 мг/кг интраназально) совместно с мидазоламом (0,1 мг/кг в/в или 0,2 мг/кг интраназально) под наблюдением врача. Внимательно следите за основными показателями жизнедеятельности и держите наготове дыхательный мешок и кислородную маску.
- При потере сознания → начинайте реанимационные мероприятия (с. 849).

Направления

- Незамедлительно направьте ребенка в стационар в следующих случаях:
  - Ожоги второй степени (или частичной толщины) > 10% общей площади поверхности тела.
  - Ожоги третьей степени (или полной толщины) > 2% от общей площади поверхности тела.
  - Любые ожоги четвертой степени.
  - Ожоги лица, рук, сосков, гениталий, суставов.
  - Повреждения дыхательных путей.
  - Циркулярные ожоги конечностей.
  - Ожоги в сочетании с другой травмой.
  - Ожоги, вызванные воздействием электрического тока высокого напряжения, включая поражение молнией.
  - Подозрение на жестокое обращение с детьми.
  - Если предполагается помощь специалиста, НЕ ДАВАЙТЕ ребенку есть и пить.

Информацию о лечении ожогов, не являющихся неотложными и не требующими направления к специалисту, см. на с. 578.

9.9 Отравление

- Подозрение на отравление должно возникать при любом необъяснимом заболевании прежде здорового ребенка.
- Самые распространенные и опасные причины отравлений среди детей и подростков – прием парацетамола, препаратов для лечения психических заболеваний, препаратов железа и других лекарственных средств.
- Определите, не требует ли отравление срочного введения антидота (с. 886–887).

Сбор анамнеза

- Путь отравления: проглатывание, вдыхание, внешнее воздействие, попадание в глаза.
- Место и время отравления.
- Ядовитое вещество: попытайтесь точно идентифицировать воздействующее вещество, попросите показать упаковку, этикетку, такие же таблетки или ягоды; проверьте все, что вызывает подозрение. При проглатывании определите количество проглоченного вещества и частоту употребления. Считается, что отравление принимаемом внутрь веществом наступает при превышении рекомендуемой дозы более чем в 5 раз. Помните, что источником отравления могут быть средства традиционной (народной) медицины. Некоторые средства, вызывающие наркотическое отравление у детей, могут не рассматриваться лицами, осуществляющими уход, как наркотики (например, лекарства от кашля).
- Проверьте, не отравились ли и другие дети.
- Любые жалобы, например тошнота, жгучая боль во рту, затрудненное дыхание, головная боль, нарушение зрения, потеря сознания, судороги.
- Случайное или преднамеренное отравление.

Оценка

- **Диагностика и коррекция признаков ABCDE** (с. 846) при необходимости.
- **Проведите диагностику признаков и симптомов отравления.**

В зависимости от типа ядовитого вещества:

- признаки ожога во рту или вокруг него, а также стридора (предположительно ожог верхних дыхательных путей или гортани при проглатывании едких веществ);
- отек, нарушение проходимости дыхательных путей, бронхоспазм и пневмонит могут быть вызваны вдыханием раздражающих газов;
- зрачки разного размера (суженные точечные зрачки).

▶ **Оцените тяжесть болевого синдрома (с. 594).**

Лечение

УСПОКОЙТЕ РЕБЕНКА – ПОЗОВИТЕ НА ПОМОЩЬ – КОНТРОЛИРУЙТЕ ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

!

НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО НАПРАВЬТЕ В СТАЦИОНАР

- ▶ Стабилизируйте пациента, следуя алгоритму ABCDE (с. 846).
- ▶ Дайте кислород при насыщении крови < 94%.
- ▶ Обратитесь в местный токсикологический центр за консультацией: www.who.int/poisoncentres.
- ▶ Введите антидот при наличии показаний и его доступности (таблица 134, с. 886).
- ▶ Проведите обезболивание в соответствии с тяжестью состояния (с. 594).
- ▶ При отравлении с целью самоповреждения предложите психосоциальную поддержку (с. 624).
- ▶ При потере сознания → начинайте реанимационные мероприятия (с. 849).

Проглатывание ядовитого вещества

- ▶ Скажите ребенку прополоскать рот.

НЕ ВЫЗЫВАЙТЕ рвоту.

- ▶ Дайте активированный уголь, но не в случае отравления следующими специфическими ядовитыми веществами: нефтепродуктами, едкими веществами, спиртами, фосфорорганическими соединениями, цианидами и солями металлов, в том числе солями железа и лития.

— Размешайте 1 часть активированного угля в 8–10 частях воды, например 5 г угля в 40 мл воды. Если возможно, дайте весь объем сразу: 1 г/кг для детей в возрасте до 1 года, 25–50 г для детей в возрасте от 1 до 12 лет, 25–100 г для подростков.

— **НЕ ДАВАЙТЕ** активированный уголь ребенку без сознания.

Примечание: проглоченные ядовитые вещества должны быть удалены из желудка. Удаление ядовитого вещества, например с помощью активированного угля или промывания желудка, наиболее эффективно в течение первого часа после отравления. По истечении этого срока пользы от данной процедуры обычно немного, за исключением тех случаев, когда одним из эффектов токсического действия является замедление желудочной эвакуации. Оцените возможные преимущества деконтаминации желудочно-кишечного тракта и потенциальный риск, связанный с каждым методом. Удаление яда из желудка не гарантирует полного выведения всех ядовитых веществ, поэтому ребенок может по-прежнему оставаться в опасности.

Вдыхание ядовитого вещества

- Дайте кислород при дыхательной недостаточности, цианозе или насыщении крови < 94%.
- В случае бронхоспазма дайте бронхолитические средства (например, сальбутамол).

Контакт ядовитого вещества с **кожей**

- Следует предотвратить отравление персонала, оказывающего помощь, при контакте с ядовитым веществом, например через загрязненную одежду.
- Медицинские работники, оказывающие помощь, должны использовать СИЗ (перчатки, фартуки).

- Снимите загрязненную одежду.
- Промойте кожу слегка теплой проточной водой.
- Осторожно промойте кожу водой с мылом.
- Одежду и личные вещи ребенка следует с соблюдением мер безопасности поместить в прозрачный герметичный полиэтиленовый пакет для дальнейшей детоксикации или уничтожения.

Попадание ядовитого вещества **в глаз**

- Промывайте глаз в течение 15 минут чистой проточной водой или физиологическим раствором, следя за тем, чтобы глаз оставался открытым.
- Не допускайте попадания смывной воды в другой глаз, когда ребенок лежит на боку.
- При наличии возможности проведите тщательный осмотр глаза с окрашиванием флуоресцеином для выявления повреждения роговицы.

Таблица 134. Лечение при поражении специфическими ядовитыми веществами

! Окажите помощь и направьте пациента в стационар как можно скорее. В ожидании транспортировки начните лечение, как указано ниже.

Едкие химические соединения (гидроксид натрия, гидроксид калия, кислоты, отбеливатели, дезинфицирующие средства)
НЕ вызывайте рвоту и не применяйте активированный уголь в случае проглатывания едких веществ, поскольку это может вызвать дальнейшее повреждение тканей. ▶ Как можно быстрее дайте ребенку молоко или воду, чтобы снизить концентрацию едкого вещества в желудке. **НЕ ДАВАЙТЕ** ребенку есть и пить.

Нефтепродукты (керосин, скипидар, бензин)

НЕ ВЫЗЫВАЙТЕ рвоту и не применяйте активированный уголь.

- Дайте кислород при дыхательной недостаточности (с. 861).
- В случае проглатывания: как можно быстрее дайте ребенку воду, чтобы снизить концентрацию ядовитого вещества в желудке.

Фосфорорганические соединения и карбаматы (малатион, паратион, тетраэтилпирофосфат, мевинфос, карбаматы)

- Промойте глаза или кожу (в зависимости от места попадания) для удаления ядовитого вещества.
- Дайте активированный уголь в течение 4 часов после проглатывания. **НЕ ВЫЗЫВАЙТЕ** рвоту.
- Если у ребенка наблюдаются признаки чрезмерной активации парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (избыточная бронхиальная секреция, слюно- и слезотечение, повышенная потливость, замедление пульса, сужение зрачков, судороги, мышечная слабость и подергивания мышц, затем паралич мышц и непроизвольное мочеиспускание, отек легких, угнетение дыхания) следуйте алгоритму ABCDE и незамедлительно направьте ребенка в стационар для введения атропина.

Аспирин и другие салицилаты

- Дайте активированный уголь. Может потребоваться введение нескольких доз, поскольку таблетки салицилатов имеют тенденцию не растворяться в желудке.

Железо

НЕ ПРИМЕНЯЙТЕ активированный уголь.

- Дети, у которых в течение 6 часов не проявились симптомы, возможно, не нуждаются в антидоте.
- При наличии клинической картины отравления (тошнота, рвота, боль в животе, диарея, рвотные и каловые массы серого или черного цвета) незамедлительно направьте ребенка в стационар для введения антидота (дефероксамин).

Морфин и другие опиаты

- Введите в/в специфический антидот налоксон из расчета 10 мкг/кг. Если в/в введение невозможно, вводите препарат внутримышечно.
- При отсутствии эффекта введите еще одну дозу из расчета 10 мкг/кг. При ухудшении функции дыхания может потребоваться введение дополнительных доз.

Парацетамол

- Если прошло не более 4 часа с момента попадания препарата в желудок, дайте активированный уголь, если он есть, или вызовите рвоту, кроме тех случаев, когда показано введение антидота (см. ниже).
- При проглатывании парацетамола в количестве 150 мг/кг или более незамедлительно направьте ребенка в стационар для введения антидота (метионин перорально или ацетилцистеин в/в).

Оксид углерода (угарный газ)

- Давайте кислород до исчезновения признаков гипоксии. Имейте в виду, что кожные покровы ребенка могут выглядеть розовыми, но при этом гипоксемия может сохраняться.
- Проводите пульсоксиметрию (помните, что прибор может давать завышенные показания!). Если есть сомнения, ориентируйтесь на наличие или отсутствие клинических симптомов гипоксемии.

Батареи таблеточного типа (с. 594)

ABCDE (алгоритм): A [airway] – дыхательные пути, B [breathing] – дыхание, C [circulation] – кровообращение, D [disability] –неврологический статус, E [exposure] – повреждения.

Направление в стационар

Незамедлительно направьте ребенка в стационар (предоставьте информацию о ядовитом веществе) в следующих случаях:

- Отсутствие в вашем учреждении активированного угля для сорбции проглоченных ядов
- Необходимость введения специфического антидота
- Умышленное проглатывание препаратов железа, пестицидов, парацетамола, аспирина, наркотиков или антидепрессантов
- Проглатывание едких веществ или нефтепродуктов (требуется наблюдение в течение минимум 6 часов)
- Поражение глаз, если наблюдается существенное повреждение конъюнктивы или роговицы.

Профилактика отравлений

См. рекомендации по предотвращению непреднамеренного травматизма на с. 123–128.

9.10 Поражение ядом животного происхождения

- Ознакомьтесь с перечнем ядовитых животных, распространенных в вашем регионе, составьте представление о ранних клинически значимых симптомах поражения их ядом и доступных видах специфического лечения.
- Контакт с ядовитыми рыбами или кубомедузами может угрожать жизни.

Сбор анамнеза

- Тип ядовитого животного (змея, скорпион)
- Любые жалобы, например тошнота, рвота, затрудненное дыхание, головная боль, нарушение зрения, потеря сознания, судороги

Диагностика

- **Проведите диагностику и коррекцию признаков ABCDE** (с. 846) при необходимости.
- **Проведите диагностику признаков поражения ядом животного происхождения.**

Симптомы зависят от вида яда и его действия на организм:

- болезненность и местный отек, который может постепенно распространяться вверх по пораженной конечности;
- локальный некроз, кровотечение или заметное увеличение лимфатических узлов рядом с местом укуса;
- кровотечение: наружное – из десен, ран или язв; внутреннее, особенно внутричерепное;
- признаки нейротоксикоза: затруднение или паралич дыхания, птоз, бульбарный паралич (затруднение глотания и речи), слабость мышц конечностей;
- симптомы распада мышечной ткани: мышечные боли, черная моча.
- **Оцените тяжесть болевого синдрома (с. 594).**

Лечение

УСПОКОЙТЕ РЕБЕНКА – ПОЗОВИТЕ НА ПОМОЩЬ – КОНТРОЛИРУЙТЕ ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

!

- При необходимости стабилизируйте пациента, следуя алгоритму ABCDE (с. 846) и оцените возможность немедленной транспортировки в стационар.
- Дайте кислород при насыщении крови < 94%.
- Проведите обезболивание в соответствии с тяжестью состояния (с. 594).
- При потере сознания начинайте реанимационные мероприятия (с. 849).
- При развитии анафилаксии см. с. 868.

Укусы змей

- Уложите ребенка.
- Наложите шину на конечность для уменьшения ее подвижности и скорости всасывания яда. Наложите тугую эластичную повязку на всю укушенную конечность, начиная бинтование от пальцев и закрывая место укуса.

НЕ СНИМАЙТЕ повязку до прибытия в стационар.

НЕ РАССЕКАЙТЕ ранку и не накладывайте жгут.

- Введите противоядие в/в, при наличии (тип противоядия зависит от вида змеи).

Ядовитые рыбы

- Проведите обезболивание в соответствии с тяжестью состояния (с. 594).

Медузы

- Осторожно удалите пинцетом прилипшие щупальца.

НЕ РАСТИРАЙТЕ пораженные участки – это может способствовать проникновению яда

НЕ НАНОСИТЕ спиртосодержащие растворы (например, лосьон) – они могут усугубить поражение

Ужаление скорпиона

- Обработайте рану.
- Проведите обезболивание в соответствии с тяжестью состояния (с. 594). При очень сильной боли введите п/п 1% раствор лидокаина.
- Введите в/в специфическую сыворотку, при наличии.

Информацию о лечении при укусах других животных см. на с. 574.

9.11 Утопление

Сбор анамнеза

- Время, способ и обстоятельства:
  - — продолжительность нахождения под водой;
  - — механизм утопления;
  - — тип водоема;
  - — присмотр за ребенком, признаки жестокого или небрежного обращения.
- Нарушения здоровья, которые могли способствовать развитию данного состояния, например эпилепсия, аритмия, диабет.

Диагностика

- ▶ **Проведите диагностику и коррекцию признаков ABCDE** (с. 846) при необходимости.
- ▶ Проверьте, нет ли каких-либо травм, особенно после ныряния или случайного падения в воду (травмы лица, головы и шейного отдела позвоночника).

Исследования

- Внутренняя температура тела.
- Пульсоксиметрия.
- Уровень глюкозы в крови.

Лечение

УСПОКОЙТЕ РЕБЕНКА – ПОЗОВИТЕ НА ПОМОЩЬ – КОНТРОЛИРУЙТЕ ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

!

НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО НАПРАВЬТЕ В СТАЦИОНАР

- ▶ Дайте кислород и добейтесь адекватной оксигенации крови.
- ▶ Снимите с ребенка всю мокрую одежду.
- ▶ По возможности используйте назогастральный зонд для удаления проглоченной воды и грязи из желудка.
- ▶ В ожидании транспортировки согрейте ребенка: если его внутренняя температура выше 32 °C, используйте инфракрасные обогреватели или нагретые сухие одеяла. Если внутренняя температура ниже 32 °C, вводите в/в жидкости, нагретые до 39 °C.
- ▶ При потере сознания начинайте реанимационные мероприятия (с. 849).

9.12 Поражения электрическим током

Сбор анамнеза

- Механизм электротравмы, высокое/низкое напряжение сети.
- Любой эпизод потери сознания (из-за аритмии).
- Присмотр за ребенком, признаки жестокого или небрежного обращения.

Дальнейшее обследование

- **Проведите диагностику и коррекцию признаков ABCDE** (с. 846).
- Проверьте, нет ли травматических повреждений (пневмоторакс, перитонит, переломы костей таза).

Лечение

УСПОКОЙТЕ РЕБЕНКА – ПОЗОВИТЕ НА ПОМОЩЬ – КОНТРОЛИРУЙТЕ ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

!

- Позаботьтесь о личной безопасности: убедитесь, что электричество отключено, избегайте контакта с проводами под напряжением.

НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО НАПРАВЬТЕ В СТАЦИОНАР

- Окажите экстренную помощь, обеспечив проходимость дыхательных путей, стабильную работу легких и сердца.
- Дайте кислород, особенно при тяжелой гипоксии, ожогах лица или полости рта, потере сознания, невозможности защитить органы дыхания или при дыхательной недостаточности.
- Начните в/в введение изотонического физиологического раствора или раствора Рингер лактат любому пострадавшему с сильными ожогами.
- Проверьте статус вакцинации от столбняка (полная вакцинация, а также дополнительная доза в течение последних 5 лет) и проведите профилактику столбняка при необходимости.
- При необходимости обработайте раны (с. 570).
- При потере сознания начинайте реанимационные мероприятия (с. 849).

9.13 Острый живот

- Начните раннюю терапию шока и инфекций.
- Введите достаточное количество обезболивающих.
- Не давайте пациенту есть и пить на случай возможной хирургической операции.

Сбор анамнеза

- Характер боли, например локализованная/разлитая, постоянная/периодическая, коликообразная.
- Рвота, диарея (с кровью), запор.
- Лихорадка, дизурия, кашель.
- Травмы или операции на брюшной полости в анамнезе.
- Нарушения здоровья, которые могли способствовать развитию данного состояния, например сахарный диабет, воспалительные заболевания кишечника.

Обследование

- **Проведите диагностику и коррекцию признаков ABCDE** (с. 846) при необходимости.
- Проверьте пациента на наличие следующих признаков:
  - вздутие живота, отек мошонки, признаки грыжи;
  - признаки перитонита: твердый живот, «защита живота», сильная абдоминальная боль, усиливающаяся при движении, кашле или надавливании, симптом раздражения брюшины;
  - кровоподтеки, желтуха, петехии/пурпура.

Исследования

- Уровень глюкозы в крови.
- Анализ мочи с помощью тест-полоски.
- Тест на беременность, при необходимости.

Дифференциальная диагностика при остром животе

Боль в животе часто встречается у детей и обычно не является неотложным состоянием. В таблице 135 приведены только те причины острого живота, которые требуют немедленного лечения и направления в стационар.

Описание прочих причин острой боли в животе см. на с. 356.

Таблица 135. Дифференциальная диагностика при остром животе

Основная причина	Характерные признаки
Травма живота	• Травмы живота, кровоподтеки в анамнезе
Спайки в брюшной полости	• Хирургические операции на брюшной полости в прошлом
Аппендицит	• Боль в нижней правой части живота, симптом раздражения брюшины
Перфорация кишечника	• Воспалительные заболевания кишечника или операции на брюшной полости в анамнезе
Внематочная беременность	• Девушка после первой менструации • Аменорея, вагинальное кровотечение
Проглатывание инородного тела (с. 592)	• Данные анамнеза, ребенок младшего возраста
Грыжа (ущемленная) (с. 436)	• Отек в области паха/пупка/мошонки
Инвагинация кишечника	• Типичный возраст проявления патологии: от 2 месяцев до 2 лет • Периодическая/коликообразная боль
Язвенная болезнь (с. 367)	• Боль в эпигастральной области, рвота, кровотечение
Тяжелый запор (с. 365)	• Дефекация менее 3 раз в неделю, болезненная дефекация
Перекручивание семенного канатика (с. 429)	• Острая боль в области гениталий • Типичный возраст проявления патологии: младше 1 года, особенно у новорожденных, а также подростки
Странгуляционная кишечная непроходимость	• Новорожденные, рвота (желчь в рвотных массах)

Лечение

УСПОКОЙТЕ РЕБЕНКА – ПОЗОВИТЕ НА ПОМОЩЬ – КОНТРОЛИРУЙТЕ ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО НАПРАВЬТЕ В СТАЦИОНАР

- Вводите в/в 10–20 мл/кг изотонического физиологического раствора или раствора Рингер лактат в течение 30 минут (с. 856).
- Проведите обезболивание (с. 594):
  - При сильной боли дайте морфин (0,4 мг/кг перорально) или кетамин (0,4 мг/кг в/в или 4 мг/кг интраназально) совместно с мидазоламом (0,1 мг/кг в/в или 0,2 мг/кг интраназально) под наблюдением врача. Внимательно следите за основными показателями жизнедеятельности и держите наготове мешок Амбу.
- Не давайте пациенту есть и пить на случай возможной хирургической операции.
- Обратитесь в медицинское учреждение, куда требуется направить пациента, за консультацией по вопросам догоспитальной терапии (например, антибиотики при подозрении на инфекцию).
- Рассмотрите возможность догоспитального введения антибиотиков (см. рекомендации по подбору антибиотиков и дозировки в соответствующих разделах) при задержке госпитализации.
- При потере сознания начинайте реанимационные мероприятия (с. 749).

9.14 Препараты, применяемые при неотложных состояниях

В данной таблице приведены дозировки, лекарственные формы и дозы с учетом массы тела для энтеральных (**желтые ячейки**), парентеральных (**розовые ячейки**) и распыляемых (**голубые ячейки**) лекарственных средств, применяемых для детей и подростков в неотложных ситуациях.

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Доза с учетом возраста и массы тела							
			<4 месяцев	4–12 месяцев	1–2 года	3–4 года	5–9 лет	10–12 лет	13–14 лет	> 15 лет
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	Взрослые
Адреналин (см. эпинефрин)										
Цефотаксим	50 мг/кг/доза 1 раз в 6 ч (не более 12 г/сутки)	В/в / в/м: 250 мг во флаконе для растворения в 1 мл	1 мл*	1,5 мл	2–3 мл	3–4 мл	4–6 мл	6–8 мл	8–10 мл	12 мл
* Дозировки и кратность введения для новорожденных и недоношенных младенцев с массой тела 4,5 кг приведены на стр. 976.										
Цефтриаксон	50 мг/кг/доза 1 или 2 раза в сутки (максимальная доза 12 г)	В/м: ознакомьтесь с инструкцией к препарату перед разведением.	200 мг	400 мг	600 мг	900 мг	1–1,2 г	1,7 г	2,2 г	3 г
Дексаметазон Тяжелый круп	0,6 мг/кг однократно (максимальная доза 16 мг)	Сироп (2 мл/5 мл) Таблетки 2 мг Таблетки 4 мг	5 мл 1 1/2	10 мл 2 1	– 4 2	– 5 2½	– – 4	– – 4	– – 4	– – 4
		В/м: флаконы 4 мг/мл	0,6 мл	1,2 мл	1,8 мл	2,5 мл	4 мл	4 мл	4 мл	4 мл

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Доза с учетом возраста и массы тела							
			<4 месяцев	4–12 месяцев	1–2 года	3–4 года	5–9 лет	10–12 лет	13–14 лет	> 15 лет
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	Взрослые
Диазепам Судороги	Ректально: 0,5 мг/кг (максимальная доза 20 мг)	Клизмы 2,5 мг, 5 мг, 10 мг	2,5 мг[a]	5 мг	5 мг	10 мг	10 мг	15 мг	20 мг	20 мг
		Раствор: 10 мг/2 мл	0,5 мл[a]	1 мл	1,25 мл	1,5 мл	2,5 мл	3,5 мл	4 мл	4 мл
	В/в: 0,2–0,25 мг/кг (максимальная доза 10 мг)	Раствор 10 мг/2 мл	0,2 мл	0,4 мл	0,6 мл	0,75 мл	1,25 мл	1,75 мл	2 мл	2 мл
Эпинефрин (адреналин)										
Тяжелый круп	0,5 мл/кг раствора 1:1000 (максимальная доза 5 мл)	Распыление: раствор 1:1000	–	3 мл	5 мл	5 мл	5 мл	5 мл	5 мл	5 мл
Анафилаксия	≤ 6 лет 0,15 мл > 6 лет 0,3 мл	В/м: раствор 1:1000	0,15 мл	0,15 мл	0,15 мл	0,15 мл	0,3 мл	0,3 мл	0,3 мл	0,3 мл
Реанимация	0,01 мг/кг (= 0,1 мл/кг каждые 3–5 минут (не более 1 мг – 10 мл)	В/в / внутрикостно: раствор 1:10 000	0,5 мл	0,7–1 мл	1–1,5 мл	1,5–2 мл	2–3 мл	3–4 мл	4–5 мл	5–10 мл
Примечание: *приготовьте раствор 1:10000 путем разбавления 1 мл раствора 1:1000 в 9 мл физиологического раствора или 5% раствора глюкозы*										
Глюкоза	Быстро введите 3 мл/кг 10% раствора глюкозы в/в (см. с. 860).									

Кетамин Седация, сильная боль (травма, ожоги)	Рассчитайте **точную** дозу исходя из массы тела ребенка; при невозможности см. указанные ниже дозировки									
	Интраназально: 4 мг/кг, по половине дозы в каждую ноздрю (не более 50 мг = 1 мл в каждую ноздрю)	Используйте форму для в/в введения	–	30 мг	50 мг	70 мг	100 мг	100 мг	100 мг	100 мг
	Ударная доза: 1 мг/кг	В/в: флаконы 50 мг/мл	–	8 мг	12 мг	15 мг	25 мг	35 мг	45 мг	60 мг
	Поддерживающая доза (при необходимости): 0,5 мг/кг (максимальная доза 100 мг)		–	4 мг	6 мг	8 мг	12 мг	17 мг	25 мг	30 мг
Примечание: *не рекомендовано к применению для детей младше 3 месяцев.*										
Лоразепам Судороги	0,1 мг/кг (максимальная доза 4 мг)	В/в 2 мг/мл	–	0,8 мг (0,4 мл)	1,2 мг (1,6 мл)	1,8 мг (0,9 мл)	2,5 мг (1,2 мл)	3,5 мг (1,7 мл)	4 мг (2 мл)	4 мг (2 мл)
Метилпреднизолон	2 мг/кг 1 раз в сутки (не более 60 г/сутки)	В/м 40 мг/мл В/м 80 мг/мл	0,2 мл 0,1 мл	0,4 мл 0,2 мл	0,6 мл 0,3 мл	0,8 мл 0,4 мл	1,2 мл 0,6 мл	1,5 мл 0,75 мл	1,5 мл 0,75 мл	1,5 мл 0,75 мл
Мидазолам Судороги (при болевом синдроме см. с. 830).	0,2 мг/кг (максимальная доза 10 мг)	интраназально/ трансбуккально 5 мг/мл	–	1,5 мг (0,3 мл)	2,5 мг (0,5 мл)	3,5 мг (0,7 мл)	5 мг (1 мл)	7 мг (1,5 мл)	9 мг (1,2 мл)	10 мг (2 мл)
	0,2 мг/кг (максимальная доза 10 мг)	в/м 1 мг/мл	–	1,5 мг (1,5 мл)	2,5 мг (2,5 мл)	3,5 мг (3,5 мл)	5 мг (5 мл)	7 мг (7 мл)	9 мг (9 мл)	10 мг (10 мл)
	0,15 мг/кг (максимальная доза 7,5 мг)	в/в 1 мг/мл	–	1,2 мг (1,2 мл)	1,8 мг (1,8 мл)	2,5 мг (2,5 мл)	4 мг (4 мл)	5 мг (5 мл)	7 мг (7 мл)	7,5 мг (7,5 мл)

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Доза с учетом возраста и массы тела							
			<4 месяцев	4–12 месяцев	1–2 года	3–4 года	5–9 лет	10–12 лет	13–14 лет	> 15 лет
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	Взрослые
Морфин	Рассчитайте **точную** дозу в зависимости от массы тела ребенка. Перорально: первая доза 0,4 мг/кг (максимальная доза 20 мг), затем 0,2 мг/кг каждые 4–6 часов, при необходимости увеличьте дозу для снятия сильного болевого синдрома. В/м: первая доза 0,2 мг/кг, затем 0,1 мг/кг каждые 4–6 часов (не более 15 мг/сутки). В/в: первая доза 0,1 мг/кг, затем 0,05 мг/кг каждые 4–6 часов (не более 15 мг/сутки).									
Налоксон	10 мкг/кг, при необходимости повторяйте введение каждые 5 минут (максимальная доза 400 мкг)	Флаконы для в/м / в/в введения: 400 мкг/1 мл	0,1 мл	0,2 мл	0,3 мл	0,4 мл	0,6 мл	0,9 мл	1 мл	1 мл
Фенобарбитал	При судорогах у новорожденных рассчитайте **точную** дозу в зависимости от массы тела ребенка. В/В: ударная доза 20 мг/кг. Если судороги не прекращаются, вводите дополнительные дозы фенобарбитала по 10 мг/кг до достижения максимальной дозы 40 мг/кг. Флаконы для в/м / в/в введения: 200 мг/мл, разведение 4 мл стерильной воды									
Преднизолон	1 мг/кг дважды в день	Сироп: 5 мг/мл	0,8 мл	1,6 мл	2,5 мл	3,5 мл	5 мл	–	–	–
		Таблетки 5 мг	1	1–2	2	3	5	–	–	–
		Таблетки 25 мг	–	–	½	½	1	1–1½	1½–2	2

в/в – внутривенная (инъекция), внутривенно; в/м – внутримышечная (инъекция), внутримышечно.а

[a] Терапию судорог у новорожденных следует проводить с применением фенобарбитала.

Библиография

Данный карманный справочник был составлен на основе рекомендаций, содержащихся в опубликованных руководствах ВОЗ, которые регулярно пересматриваются и обновляются Комитетом ВОЗ по пересмотру руководств. Эти руководства доступны на веб-сайте ВОЗ по адресу https://www.who.int/.

ВОЗ (2003). Защита от солнца: вопросы и ответы. [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://www.who.int/ru/news-room/questions-and-answers/item/sun-protection).

ВОЗ (2006). Ориентационная программа «Здоровье подростков» для медицинских работников. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/85354).

ВОЗ (2007). Вакцины против эпидемического паротита. Документ по позиции ВОЗ. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/85354).

ВОЗ (2010). Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/90814).

ВОЗ (2013). Карманный справочник. Оказание стационарной помощи детям: руководство по ведению наиболее распространенных болезней детского возраста, второе издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/81170/9789244548370_rus.pdf?sequence=7&isAllowed=y).

ВОЗ (2015). Десять стратегий обеспечения безопасности дорожного движения для детей. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162176/WHO_NMH_NVI_15.3_rus.pdf?sequence=3&isAllowed=y).

ВОЗ (2015). Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции, 5-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/326788).

ВОЗ (2016). Руководство mhGAP-IG по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения. Версия 2.0. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/333971).

ВОЗ (2017). Диарея: основные факты. [веб-сайт]. В: ВОЗ/Информационные бюллетени. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease).

ВОЗ (2017). Предупреждение случаев утопления: практическое руководство. Женева. Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/259494).

ВОЗ (2017). Спасти жизнь: пакет технической документации по вопросам безопасности дорожного движения. Женева. Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/258524).

ВОЗ (2018). Грипп: сезонный грипп. [веб-сайт]. В: ВОЗ/Информационные бюллетени. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)).

ВОЗ (2018). Интеграция паллиативной помощи в педиатрическую практику. Руководство ВОЗ для специалистов здравоохранения, планирующих и осуществляющих медицинскую помощь. Москва: Практическая медицина, 2020. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9785988116134-rus.pdf?sequence=13&isAllowed=y).

ВОЗ (2018). Микроцефалия: основные факты. [веб-сайт]. В: ВОЗ/Информационные бюллетени. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/microcephaly).

ВОЗ (2018). Обновленное сводное руководство по программному ведению случаев латентной туберкулезной инфекции. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/312059).

ВОЗ (2018). Стандарты повышения качества медицинской помощи, оказываемой в лечебно-профилактических учреждениях детям и подросткам раннего подросткового возраста. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/272346).

ВОЗ (2018). Стимулирование комплексного развития детей раннего возраста. Основные принципы обеспечения выживания и благополучия детей, а также укрепления здоровья и человеческого потенциала. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789240016071-rus.pdf?sequence=5&isAllowed=y).

ВОЗ (2018). Тиф: основные факты. [веб-сайт]. В: ВОЗ/Информационные бюллетени. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/typhoid).

ВОЗ (2018). Укусы животных: основные факты. [веб-сайт]. В: ВОЗ/Информационные бюллетени. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/animal-bites).

ВОЗ (2019). Краснуха: основные факты. [веб-сайт]. В: ВОЗ/Информационные бюллетени. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rubella).

ВОЗ (2019). Примерный перечень основных лекарственных средств для детей: 7-й перечень, 2019 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/331991).

ВОЗ (2019). Руководство. Физическая активность, малоподвижный образ жизни и сон у детей в возрасте до 5 лет. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311664/9789240000070-rus.pdf?sequence=21&isAllowed=y).

ВОЗ (2020). Гельминтные инвазии, передающиеся через почву. [веб-сайт]. В: ВОЗ/Информационные бюллетени. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections).

ВОЗ (2020). Клиническое ведение случаев COVID-19. Временное руководство. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332196/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-rus.pdf?sequence=19&isAllowed=y).

ВОЗ (2020). Концентрации ферритина в сыворотке крови для оценки статуса железа у населения: техническая справка. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337666/9789240014558-rus.pdf?sequence=17&isAllowed=y).

ВОЗ (2020). Паллиативная медицинская помощь: основные факты. [веб-сайт]. В: ВОЗ/Информационные бюллетени. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care).

ВОЗ (2020). Питание детей грудного и раннего возраста: основные факты. [веб-сайт]. В: ВОЗ/Информационные бюллетени. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding/).

ВОЗ (2020). Синдром мультисистемного воспаления у детей и подростков с COVID-19. Научная справка. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332095/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Multisystem_Syndrome_Children-2020.1-rus.pdf?sequence=21&isAllowed=y).

ВОЗ (2020). Уход на дому за пациентами с подозрением на заражение или подтвержденным заболеванием COVID-19 и тактика ведения контактных лиц. Временные рекомендации. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333782/WHO-2019-nCoV-IPC-HomeCare-2020.4-rus.pdf?sequence=16&isAllowed=y).

ВОЗ (2020). Чесотка: основные факты. [веб-сайт]. В: ВОЗ/Информационные бюллетени. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/scabies).

ВОЗ (2021). Здоровье подростков. [веб-сайт]. В: ВОЗ/Вопросы здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://www.who.int/ru/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1).

ВОЗ (2021). Клиническое ведение случаев COVID-19. Вариативные рекомендации. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338882/WHO-2019-nCoV-clinical-2021.1-rus.pdf?sequence=17&isAllowed=y).

ВОЗ (2021). Ожирение и избыточный вес. [веб-сайт]. В: ВОЗ/Информационные бюллетени. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight).

ВОЗ и ЮНИСЕФ (2018). Руководство по осуществлению: защита, содействие и поддержка грудного вскармливания в медицинских учреждениях, обслуживающих матерей и новорожденных: пересмотренная Инициатива по созданию в больницах благоприятных условий для грудного вскармливания. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/325234).

ЕРБ ВОЗ (2004). Краткое руководство по туберкулезу для работников первичной медико-санитарной помощи: для стран Европейского региона ВОЗ с высокими и средним бременем туберкулеза. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/347448).

ЕРБ ВОЗ (2008). Доклад о профилактике детского травматизма в Европе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/341342).

ЕРБ ВОЗ (2015). Права детей при оказании первичной медико-санитарной помощи: Руководство и инструменты для оценки и совершенствования работы (ПМСП). Копенгаген. Европейское региональное бюро ВОЗ. (shorturl.at/dxBF5).

ЕРБ ВОЗ (2016). Повышение качества услуг по охране репродуктивного, материнского, неонатального, детского и подросткового здоровья в Европейском регионе: Региональная программа поддержки внедрения политики «Здоровье-2020». Копенгаген. Европейское региональное бюро ВОЗ. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/352381).

ЕРБ ВОЗ (2020). Инициатива по эпиднадзору за детским ожирением (COSI): Физическая активность, время, проводимое перед экраном, и режим сна у детей в возрасте 6–9 лет, проживающих в Европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/338980).

ЕРБ ВОЗ (2021). Принципы и процедуры профилактики инфекций и инфекционного контроля (ПИИК) при проведении мероприятий по вакцинации против COVID-19. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/342258).

PAHO (2014). Early diagnosis of childhood cancer. Washington. (https://iris.paho.org/handle/10665.2/34850).

WHO (2005). Epidemiology and management of common skin diseases in children in developing countries. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/69229).

WHO (2008). A WHO plan for burn prevention and care. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/97852).

WHO (2008). mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/43809).

WHO (2010). Adolescent job aid: a handy desk reference tool for primary level health workers. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/44387).

WHO (2010). Unintentional Childhood Injuries. Children's Health and the Environment: WHO training package for the health sector. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/336890).

WHO (2010). Youth-friendly health policies and services in the European region: sharing experiences. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/107284).

WHO Regional Office for the Western Pacific (2011). A guide to clinical management and public health response for hand, foot and mouth disease (HFMD). Manila. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/207490).

WHO (2011). Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/85839).

WHO (2012). Care for child development: improving the care of young children. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/75149).

WHO (2013). Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/84409).

WHO (2013). Meeting report: autism spectrum disorders and other developmental disorders: from raising awareness to building capacity: World Health Organization, Geneva, Switzerland 16–18 September 2013. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/103312).

WHO (2014). Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/97415).

WHO (2014). Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children, 2nd ed. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/112360).

WHO (2015). Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre- exposure prophylaxis for HIV. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/186275).

WHO (2015). Guideline: sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/149782).

WHO (2015). Update of the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guidelines for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/204132/).

WHO (2016). Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, 2n ed. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/208825).

WHO (2016). Guideline: daily Iron supplementation in infants and children. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/204712).

WHO (2016). Guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/246165).

WHO (2016). Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd ed. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/252267).

WHO (2016). Updated guidelines: paediatric emergency triage, assessment and treatment: care of critically ill children. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/204463).

WHO (2016). WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/250693).

WHO (2016). WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/246114).

WHO (2016). WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis). Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/249572).

WHO (2017). Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/255415).

WHO (2017). Guideline: assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/259133).

WHO (2017). Nutritional anaemias: tools for effective prevention and control. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/259425).

WHO (2017). Recommendations on adolescent health: guidelines approved by the WHO guidelines review committee. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/259628).

WHO (2017). Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/259270).

WHO. Regional Office for Europe (2017). Vaccine safety and false contraindications to vaccination: training manual. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/350968).

WHO (2017). WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/275374).

WHO (2017). WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO guidelines review committee. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/259269).

WHO (2018). Fixed-dose combinations for the treatment of TB in children. Geneva: World Health Organization. (https://www.who.int/tb/areas-of-work/children/WHO_UNICEFchildhoodTBFDCs_Statement.pdf).

WHO (2018). Guideline: implementing effective actions for improving adolescent nutrition. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/260297).

WHO. Regional Office for Europe (2018). Health of refugee and migrant children: technical guidance. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/342285).

WHO (2018). HIV diagnosis and ARV use in HIV-exposed infants: a programmatic update. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/273155).

WHO (2018). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/274559).

WHO (2018). Medical management of abortion. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/278968).

WHO (2018). Policy brief: updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV: HIV treatment, interim guidelines. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/273632).

WHO (2018). Recognizing neglected tropical diseases through changes on the skin: a training guide for front-line health workers. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/272723).

WHO (2018). Summary of relevant WHO recommendations for action and research on Sexually Transmitted Infections (excluding HIV). Geneva: World Health Organization. (https://www.gfmer.ch/400_Publications_En.htm).

WHO (2019). Nutritional rickets: a review of disease burden, causes, diagnosis, prevention and treatment. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/329859).

WHO (2019). Policy brief: update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/325892).

WHO (2019). WHO Guidelines for the health sector response to child maltreatment. Geneva: World Health Organization. (https://www.who.int/publications/m/item/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment).

WHO (2020). Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected: interim guidance. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/331495).

WHO (2020). Point-of-care tests for diagnosing HIV infection among children younger than 18 months. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/331680).

WHO (2020). Recommendations for routine immunization - summary tables [web-site]. Geneva: World Health Organization. (https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/who-recommendations-for-routine-immunization---summary-tables).

WHO (2020). Vaccine position papers [web-site]. Geneva: World Health Organization. (https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers).

WHO (2021). Child growth standards [web-site]. Geneva: World Health Organization. (https://www.who.int/tools/child-growth-standards).

WHO (2021). Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/342899).

WHO (2021). Guidelines: updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/340190.

WHO (2021). Malnutrition. Geneva: World Health Organization. (https://www.who.int/health-topics/malnutrition#tab=tab_1).

WHO and ICRC (2018). Basic emergency care: approach to the acutely ill and injured: participant workbook. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/275635).

WHO and UNICEF (2009). WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children : joint statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/44129).

WHO and UNICEF (2017). Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/255760).

WHO Regional Office for Europe (2018). European status report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/342240).

WHO, UNFPA and UNICEF (2015). Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Организация медицинской помощи на первичном уровне

A1.1	Создание благоприятных для детей и подростков условий	911
A1.2	Медицинская сортировка в первой точке контакта с системой здравоохранения	912
A1.3	Профилактика инфекций и инфекционный контроль	912
A1.4	Оборудование	914
A1.5	Препараты, применяемые при неотложных состояниях	916
A1.6	Лабораторные и рентгенологические исследования	917
A1.7	Направление новорожденных, детей и подростков к специалистам	919

A1.1 Создание благоприятных для детей и подростков условий

Создайте веселую, дружелюбную и комфортную среду для детей всех возрастов:

- При планировке различных зон для детей важно учитывать возрастные особенности. Для детей младшего возраста можно оборудовать в зонах ожидания отдельное игровое пространство с игрушками, книгами, бумагой, цветными карандашами и доской с мелками. Там же можно разместить информационные дисплеи, ориентированные на детей разных возрастных групп.
- Для подростков можно выделить в приемной отдельную зону с плакатами, листовками и комиксами. Кроме того, можно распланировать контрольные посещения здоровых подростков и посещения младенцев и детей так, чтобы эти две группы не пересекались – подросткам обычно комфортнее в среде сверстников.

A1.2 Медицинская сортировка в первой точке контакта с системой здравоохранения

Следует осматривать детей сразу же по их прибытии в первую точку контакта в медицинском учреждении, чтобы выявить неотложные и приоритетные симптомы (см. Глава 9) и отделить лиц, нуждающихся в немедленной помощи, от тех, кто может дождаться приема врача. Весь персонал, включая немедицинских работников и тех, кто работает на стойке регистрации и отвечает на телефонные звонки, должен уметь проводить первичную быструю оценку состояния по прибытии ребенка или при телефонном разговоре, а также оказывать первую медицинскую помощь.

A1.3 ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ И ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ

Надлежащее размещение и изоляция пациентов

- Незамедлительно изолируйте детей с респираторными симптомами и детей, подозрительных на респираторные заболевания (например, COVID-19, грипп), в отдельное, хорошо вентилируемое помещение для ожидания. Если это невозможно, расположите их на расстоянии не менее 1 метра от других людей. Выдайте им медицинские маски.
- В помещении или зоне должны быть выделенные туалеты, пункты гигиены рук и, по возможности, мусорные контейнеры для утилизации использованных бумажных салфеток.
- Для минимизации риска заражения запланируйте контрольные визиты здоровых детей на вторую половину дня (желательно не на часы обучения в школе), а утро того же дня зарезервируйте для посещений больными пациентами. Также, если возможно, подготовьте для этих двух групп отдельные помещения.

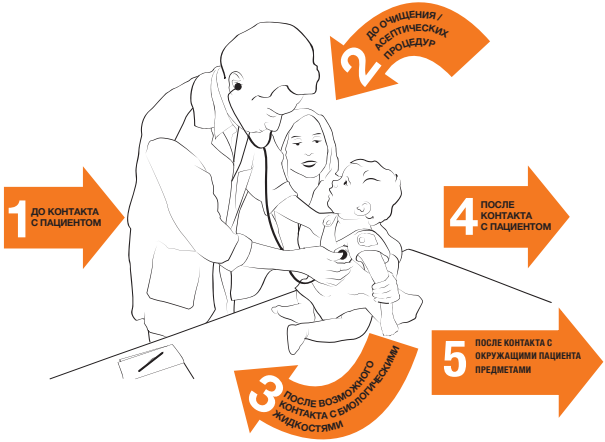
Применяйте стандартные меры ПИИК ко всем пациентам в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, чтобы снизить риск передачи гемоконтактных, респираторных и других патогенов.

Респираторная гигиена

- Предоставьте пациентам графическую информацию о гигиене рук и респираторной гигиене (например, о необходимости прикрывать нос и рот салфеткой или согнутым локтем при кашле или чихании).
- Соблюдайте гигиену рук после контакта с выделениями из дыхательных путей или предметами, которые могут быть заражены.
- Дайте детям с респираторными симптомами медицинскую маску.

Гигиена рук

- Обрабатывайте руки спиртосодержащим антисептиком (не менее 70% спирта) в случаях, представленных на рисунке.
- Мойте руки водой с мылом при наличии видимых загрязнений.



СИЗ

- Используйте СИЗ, такие как медицинские маски, перчатки, халаты и средства защиты глаз, для уменьшения воздействия патогенов при контакте с брызгами или кровью, биологическими жидкостями, выделениями, экскрементами и поврежденной кожей пациентов. Всегда носите медицинскую маску при подозрении на высококонтагиозное респираторное заболевание (например, COVID-19).
- Правильно надевайте и снимайте СИЗ.
- Выполняйте гигиену рук перед надеванием и после снятия СИЗ.
- Полностью снимайте СИЗ после использования и перед тем, как прикасаться к незагрязненным предметам и поверхностям, а также перед тем, как переходить к другому пациенту.

Профилактика травм от уколов иглой или острых предметов

- Утилизируйте использованные иглы и острые предметы безопасным способом в соответствующих, устойчивых к проколам контейнерах. Перед применением игл продумывайте безопасный способ обращения с ними и их утилизацию, например убедитесь, что при выполнении инъекции безопасный контейнер будет находиться на расстоянии вытянутой руки.
- Никогда не надевайте колпачок на использованную иглу.
- Никогда не заполняйте безопасный контейнер более чем на три четверти.

Очистка и дезинфекция оборудования и окружающего пространства

- Регулярно очищайте и дезинфицируйте все поверхности, особенно те, которых часто касаются, с которыми контактируют пациенты и которые заметно загрязнены или контаминированы кровью и биологическими жидкостями. Протрите моющим средством, а затем используйте утвержденное дезинфицирующее средство (например, 0,1% раствор гипохлорита натрия).
- Регулярно очищайте и дезинфицируйте оборудование.
- При подозрении на высококонтагиозное инфекционное заболевание (например, COVID-19): дезинфицируйте поверхности после каждого пациента. Не допускайте загрязнения окружающих поверхностей, например дверных ручек и выключателей освещения.

Безопасная утилизация отходов

- Утилизируйте отходы, загрязненные кровью, биологическими жидкостями, выделениями и экскрементами, включая ткани человека и СИЗ, как медицинские отходы в соответствии с нормативными требованиями.

A1.4 Оборудование

Следующее стандартное оборудование для оказания клинической и неотложной помощи должно быть в наличии во всех учреждениях первичной медико-санитарной помощи:

Стандартное оборудование

- Смотровая кушетка
- Стетоскоп
- Термометр
- Карманный фонарик (лампа)
- Неврологический молоточек
- Отоскоп
- Жгут
- Контейнер для отработанных острых предметов и инструментария
- Весы, соответствующие возрасту
- Ростомер
- Горизонтальный ростомер
- Рулетки
- Устройство для измерения артериального давления: сфигмоманометр
- Манжеты для измерения артериального давления, соответствующие возрасту (младенец, ребенок, взрослый, манжеты на бедро)
- Пульсоксиметр с датчиком для детей
- Таблица для проверки остроты зрения
- Таблица для проверки цветовосприятия
- Карточки для проверки бинокулярного зрения (тест Ланга)
- Пикфлоуметр
- Билирубинометр
- Электрокардиограф
- Безопасный источник тепла (инфракрасный обогреватель)
- Холодильник

Расходные материалы

- Шпатели для языка
- Мочеприемники
- Перчатки для осмотра (без латекса, нестерильные и стерильные)
- Салфетки и марля со спиртом для обработки кожи
- Катетеры для в/в инъекций и иглы-бабочки (14–24 калибр) с клейкой лентой
- Иглы (19–25 калибр)
- Шприцы емкостью 1, 2, 5, 10, 20, 50 мл

Расходные материалы

- Водонепроницаемая ручка, этикетки для лекарственных средств, незаполненные этикетки
- Стерильные повязки, шины, клейкая лента, ножницы, хирургические иглы, щипцы, клей медицинский
- Набор для в/в введения (бюретка/микрокапельница)
- Набор удлинителей с трехходовыми кранами/заглушками
- Иглы для внутрикостных инъекций
- Устройство для распыления на слизистые оболочки при назальном введении лекарственных средств

Оборудование для неотложных случаев

- Мешок Амбу (450 и 1000 мл) с резервуаром
- Лицевые маски (размеры: 00, 0, 1, 2, 4)
- Нереверсивные кислородные маски с резервуарами (детские и взрослые)
- Орофарингеальные воздуховоды (размеры: 00, 0, 1, 2, 3, 4, 5)
- Небулайзер или устройство для дозированной аэрозольной ингаляции для младенцев/детей
- Кислородный баллон с редуктором давления и шлангами
- Носовые канюли (детские и взрослые)
- Портативный слюноотсос
- Мягкие аспирационные катетеры (размеры 5–16 F)
- Лента с цветной маркировкой/распечатки доз лекарств, алгоритмы, протокол действий в неотложной ситуации

A1.5 Препараты, применяемые при неотложных состояниях

Ниже представлен перечень медикаментов для экстренных ситуаций, которые должны быть в каждом учреждении первичной медико-санитарной помощи:

- **Регулярно проверяйте препараты, применяемые при неотложных состояниях**, на соответствие следующим показателям: доступность и упорядоченность, срок годности и укомплектованность, а также заменяйте препараты и пополняйте запасы при необходимости.
- **Убедитесь, что ваш персонал умеет применять указанные препараты.**
- **Регулярно организуйте учебные тревоги и проводите тренировки персонала.**

Препараты первой необходимости:

- Кислород
- Вода для инъекций в ампулах
- Физиологический раствор в ампулах
- 0,9% раствор хлорида натрия (изотонический раствор) или сбалансированный солевой раствор (раствор Рингер лактат) в мешках или бутылках
- 10% раствор глюкозы в бутылках
- Эпинефрин (адреналин) во флаконах
- Сальбутамол в дозированном ингаляторе (аэрозоль)
- Сальбутамол – раствор для ингаляций (флакон) для небулайзеров
- Преднизолон – жидкость для перорального применения и таблетки
- Метилпреднизолон во флаконах для инъекций
- Диазепам, мидазолам или лоразепам во флаконах
- Леветирацетам, фенитоин, вальпроевая кислота или фенобарбитал во флаконах для инъекций
- Антибиотики, например ампициллин, цефтриаксон, цефотаксим, амоксициллин-клавуланат во флаконах
- Активированный уголь

Другие лекарственные средства (при наличии и в зависимости от учреждения):

- Кетамин во флаконах
- Морфин (в виде гидрохлорида или сульфата) – раствор для перорального применения
- Налоксон во флаконах
- Анатоксин столбнячный для инъекций
- Сыворотка/иммуноглобулин во флаконах против яда змей и скорпионов

A1.6 Лабораторные и рентгенологические исследования

Лабораторные и рентгенологические исследования, основанные на данных анамнеза и медицинского осмотра, помогают сузить круг предполагаемых диагнозов. Учреждения первичной медико-санитарной помощи, оказывающие педиатрическую помощь, предоставляют различные услуги в зависимости от структуры системы здравоохранения и географического расположения медицинского учреждения. Если службы являются частью поликлиники и располагают медицинскими работниками и смежным медицинским персоналом, возможно непосредственное и незамедлительное проведение исследований, в то время как частным врачам, которые не могут выполнить тест самостоятельно, вероятно, придется обращаться в другое учреждение.

! Соблюдайте принцип «одного окна», чтобы избежать ненужных направлений

- **Место непосредственного оказания медицинской помощи, или диагностические экспресс-тесты:** некоторые тесты можно легко провести на месте оказания медицинской помощи. Следующее оборудование и основные лабораторные исследования должны быть доступны во всех учреждениях первичной медико-санитарной помощи:
  - — экспресс-тест для определения антигена стрептококков;
  - — экспресс-тест для определения концентрации СРБ в капиллярной крови;
  - — тест-полоски для анализа мочи;
  - — дип-слайды для посева мочи;
  - — глюкометр или тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови;
  - — тест на беременность;
  - — транскутанный билирубинометр.

Показания к этим тестам перечислены в соответствующих разделах данного справочника.

- Для дальнейшей диагностики могут потребоваться **образцы крови для исследований** (общий анализ крови, гемоглобин, определение уровня железа, мочевины и электролитов, функциональные пробы печени, маркеры воспаления), а также образцы мочи, гноя и другие образцы для посева или молекулярных тестов. Следует поддерживать контакт с лабораторией и отправлять в нее кровь и другие образцы, взятые в клинике. Результаты должны быть переданы обратно в клинику, чтобы врач имел все данные для последующего наблюдения. Если это неосуществимо, можно направить пациента на сдачу анализов в другое учреждение.
- **Рентгенологические и другие визуализирующие исследования:** даже если они не могут быть проведены в клинике, рентген и УЗИ, возможно, доступны в поликлиниках или по направлению.
- **Другие исследования** (например, ЭКГ, ЭЭГ) могут быть доступны в клинике или по направлению. Что касается анализов крови, следует принимать меры для максимально быстрого оформления направления и получения результатов напрямую.

A1.7 Направление новорожденных, детей и подростков к специалистам

При организации перевода ребенка в стационар или при направлении к специалисту следует учитывать следующие факторы для обеспечения безопасности процедуры:

Взаимодействие с семьей

- Объясните родителю или лицу, осуществляющему уход, и ребенку (в зависимости от возраста) причину перевода, что будет происходить в стационаре или на приеме у специалиста и как это поможет ребенку.
- Успокойте родителей и убедите их, что работники стационара или специалист располагают опытом, оборудованием и персоналом, необходимыми для правильной диагностики и лечения ребенка.

Взаимодействие со стационаром или специалистами

- Свяжитесь с учреждением и предоставьте информацию о ребенке, которого вы туда направляете.
- Составьте короткую записку, содержащую:
  - Имя и возраст ребенка.
  - Информацию о лицах, осуществляющих уход, и их контактные телефоны (особенно в случае разлучения с ребенком).
  - Дату и время перевода в другое учреждение.
  - Причину перевода: жалобы, симптомы, результаты лабораторных исследований и т. д.
  - Информацию о назначенном лечении: длительность, наименования лекарственных средств и дозировки.
  - При переводе новорожденного: записи о родах и любом лечении матери и новорожденного.
  - Другую релевантную информацию: перенесенные болезни и лечение, патологии (например, синдром Дауна).
  - Вашу фамилию и название клиники, номер телефона и другие контактные данные.

Организуйте экстренную перевозку в стационар

При срочном переводе пациента в другое учреждение в случае неотложной ситуации должны выполняться специальные требования:

Перед транспортировкой

- Стабилизируйте ребенка согласно алгоритму ABCDE (с. 846).
- Если ребенок тяжело болен, дайте первую дозу необходимых лекарственных средств перед переводом в другое учреждение, например кислород, антибиотики, болеутоляющие.

При транспортировке

- Убедитесь в присутствии персонала с медицинским образованием.
- Убедитесь, что в машине скорой помощи есть реанимационное оборудование для детей, достаточное количество кислорода и пульсоксиметр.
- Родители должны иметь возможность сопровождать ребенка во время транспортировки. Не разделяйте матерей и новорожденных.
- При перевозке новорожденных держите их в тепле.
- Убедитесь, что в машине скорой помощи есть функционирующий теплый инкубатор для транспортировки новорожденных.
- Заверните ребенка в мягкую сухую ткань; накройте одеялом и убедитесь, что голова ребенка укрыта, чтобы предотвратить потерю тепла.
- Если современное транспортное средство недоступно, применяйте во время перевозки метод кенгуру (с. 142) – совместно с матерью или лицом, осуществляющим уход.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Лечебно-диагностические процедуры

A2.1	Закрытие ран швами, клеем и пластырем	921
A2.2	Прибинтовывание поврежденного пальца к соседнему здоровому	923
A2.3	Наложение косыночной повязки на руку	924
A2.4	Вскрытие и дренирование абсцесса	925
A2.5	Измерение артериального давления	925
A2.6	Измерение уровня глюкозы в крови	926
A2.7	Измерение уровня билирубина с помощью транскутанного билирубинометра	928
A2.8	Выполнение инъекций	928
A2.9	Парентеральное введение жидкостей	930
A2.10	Торакоцентез	933

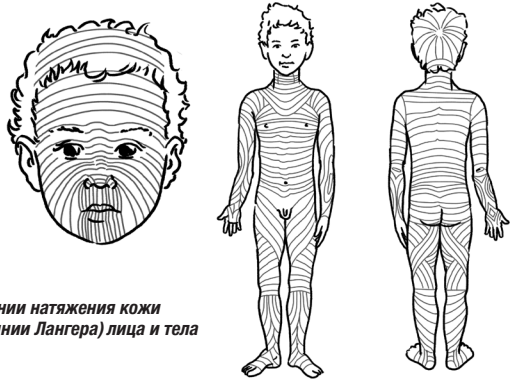
A2.1 Закрытие ран швами, клеем и пластырем



Для первичного закрытия ран можно использовать швы, клей и пластырь. Рана, полученная более 12 часов назад (более 24 часов назад, если она на лице), сильно загрязненная, инфицированная или возникшая в результате укуса, не нуждается в первичном закрытии – следует рассчитывать на грануляцию.

Незначительные порезы обычно закрываются клеем или клейкими полосками для закрытия ран, если края пореза совмещаются без натяжения. Если потребовалось наложение швов, их можно снять через 3–4 дня на лице, через 7 дней на других участках тела (в области над суставом следует оставить на 10 дней). Наложение швов подразумевает обширную рану и местную анестезию.

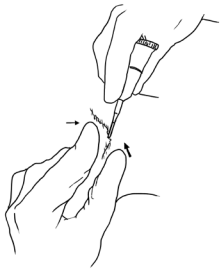
Первичное закрытие раны клейкими полосками и клеем требует чистых краев раны, сопоставленных без натяжения. Швы, клей и полоски можно использовать одновременно.



Линии натяжения кожи (линии Лангера) лица и тела

Клейкие полоски и клей обеспечивают хороший косметический эффект, если рана не находится под натяжением и в особенности если рана проходит по линиям Лангера и ее края не рваные. Линии Лангера – это линии естественного натяжения. Приложите клейкие полоски поперек линий натяжения кожи для оптимального заживления раны.

Применение клея



Дети считают клей приемлемым средством закрытия ран, несмотря даже на то, что он немного щиплет во время высыхания.

- Клей наносят на подсушенную рану.
- Совместите края раны марлевой салфеткой или пальцами и нанесите несколько слоев клея, чтобы соединить края.
- Держите края раны совмещенными не менее одной минуты, пока клей не высохнет.
- Помните, что клей прилипает к хирургическим перчаткам.

НЕ ИСПОЛЬЗУЙТЕ клей в области вокруг глаз, так как он может попасть в глаза. Если клей попал в глаза или на веки, протрите их марлевой салфеткой и промойте физиологическим раствором.

НЕ ДОПУСКАЙТЕ затекания клея в рану, так как это помешает заживлению.

Применение клейких полосок

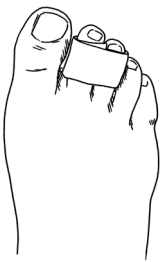
- Соедините края раны и наложите клейкие полоски под прямым углом. При соединении краев должно возникнуть небольшое натяжение (не настолько сильное, чтобы на коже образовались складки).
- Накладывайте столько полосок, сколько необходимо, располагая их на расстоянии около 5 мм друг от друга. Наклейте еще одну полоску на концы полосок, закрывающих рану, параллельно ране, чтобы ребенок не смог оторвать полоски.
- Клейкие полоски не прилипают к влажной коже.

НЕ НАКЛАДЫВАЙТЕ клейкие полоски вокруг пальца, так как это может привести к отеку и ишемическим нарушениям.

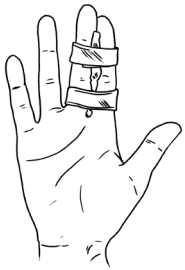
А2.2 Прибинтовывание поврежденного пальца к соседнему здоровому

Травмированный палец руки или ноги приматывают к соседнему здоровому, когда необходимо шинирование (для удобства и заживления без ограничения движений в суставе).

- Привяжите поврежденный палец к соседнему здоровому.
- Поместите небольшую повязку или кусок марли между пальцами, которые вы собираетесь зафиксировать вместе – это предотвратит натирание и инфицирование.
- Обвязка должно быть прочной, но не тугой. При фиксировании избегайте тейпирования суставов: функции руки должны сохраняться.



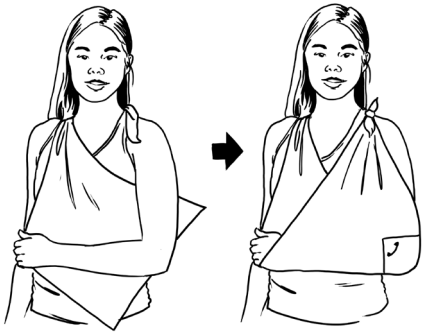
Прибинтовывание поврежденного пальца ноги к соседнему здоровому



Прибинтовывание поврежденного пальца руки к соседнему здоровому

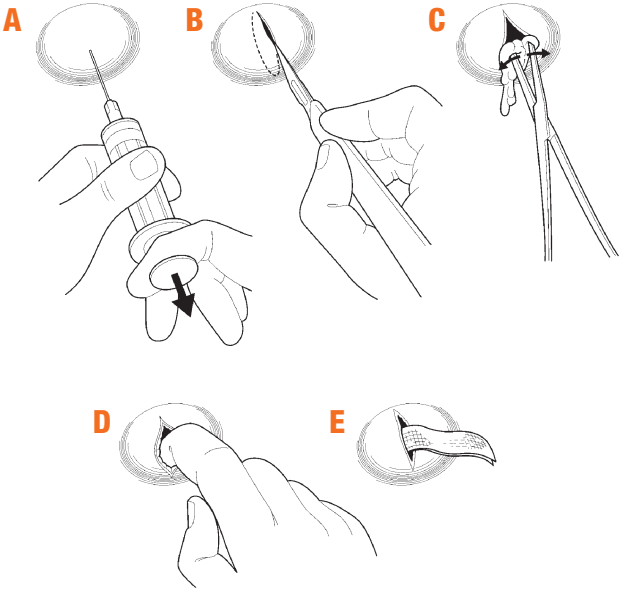
A2.3 Наложение косыночной повязки на руку

- Попросите ребенка поддержать руку другой рукой. Аккуратно переместите косыночную повязку под руку. Вершина треугольника должна быть под локтем поврежденной руки. Оберните верхний конец косынки вокруг шеи сзади.
- Сложите нижний конец повязки над предплечьем таким образом, чтобы он соединился с верхним краем на плече с поврежденной стороны.
- Завяжите два конца повязки морским узлом над ключицей ребенка.
- Отрегулируйте положение повязки, чтобы она поддерживала руку до кончика мизинца.
- Закрепите край повязки на локте, скрутив ткань и заправив ее внутрь, или с помощью английской булавки.
- Проверьте кровообращение в кончиках пальцев ребенка. Надавливайте на ноготь 5 секунд, пока он не побледнеет, затем отпустите, чтобы увидеть, вернется ли цвет в течение 2 секунд. Повторите оценку через 10 минут. Если кровообращение нарушено, незамедлительно направьте ребенка к специалисту или в стационар.



A2.4 Вскрытие и дренирование абсцесса

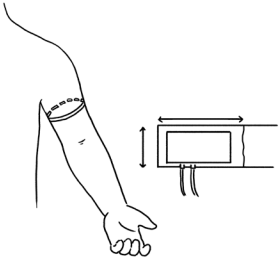
Стадии вскрытия и дренирования абсцесса показаны на рисунках ниже.



Вскрытие и дренирование абсцесса *A: пункция и аспирация с целью определения места скопления гноя (отправьте полученный материал в лабораторию, если возможно, и всегда проводите микроскопическое исследование и посев на микобактерии туберкулеза); B: овальный разрез; C–D: разделение внутренних спаек в полости абсцесса; E: оставление тампона в ране.*

A2.5 Измерение артериального давления

- Обеспечьте тихую, спокойную и комфортную обстановку.
- Лучше использовать автоматический неинвазивный прибор для измерения артериального давления (АД) с размером манжеты, соответствующим обхвату середины плеча ребенка. См. рисунок ниже.



Соответствующий размер манжеты: *длина должна составлять 75–100% окружности средней части плеча, а ширина – 37–50% окружности средней части плеча*



Положение для измерения артериального давления у ребенка или подростка

- Попросите пациента расслабиться и сесть на стул, поставив ступни на пол, не скрещивая ноги и опираясь спиной на спинку стула; сидеть желательно не менее 5 минут. У младенцев измеряйте АД в положении лежа на спине.
- Предпочтительнее измерять АД на правой руке.
- Рука пациента должна лежать на опоре (например, положите на стол подушку или книгу, чтобы отрегулировать высоту) так, чтобы середина манжеты находилась на уровне сердца.
- Пациент и врач должны молчать во время процедуры.
- Повторите процедуру через 1–2 минуты, если получено высокое значение АД, а также при манипуляциях с детьми с диагностированным высоким АД.
- Запишите показания прибора (среднее значение последних 2 показаний в случае нескольких измерений).

A2.6 Измерение уровня глюкозы в крови

- Уровень глюкозы в крови в клинической практике можно определить за нескольких минут с помощью диагностических экспресс-тестов. На рынке представлены тесты разных производителей, которые могут немного различаться по способу применения. Перед применением необходимо внимательно изучить инструкцию на упаковке и листке-вкладыше.

- Обычно каплю крови помещают на полоску с нанесенным реактивом (капля должна полностью покрыть зону с реактивом) и оставляют на 30–60 секунд, в зависимости от производителя тест-полосок. Затем кровь с полоски стирают или аккуратно смывают каплями холодной воды, и через определенный промежуток времени (например, через 1 минуту) цвет зоны с нанесенным реагентом меняется. После чего считывают результат, сравнивая изменение цвета реактива на полоске с цветной шкалой, напечатанной на упаковке. Таким способом можно измерить уровень глюкозы в определенных пределах (например, от 2 до 5 ммоль/л), но не определить точное значение.
- В комплект некоторых тестов входит электронное считывающее устройство, работающее от батареек. В него помещают полоску, с которой удалена кровь, и получают более точные значения.
- Поскольку реактив на полосках теряет свои свойства под воздействием влажности воздуха, полоски следует хранить в закрытой оригинальной упаковке при температуре 2–3 °C в сухом, защищенном от солнечного света месте. После извлечения полоски из упаковки ее нужно сразу же закрывать.



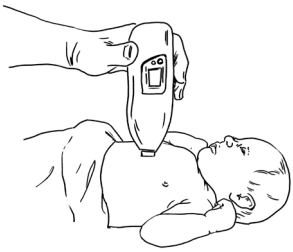
Тест-полоска Dextrostix® для определения уровня глюкозы в крови и цветная шкала, напечатанная на упаковке



Одно из считывающих устройств для тест-полосок. Тест-полоска вставляется в щель на правой стороне устройства

A2.7 Измерение уровня билирубина с помощью транскутанного билирубинометра

С помощью транскутанного билирубинометра определяют уровень билирубина у новорожденного с желтухой (с. 173). Несмотря на то, что процедура для каждого транскутанного билирубинометра может немного различаться, основной принцип остается прежним:



Слегка надавите. Оптическая головка должна плотно, без зазоров, прилегать к коже новорожденного

- Выберите подходящую для проведения измерения зону (обычно это лоб или грудина).
- Поместите наконечник датчика/оптическую головку билирубинометра на кожу ребенка перпендикулярно ей, не наклоняя, и слегка надавите. Для корректного измерения оптическая головка должна плотно, без зазоров, прилегать к коже. Обычно это достигается легким нажатием.
- Избегайте ставить наконечник/оптическую головку на синяки, родимые пятна и участки над подкожными гематомами. Гиперемия в зоне контакта может повлиять на результаты.

A2.8 Выполнение инъекций

Сначала выясните, были ли у ребенка нежелательные лекарственные реакции в прошлом. Тщательно вымойте руки.



Используйте одноразовые шприцы и иглы. Протрите место предполагаемого прокола раствором антисептика. Обязательно убедитесь в правильности дозы лекарственного препарата. Наберите соответствующий объем в шприц. Перед введением выпустите воздух из шприца. Всегда записывайте название и количество введенного препарата. Складывайте использованные одноразовые шприцы в специальный безопасный контейнер.

Внутримышечные и подкожные инъекции

- Если ребенку больше 2 лет, инъекция выполняется на внешней стороне бедра между тазобедренным суставом и коленом (*M. vastus lateralis*), если меньше – на бедре или над дельтовидной мышцей плеча.
- Внутримышечные инъекции: введите иглу (23–25 калибра) под углом 90° в мышцу.
- П/п инъекции: введите иглу (23–25 калибра) под углом 45° в подкожную жировую клетчатку. Не вводите иглу в подлежащие мышцы.
- Подайте препарат, медленно нажимая на поршень до упора. Извлеките иглу и сильно прижмите место прокола небольшой салфеткой или ватным тампоном.

Внутрикожные инъекции

Выберите неповрежденный и неинфицированный участок кожи (например, над дельтовидной мышцей плеча). Растяните кожу большим и указательным пальцами одной руки, другой медленно введите иглу (25 калибра), концевым срезом кверху, почти параллельно поверхности кожи, приблизительно на 2 мм вглубь. При внутрикожном введении препарата ощущается значительное сопротивление. Появление беловатой папулы с видимыми на ее поверхности волосяными фолликулами означает, что инъекция выполнена правильно.



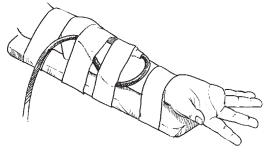
Внутрикожная инъекция (например, при проведении пробы Манту)

A2.9 Парентеральное введение жидкостей

Выберите подходящую вену для установки катетера или иглы-бабочки 21 или 23 калибра.

Периферическая вена

- Найдите доступную периферическую вену. У маленьких детей в возрасте до 2 месяцев это обычно латеральная подкожная вена руки в локтевой ямке или четвертая межпальцевая вена на тыльной стороне кисти.
- Помощник должен удерживать конечность ребенка в неподвижном положении и перекрывать венозный отток легким сжатием пальцев вокруг конечности.



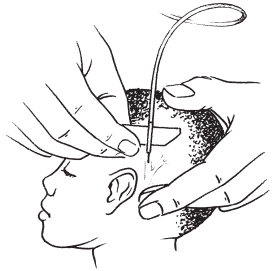
Шинирование руки, препятствующее сгибанию локтя при проведении внутривенного вливания

- Протрите окружающую кожу антисептическим раствором (например, спиртом, йодом, изопропиловым спиртом или 70% спиртовым раствором), затем введите в вену катетер почти на всю его длину. Надежно зафиксируйте катетер с помощью клейкой ленты и закрепите конечность в подходящем положении (см. рисунок).

Вены волосистой части головы

Эти вены часто используются для в/в вливаний детям < 2 лет, но больше всего подходят для в/в вливаний младенцам раннего возраста.

- Найдите подходящую вену волосистой части головы (обычно по средней линии лба, в височной области, над ухом или за ухом).
- При необходимости выбрейте участок кожи и протрите его антисептическим раствором.



Введение иглы-бабочки в вену волосистой части головы для в/в вливания младенцу раннего возраста

- Помощник должен пережать вену проксимальнее места пункции. Заполните шприц физиологическим раствором и подайте его в систему иглы-бабочки. Отсоедините шприц и оставьте конец катетера открытым. Введите иглу-бабочку, как описано выше. Кровь, медленно вытекающая в обратном направлении через катетер, указывает на то, что игла находится в вене.
- Следите, чтобы игла не попала в артерию, которую можно определить с помощью пальпации. В случае появления пульсирующих выбросов крови извлеките иглу и прижимайте место пункции вплоть до прекращения кровотечения; затем найдите вену.

Уход за катетером

- Закрепите катетер после введения (может потребоваться шинирование близлежащих сосудов, ограничивающее движения катетера). Следите за тем, чтобы кожа вокруг места пункции была чистой и сухой. Сразу же после установки и после каждой инъекции промывайте и заполняйте катетер физиологическим раствором.

Внутривенное введение лекарственных препаратов через постоянный катетер

- Подсоедините шприц, содержащий лекарственный препарат для в/в введения, к инъекционному входу катетера и подайте препарат. После введения всей дозы препарата промойте катетер физиологическим раствором вплоть до полного удаления крови и заполнения катетера чистым раствором.
- Если невозможно провести вливание через периферическую вену или через вену волосистой части головы, а ребенок нуждается в нем по жизненным показаниям, установите систему для внутрикостного вливания (см. ниже).

Внутрикостное вливание

Внутрикостное вливание – безопасный, простой и надежный способ введения жидкостей и лекарственных препаратов в неотложных случаях, когда в/в введение невозможно.

Для пункции предпочтителен проксимальный отдел большеберцовой кости. Иглу следует вводить в точку, которая находится на средней линии переднемедиальной поверхности большеберцовой кости на границе ее верхней и средней трети или как минимум на 1–2 см ниже бугристости

большеберцовой кости (во избежание повреждения эпифизарной пластинки, лежащей выше). Альтернативное место для пункции – дистальная часть бедренной кости на 2 см выше наружного мыщелка.

- Подготовьте необходимые материалы и инструменты:
  - — иглы для забора костного мозга или внутрикостные иглы (15–18 калибра или, при отсутствии, 21 калибра). Если таких игл нет, для маленьких детей можно использовать иглы для п/п инъекций или иглы-бабочки большого диаметра;
  - — антисептический раствор и стерильные марлевые салфетки для обработки места пункции;
  - — стерильный шприц на 5 мл, заполненный физиологическим раствором, и второй стерильный шприц на 5 мл;
  - — оборудование для в/в инфузий;
  - — стерильные перчатки.
- Положите валик под колено ребенка таким образом, чтобы нога находилась в согнутом положении под углом 30° от прямого (180°) положения, пятка при этом должна оставаться на столе.
- Определите правильное место для пункции (как описано выше и показано на рисунке).



Внутрикостное вливание. Игла введена в переднемедиальную поверхность большеберцовой кости на границе ее верхней и средней трети

- Вымойте руки и наденьте стерильные перчатки.
- Протрите кожу в месте пункции и вокруг него антисептическим раствором.
- Зафиксируйте проксимальную часть большеберцовой кости левой рукой (которая теперь уже не является стерильной), взяв бедро и колено выше и латеральнее места введения иглы. Пальцы должны обхватывать колено, однако не должны находиться непосредственно под местом пункции.

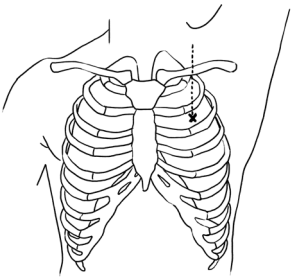
- Вновь пропальпируйте костные ориентиры правой рукой в стерильной перчатке.
- Введите иглу под углом 90° концевым срезом в сторону стопы.
- Продвигайте иглу медленно и осторожно, но с достаточной силой, с помощью вращательного движения.
- Прекратите продвигать иглу после того, как почувствуете, что сопротивление резко прекратилось, или когда из иглы покажется кровь. Теперь игла должна быть зафиксирована в кости.
- Извлеките стилет из иглы.
- С помощью шприца на 5 мл проведите аспирацию 1 мл костномозгового содержимого (визуально напоминает кровь), чтобы убедиться, что игла находится в костномозговой полости. **Примечание**: если при аспирации не удается получить костномозговое содержимое, это не означает, что игла введена неправильно.
- Подсоедините второй шприц на 5 мл, заполненный физиологическим раствором. Стабилизируйте иглу и медленно введите 3 мл раствора, продолжая пальпировать окружающую область на предмет возможной утечки жидкости под кожу. Если подкожной инфильтрации нет, начните вливание.
- Наложите повязку и надежно закрепите иглу.
- Контролируйте вливание, следя за отсутствием препятствий току жидкости и за клинической реакцией организма больного.
- Следите, чтобы задняя часть голени не опухала во время вливания.
- Прекратите внутрикостное вливание, как только появится возможность выполнить в/в вливание. В любом случае внутрикостное вливание не должно длиться более 8 часов.

A2.10 Торакоцентез

Эта процедура проводится в случае стремительного ухудшения состояния пациента с опасным для жизни напряженным пневмотораксом

- Положите пациента с травмой лицом вверх, на спину. Все остальные пациенты должны находиться в сидячем положении под углом 45 градусов и прижимать руку со стороны пневмоторакса ко лбу.
- Найдите второй межреберный промежуток по среднеключичной линии на стороне пневмоторакса (сторона грудной клетки, над которой определяется коробочный перкуторный звук в легком).

- Если времени достаточно (пациент стабилен): протрите кожу грудной клетки в месте прокола антисептическим раствором или спиртовой салфеткой.
- Подсоедините шприц, содержащий несколько миллилитров 0,9% раствора NaCl, к инъекционному входу катетера (используйте катетер большого диаметра, например 14 калибра).



- Введите катетер в грудную клетку во второе межреберное пространство, непосредственно над третьим ребром, проводя при этом постоянную аспирацию.
- Если воздух отсасывается, удалите троакар, оставив катетер на месте.
- Надежно закрепите катетер на коже грудной клетки с помощью клейкой ленты и организуйте срочный перевод пациента в стационар (возможно, потребуется установка плеврального зонда).

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Таблицы роста и веса детей, разработанные ВОЗ

А3.1	**Расчет показателя «вес/возраст» у ребенка**	**936**
	Показатели «вес/возраст» у девочек	937
	Показатели «вес/возраст» у мальчиков	938
А3.2	**Расчет показателя «рост (длина тела)/возраст» у ребенка**	**939**
	Показатели «рост (длина тела)/возраст» у девочек	940
	Показатели «рост (длина тела)/возраст» у мальчиков	942
А3.3	**Расчет показателя «вес/рост (длина тела)» у ребенка**	**944**
	Показатели «вес/рост (длина тела)» у девочек	945
	Показатели «вес/рост (длина тела)» у мальчиков	946
А3.4	**Расчет показателя «ИМТ/возраст» у ребенка**	**947**
	Показатели «ИМТ/возраст» у девочек	948
	Показатели «ИМТ/возраст» у мальчиков	950
А3.5	**Расчет показателя «окружность головы/возраст» у ребенка**	**952**
	Показатели «окружность головы/возраст» у девочек	953
	Показатели «окружность головы/возраст» у мальчиков	954

А3.1 Расчет показателя «вес/возраст» у ребенка

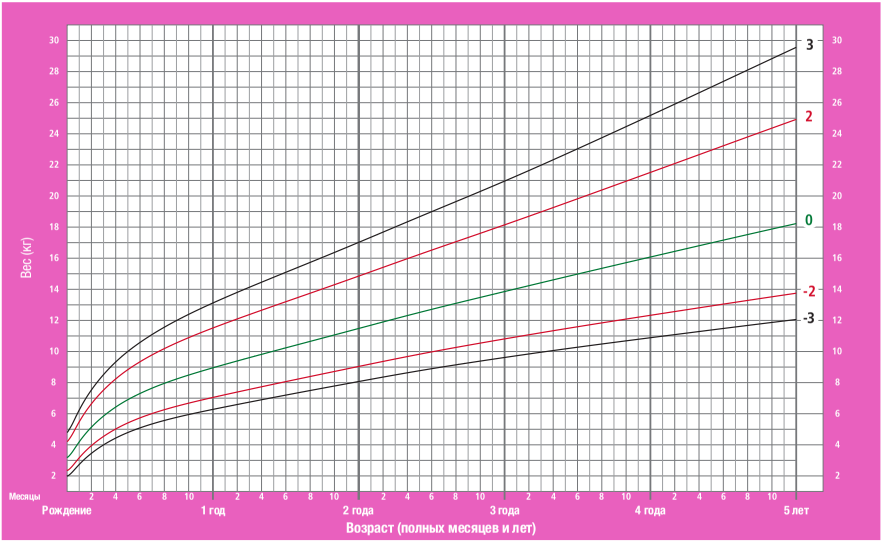
Чтобы рассчитать показатель «вес/возраст» у ребенка, используйте справочные графики, приведенные ниже, или справочные онлайн-таблицы, расположенные по адресу:
https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards.

При использовании графиков:

- Найдите соответствующий график для мальчиков или девочек.
- Чтобы построить график зависимости веса ребенка от его возраста:
  - Найдите возраст ребенка в полных месяцах или годах по оси X.
  - Найдите вес ребенка в килограммах по оси Y.
  - Поставьте точку на пересечении вертикальной и горизонтальной линий, указывающих возраст и рост (длину тела) ребенка.
- Если на графике отмечены две и более точки, соедините соседние точки прямой линией, чтобы было удобнее отслеживать тенденцию.

Показатели «вес/возраст» у девочек

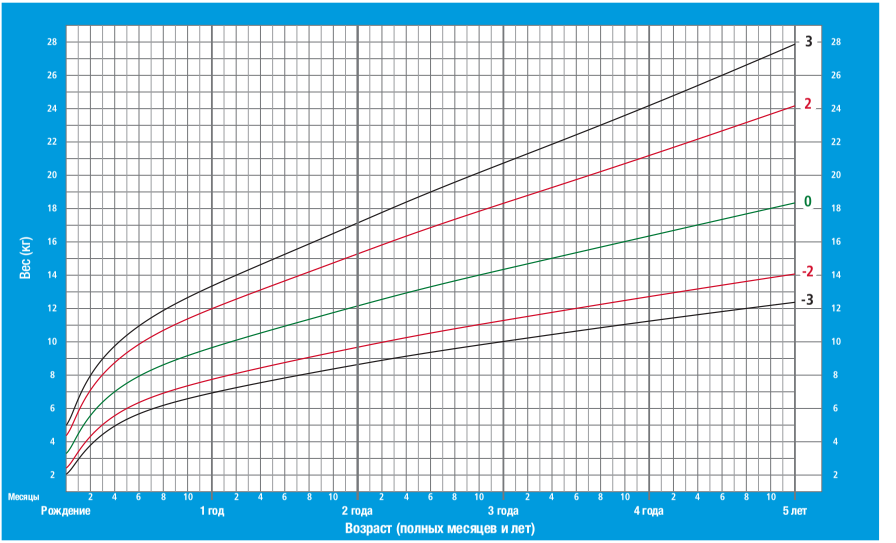
От рождения до 5 лет (по шкале z-scores)



Показатели «вес/возраст» у девочек

Показатели «вес/возраст» у мальчиков

От рождения до 5 лет (по шкале z-scores)



А3.2 Расчет показателя «рост (длина тела)/возраст» у ребенка

Чтобы рассчитать показатель «рост (длина тела)/возраст» у ребенка, используйте справочные графики, приведенные ниже, или справочные онлайн-таблицы, расположенные по адресу:
https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards.

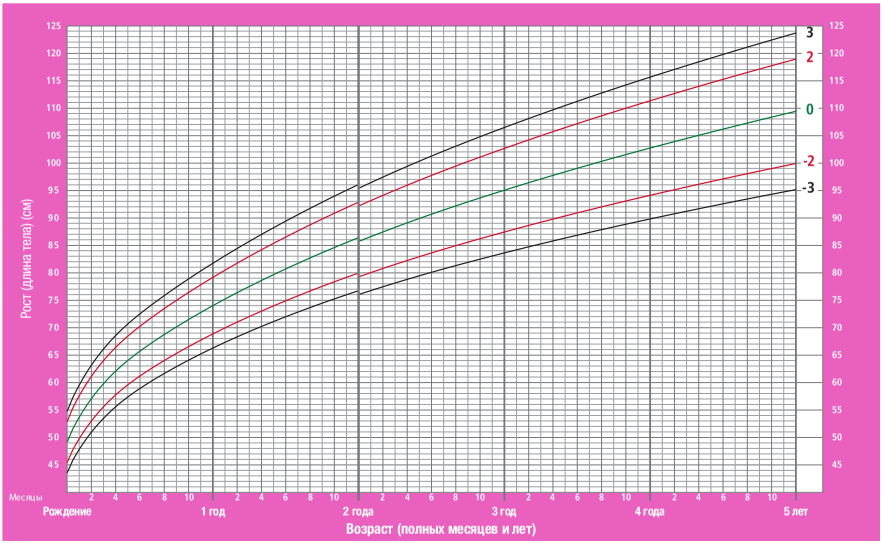
Информацию о том, как измерить длину тела (от рождения до 2 лет) и рост (старше 2 лет) см. на с. 25.

При использовании графиков:

- Найдите соответствующий график для мальчиков или девочек.
- Чтобы построить график зависимости роста (длины тела) ребенка от его возраста:
  - — Найдите возраст ребенка в полных месяцах или годах по оси X и отметьте точку на вертикальной линии.
  - — Найдите рост (длину тела) ребенка в сантиметрах по оси Y и отметьте точку на горизонтальной линии.
  - — Поставьте точку на пересечении вертикальной и горизонтальной линий, указывающих возраст и рост (длину тела) ребенка.
- Если на графике отмечены две и более точки, соедините соседние точки прямой линией, чтобы лучше отслеживать тенденцию.

Показатели «рост (длина тела)/возраст» у девочек

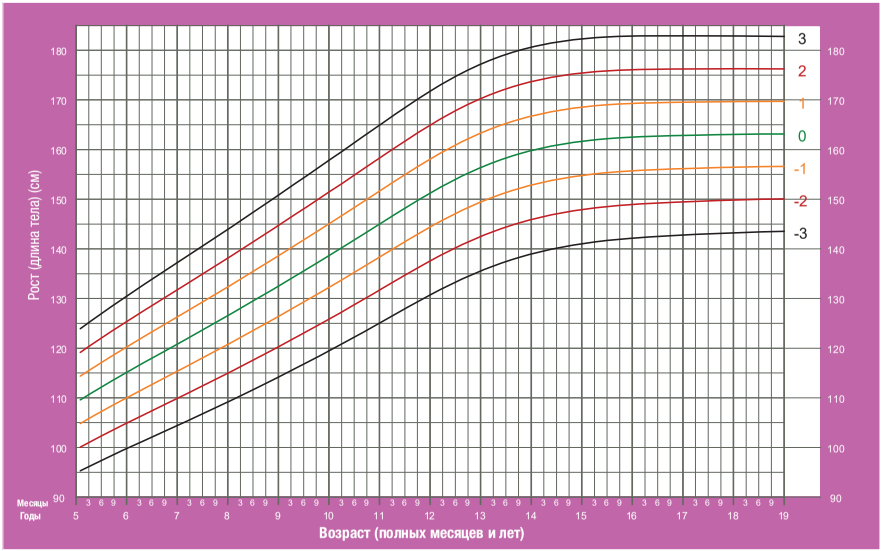
От рождения до 5 лет (по шкале z-scores)



Показатели «рост (длина тела)/возраст» у девочек

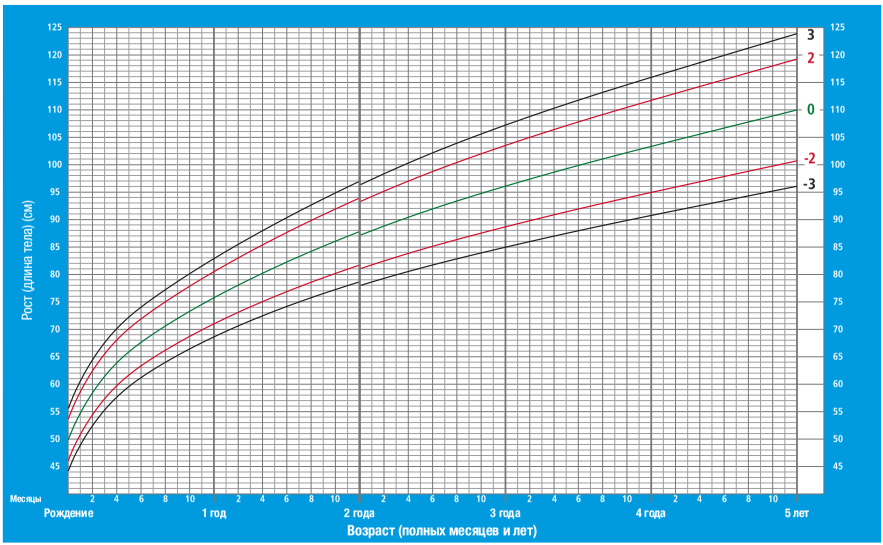
Показатели «рост/возраст» у девочек

От 5 до 19 лет (по шкале z-scores)



Показатели «рост (длина тела)/возраст» у мальчиков

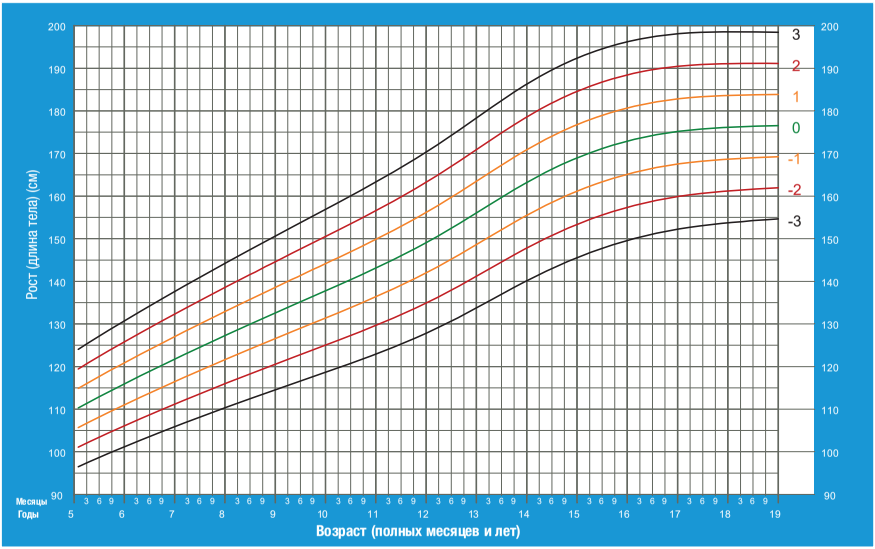
От рождения до 5 лет (по шкале z-scores)



Показатели «рост (длина тела)/возраст» у мальчиков

Показатели «рост/возраст» у мальчиков

От 5 до 19 лет (по шкале z-scores)



А3.3 Расчет показателя «вес/рост (длина тела)» у ребенка

На графиках ниже представлены нормализованные справочные значения показателя «вес/длина тела» (45–120 см) для девочек и мальчиков, разработанные ВОЗ (с. 945–946).

Длину тела обычно измеряют у детей ростом менее 85 см, а рост – у детей ростом более 85 см. Длина тела в положении лежа в среднем на 0,5 см больше, чем рост в положении стоя, однако эта разница не существенна для конкретного ребенка. Если нет возможности измерить рост в положении стоя, вносите изменения, вычитая 0,5 см от длины тела больше 84,9 см.

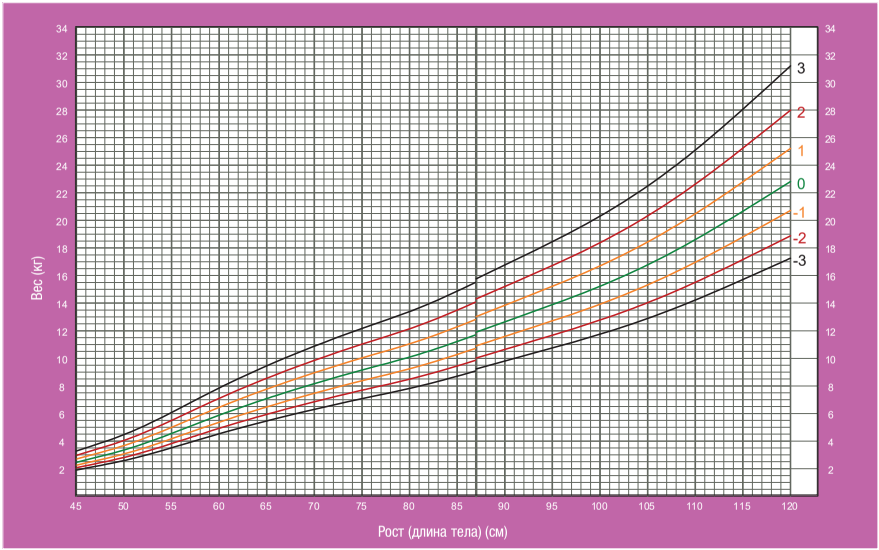
Чтобы рассчитать показатель «вес/рост (длина тела)» у ребенка, используйте справочные графики, приведенные ниже, или справочные онлайн-таблицы, расположенные по адресу:
https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards.

При использовании графиков:

- Найдите соответствующий график для мальчиков или девочек.
- Чтобы построить график зависимости веса ребенка от роста (длины тела):
  - Найдите рост (длину тела) ребенка в сантиметрах по оси X и отметьте точку на вертикальной линии.
  - Найдите вес ребенка в килограммах по оси Y и отметьте точку на горизонтальной линии.
  - Поставьте точку на пересечении вертикальной и горизонтальной линий, указывающих рост (длину тела) и вес ребенка.
- Если на графике отмечены две и более точки, соедините соседние точки прямой линией, чтобы лучше отслеживать тенденцию.

Показатели «вес/рост (длина тела)» у девочек

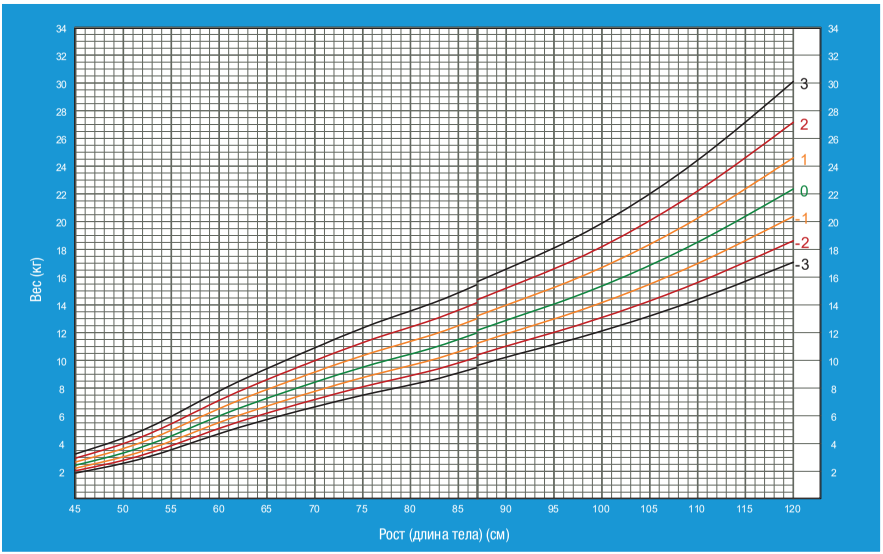
От рождения до 5 лет (по шкале z-scores)



Показатели «вес/рост (длина тела)» у девочек

Показатели «вес/рост (длина тела)» у мальчиков

От рождения до 5 лет (по шкале z-scores)



Показатели «вес/рост (длина тела)» у мальчиков

А3.4 Расчет показателя «ИМТ/возраст» у ребенка

На графиках ниже представлены нормализованные справочные значения показателя «ИМТ/возраст» для девочек и мальчиков, разработанные ВОЗ (с. 948–951). Рассчитайте ИМТ ребенка, используя значения веса и роста (длины тела), по следующей формуле: ИМТ = кг/м^2: вес в килограммах/рост в метрах, возведенный в квадрат.

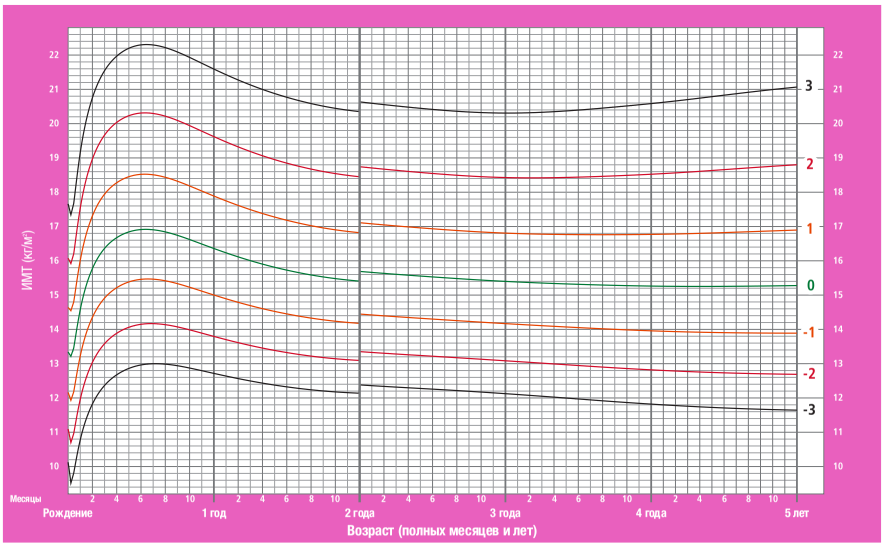
Чтобы рассчитать показатель «ИМТ/возраст» у ребенка, используйте справочные графики, приведенные ниже, или справочные онлайн-таблицы, расположенные по адресу:
https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards.

При использовании графиков:

- Найдите соответствующий график для мальчиков или девочек.
- Чтобы построить график зависимости ИМТ ребенка от возраста:
  - — Найдите возраст ребенка в полных месяцах или годах по оси X и отметьте точку на вертикальной линии (но не между вертикальными линиями).
  - — Найдите ИМТ ребенка в килограммах по оси Y и отметьте точку на горизонтальной линии или между горизонтальными линиями (например, 14,5). Если расчет ИМТ выполняли по формуле, полученное значение может быть нанесено на график с точностью до десятичного знака.
  - — Поставьте точку на пересечении вертикальной и горизонтальной линий, указывающих возраст и ИМТ ребенка.
- Если на графике отмечены две и более точки, соедините соседние точки прямой линией, чтобы лучше отслеживать тенденцию.

Показатели «ИМТ/возраст» у девочек

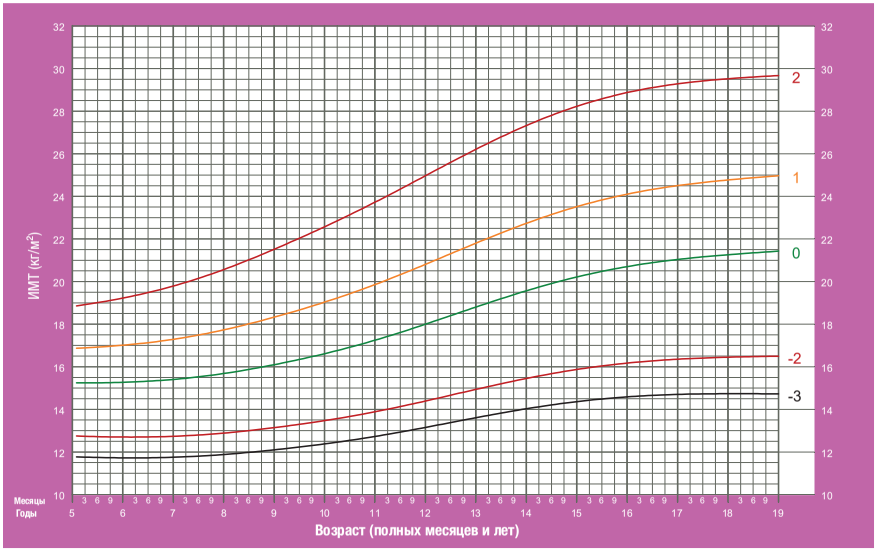
От рождения до 5 лет (по шкале z-scores)



Показатели «ИМТ/возраст» у девочек

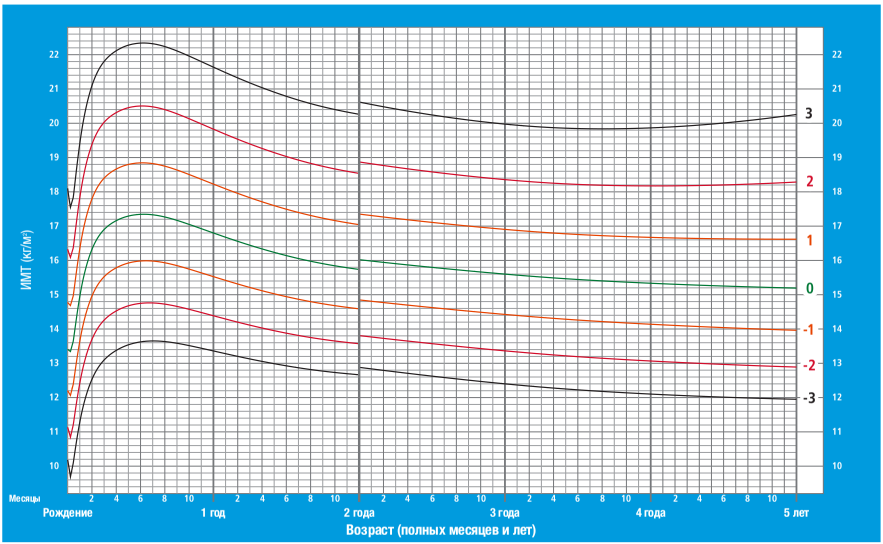
Показатели «ИМТ/возраст» у девочек

От 5 до 19 лет (по шкале z-scores)



Показатели «ИМТ/возраст» у мальчиков

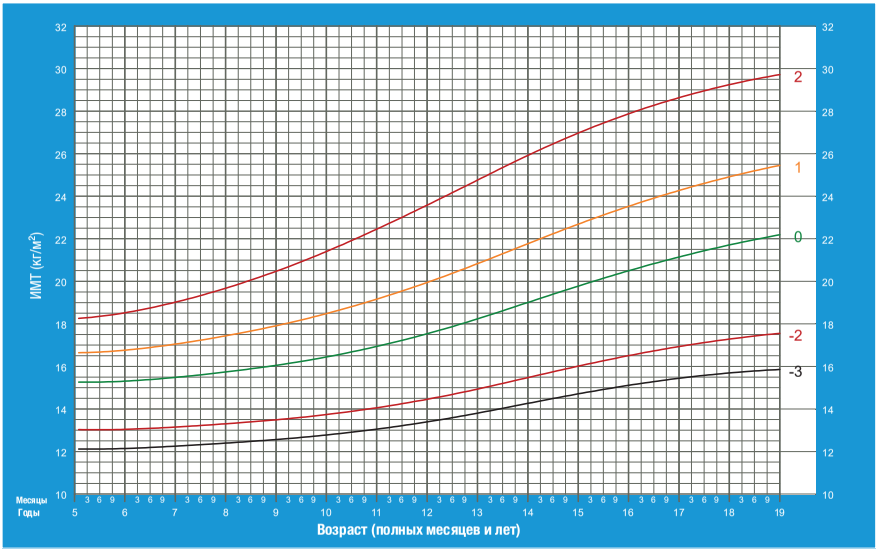
От рождения до 5 лет (по шкале z-scores)



Показатели «ИМТ/возраст» у мальчиков

Показатели «ИМТ/возраст» у мальчиков

От 5 до 19 лет (по шкале z-scores)



А3.5 Расчет показателя «окружность головы/возраст» у ребенка

Информацию об измерении окружности головы см. на с. 25.

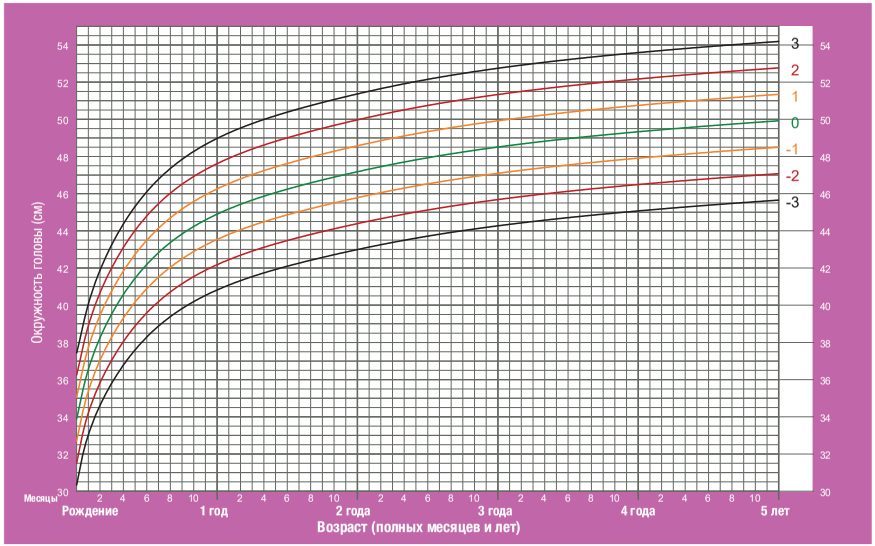
На приведенных ниже графиках представлены нормализованные справочные значения показателя «окружность головы/возраст» для девочек и мальчиков, разработанные ВОЗ (с. 953–954).

Чтобы рассчитать показатель «окружность головы/возраст» у ребенка, используйте справочные графики, приведенные ниже, или справочные онлайн-таблицы: https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards. При использовании графиков:

- Найдите соответствующий график для мальчиков или девочек.
- Чтобы построить график зависимости окружности головы ребенка от возраста:
  - Найдите возраст ребенка в полных месяцах или годах по оси X и отметьте точку на вертикальной линии.
  - По оси Y отложены значения окружности головы ребенка в сантиметрах. Найдите окружность головы ребенка в сантиметрах по оси Y и отметьте точку на горизонтальной линии.
  - Поставьте точку на пересечении вертикальной и горизонтальной линий, указывающих возраст и окружность головы ребенка.
- Если на графике отмечены две и более точки, соедините соседние точки прямой линией, чтобы лучше отслеживать тенденцию.

Показатели «окружность головы/возраст» у девочек

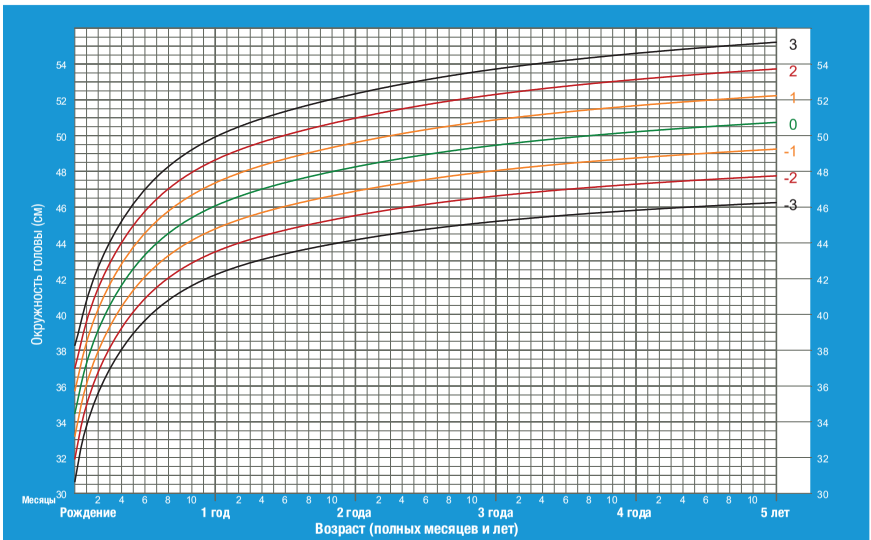
От рождения до 5 лет (по шкале z-scores)



Показатели «окружность головы/возраст» у девочек

Показатели «окружность головы/возраст» у мальчиков

От рождения до 5 лет (по шкале z-scores)



Показатели «окружность головы/возраст» у мальчиков

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Дозировки лекарственных препаратов

Энтеральные и парентеральные лекарственные препараты

В таблице 137 перечислены дозировки, лекарственные формы и дозы в зависимости от массы тела для энтеральных, парентеральных (**розовые ячейки**) и распыляемых (**голубые ячейки**) лекарственных средств, применяемых для детей и подростков в учреждениях ПМСП. Частоту применения каждой дозы, рассчитанной согласно массе тела, следует проверять в колонке дозировки.

Таблица 137 также содержит справочную информацию о препаратах, которые обычно назначает специалист (он же контролирует их прием), необходимую для корректного наблюдения в учреждениях ПМСП за детьми и подростками, принимающими эти препараты. Иногда дозировка варьируется в зависимости от показаний – такие случаи приведены отдельно под наименованием лекарственного средства.

ВНИМАНИЕ! Дозы с учетом массы тела рассчитывают для определенной лекарственной формы, представленной в таблице. Некоторые препараты доступны в нескольких лекарственных формах, и их применение может различаться в зависимости от страны. **Всегда** проверяйте, какую лекарственную форму вы назначаете, сравнивайте с данными в таблице, чтобы убедиться, что назначаемая доза с учетом массы тела верна. Указанная максимальная доза соответствует максимальной дозе для подростка или взрослого.

Таблица 137. Энтеральные и парентеральные лекарственные средства и дозировки

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Доза с учетом массы тела							
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	Взрослые
Ацетилсалициловая кислота (аспирин)										
Болезнь Кавасаки	3–5 мг/кг один раз в день (максимальная суточная доза 300 мг)	Таблетка 100 мг	–	¼	½	¾	1	1 ½	2	2–3
Ювенильный идиопатический артрит	20–25 мг/кг 3-4 раза в день (максимальная суточная доза 4 г)	Таблетка 500 мг	–	–	–	1	1–1½	2	2	2
Примечание: *в связи с риском развития синдрома Рейе по возможности не назначать маленьким детям.*										
Ацикловир	20 мг/кг 4 раза в день (максимальная доза 800 мг или 3,2 г в день)	Сироп 20 мг/мл Таблетка 200 мг	5 мл ½	7 мл ¾	10 мл 1	– 1	– 2	– 3	– 4	– 4
** Дозировки для генитального герпеса см. на с. 817.*										
Адреналин (см. эпинефрин)										
Альбендазол	400 мг один раз в день	Таблетка 400 мг	Применение препаратов по незарегистрированным показаниям			1	1	1	1	1
Амитриптилин Для лечения депрессии при оказании паллиативной помощи	9–12 лет: 0,3 мг/кг (возможно увеличение дозы до 0,5 мг/кг) 3 раза в день	Таблетка 10 мг Таблетка 25 мг	–	–	–	½	¾	1	1	1
	Подростки: 10 мг 3 раза в день и 20 мг перед сном (максимальная суточная доза 200 мг)									

Амоксициллин	25 мг/кг 2 раза в день (максимальная суточная доза 1 г)	Сироп 250 мг/5 мл Таблетка 250 мг Таблетка 500 мг	2 мл ½ –	4 мл 1 ½	6 мл 1½ ¾	8 мл 2 1	– 2 1	– 2 1	– 2 1	– 2 1
Пневмония, острый средний отит, синусит	30 мг/кг 3 раза в день (максимальная доза 1 г или максимальная суточная доза 3 г)	Сироп 250 мг/5 мл Таблетка 250 мг Таблетка 500 мг	2,5 мл ½ –	5 мл 1 ½	7,5 мл 1½ ¾	10 мл 2 1	– 3 1½	– 4 2	– 4 2	– 4 2
Амоксициллин/ клавуланат	25 мг/кг амоксициллина 2 раза в день (максимальная суточная доза 3 г)	Сироп 125/31,2 мг/5 мл 250/62,5 мг/5 мл Таблетка 500/125 мг	5 мл 2,5 мл –	8 мл 4 мл –	12 мл 6 мл ½	– 8 мл 1	– 12 мл 1	– 17 мл 1½	– – 2	– – 2
Пневмония, острый средний отит, осложненный наружный отит	30 мг/кг амоксициллина 3 раза в день (максимальная суточная доза 3 г)	Сироп 100/12,5 мг/мл Таблетка 875/125 мг	1,2 мл –	2 мл –	3,5 мл –	5 мл –	7 мл –	10 мл 1	10 мл 1	10 мл 1
	50 мг/кг амоксициллина 3 раза в день (максимальная суточная доза 3 г)	В/в: флакон 1000 мг/200 мг смешайте с 20 мл стерильной воды	4 мл	8 мл	12 мл	17 мл	25 мл	35 мл	45 мл	60 мл
Ампициллин	50 мг/кг каждые 6 часов (максимальная суточная доза 12 г)	В/в / в/м: флаконы 500 мг для разведения в 2,1 мл стерильной воды (500 мг/2,5 мл)	1 мл*	2 мл	3 мл	5 мл	5 мл	8 мл	10 мл	10 мл

** Дозировки и кратность введения для новорожденных и недоношенных младенцев с массой тела до 4,5 кг см. на с. 976.*

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Доза с учетом массы тела							
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	Взрослые
Антирабический иммуноглобулин	20 МЕ/кг: должен быть инфильтрован вокруг раны; введите в/м оставшееся во флаконе количество (каким бы оно ни было)	Флакон: 150 МЕ/мл	0,7 мл	1 мл	1,5 мл	2,5 мл	3,5 мл	4,5 мл	6 мл	8 мл
Противостолбнячный иммуноглобулин	250 МЕ однократно	В/м: флакон: 500 МЕ/мл	0,5 мл							
Противоядный иммуноглобулин	Конкретный тип определяется на месте. Ознакомьтесь с инструкцией к конкретному препарату для определения дозы и способа введения.									
Азитромицин	10 мг/кг 1 раз в день	Сироп 200 мг/5 мл	1 мл	2 мл	3 мл	4 мл	5 мл	–	–	–
	(максимальная	Капсула 250 мг	–	–	–	–	1	1	2	2
	суточная доза 500 мг)	Капсула 500 мг	–	–	–	–	–	–	1	1
Орхоэпидидимит (Хламидиоз)	1 г однократно	Капсула 500 мг	–	–	–	–	–	2	2	2
(Гонорея)	2 г однократно	Капсула 500 мг	–	–	–	–	–	4	4	4
Бетаметазон (см. таблицу для ИКС на с. 978. Свойства и эквивалентные дозы системных кортикостероидов см. на с. 995)										
Будесонид (см. таблицу для ИКС на с. 978)										
Бупивакаин	Местная инфильтрация (максимальная доза 175 мг или 2,5 мг/кг). Доступны растворы 0,25% (2,5 мг/мл) и 0,5% (5 мг/мл)									
Карбамазепин	Дозы в соответствии с планом лечения противосудорожными препаратами, назначенным специалистом. Информацию о побочных эффектах и наблюдении см. на с. 561.									

Цефадроксил	15 мг/кг 2 раза в день (максимальная суточная доза 2 г)	Сироп 250 мг/5 мл Капсула 500 мг	1,2 мл –	2,5 мл –	3,7 мл –	5 мл –	7,5 мл –	– 1	– 1–2	– 2
Цефалексин	20мг/кг 2 раза в день (максимальная суточная доза 1 г)	Сироп 125/5 мл	3 мл	5 мл	10 мл	–	–	–	–	–
Тонзиллит		Сироп 250 мг/5 мл	2 мл	2,5 мл	5 мл	7,5 мл	10 мл	–	–	–
		Таблетка 250 мг	–	½	1	1½	2	2	2	2
Легкая/средняя степень тяжести	12,5 мг/кг 4 раза в день (максимальная суточная доза 2 г)	Сироп 125 мг/5 мл	2 мл	4 мл	5 мл	10 мл	–	–	–	–
		Сироп 250 мг/5 мл	1 мл	2 мл	3 мл	5 мл	–	–	–	–
		Таблетка 250 мг	–	½	½	1	1	1½	2	2
Тяжелая степень тяжести (кости, суставы)	25 мг/кг 4 раза в день (максимальная суточная доза 4 г)	Сироп 125/5 мл	4 мл	7,5 мл	10 мл	–	–	–	–	–
		Сироп 250 мг/5 мл	2 мл	4 мл	6 мл	10 мл	–	–	–	–
		Таблетка 250 мг	½	1	1½	2	2–3	3	4	4
Цефиксим	8 мг/кг 2 раза в день в первый день приема, далее – один раз в день (максимальная суточная доза 400 мг)	Сироп 100 мг/5 мл	1,5 мл	3 мл	5 мл	7 мл	10 мл	–	–	–
		Капсула 200 мг	–	–	–	–	1	1	2	2
		Капсула 400 мг	–	–	–	–	–	–	1	1
Гонорея	400 мг однократно	Капсула 400 мг	–	–	–	–	–	1	1	1
Цефотаксим	50 мг/кг каждые 6 часов (максимальная суточная доза 12 г)	В/в / в/м Флакон 250 мг для растворения в 1 мл	1 мл*	1,5 мл	2–3 мл	3–4 мл	4–6 мл	6–8 мл	8–10 мл	12 мл
** Дозировки и кратность введения для новорожденных и недоношенных младенцев с массой тела до 4,5 кг см. на с. 976.*										
Цефтриаксон	50 мг/кг один или два раза в день (максимальная доза 4 г)	В/в: флаконы 1 г для разведения в 9,6 мл стерильной воды (1 г = 10 мл)	2 мл	4 мл	6 мл	9 мл	12 мл	17 мл	22 мл	30 мл
		В/м: ознакомьтесь с инструкцией к препарату перед разведением	200 мг	400 мг	600 мг	900 мг	1.2 г	1.7 г	2.2 г	3 г
Орхоэпидидимит	1 г однократно		–	–	–	–	–	1 г	1 г	1 г

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Доза с учетом массы тела							
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	Взрослые
Уголь (активированный)	1 г/кг однократно	Порошок; размешайте 1 часть активированного угля в 8–10 частях воды	5 г	10 г	1–12 лет: 25–50 г				Подростки 25–100 г	
Примечание: *Дайте весь объем сразу; если ребенок не может проглотить его целиком, можно дать частями.*										
Циклезонид (см. таблицу для ИКС на с. 978)										
Ципрофлоксацин	15 мг/кг 2 раза в день (максимальная доза 500 мг)	Сироп 250 мг/5 мл Таблетка 100 мг Таблетка 250 мг	1,2 мл ½ ¼	2,5 мл 1 ½	3,5 мл 1½ ½	5 мл 2 1	7,5 мл 3 1½	– – 2	– – 2	– – 2
Кларитромицин	7,5 мг/кг 2 раза в день (максимальная суточная доза 1 г)	Сироп 125 мг/5 мл Сироп 250 мг/5 мл Таблетка 250 мг	1,2 мл 0,5 мл –	2,5 мл 1,2 мл –	3,5 мл 2 мл –	5 мл 2,5 мл ½	7,5 мл 4 мл ½ – 1	– – 1	– – 1–2	– – 2
Клоназепам	Дозы в соответствии с планом лечения противосудорожными препаратами, назначенным специалистом. Информацию о побочных эффектах и наблюдении см. на с. 561.									
Клоксациллин, флуклоксациллин	15 мг/кг 4 раза в день (максимальная суточная доза 4 г)	Сироп 125 мг/5 мл Капсула 250 мг Капсула 500 мг	2,5 мл ¼ –	5 мл ½ –	7,5 мл 1 –	10 мл 1 ½	– 1½ ½–1	– 2 1	– 2–3 1–1½	– 4 2
	25 (–50) мг/кг каждые 6 часов (максимальная суточная доза 4 г)	В/в: флаконы 500 мг для разведения в 8 мл стерильной воды (500 мг/10 мл)	2 мл*	4 мл	6 мл	8 мл	12 мл	17,5 мл	20 мл	20 мл
** Дозировки для новорожденных и недоношенных младенцев с массой тела 4,5 кг см. на с. 976.*										

Ко-тримоксазол (триметоприм и сульфаметоксазол)	4 мг/кг триметоприма и 20 мг/кг сульфаметоксазола 2 раза в день	Сироп 400/200 мг/5 мл	2 мл*	3,5 мл	6 мл	8,5 мл	–	–	–	–
		Таблетка 20/100 мг	1	2	3	3–4	4–5	–	–	–
		Таблетка 80/400 мг	¼	½	1	1	1	2	2	2
Для профилактики пневмоцистной пневмонии	6–8 мг/кг триметоприма 1 раз в день (максимальная доза триметоприма 160 мг)	Сироп 400/200 мг/5 мл	4 мл	7 мл	–	–	–	–	–	–
		Таблетка 20/100 мг	1½	2–3	–	–	–	–	–	–
		Таблетка 80/400 мг	–	1	1	1½	2	2	2	2

Примечание: ** Противопоказано детям младше 1 месяца.*

Деферазирокс Ознакомьтесь с инструкцией к конкретному препарату для определения дозы и следуйте плану лечения, назначенному специалистом (с. 723).

Дексаметазон	0,15 мг/кг	Сироп 2 мг/5 мл	1,5 мл	3 мл	5 мл	7 мл	10 мл	–	–	–
Легкий круп	однократная доза	Таблетка 0,5 мг	1	2	4	–	–	–	–	–
	(максимальная доза 16 мг)	Таблетка 2 мг	–	½	1	1½	2	2½	3	4
Тяжелый круп	0,6 мг/кг	Сироп 2 мг/5 мл	5 мл	10 мл	–	–	–	–	–	–
	однократная доза	Таблетка 2 мг	1	2	4	5	–	–	–	–
	(максимальная доза 16 мг)	Таблетка 4 мг	½	1	2	2½	4	4	4	4
		В/м: флакон 4 мг/мл	0,6 мл	1,2 мл	1,8 мл	2,5 мл	4 мл	4 мл	4 мл	4 мл

Свойства и эквивалентные дозы системных кортикостероидов см. в таблице на с. 995.

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Доза с учетом массы тела							
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	Взрослые
Диазепам	0,2 мг/кг 1 или 2 раза в день (максимальная доза 5 мг для детей младше 5 лет; 10 мг – для детей старше 5 лет)	Таблетка 5 мг	–	–	½	¾	1	1–1½	2	2
Тревожность		Таблетка 10 мг	–	–	¼	¼–½	½	½–¾	1	1
Судороги	Ректально: 0,5 мг/кг (максимальная доза 20 мг)	Клизмы 2,5, 5, 10 мг	2,5 мг	5 мг	5 мг	10 мг	10 мг	15 мг	20 мг	20 мг
		Раствор 10 мг/2 мл	0,5 мл	1 мл	1,25 мл	1,5 мл	2,5 мл	3,5 мл	4 мл	4 мл
	В/в: 0,2–0,25 мг/кг (максимальная доза 10 мг)	Раствор 100 мг/2 мл	0,2 мл	0,4 мл	0,6 мл	0,75 мл	1,25 мл	1,75 мл	2 мл	2 мл
Дифенгидрамин	1,25 мг/кг 4 раза в день (максимальная суточная доза 300 мг)	Сироп 12,5 мг/5 мл	–	–	5 мл	7,5 мл	–	–	–	–
		Таблетка 25 мг	–	–	½	1	1–1½	1½–2	2	2
Доксициклин	2,2 мг/кг два раза в день (максимальная доза 100 мг)	Сироп 25 мг/5 мл	2 мл	3,5 мл	5 мл	7,5 мл	–	–	–	–
		Таблетка 50 мг	–	–	½	½–1	1	1½	2	2
		Таблетка 100 мг	–	–	¼	¼–½	½	¾	1	1

Эпинефрин (адреналин)										
Тяжелый круп	0,5 мл/кг раствора 1:1000 (максимальная доза 5 мл)	Распыление: раствор 1:1000	–	3 мл	5 мл	5 мл	5 мл	5 мл	5 мл	5 мл
Анафилаксия	≤ 6 лет: 0,15 мл > 6 лет: 0,3 мл	В/м: раствор 1:1000	0,15 мл	0,15 мл	0,15 мл	0,15 мл	0,3 мл	0,3 мл	0,3 мл	0,3 мл
Реанимация	0,01 мг/кг (= 0,1 мг/кг каждые 3–5 минут (не более 1 мг = 10 мл)	В/в / внутрикостное введение: раствор 1:10000	0,5 мл	0,7–1 мл	1–1,5 мл	1,5–2 мл	2–3 мл	3–4 мл	4–5 мл	5–10 мл
Примечание: *приготовьте раствор 1:10 000 путем разбавления 1 мл раствора 1:1000 в 9 мл физиологического раствора или 5% раствора глюкозы.*										
Эритромицин	12,5 мг/кг 4 раза в день (максимальная суточная доза 4 г)	Таблетка 250 мг	¼	½	1	1	1½	2	2	3
Эстроген-прогестерон (см. информацию об экстренной контрацепции в таблице на с. 810)										
Этамбутол (см. информацию о лечении ТБ в таблице на с. 992)										
Этосуксимид	Дозы в соответствии с планом лечения противосудорожными препаратами, назначенным специалистом. Информацию о побочных эффектах и наблюдении см. на с. 561.									
Фамцикловир	250 мг 2 или 3 раза в день	Таблетка 250 мг	–	–	–	–	–	–	1	1
Флуклоксациллин (см. клоксациллин)										

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Доза с учетом массы тела							
			3–<6 кг	6–<10 кг	10–<15 кг	15–<20 кг	20–<30 кг	30–<40 кг	40–<50 кг	Взрослые
Флуконазол	3 мг/кг 1 раз в день (6 мг/кг в первый день приема) (максимальная суточная доза 600 мг)	Сироп 50 мг/5 мл Капсула 50 мг	– –	2,5 мл –	3,5 мл –	5 мл 1	7,5 мл 1½	– 2	– 2–2½	– 3–4
Флуоксетин	Начать с 5 или 10 мг 1 раз в день. При необходимости через несколько недель повысить дозировку до 20 мг 1 раз в день.	Таблетка 20 мг	–	–	–	См. дозировки ниже				
Флутиказон (информацию об ИКС см. в таблице на с. 978)										
Формотерол + ИКС (информацию об ИКС + LABA см. в таблице на с. 979)										
Габапентин	Дозы в соответствии с планом лечения противосудорожными препаратами, назначенным специалистом. Информацию о побочных эффектах и наблюдении см. на с. 561.									
Глюкоза Гипогликемия	Быстро введите в/в 3 мл/кг 10% раствора глюкозы, см. с. 860.									
Гризеофульвин	10–20 мг/кг 1 раз в день или разделить дозу на два приема (максимальная суточная доза 1 г)	Сироп 125 мг/5 мл Таблетка 125 мг Таблетка 500 мг	– – –	5 мл 1 ¼	7,5 мл 1½ ¼–½	10 мл 2 ½	– 3 ¾	– 4 1	– 5 1–2	– 6–8 1–2
Галоперидол	0,5–2 мг перорально, в/в или в/к каждые 6 часов. При необходимости доза может быть увеличена до 10–15 мг в день.									

Гидроксимочевина	Начать с 15 мг/кг Повышение дозы по результатам наблюдения; следуйте рекомендациям специалиста (максимальная суточная доза 35 мг/кг)	Таблетка 500 мг	–	–	См. дозировки ниже					
Ибупрофен	5–10 мг/кг каждые 6–8 часов (максимальная суточная доза 40 мг/кг или 2400 мг)	Сироп 200 мг/5 мл	–	1,5 мл	2,5 мл	3 мл	5 мл	7 мл	–	–
		Таблетка 200 мг	–	¼	½	½	¾	1	2	2
		Таблетка 400 мг	–	–	¼	¼	½	½	1	1
Примечание: *не рекомендовано для детей младше 3 месяцев.*										
Инсулин (с. 713)										
Ипратропия бромид Тяжелое обострение астмы	160 мкг	Дозированный аэрозольный ингалятор: 20 мкг/доза	8 нажатий							
	< 30 кг: 250 мкг ≥ 30 кг: 500 мкг (максимальная суточная доза 200 мг)	Раствор для небулайзера: 250 мкг/мл	1 мл	1 мл	1 мл	1 мл	1 мл	2 мл	2 мл	2 мл
Железо Лечение железодефицита	2–3 мг/кг 2 раза в день (максимальная суточная доза 200 мг)	Сироп (железа фумарат 100 мг/5 мл)	0,5 мл	1 мл	1,5 мл	2,5 мл	3 мл	–	–	–
		Таблетка железа с фолиевой кислотой (сульфат железа 200 мг + 250 мг фолата)	–	–	½	¾	1	1	1	1
Изониазид (см. информацию о лечении ТБ в таблице на с. 992)										

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Доза с учетом массы тела							
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	Взрослые
Ивермектин Чесотка	0,2 мг/кг однократно, повторный прием через 10 дней	Таблетка 3 мг	–	–	–	1	2	2½	3	4–5
Кетамин Седация, сильная боль (травма, ожоги)	Рассчитайте **точную** дозу исходя из массы тела ребенка; при невозможности используйте указанные ниже дозировки.									
	Интраназально: 4 мг/кг, по половине дозы в каждую ноздрю (не более 50 мг = 1 мл на каждую ноздрю)	Используйте форму для в/в введения	–	30 мг	50 мг	70 мг	100 мг	100 мг	100 мг	100 мг
	Ударная доза: 1 мг/кг	В/в: флаконы 50 мг/мл	–	8 мг	12 мг	15 мг	25 мг	35 мг	45 мг	60 мг
	Поддерживающая доза (при необходимости): 0,5 мг/кг (максимальная доза 100 мг)		–	4 мг	6 мг	8 мг	12 мг	17 мг	25 мг	30 мг
Примечание: *не рекомендовано для детей младше 3 месяцев.*										
Лактулоза	1–2 г/кг в день в 1–3 разделенных дозах (максимальная доза 30 г, максимальная суточная доза 40 г)	Пероральный раствор 10 г/15 мл	5 мл/день		5–10 мл/день		10–20 мл/день	15–30 мл/день		
Ламотриджин	Дозы в соответствии с планом лечения противосудорожными препаратами, назначенным специалистом. Информацию о побочных эффектах и наблюдении см. на с. 561.									

Леветирацетам Эпилептический статус	Рассчитайте **точную** дозу исходя из массы тела ребенка или используйте указанные ниже дозировки (из расчета 50 мг/кг/доза).									
	40–60 мг/кг (максимальная доза 4,5 г)	В/в: флаконы 500 мг/5 мл	–	400 мг	600 мг	850 мг	1,25 г	1,5–2 г	2–2,5 г	3 г
Противосудорожная поддерживающая терапия: дозы в соответствии с планом лечения противосудорожными препаратами, назначенным специалистом. Информацию о побочных эффектах и наблюдении см. на с. 561.										
Левофлоксацин Орхоэпидидимит	500 мг 1 раз в день	Таблетка 250 мг Таблетка 500 мг	– –	– –	– –	– –	– –	– –	2 1	2 1
Левоноргестрел (информацию об экстренной контрацепции см. в таблице на с. 810)										
Лидокаин	Местная инфильтрация; максимальная доза 3 мг/кг или 200 мг, не давать повторную дозу ранее чем через 2 часа. Доступны растворы 1% (10 мг/мл) и 2% (20 мг/мл).									
Лоратадин	≤ 30 кг: 5 мг 1 раз в день > 30 кг: 10 мг 1 раз в день	Сироп 1 мг/мл Таблетка 10 мг	– –	– –	5 мл –	5 мл –	5 мл –	10 мл 1	10 мл 1	10 мл 1
Примечание: *не рекомендовано для детей младше 2 лет.*										
Лоразепам Судороги	0,1 мг/кг (максимальная доза 4 мг)	В/в: флаконы 2 мг/мл	–	0,8 мг (0,4 мл)	1,2 мг (0,6 мл)	1,8 мг (0,9 мл)	2,5 мг (1,2 мл)	3,5 мг (1,7 мл)	4 мг (2 мл)	4 мг (2 мл)
Мебендазол	Схема приема в течение трех дней: Таблетка 100 мг 2 раза в день Схема приема в течение одного дня: Таблетка 500 мг		– –	– –	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1
Примечание: *не рекомендовано для детей младше 5 месяцев в связи с недостатком информации.*										

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Доза с учетом массы тела							
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	Взрослые
Мелатонин Лечение проблем со сном при оказании паллиативной помощи	Начать с 1–2 мг (≤ 5 лет) или 2–5 мг таблетка 2 мг (> 5 лет) перед сном	Таблетка пролонгированного действия: 2 мг	½–1	½–1	½–1	½–1	1–2	1–2	1–2	1–2
Метилпреднизолон	2 мг/кг один раз в день (максимальная суточная доза 60 мг)	В/м: 40 мг/мл В/м: 80 мг/мл	0,2 мл 0,1 мл	0,4 мл 0,2 мл	0,6 мл 0,3 мл	0,8 мл 0,4 мл	1,2 мл 0,6 мл	1,5 мл 0,75 мл	1,5 мл 0,75 мл	1,5 мл 0,75 мл
Свойства и эквивалентные дозы системных кортикостероидов см. в таблице на с. 995.										
Метронидазол	7,5 мг/кг 3 раза в день (максимальная доза 250 мг)	Таблетка 250 мг Таблетка 500 мг	– –	¼ –	½ ¼	½ ¼	¾ ½	1 ½	1 ½	1 ½
Лямблиоз и амебиаз	10 мг/кг 3 раза в день (максимальная доза 500 мг)	Таблетка 250 мг Таблетка 500 мг	– –	¼ –	½ ¼	½ ¼	1 ½	1 ½ ¾	2 1	2 1

Мидазолам Судороги	0,2 мг/кг (максимальная доза 10 мг)	Интраназально/ трансбуккально 5 мг/мл	–	1,5 мг (0,3 мл)	2,5 мг (0,5 мл)	3,5 мг (0,7 мл)	5 мг (1 мл)	7 мг (1,5 мл)	9 мг (1,8 мл)	10 мг (2 мл)
	0,2 мг/кг (максимальная доза 10 мг)	В/м: 1 мг/мл	–	1,5 мг (1,5 мл)	2,5 мг (2,5 мл)	3,5 мг (3,5 мл)	5 мг (5 мл)	7 мг (7 мл)	9 мг (9 мл)	10 мг (10 мл)
	0,15 мг/кг (максимальная доза 7,5 мг)	В/в: 1 мг/мл	–	1,2 мг (1,2 мл)	1,8 мг (1,8 мл)	2,5 мг (2,5 мл)	4 мг (4 мл)	5 мг (5 мл)	7 мг (7 мл)	7,5 мг (7,5 мл)
Седация, сильная боль (травма, ожоги)	0,2 мг/кг (максимальная доза 10 мг)	Интраназально/ трансбуккально 5 мг/мл	–	1,5 мг (0,3 мл)	2,5 мг (0,5 мл)	3,5 мг (0,7 мл)	5 мг (1 мл)	7 мг (1,5 мл)	9 мг (1,8 мл)	10 мг (2 мл)
	0,1 мг/кг (максимальная доза 7,5 мг)	В/в: 1 мг/мл	–	0,8 мг (0,8 мл)	1,2 мг (1,2 мл)	1,7 мг (1,7 мл)	2,5 мг (2,5 мл)	3,5 мг (3,5 мл)	4,5 мг (4,5 мл)	6 мг (6 мл)
Мифепристон (см. таблицу для медикаментозного прерывания беременности на с. 825)										
Мизопростол (см. таблицу для медикаментозного прерывания беременности на с. 825)										
Мометазон (см. таблицу для ИКС на с. 978)										
Морфин	Рассчитайте **точную** дозу в зависимости от массы тела ребенка. Перорально: первая доза 0,4 мг/кг (максимальная доза 20 мг), затем 0,2 мг/кг каждые 4–6 часов, при необходимости для купирования сильной боли увеличьте дозу.									
	В/м: первая доза 0,2 мг/кг, затем 0,1 мг/кг каждые 4–6 часов (не более 15 мг/сутки). В/в: первая доза 0,1 мг/кг, затем 0,05 мг/кг каждые 4–6 часов (не более 15 мг/сутки).									

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Доза с учетом массы тела							
			3–<6 кг	6–<10 кг	10–<15 кг	15–<20 кг	20–<30 кг	30–<40 кг	40–<50 кг	Взрослые
Налоксон	10 мкг/кг, при необходимости повторяйте введение каждые 5 минут (максимальная доза 400 мкг)	Флаконы для в/м / в/в введения: 10 мг/1 мл	0,1 мл	0,2 мл	0,3 мл	0,4 мл	0,6 мл	0,9 мл	1 мл	1 мл
Нитрофурантоин	1,5 мг/кг 4 раза в день (максимальная суточная доза 400 мг)	Сироп 25 мг/5 мл Таблетка 100 мг	1,2 мл –	2,5 мл –	3,5 мл –	5 мл ¼	7,5 мл ½	10 мл ½	– ¾	– ¾–1
Офлоксацин Орхоэпидидимит	300 мг 2 раза в день	Таблетка 300 мг	–	–	–	–	–	–	1	1
Омепразол	1 мг/кг до 40 мг один раз в день	Таблетка 10 мг Капсула 20 мг	½ –	½ –	1 –	1 –	2 1	2 1	– 1–2	– 1–2
Ондансетрон Персистирующая рвота	0,15 мг/кг однократно (максимальная доза 8 мг)	Сироп 4 мг/5 мл Таблетка 4 мг	– –	– –	2.5 мл ½	5 мл 1	5 мл 1	– 2	– 2	– 2
		В/в: 2 мг/мл	–	–	1 мл	1,5 мл	2 мл	2,5 мл	3 мл	4 мл

Примечание: *не рекомендовано для детей младше 6 месяцев.*

Окскарбазепин	Дозы в соответствии с планом лечения противосудорожными препаратами, назначенным специалистом. Информацию о побочных эффектах и наблюдении см. на с. 561.

Парацетамол (ацетаминофен)	10–15 мг/кг каждые 4–6 часов (максимальная суточная доза 60 мг/кг или 4 г)	Сироп 120 мг/5 мл	1,5 мл	3,5 мл	5 мл	7,5 мл	10 мл	–	–	–
		Таблетка 100 мг	–	1	1	2	3	4	–	–
		Таблетка 500 мг	–	–	¼	½	½	1	1	1
		Свечи 100 мг	–	1	1	1	–	–	–	–
Вазелиновое масло	Однократно (перед сном) или 2 раза в день	Перорально	–	–	–	5 мл	5 мл	7,5 мл	7,5 мл	7.5 мл
		Эмульсия 475 мг/мл	–	–	–	10 мл	10 мл	15 мл	15 мл	15 мл
Примечание: *НЕ НАЗНАЧАЙТЕ вазелиновое масло детям младше 6 лет с риском аспирации.*										
ПЕНИЦИЛЛИН										
Бензатин бензилпенициллин (бензатин пенициллин G)	< 30 кг: 600 000 ЕД; > 30 кг: 1 200 000 ЕД однократно	В/м: флакон 1 200 000 ЕД для разведения в 4 мл стерильной воды	2 мл	2 мл	2 мл	2 мл	2 мл	4 мл	4 мл	4 мл
Примечание: *только для в/м введения, НЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ для в/в введения.*										
Феноксиметилпенициллин (пенициллин V)	25 мг/кг 2 раза в день (максимальная суточная доза 3 г)	Сироп 250 мг/5 мл	2,5 мл	2,5 мл	5 мл	5 мл	10 мл	–	–	–
		Таблетка 250 мг	–	–	1	1	2	2	4	4
Фенобарбитал	Противосудорожная поддерживающая терапия: дозы в соответствии с планом лечения противосудорожными препаратами, назначенным специалистом. Информацию о побочных эффектах и наблюдении см. на с. 561.									
Судороги	15–20 мг/кг (максимальная доза 1 г)	В/в: 200 мг/мл	0,4 мл*	0,6 мл	1,0 мл	1,5 мл	2 мл	3,0 мл	4 мл	5 мл
** Дозировки и кратность введения для новорожденных с массой тела до 4,5 кг см. на с. 976.*										

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Доза с учетом массы тела							
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	Взрослые
Фенитоин	Противосудорожная поддерживающая терапия: дозы в соответствии с планом лечения противосудорожными препаратами, назначенным специалистом. Информацию о побочных эффектах и наблюдении см. на с. 561.									
Эпилептический статус	20 мг/кг (максимальная доза 1,5 г)	В/в: 250 мг/5 мл	–	3 мл	5 мл	7 мл	10 мл	14 мл	18 мл	25 мл
Полиэтиленгликоль Запор	0,2–0,8 г/кг один раз в день (максимальная суточная доза 17 г)	Сироп 500 мг/мл	–	5–8 мл	10 мл	–	–	–	–	–
		Препарат для перорального применения: 4 г	–	½	1	2	2	3	3–4	3–4
Освобождение толстой кишки от каловых масс		Препарат для перорального применения: 10 г	–	–	–	½	1	1–1½	1–2	1–2
	0,5–0,75 г/кг 2 раза в день (максимальная суточная доза 17 г)	Сироп 500 мг/мл	–	20 мл	–	–	–	–	–	–
		Препарат для перорального применения: 4 г	–	2	3	4	–	–	–	–
		Препарат для перорального применения: 10 г	–	1	1½	2	–	–	–	–
Примечание: *не рекомендовано для детей младше 6 месяцев.*										
Преднизолон	1 мг/кг 2 раза в день	Сироп 5 мг/мл	0,8 мл	1,6 мл	2,5 мл	3,5 мл	5 мл	–	–	–
		Таблетка 5 мг	1	1–2	2	3	5	–	–	–
		Таблетка 25 мг	–	–	½	½	1	1–1½	1½–2	2

Свойства и эквивалентные дозы системных кортикостероидов см. в таблице на с. 995.

Прогестерон (см. таблицу с информацией о контрацепции на с. 807)										
Прометазин При укачивании в движении или в поездке	0,5 мг/кг перед сном или за 1–2 часа перед поездкой	Таблетка 10 мг Таблетка 25 мг	– –	– –	½ –	1 –	1 ½	1½ ¾	– 1	– 1
Пропранолол Профилактика мигрени	0,3 мг/кг 3 раза в день Увеличение дозы до 0,5 мг/кг 3 раза в день, если необходимо (максимальная суточная доза 4 мг/кг)	Таблетка 20 мг	–	–	–	¼	½	½	¾	1
Пиразинамид (см. таблицу с информацией о лечении ТБ на с. 992)										
Рифампицин (см. таблицу с информацией о лечении ТБ на с. 992)										
Сальбутамол	2–10 нажатий в соответствии с возрастом и тяжестью заболевания (с. 696)	Дозированный ингалятор 100 мкг/доза	См. дозировки ниже							
	< 20 кг: 2,5 мг ≥ 20 кг: 5 мг	Раствор для небулайзера: 5 мг/мл	0,5 мг	0,5 мг	0,5 мг	0,5 мг	1 мг	1 мг	1 мг	1 мг
Сальметерол + ИКС (см. таблицу для ИКС + LABA на с. 979)										
Сенна	Один раз в день	Сироп 7,5 мг/5 мл	–	–	3 мг	3 мг	5 мг	10 мг	10 мг	10 мг
Сорбитол	2 мл/кг 1 раз в день (максимальная доза 60 мл)	Раствор для перорального применения 70%	–	–	25 мг	35 мг	50 мг	60 мг	60 мг	60 мг
Стрептомицин (см. таблицу с информацией о лечении ТБ на с. 992)										

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Доза с учетом массы тела							
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	Взрослые
Тетрациклин										
Тяжелая форма угревой сыпи	500 мг 2 раза в день	Таблетка 500 мг	–	–	–	–	–	1	1	1
ИППП (хламидии)	500 мг 4 раза в день		–	–	–	–	–	1	1	1
Тинидазол	50 мг/кг 1 раз в день (максимальная суточная доза 2 г)	Таблетка 500 мг	½	1	1	1½	2–3	3–4	4	4
Топирамат	Дозы в соответствии с планом лечения противосудорожными препаратами, назначенным специалистом. Информацию о побочных эффектах и наблюдении см. на с. 561.									
Улипристала ацетат (см. таблицу с информацией об экстренной контрацепции на с. 810)										
Валацикловир Генитальный герпес	500 мг 2 раза в день	Таблетка 500 мг	–	–	–	–	–	1	1	1
Вальпроевая кислота	Противосудорожная поддерживающая терапия: дозы в соответствии с планом лечения противосудорожными препаратами, назначенным специалистом. Информацию о побочных эффектах и наблюдении см. на с. 561.									
Эпилептический статус	40 мг/кг (максимальная доза 3 г)	В/в: 100 мг/мл	1,5 мл	3 мл	5 мл	7 мл	10 мл	14 мл	18 мл	25 мл
Вигабатрин	Дозы в соответствии с планом лечения противосудорожными препаратами, назначенным специалистом. Информацию о побочных эффектах и наблюдении см. на с. 561.									
Витамин А Корь	1 раз в день в течение 2 дней	Капсула: 50 000 МЕ	1	2	4	4	4	4	4	4
		Капсула 100 000 МЕ	½	1	2	2	2	2	2	2
		Капсула 200 000 МЕ	–	½	1	1	1	1	1	1

Витамин D (Колекальциферол) См. с. 113 (профилактика) или с. 498 (лечение рахита)										
Витамин К (Фитоменадион) См. с. 977.										
Сульфат цинка	20 мг 1 раз в день	Таблетка 20 мг	–	1	1	1	1	1	1	1

В/м – внутримышечно; в/в – внутривенно; в/к – внутрикожно; ИКС – ингаляционные кортикостероиды, ИППП – инфекции, передающиеся половым путем; МЕ – международные единицы; ТБ – туберкулез; LABA – бета-2-адреномиметики длительного действия.
Для в/м инъекций: если объем превышает максимально допустимый, разделите на несколько инъекций.
Для интраназальных лекарственных препаратов: вводите по половине дозы в каждую ноздрю.

Стандартные энтеральные и парентеральные лекарственные средства для новорожденных

Данные препараты применяются в особых дозировках. Другие лекарственные средства, не требующие особых дозировок, перечислены в таблице 137 (с. 956).

Таблица 138. Энтеральные и парентеральные лекарственные средства для новорожденных

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Доза с учетом массы тела				
			2–< 2,5 кг	2,5–< 3 кг	3–< 3,5 кг	3,5–< 4 кг	4–< 4,5 кг
Ампициллин	50 мг/кг **Первая неделя жизни:** каждые 12 ч **2–4 недели жизни:** каждые 8 ч	В/в / в/м: флакон 250 мг для разведения в 2,3 мл стерильной воды (250 мг/2,5 мл)	1–1,2 мл	1,2–1,5 мл	1,5–1,7 мл	1,7–2 мл	2–2,2 мл
Феноксиметилпенициллин (Пенициллин G)	50 000 ЕД/кг/доза **Первая неделя жизни:** каждые 12 ч **2–4 недели жизни:** каждые 8 ч	В/в / в/м: флакон 600 мг (1 000 000 ЕД) для разведения в 1,6 мл стерильной воды (500 000 ЕД/мл)	0,25 мл	0,3 мл	0,35 мл	0,4 мл	0,45 мл
Цефотаксим	50 мг/кг **Первая неделя жизни:** каждые 12 ч **2–4 недели жизни:** каждые 8 ч	В/в / в/м: 250 мг во флаконе для растворения в 1 мл	0,5 мл	0,6 мл	0,7 мл	0,8 мл	0,9 мл

Клоксациллин	25(–50) мг/кг **Первая неделя жизни:** каждые 12 ч **2–4 недели жизни:** каждые 8 ч	В/в / в/м: флакон 250 мг для разведения в 1,3 мл стерильной воды (250 мг/1,5 мл)	0,3 мл	0,4 мл	0,5 мл	0,5–0,6 мл	0,6 мл
Фенобарбитал	В/в: ударная доза: 20 мг/кг. Если судороги не прекращаются, вводите дополнительные дозы фенобарбитала по 10 мг/кг до достижения максимальной дозы 40 мг/кг.	Флаконы для в/м / в/в введения: 200 мг/мл для разведения в 4 мл стерильной воды	Рассчитайте **точную** дозу исходя из массы тела ребенка.				
	Поддерживающая доза: 5 мг/кг	Таблетка 30 мг	½	½	½	¾	¾
Витамин К (Фитоменадион)	Трехкратно по 2 мг перорально: при рождении, в возрасте 4–6 дней и 4–6 недель	Флакон 1 мг/0,5 мл или 1 мг/мл для перорального применения	–	–	–	–	–
	1 мг после рождения Недоношенный новорожденный: 0,4 мг/кг	В/м: флакон 1 мг/0,5 мл или 1 мг/мл	–	–	–	–	–

В/м – внутримышечно; в/в – внутривенно.

Ингаляционные препараты от астмы

Таблица 139. Низкие, средние и высокие дозы (мкг) ИКС

ИКС	Общая суточная доза (мкг) в зависимости от возраста						
	≤ 5 лет[a]	6–11 лет			≥ 12 лет		
		Низкая	Средняя	Высокая	Низкая	Средняя	Высокая
Бетаметазона дипропионат (ДИпД[b], ГФА)	100	100–200	> 200–400	> 400	200–500	> 500–1000	> 1000
Бетаметазона дипропионат (ДИпД, ультратонкие частицы, ГФА)	50	50–100	> 100–200	> 200	100–200	> 200–400	> 400
Будесонид (ДПИ)	–	100–200	> 200–400	> 400	200–400	> 400–800	> 800
Будесонид (небулайзер)	500	250–500	> 500–1000	> 1000	–	–	–
Циклесонид (ДИпД, ультратонкие частицы, ГФА)	–	80	> 80–160	> 160	80–160	> 160–320	> 320
Флутиказона фуроат (ДПИ)	–	50	50	–	100	100	200
Флутиказона пропионат (ДПИ)	–	50–100	> 100–200	> 200	100–250	> 250–500	> 500
Флутиказона пропионат (ДИпД[b], ГФА)	50	50–100	> 100–200	> 200	100–250	> 250–500	> 500
Мометазона фуроат (ДПИ)	–	–	–	–	Зависит от типа устройства ДПИ		
Мометазона фуроат (ДИпД[b], ГФА)	100	100	100	200	200–400		> 400

ДПИ – дозированный порошковый ингалятор; ДИпД – дозирующий ингалятор под давлением; ГФА – гидрофторалкан; ИКС – ингаляционные кортикостероиды.

[a] Дозы, указанные в этой таблице для детей ≤ 5 лет, являются самыми низкими утвержденными дозами, безопасность и эффективность которых были достаточно изучены в данной возрастной группе.

[b] Стандартная (неизмельченная) частица.

Таблица 140. Комбинации ИКС и LABA[a]

ИКС + LABA	Максимальная доза (мкг)
Беклометазон + формотерол	48 мкг формотерола в день
Будесонид + формотерол	72 мкг формотерола в день
Флутиказона пропионат + формотерол	Ознакомьтесь с инструкцией к конкретному препарату
Флутиказона пропионат + сальметерол	50 мкг сальметерола 2 раза в день

ИКС – ингаляционные кортикостероиды; LABA – бета-2-адреномиметики длительного действия.

[a] В данной таблице приведены одобренные на данный момент комбинации ИКС и LABA для базисной терапии астмы. Назначаемая доза должна выбираться относительно ИКС (см. с. 978) в соответствии с тяжестью заболевания (с. 700) и максимально допустимой дозой LABA. Для каждой комбинации существуют разные концентрации – ознакомьтесь с инструкцией к препарату, чтобы определить, какие из них доступны в вашем случае.

Препараты местного действия для кожи, глаз, ротовой, носовой и ушной полости

Таблица 141. Препараты местного действия для кожи

Лекарственное средство	Лекарственная форма	Частота применения и другие указания[1]
Анестетики		
Лидокаин	Крем, гель 2–4%	2–3 раза в день по необходимости (максимальная доза 4,5 мг/кг)
Лидокаин, прилокаин	Крем 5%, пластырь	Наносить на неповрежденную кожу, количество зависит от возраста и площади обрабатываемой поверхности С осторожностью применять у детей раннего возраста из-за возможной системной абсорбции (применять не более 20 минут)
Лидокаин, эпинефрин, тетракаин	Гель или раствор L4% – E0,1% – T0,5%	Наносить 1–3 мл непосредственно на рану и края раны С осторожностью применять у детей раннего возраста из-за возможной системной абсорбции (применять не более 20 минут)
Анальгетики		
Фентанил	Трансдермальный пластырь	При умеренной/тяжелой боли, вызванной онкологическими заболеваниями, или при боли в конце жизни у пациентов, которые не могут принимать пероральные препараты, или при боли у пациентов с почечной недостаточностью
Противогрибковые средства		
Миконазол	Крем, мазь 2%	Два раза в день
Нистатин	Крем, мазь	2–4 раза в день (≥ 1 месяца)
Тербинафин	Крем, мазь 1%	1 раз в день (≥ 12 лет, в связи с недостатком данных для детей)

Антибактериальные препараты		
Клиндамицин	Гель, лосьон 1% Крем 2%	Акне: 2 раза в день (≥ 12 лет, в связи с недостатком данных для детей) Бактериальный вагиноз: интравагинально перед сном
Эритромицин	Гель, лосьон, мазь 2%	Акне: 2 раза в день (≥ 12 лет)
Фузидовая кислота	Крем, мазь 2%	2–3 раза в день
Метронидазол	Гель 0,75%	Бактериальный вагиноз: интравагинально 1 раз в день
Мупироцин	Крем, мазь 2%	3 раза в день (≥ 1 месяца)
Сульфадиазин серебра	Крем 1%	1 раз в день (> 2 месяцев)
Противозудные средства		
Каламин	Лосьон	3–4 раза в день (≥ 6 месяцев)
Антисептики		
Хлоргексидин	Раствор 5%, гель 4%	1–3 раза в день или перед проведением процедуры
Повидон-йод	Раствор 10%	1–3 раза в день или перед проведением процедуры (> 1 месяца)
Прижигание		
Нитрат серебра	Ляписный карандаш	Фунгус пупка: наносить непосредственно на грануляционную ткань до 3 раз в день в течение 3 дней

Лекарственное средство	Лекарственная форма	Частота применения и другие указания[1]
Кортикостероиды (Примечание: когда требуется длительное лечение, рассмотрите возможность постепенного снижения дозировки и частоты применения [каждые 2 недели], чтобы избежать повторных обострений)		
Гидрокортизон (низкая концентрация действующего вещества)	Крем, мазь 1%	1–3 раза в день, избегать применения >3 недель
Бетаметазона валерат (средняя/высокая концентрация действующего вещества)	Крем, мазь 0,1%	1–3 раза в день (обычно достаточно 1–2 раза в день) (≥ 1 года), избегать применения > 3 недель
Бетаметазона дипропионат (высокая концентрация действующего вещества)	Крем 0,05%	1–2 раза в день (≥ 1года), избегать применения > 3 недель
Мометазона фуроат (высокая концентрация действующего вещества)	Крем, мазь 0,1%	1 раз в день (≥ 2 лет), избегать применения > 3 недель
Лекарственные средства, влияющие на дифференцировку и пролиферацию клеток кожи		
Бензоилпероксид	Крем, лосьон 2,5–5%	Акне: начинать с 1 раза в день, далее – 2–3 раза в день по необходимости (≥ 7 лет)
Ретиноиды (например, адапален)	Крем 0,1%	Акне: ознакомьтесь с инструкцией к конкретному препарату
Подофиллин	Раствор 10–25%	Бородавки: ознакомьтесь с инструкцией к конкретному препарату
Салициловая кислота	Раствор 5%	Бородавки: наносить ежедневно (≥ 2 лет)

Педикулициды (лечение педикулеза)		
Диметикон	Лосьон 1%, раствор 2% Крем 1,3–5%	Ознакомьтесь с инструкцией к конкретному препарату
Малатион	Лосьон 0,5%	Наносите на голову; ознакомьтесь с инструкцией к конкретному препарату, чтобы определить необходимое количество и длительность воздействия перед ополаскиванием (≥ 2 лет)
Перметрин	Крем 5%, лосьон 1%	Для всего тела от шеи до пальцев ног (≥ 2 месяцев)
Скабициды (лечение чесотки)		
Бензилбензоат	Лосьон: 25%	Для всего тела от шеи до пальцев ног (≥ 2 лет)
Кротамитон	Крем 10%	Для всего тела от шеи до пальцев ног (≥ 1 месяца)
Малатион на водной основе	Лосьон: 0,5%	Для всего тела от шеи до пальцев ног (≥ 2 лет)
Перметрин	Крем 5%, лосьон 1%	Для всего тела от шеи до пальцев ног (≥ 2 месяца)
Сера	Мазь 5%, 10%	Для всего тела от шеи до пальцев ног
Защитный барьер кожи и увлажнение		
Вазелиновое масло (вазелин)	–	При опрелостях: наносить при каждой смене подгузника
Цинковая паста	–	При опрелостях: наносить при каждой смене подгузника

[1] Длительность лечения зависит от показаний и эффективности для конкретного пациента.

Таблица 142. Препараты местного действия для глаз

Лекарственное средство	Лекарственная форма	Частота применения и другие указания
Антигистаминные препараты		
Азеластин	Капли глазные 0,05%	1 капля 2 раза в день в пораженный глаз (глаза) (≥ 3 лет)
Кетотифен	Капли глазные 0,025%	1 капля 2 раза в день в пораженный глаз (глаза) (≥ 3 лет)
Олопатадин	Капли глазные 0,1%	1 капля 2 раза в день в пораженный глаз (глаза) (≥ 2 лет)
Противоинфекционные препараты		
Азитромицин	Капли глазные 1,5%	1 капля 2 раза в день в пораженный глаз (глаза) (≥ 1 года)
Эритромицин	Мазь глазная 0,5%	2–6 раз в день в пораженный глаз (глаза) (≥ 1 месяца)
Гентамицин	Капли глазные 0,3%	1–2 капли 6–12 раз в день в пораженный глаз (глаза) (≥ 1 месяца)
Офлоксацин	Капли глазные 0,3%	1–2 капли 6–12 раз в день в пораженный глаз (глаза) (≥ 1 года)
Тетрациклин	Мазь глазная 1%	2–3 раз в день в пораженный глаз (глаза)

Таблица 143. Препараты местного действия для ротовой полости

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Частота применения и другие указания
Лидокаин	–	Гель для орального применения 2% Спрей 10%	Болезненные язвы в ротовой полости: нанесите на марлевую салфетку или распылите на болезненные язвы в ротовой полости перед кормлением
Миконазол	Дети < 2 лет: 25 мг (1,25 мл) 4 раза в день Дети > 2 лет: 50 мг (2,5 мл) 4 раза в день	Гель для орального применения: 20 мг/мл	Оральный кандидоз: не наносите гель на заднюю стенку горла (возможно удушье). Перед проглатыванием гель следует как можно дольше держать во рту. После исчезновения поражений следует применять препарат еще 2 дня.
Нистатин	100 000–200 000 ЕД (1–2 мл) в ротовую полость	Суспензия для орального применения: 100 000 ЕД/мл	Оральный кандидоз: применять препарат 4 раза в день, после исчезновения поражений применять еще 2 дня.

Таблица 144. Препараты местного действия для носовой полости

Лекарственное средство	Лекарственная форма	Частота применения и другие указания
Будесонид	Спрей назальный: доза 64 или 100 мкг	1–2 раза в день в каждую ноздрю (≥ 6 лет)
Флутиказона фуроат	Спрей назальный: доза 27,5 мкг	1–2 раза в день в каждую ноздрю (≥ 2 лет)
Мометазон	Спрей назальный: доза 50 мкг	1–2 раза в день в каждую ноздрю (≥ 6 лет)
Оксиметазолин	Спрей назальный, капли 0,01%, 0,025%	1–3 раза в день в каждую ноздрю (≥ 1 месяца) не более 5 дней
Ксилометазолин	Спрей назальный, капли 0,05%	Для лечения носовых кровотечений при оказании паллиативной помощи: 1–3 раза в день в каждую ноздрю (≥ 3 месяцев) не более 5 дней

Таблица 145. Препараты местного действия для ушной полости

Лекарственное средство	Лекарственная форма	Частота применения и другие указания
Уксусная кислота	Раствор 2% в спирте	Бородавки: наносить ежедневно (≥3 лет)
Ципрофлоксацин	Капли ушные 0,3%	Два раза в день в пораженное ухо (уши) (≥ 6 месяцев)
Ципрофлоксацин + дексаметазон	Капли ушные 0,3% + 0,1%	Два раза в день в пораженное ухо (уши) (≥ 6 месяцев)
Ципрофлоксацин + гидрокортизон	Капли ушные 0,2% + 1%	Два раза в день в пораженное ухо (уши) (≥ 1 года)

Антиретровирусные средства

Таблица 146. Дозировки антиретровирусных средств для младенцев < 4 недель

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Доза с учетом массы тела		
			2–< 3 кг	3–< 4 кг	4–< 5 кг
LPV/RTV[a]	2 раза в день	Раствор (LPV 80 мг + RTV 20 мг)/мл	0,6 мл	0,8 мл	1 мл
3TC	2 раза в день	Раствор 10 мг/мл	0,5 мл	0,8 мл	1 мл
AZT		Раствор 10 мг/мл	1 мл	1,5 мл	2 мл
NVP	2 раза в день	Раствор 10 мг/мл	1,5 мл	2 мл	3 мл
RAL	Один раз в день	10 мг/мл			
< 1 недели		Гранулы для приготовления суспензии для перорального применения (100 мг/5 пакетик)	0,4 мл	0,5 мл	0,7 мл
> 1 недели	2 раза в день		0,8 мл	1 мл	1,5 мл

3TC – ламивудин; AZT – зидовудин; LPV/RTV – лопинавир/ритонавир; NVP – невирапин; RAL – ралтегравир.

[a] НЕ ПРИМЕНЯЙТЕ для детей младше 2 недель.

Таблица 147. Дозировки антиретровирусных средств для младенцев и детей ≥ 4 недель

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Доза с учетом массы тела (Примечание: диапазоны массы тела из данной таблицы отличаются от диапазонов массы тела из таблиц для других лекарственных средств)						
			3–< 6 кг	6–< 10 кг	10–< 14 кг	14–< 20 кг	20–< 25 кг	25–< 35 кг	Подростки
Фиксированные комбинации									
AZT/3TC	2 раза в день	Таблетка AZT 60 мг + 3TC 30 мг	1	1.½	2	2½	3	–	–
		Таблетка AZT 300 мг + 3TC 150 мг	–	–	–	–	–	1	–
AZT/3TC/NVP[a]	2 раза в день	Таблетка AZT 60 мг + 3TC 30 мг + NVP 50 мг	1	1,5	2	2½	3		–
		Таблетка AZT 300 мг + 3TC 150 мг + NVP 200 мг	–	–	–	–	–	1	–
ABC/3TC	2 раза в день (1 раз в день)	Таблетка d4T 60 мг + 3TC 30 мг	1 (2) ½ (1)	1½ (3) ½ AM	2 (4) 1 (2)	2½ (5) 1 AM	3 (6) 1½ (3)	– –	– –
		Таблетка d4T 120 мг + 3TC 60мг		1 PM (1½)		1½ PM (2½) –			–
		Таблетка d4T 600 мг + 3TC 300 мг	–	–	–		–	½ (1)	–
НИОТ									
ABC	2 раза в день	Раствор 20 мг/мл	3 мл	4 мл	6 мл	–	–	–	–
		Таблетка 60мг	1	1½	2	2½	3	–	–
		Таблетка 300 мг	–	–	–	–	–	1	2
		Таблетка 600 мг	–	–	–	–	–	–	1

3TC	2 раза в день	Раствор 10 мг/мл	3 мл	4 мл	6 мл	–	–	–	–
		Таблетка 150 мг	–	–	–	–	–	–	2
		Таблетка 300 мг	–	–	–	–	–	–	1
AZT	2 раза в день	Раствор 10 мг/мл	6 мл	9 мл	12 мл	–	–	–	–
		Таблетка 60 мг	1	1½	2	2½	3	–	–
		Таблетка 300 мг	–	–	–	–	–	1	2
FTC	1 раз в день	Таблетка 200 мг	–	–	–	–	–	–	1
НИОТ									
TDF	1 раз в день	Таблетка 300 мг	–	–	–	–	–	–	1
ННИОТ									
EFV[b]	1 раз в день	Таблетка 200 мг	–	–	1	1½	1½	2	–
		Таблетка 400 мг	–	–	–	–	–	–	1
		Таблетка 600 мг	–	–	–	–	–	–	1
NVP	2 раза в день	Раствор 10 мг/мл	5 мл	8 мл	10 мл	–	–	–	–
		Таблетка 50 мг	1	1½	2	2½	3	–	–
		Таблетка 200 мг	–	–	–	–	–	1	1
	1 раз в день в течение 14 дней, далее 2 раза в день								
Ингибиторы протеазы									
LPV/RTV	2 раза в день	Раствор 80 мг/20 мг/мл	1 мл	1½ мл	2 мл	2½ мл	3 мл	–	–
		Таблетка 100 мг/25 мг	–	–	2 AM 1 PM	2	2	3	–
		Таблетка 400 мг/100 мг	–	–	–	–	–	–	1
		Пеллеты 40 мг/10 мг	2	3	4	5	6	–	1
ATV[c,d]	Один раз в день	Капсула 100 мг	–	–	2	2	2	–	–
		Капсула 200 мг	–	–	1	1	1	–	–
		Капсула 300 мг	–	–	–	–	–	1	1

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Доза с учетом массы тела (Примечание: диапазоны массы тела из данной таблицы отличаются от диапазонов массы тела из таблиц для других лекарственных средств)						
			3–< 6 кг	6–< 10 кг	10–< 14 кг	14–< 20 кг	20–< 25 кг	25–< 35 кг	Подростки
DRV[d]	Один раз в день	Таблетка 600 мг	–	–	–	1	1	1	2
		Таблетка 150 мг	–	–	–	4	4	1	–
		Таблетка 75 мг	–	–	–	5	5	–	–
		Таблетка 400 мг	–	–	–	–	–	1	–
	2 раза в день	Раствор 100 мг/мл	–	–	2½ мл	3,5 мл	–	–	–
RTV[e]	2 раза в день	Таблетка 25 мг	–	–	–	2	2	–	–
		Таблетка 50 мг	–	–	–	1	1	–	–
		Таблетка 100 мг	–	–	–	–	–	1	1
		Раствор 80 мг/мл	–	–	½ мл	0,6 мл	–	–	–
Ингибиторы интегразы									
RAL	2 раза в день	Таблетки (жевательные) 25 мг	1	2	3	4	6	–	–
		Таблетки (жевательные) 100 мг	–	–	–	1	1½	–	–
		Таблетки (жевательные) 400 мг	–	–	–	–	–	1	2
		Раствор 10 мг/мл (Гранулы для приготовления суспензии для перорального применения: 100 мг/пакетик)	3 мл	5 мл	8 мл	10 мл	–	–	–
DTG	Один раз в день	Таблетка 50 мг	–	–	–	–	–	1	1

3TC – ламивудин; ABC – абакавир; EFV – эфавиренз, AZT – зидовудин; DTG – долутегравир; FTC – эмтрицитабин; LPV/RTV – лопинавир/ритонавир; NVP – невирапин; RAL – ралтегравир; НИОТ – нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы; ННИОТ – ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы.

[a] Обратите внимание, что эта схема лечения больше не рекомендуется и должна использоваться только в тех случаях, когда другие лекарственные средства, подходящие для возраста, недоступны.

[b] Не рекомендуется для детей младше 3 лет и массой тела менее 10 кг.

[c] Рекомендуется только для детей от 3 месяцев и старше.

[d] Использовать в комбинации с RTV в качестве агента, усиливающего действие.

[e] Должен использоваться только в комбинации с DRV или ATV в качестве агента, усиливающего действие.

Таблица 148. Упрощенная схема дозирования антиретровирусных средств в зависимости от возраста ребенка для усиленной постнатальной профилактики[a]

Лекарственное средство	Дозировка	Лекарственная форма	Доза с учетом возраста	
			0–6 недель	6–12 недель
AZT	2 раза в день	Раствор 10 мг/мл	1½ мл	6 мл
		Таблетка 60 мг	–	1
NVP	Один раз в день (в первой половине дня)	Раствор 10 мг/мл	1½ мл	2 мл
		Таблетка 50 мг	½	½

AZT – зидовудин; NVP – невирапин.

[a] Данная упрощенная схема дозирования была разработана с помощью стандартизованного инструмента ВОЗ на основе полученных ранее показателей для профилактического использования NVP. Рекомендации по подбору доз AZT и NVP с учетом массы тела ребенка см. на с. 989.

Противотуберкулезные антибиотики

Таблица 149. Дозировки фиксированных комбинаций в зависимости от типа препарата и веса ребенка

Основной противотуберкулезный препарат	Способ применения	Принцип действия	Суточная доза в мг/кг (диапазон)	Максимальная суточная доза (мг)
Изониазид (H)	Пероральный	Бактерицидный	10 (7–15)[a]	300
Рифампицин (R)	Пероральный	Бактерицидный	15 (10–20)	600
Пиразинамид (Z)	Пероральный	Бактерицидный	35 (30–40)	–
Этамбутол (E)	Пероральный	Бактериостатический	20 (15–25)	–
Стрептомицин (S) только при туберкулезе с множественной лекарственной устойчивостью	В/м	Бактерицидный	15 (12–18)	2000

В/м – внутримышечный

При приближении массы тела ребенка к 25 кг можно использовать дозы для взрослых.

[a] Верхняя граница диапазона доз изониазида применяется к детям младшего возраста; нижняя граница диапазона дозирования относится к детям старшего возраста.

Таблица 150. Дозировки фиксированных комбинаций препаратов в зависимости от веса ребенка

Диапазон веса[a]	Количество таблеток	
	Интенсивная фаза лечения: RHZ[b] 75/50/150 мг	Фаза продолжения лечения RH 75/50 мг
4–7 кг	1	1
8–11 кг	2	2
12–15 кг	3	3
16–24 кг	4	4
≥ 25 кг	Рекомендуются дозировки для взрослых	

H – изониазид; R – рифампицин; Z – пиразинамид.

[a] Лечение детей в возрасте 0–3 месяцев или с массой тела менее 4 кг должно проводиться врачом, имеющим опыт лечения детского туберкулеза. Если специалист недоступен, а диагноз туберкулеза подтвержден или имеются серьезные подозрения на туберкулез, можно рассмотреть возможность лечения по стандартной схеме.

[b] Этамбутол следует включать в интенсивную фазу лечения детей с диссеминированным заболеванием, устойчивостью к изониазиду или проживающих в районах с высокой распространенностью ВИЧ.

Для заметок

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Сравнение системных кортикостероидов

В приведенной ниже таблице указаны свойства и эквивалентные дозы системных кортикостероидов относительно гидрокортизона.

	Эквивалентные дозы (мг)	Относительная активность глюкокортикоидов	Относительная активность минералокортикоидов	Продолжительность действия (ч)
ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ				
Гидрокортизон	20	1	1	8–12
Кортизон	25	0,8	0,8	8–12
ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ДЕЙСТВИЯ				
Преднизон	5	4	0,8	12–36
Преднизолон	5	4	0,8	12–36
Метилпреднизолон	4	5	0,5	12–36
Триамцинолон	4	5	0	12–36
ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ				
Дексаметазон	0,75	30	0	36–72
Бетаметазон	0,60	30	0	36–72
МИНЕРАЛОКОРТИКОИДЫ				
Флудрокортизон	[a]	10–15	125–150	12–36

[a] Преднизон или преднизолон в дозе 50 мг в день или гидрокортизон в дозе 20 мг в день обеспечивают минералокортикоидный эффект, эквивалентный приблизительно 0,1 мг флудрокортизона.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Оральные регидратационные соли

Четыре ингредиента раствора для пероральной регидратации (РПР) (глюкоза, хлорид натрия, хлорид калия и цитрат натрия) в описанных ниже концентрациях обеспечивают эффективность раствора для регидратации и предотвращения обезвоживания.

Компоненты РПР	г/л	Компоненты РПР	ммоль/л
Натрия хлорид	2,6	Натрий	75
		Хлорид	65
Калия хлорид	1,5	Калий	20
Глюкоза, безводная	13,5	Глюкоза, безводная	75
Натрия цитрат дигидрат	2,9	Цитрат	10
		Общая осмолярность	**245**

Компоненты РПР работают следующим образом:

- Глюкоза способствует всасыванию натрия (и тем самым воды) в молярном отношении 1:1 в тонком кишечнике.
- Натрий и калий восполняют потерю организмом этих незаменимых ионов, происходящую во время диареи (и рвоты).
- Цитрат устраняет ацидоз, возникающий в результате диареи и обезвоживания.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Инфузионные растворы

В таблице ниже дается состав инфузионных растворов, имеющихся в продаже и обычно использующихся для лечения новорожденных, младенцев и детей более старшего возраста. Подбирая раствор для конкретного случая, обращайтесь к главам, посвященным отдельным заболеваниям и состояниям, например шоковому состоянию (с. 867). Следует иметь в виду, что ни один из инфузионных растворов не содержит достаточно калорий для длительной нутритивной поддержки детей, при этом энергетическая ценность одних растворов ниже, чем других. Если ребенок может получать пищу и жидкости обычным путем или через назогастральный зонд, желательно предпочесть такой способ как наиболее безопасный.

	Состав						
	Na+	K+	Cl-	Ca++	Лактат	Глюкоза	Калории
В/в жидкость	ммоль/л	ммоль/л	ммоль/л	ммоль/л	ммоль/л	г/л	кал/л
Рингер лактат (раствор Хартмана)	130	5,4	112	1,8	27	–	–
Физиологический раствор (0,9% NaCl)	154	–	154	–	–	–	–
10% раствор глюкозы	–	–	–	–	–	100	400
0,45% раствор NaCl/ 5% раствор глюкозы	77	–	77	–	–	50	200
Раствор Дарроу	121	35	103	–	53	–	–
Раствор Дарроу в половинной концентрации с 5% глюкозой[a]	61	17	52	–	27	50	200
Рингер лактат в половинной концентрации с 5% глюкозой	65	2,7	56	1	14	50	200
0,18% раствор NaCl/4% раствор глюкозы	31	–	31	–	–	40	160
5% раствор глюкозы[b]	–	–	–	–	–	50	200

[a] Раствор Дарроу в половинной концентрации во многих случаях не содержит глюкозу, ее необходимо добавить перед использованием.

[b] Эти растворы применяются главным образом для лечения младенцев в первые дни их жизни, но не применяются у других младенцев и детей.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

План действий при астме

Ниже приведен пример плана действий при астме, разработанный для пациента или лиц, осуществляющих уход:

Если у вас хорошо контролируемая астма:

Вы нуждаетесь в средстве, облегчающем дыхание, менее 3 раз в неделю, вы не просыпаетесь из-за симптомов астмы, вы можете заниматься своими обычными делами (включая физические упражнения)

Препараты базисной терапии:

Наименование.....

Дозировка .....

Прием ..... нажатий/таблеток ..... раз **каждый день**

Препараты, облегчающие дыхание:

Наименование .....

Дозировка .....

Прием ..... нажатий для облегчения симптомов астмы.

Другие препараты (наименование, дозировка, частота приема):

.....

.....

.....

Прием препаратов перед физическими упражнениями (наименование, дозировка, количество нажатий/таблеток):

.....

.....

.....

Если симптомы астмы утяжеляются:

Вы нуждаетесь в средстве, облегчающем дыхание, чаще, чем обычно, просыпаетесь от симптомов астмы, не можете заниматься своими обычными делами (включая физические упражнения)

Препараты базисной терапии:

Наименование.....

Дозировка .....

Прием ..... нажатий/таблеток ..... раз **каждый день**

Препараты, облегчающие дыхание:

Наименование .....

Дозировка .....

Прием ..... нажатий для облегчения симптомов астмы.

Другие препараты (наименование, дозировка, частота приема):

.....

.....

.....

Если симптомы астмы становятся серьезными:

Вы нуждаетесь в средстве, облегчающем дыхание, каждые 3–4 часа, дыхание затруднено, вы часто просыпаетесь из-за симптомов астмы

Примите ваш препарат, облегчающий дыхание:

Наименование.....

Дозировка .....

Прием ..... нажатий/таблеток ..... раз **каждый день**

Примите преднизон/преднизолон:

Наименование.....

Дозировка .....

Прием ..... таблеток ..... раз **каждый день**

Свяжитесь с врачом сегодня или обратитесь непосредственно в отделение неотложной помощи!

Контактные данные врача: .....

При экстренном вызове .....
(контактное лицо в случае неотложной ситуации) или немедленно вызовите скорую помощь.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Реакции гиперчувствительности

Аллергические и другие реакции гиперчувствительности на препараты довольно распространены. Их можно разделить на две обширные категории в зависимости от динамики появления признаков и симптомов. Важно различать эти категории при принятии решения о дальнейшем применении препарата, который мог вызвать реакцию.

	Немедленная, быстро развивающаяся реакция (IgE-зависимый механизм), тип I	**Отсроченная или замедленная реакция (не-IgE-зависимый механизм), тип II, III, IV**
Появление симптомов	В пределах 1 ч после приема препарата	Более чем через 1 ч после приема препарата (чаще всего в течение 6 ч, но иногда через несколько дней)
Клинические проявления	• Анафилаксия: кожные (сыпь, крапивница, ангионевротический отек) и системные симптомы (гипотензия, бронхоспазм, а также рвота и диарея) • Крапивница или ангионевротический отек без системных симптомов • Обострение астмы	• Сыпь без системных симптомов • Эозинофилия и системные симптомы • Токсический эпидермальный некролиз или синдром Стивенса – Джонсона

Размеры медицинского инструментария для детей младшего возраста

Размеры детского медицинского инструментария в зависимости от возраста (массы тела) ребенка

Инструментарий	0–5 месяцев 3–6 кг	6–12 месяцев 4–9 кг	1–3 года 10–15 кг	4–7 лет 16–20 кг
ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ФУНКЦИИ ДЫХАНИЯ				
Ларингоскоп	Прямой клинок	Прямой клинок	Клинок детский типа «Макинтош»	Клинок детский типа «Макинтош»
Эндотрахеальная трубка без манжеты	2,5–3,5	3,5–4,0	4,0–5,0	5,0–6,0
Стилет	Малый	Малый	Малый/ средний	Средний
Аспирационный катетер (калибр по шкале Шарьера)	6	8	10	12
ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ФУНКЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ				
В/в катетер	24/22	22	22/18	20/16
ПРОЧИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ				
Назогастральный зонд[a]	8	10	10–12	12
Мочевой катетер[a]	5 желудочный зонд	5 желудочный зонд/F8	Катетер Фолея 8	Катетер Фолея 10

[a] Размеры указаны в калибре по шкале Шарьера, что соответствует длине окружности трубки в миллиметрах.

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

Сравнительная таблица национальной адаптации Карманного справочника

Оригинальная редакция	Адаптированная редакция	Обоснование
5. ЗДОРОВЬЕ НОВОРОЖДЕННЫХ. ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ И ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ, стр. 173 (201)		
5.7 Желтуха новорожденных и гипербилирубинемия Нефизиологическая желтуха Факторы риска: • гемолитическая болезнь, вызванная несовместимостью по группе крови или резус-фактору либо дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы;	**5.7 Желтуха новорожденных и гипербилирубинемия** Нефизиологическая желтуха Факторы риска: • гемолитическая болезнь, вызванная несовместимостью по группе крови или резус-фактору; • дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы;	Разделение факторов риска на два отдельных пункта не меняет сути клинических рекомендаций. Принято, как редакционное уточнение, без изменения содержания.
6. ДЕТИ И ПОДРОСТКИ С КОНКРЕТНЫМИ ЖАЛОБАМИ ИЛИ СИМПТОМАМИ. НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ, СТРАХ НАБОРА ВЕСА, стр. 651 (679)		
6.35 Нарушения питания, страх набора веса	**6.35 Нарушения питания, страх набора веса** Раздел применяется в соответствии с кодами МКБ-10: F50–F59 и требует наблюдения психиатра.	В Казахстане лечение расстройств пищевого поведения регулируется Клиническим протоколом № 14 от 30 октября 2015 года, в соответствии с кодами МКБ-10 F50–F59. Лечение должно проводиться под контролем психиатра, поскольку эти состояния классифицируются как поведенческие и психические расстройства.
7. ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПАТОЛОГИИ. ДЕФЕКТЫ НЕРВНОЙ ТРУБКИ, стр. 678 (705)		
7.6 Дефекты нервной трубки Диагностика • Постнатальная диагностика: поиск дефектов с обнажением нервной ткани	**7.6 Дефекты нервной трубки** Диагностика • Постнатальная диагностика: поиск дефектов с обнажением нервной ткани с помощью УЗИ, МРТ, КТ при необходимости (Приложение 5 приказа МЗ РК от 31 марта 2023 г. №52 «Об утверждении стандарта организации оказания неонатальной помощи в РК»)	Формулировка Карманного справочника по документированию случаев жестокого обращения сохраняется без изменений. Для приведения в соответствие с национальной нормативной базой добавлена редакционная сноска.
8. ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОДРОСТКУ, стр. 790 (818)		
8.3 Диагностические подходы к подростку Оказание медицинской помощи подростку – уникальный процесс, учитывая важность поддержки пациента в его стремлении к самостоятельности и обеспечения неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности.	**8.3 Диагностические подходы к подростку** Оказание медицинской помощи подростку – уникальный процесс, учитывая важность поддержки пациента в его стремлении к самостоятельности и обеспечения неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности. Определенного возраста все должны проходить индивидуальное консультирование, чтобы обеспечить определенную степень конфиденциальности и поддержать их стремление к независимости. В мире этот возраст начинается с 12 лет, в Казахстане — с 16 лет.	Карманный справочник ВОЗ рекомендует проводить конфиденциальное консультирование подростков начиная с 12 лет для поддержки их автономности и возможности обсуждать деликатные вопросы. Однако в соответствии с национальным законодательством — Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 г. № 360-VI, ст. 78, п.2/4 — несовершеннолетние имеют право на самостоятельное консультирование только с 16 лет.
8. ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, стр. 816 (844)		
8.6.3 Инфекции, передаваемые половым путем Исследования • Если лабораторный анализ невозможен, а симптомы и клиническая картина указывают на наличие ИППП, рассмотрите возможность начала лечения без лабораторного подтверждения.	**8.6.3 Инфекции, передаваемые половым путем** Исследования • Если лабораторный анализ невозможен, а симптомы и клиническая картина указывают на наличие ИППП, рассмотрите возможность начала лечения без лабораторного подтверждения. В Казахстане: согласно Приказу МЗ РК № 43 от 20.03.2023, требуется забор материала для лабораторного исследования при привозможности и при привлечении правоохранительных органов в случаях гендерного насилия.	В Карманном справочнике ВОЗ сохранена возможность симптоматического лечения ИППП при отсутствии лабораторных условий. Для Казахстана внесено уточнение в виде редакционной сноски, чтобы адаптировать рекомендации к национальной нормативной базе.

Предметный указатель

Все термины в настоящем предметном указателе относятся к детям, если не указано иное (новорожденные, подростки). Термины расположены в алфавитном порядке. Исключение составляют термины, относящиеся к основным этапам развития, которые расположены в порядке, соответствующем возрасту. Термины, начинающиеся буквами латинского алфавита (кроме латинских наименований биологических видов), расположены в конце предметного указателя.

А

Аборт 823–828
Абстинентный синдром новорожденных 184, 685
Абсцесс 454
  внутренний (глубокий) 303–304
  вскрытие и дренаж 925
  легкого, с хроническим кашлем 238
  с повышением температуры 299, 303
Аваскулярный некроз, эпифизеолиз головки бедренной кости 492
Автоматический рефлекс ходьбы 137
Автоматический слуховой ответ ствола головного мозга (АСОСГМ, AABR) 138
Агрессивные соединения, отравление 886
«Аденоидное лицо» 255
Адреналин *см.* Эпинефрин
Адреногенитальный синдром 158
АДС (вакцина) 81
АДС-М (вакцина) 81
Адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина (АКДС) 81, 84, 91, 240
АКДС (вакцина) 81, 84, 91, 240
АКДС-содержащая вакцина 81, 84
Акне новорожденных 169
Акне *см.* Угри обыкновенные
Активированный уголь 884, 886, 960
Акушерский анамнез 13, 28, 133
Алкоголь, воздействие в пренатальном периоде 184, 641, 685
Алкоголь, употребление подростками 721, 767
Аллергический контактный дерматит 455, 461
Аллергический конъюнктивит 524, 526–527
Аллергический круп 229

Аллергия / аллергическая реакция 461, 1000
на вакцины 90, 92
на латекс 680
на лекарственные препараты 13, 216, 245, 252, 253
на молоко 178, 181, 333, 338, 349
на продукты питания 333, 337–338, 349, 359
на укусы насекомых 577
Аллергия бета-лактамная 216, 245, 252, 253
Амблиопия 520
Аменорея 831
Анализы по месту лечения 917
Анальная трещина 366
Анатомическая табакерка 588
Анафилаксия 229, 577, 862, 867
экстренная помощь 864, 868, 898
Анемия 385, 392, 475–479
гемолитическая 475
железодефицитная 114, 475, 478–479
при серповидно-клеточной анемии 727
при хронических заболеваниях 473
симптоматическая терапия 781
Анкилозирующий спондилит 501
Анкилостомы 345, 346
Анорексия нервная 655
Антибиотик(-и), дозировки 957–975
для новорожденных 976
местного действия 980, 984, 986
противотуберкулезные 992–993
Антибиотики, диарея, связанная с приемом А. 318, 328
Антигипертензивная терапия 397–398
Антигистаминные препараты 984
Антирабический иммуноглобулин 958
Антиретровирусная терапия (АРТ) 194, 196, 741, 742, 743
дозировки 987–991
постконтактная профилактика ВИЧ 811, 812
у новорожденных 987
Антисептики 980
Антропометрические измерения 28
Анэнцефалия 677
Апгар шкала 28
Аппендицит 271, 494
боль в животе / иррадиирующая боль 271, 318, 358, 365, 494
высокая температура, диарея 271, 318
острый живот 895
рвота 350
Аритмии 373, 386, 387–389, 392
Аритмии сердца 373, 386, 387–389, 392
Артериальный проток 186
Артрит 501
«блуждающий» 280
недифференцированный 502
псориатический 501
реактивный 492
септический 271, 490, 492
системный 502
энтезит-ассоциированный 501
ювенильный идиопатический см. Ювенильный идиопатический артрит
Аспергера синдром 671
Аспирин 265, 295, 598
отравление 887
формы выпуска и дозировки 956

Астигматизм 518, 519
Астма 692–705
  боль в груди 372
  диагностика (в зависимости от возраста) 693–694
  затрудненное дыхание или кашель 208, 236, 692
  ингаляционные препараты, дозировки 978–979
  обострение 695–699
    лечение 695–699, 864–865
    оценка тяжести 695
    факторы риска 698, 704
  план действий при А. 696, 998–999
Асфиксия родовая 141
Атеросклероз 96
Атопический дерматит/экзема 453, 457, 458, 508
Атрезия девственной плевы 159
Атрезия заднего прохода 160, 176
Аускультация 18, 380
Аутоиммунный гепатит 483

Б

Бабинского рефлекс 565
Бактериальная инфекция
  опасные признаки у новорожденных 198, 199–201, 202
  при ВИЧ-инфекции 736
  признаки/симптомы, со стороны ЛОР-органов 250
  см. также Инфекция (инфекции); отдельные микроорганизмы
Бактериальный вагиноз 445, 446
Бактериологический посев мочи с использованием погружных слайдов 416
Бактериурия 416, 417
Баланит 411, 438–440
Барабанная перепонка, гиперемированная выпуклая 243
Барлоу проба 166
Bartonella henselae 508
Барьерный метод контрацепции 807
Батарейки-«таблетки», проглатывание 594
Беженцы (дети/подростки) 7–9
Безопасность (шкала оценки HEADSSS) 793
Безопасность ребенка 759
Беременность (подростковая) 820–823, 831
  аборт 823–828
  ведение 821–823
  внематочная 820, 895
  запойное пьянство при Б. 184
  осложнения, боль в животе 362, 820
  оценка 821, 822
  оценка знаний о Б. 802
  после сексуального насилия 758, 760
  рвота 351
  тесты на Б. 357, 758, 809, 821
Беременность, течение 14, 27, 133
Бессознательное состояние
  у ребенка, с нормальным дыханием, положение тела 857
Бессонница 643–647
Бета-2-адреномиметик длительного действия (LABA) 699, 701, 979
Бета-2-адреномиметик короткого действия (SABA) 694, 699, 700–701
Бешенство 575
  антирабический иммуноглобулин 575, 958
Билирубин 480, 481
  измерение 928

повышенный уровень *см.* Гипербилирубинемия
пороговые значения уровня Б. для лечения 31, 174, 175
уровень в сыворотке крови, у новорожденных 30
Биполярный синдром 634, 645
Благополучие, укрепление 129–130
Бледность 471–475, 732
Бленнорея новорожденных 153
Блефарит 534
Близорукость (миопия) 518–519
«Болезнь поцелуев» (инфекционный мононуклеоз) 270, 292, 507
Боль 594–600
лечение 597–600
при паллиативном уходе 779
при серповидно-клеточной анемии 726
при травмах 877
невербальные указания 595
острая 594
оценка характера и степени 595–596
при дисменорее 830
при онкологических заболеваниях 732
при половом акте 802
хроническая 595, 596, 600
шкала измерения уровня 596
Боль в горле 249–252
Боль в груди 369–375
дифференциальная диагностика 371–374
Боль в животе 356–368, 894
дифференциальная диагностика 271, 358–368
после аборта 828
с повышением температуры 271
функциональные абдоминальные боли 358, 363
Боль, отек, повышение температуры 271
варианты нормы и явления, вызывающие обеспокоенность, у новорожденных 167–172
линии натяжения 922
попадание ядовитых веществ на К., лечение 885
сыпь см. Сыпь (высыпания)
тургор (упругость), проверка 17, 320
Большие пальцы, лишние, у новорожденных 162
Borrelia burgdorferi 306
болезнь Лайма 300, 306–307
Бородавки (кондиломы) 469
Ботулизм, у детей грудного возраста 567
Брадиаритмия 387
Бронхиолит 208, 224–227, 862
Бронхит, острый 209, 211
Бронхолегочная дисплазия 238
Бронхолитические препараты, быстродействующие 223, 225
Бронхоспазм 864, 868
Бронхоэктазы 238
Бруксизм 117
Бруцеллез 300, 304–305, 508
Брыжеечный лимфаденит 359, 364
Брюкнера тест 517
Брюшная полость, патологии 318–319, 494
опухоли 362
у новорожденных 156–157
Булимия нервная 654
Буллезный импетиго 459, 463

Бутылочки, подготовка для кормления детскими смесями 109
«Бычьей шеи» симптом 233

В

Вагинальное кровотечение 447, 815, 828
Вагинальное обследование, при ИППП 815
Вагинальные выделения 445–447, 815
с примесью крови 447
у новорожденных 159, 446
Вагинит 411, 445–447
Вагусная проба 388
Вазелиновое масло 366, 971
Вазовагальный обморок 392, 393
Вазоокклюзионный криз 729
Вакцина (вакцины) 81–83
АДС 81
АДС-М 81
АКДС 81, 84, 91, 240
АКДС-содержащая 84
аллергия / аллергическая реакция на В. 90, 92
бацилла Кальметта – Герена (БЦЖ) (против туберкулеза) 81, 84, 91, 198, 750
введение 88–89
живая 80, 91, 743
инактивированная 80
КПК (тривакцина против кори, паротита и краснухи) 89, 91, 92
менингококковая четырехвалентная 83, 85
мифы о В. 92–93
неправильное обращение с В. 89
пневмококковая (конъюгированная) 82, 84
побочные эффекты (возможные) 89
против *Haemophilus influenzae* тип b (Hib) 82, 84, 743
против ветряной оспы (ветрянки) 83
против ВПЧ 82, 85, 743
против гепатита А 83, 85
против гепатита В 81, 84, 197, 760
против гриппа 83, 85, 92, 276, 743
против желтой лихорадки 91
против клещевого энцефалита 83, 85
против кори 82, 84, 92
против краснухи 82, 84
против менингококкового менингита В 83, 85
против менингококкового менингита А 83, 85
против паротита 83
против полиомиелита 81, 91
против ротавируса 82, 84
противостолбнячная 573
реакции на В., лечение в домашних условиях 89, 90
факторы, влияющие на В. 84–85
Вакцинация *см.* Иммунизация
Вакцинный иммунитет 92
Вакцины, заболевания, предупреждаемые с помощью В. 86–88
консультирование на тему В. 85–86
тяжелые последствия отказа от В., летальный исход 93
Вальпроевая кислота 562, 858, 974

Вальсальвы проба 388
Варикоцеле 428, 433–434
«Вес/возраст» (показатель) 24
  таблицы, расчет 936, 937, 938
«Вес/длина тела» (показатель) 24, 27, 602
  таблицы, расчет 944, 945–946
«Вес (длина тела) / возраст» (показатель) 939, 940–943
«Вес / длина тела (рост)» (показатель) 944, 945–946
«Вес/рост» (показатель) 24, 27, 602
  таблицы, расчет 944, 945–946
Веганство, дефицит микроэлементов/витаминов 114
Вегетарианская диета, дефицит железа 114
Везикулы 194, 452
Веки 514
  воспаление 534–535
  опущение у новорожденных 155
  покраснение, опухание 767
Венозный шум 379
Веноокклюзионная болезнь 483
Верхушка сердца 19
Вес
  гестационная поправка 24
  контроль
    в неонатальный период 138
    в ходе контрольных посещений здорового ребенка 24
    при сахарном диабете 716
Вес, отклонения 601–615
  избыточный вес и ожирение 608–611
  недостаточное питание, худоба 602–608
Вес, потеря
  в неонатальный период 138, 602
  при онкологических заболеваниях 732
  у детей и подростков 604
Вес, прибавка (набор)
  недостаточная прибавка В. 602, 604
  страх набора В. 651–655
Ветряная оспа (ветрянка) 87, 283, 284, 295–297, 463
  вакцина 83
Ветрянка *см.* Ветряная оспа (ветрянка)
Взаимопомощь 6
Вигабатрин 562, 974
Виктимизация 6
Вильмса опухоль 407, 733
«Винное пятно» (невус пламенеющий) 172
Вирус ветряной оспы (ВВО) 295
Вирус герпеса человека 6-го типа 292
Вирус папилломы человека (ВПЧ), заражение 88, 469
  вакцина 82, 85, 760
Вирус простого герпеса (ВПГ) 193–195, 816
Вирусная инфекция
  лимфаденопатия 507
  головная боль при В. и. 542
  повышение температуры и сыпь 632
  признаки/симптомы со стороны ЛОР-органов 250
Вирусный гепатит 361, 480, 482, 485–487
  острый, контрацепция при В. г. 807
Вирусный круп 229, 230–232

Височно-нижнечелюстного сустава
синдром (синдром Костена) 544, 545
Витамин (витамины), дефицит 113
Витамин А, дозировки 974
Витамин В12 115
Витамин D 113
дефицит 113, 496, 497
Витамин D, пищевые добавки 113–114
в неонатальный период 133
консультирование по вопросам приема 34, 36, 39, 42, 46
лечение рахита 498, 499
максимальные дозировки 113
Витамин К 31, 34, 36
профилактика после рождения 113, 133, 977
Витаминные пищевые добавки 113–116
без необходимости, отказ от приема 112
при затяжной диарее 336
ВИЧ-инфекция/СПИД 736–746
грудное вскармливание и В. 196
диагностика/тестирование 737, 738, 811
доконтактная профилактика 746
использование заменителей грудного молока 107
лечение 740–743
антиретровирусные препараты, дозировки 987–990
лимфаденопатия 507, 736
новорожденные дети матерей с В., риски 195–196, 737
повышенная температура при В. 301, 736
последующее наблюдение, контроль 743, 744
постконтактная профилактика 746, 811–813, 819
постнатальная профилактика 991
признаки/симптомы 736–737
профилактика передачи инфекции от матери ребенку 195–196, 991
раскрытие диагноза 738
сексуальное насилие и В. 760
у новорожденных 195–196, 736, 739, 742, 987
у подростков 736, 737, 742, 745
оценка знаний о В. 802
хронический кашель 238
Власоглавы 345, 346
Внематочная беременность 820, 895
Внутривенное введение глюкозы 860
Внутривенное введение лекарственных препаратов 931
Внутрикостное вливание 931–933
Внутримышечные инъекции 88
Внутричерепное давление, повышенное 272–273, 539, 542, 679
Внутричерепное кровоизлияние 544
Вождение 563, 721, 771
ВОЗ, нормы роста детей 24, 27
ВОЗ, рекомендации относительно плановой иммунизации 80, 81–83
ВОЗ, стандарты качества медицинской помощи 4–5
Возбуждение двигательное 552
Возбуждение, паллиативная помощь или уход 783
Воздуховод (типа Гведеля), введение 852
Возраста оценка 8

Волдыри 452
Волосистая часть головы, «молочная корочка» 168
Волосяной жгут 178, 442, 443
Вопросы, открытые 2, 12, 76, 792
Воспалительные заболевания кишечника 334, 343–344, 350, 360
Воспитание детей, консультации при эмоциональных/поведенческих нарушениях 765–766
Воспитание детей, позитивные стратегии 78
Восстановительное положение 857, 870
ВПЧ, вакцина 82, 85, 743
Время наполнения капилляров 844
Время, проводимое перед экраном 119
Врожденная глаукома 155
Врожденная дисплазия тазобедренного сустава 28, 140, 165–167, 491
Врожденная катаракта 538
Врожденная краснуха 191
Врожденная цитомегаловирусная инфекция 190
Врожденное нарушение обмена веществ 187–188, 568
  рвота 182, 351
  см. также Заболевание, вызванное нарушением обмена веществ (делегированный синдром Мюнхгаузена) 302, 659, 756
Врожденные инфекции 189–198
Врожденный гипотиреоз 176, 188–189
Врожденный дермальный меланоцитоз 171
Врожденный меланоцитарный невус (родинка) 171
Врожденный порок сердца 379, 688
  признаки/симптомы 185, 237, 688
  у новорожденных 30, 185–186, 700
Врожденный птоз 155
Врожденный сифилис 191–192
Врожденный стридор (ларингомаляция) 186
Врожденный токсоплазмоз 192–193
Вторичная профилактика 69
Вульва, язвы 448–449
Вульвовагинит 411, 445–447, 815
Вши 6, 470, 508, 983
Вывих локтевого сустава 584
Выгибание спины 353
Выделения, симптоматическая терапия 781
Высокое кровяное давление *см.* Гипертензия, артериальная
Высокорослость 614–615

Г

Gardnerella vaginalis 445, 446
Гастроэзофагеальная болезнь 178, 181, 350, 353–355
  хронический кашель 236
Гастроэзофагеальный рефлюкс 353
Гастроэнтерит (острая диарея) 271, 318, 319–328
  без обезвоживания 321, 322, 323
  боль в животе при Г. 358
  лечение 321–328
  обезвоживание, оценка степени 319, 320
  план лечения А (на дому) 321, 323
  план лечения Б 324, 325
  план лечения В 326, 328
  рвота при Г. 181, 326, 347, 349

с тяжелым обезвоживанием 321, 326, 327
с умеренным обезвоживанием 321, 324–325
у новорожденных, рвота при Г. 181
Геймлиха прием 850
Гемангиома 171, 510
Гематома 167, 574
Гематурия 404–408
Haemophilus ducreyi 816
Haemophilus influenzae тип b (Hib) 87, 213, 234
вакцина 82, 84, 743
Гемоглобин
гликированный (HbA1c) 710, 715
уровни при анемии 476
эритроцитов при серповидно-клеточной анемии (HbS) 724
Гемолиз 482
Гемолитико-уремический синдром (ГУС) 407, 466
Гемолитическая анемия 475
Геморрагический шок 474, 867, 869
Гемоторакс 876
Гемофилия 493
Генетические синдромы, гипотония при Г. с. 568
Генитальный герпес 194, 411, 816
лечение 818
Геноха – Шёнлейна пурпура 361, 465, 466–469, 493
Гепатит 271
аутоиммунный 483
вакцина 83, 85
вирусный см. Вирусный гепатит
Гепатит А 88
Гепатит А, вирус (ВГА) 485, 487
Гепатит В, вирус (ВГВ) 485, 487
Гепатит В 88, 108, 196
вакцина/вакцинация 81, 84, 197
заражение при сексуальном насилии 760
новорожденные дети матерей с Г. 196–197
Гепатит В, иммуноглобулин 88, 108, 197
Гепатит С 108
Германская корь см. Краснуха
Герпесная инфекция 464–465
половых органов *см.* Генитальный герпес
Герпетическая ангина 270, 279–281, 297
Герпетический гингивостоматит 270, 277–279
Герпетический конъюнктивит 153
Гестационная поправка 24, 72
Гетерохромия 732
Гигиена 8
личная Г. во время лечения баланита 438, 439
отсутствие Г., связанные симптомы 6
профилактика диареи 322
рекомендации по борьбе с острицами 346
рук 16, 220, 912
Гигрома 510
Гидратация, при паллиативном уходе 778
Гидроцеле 159, 429, 434
Гидроцефалия 679
Гийома-Барре синдром 92
Гингивит 543
Гингивостоматит, герпетический 270, 277–279
Гинекологические жалобы 445–449

Гиперактивность 633–635, 673, 674, 763
дифференциальная диагностика 634
Гипербилирубинемия 480
пороговые значения уровня билирубина, лечение 31, 174, 175
скрининг (новорожденных) 30, 93, 139
у новорожденных 139, 173–174, 175
см. также Желтуха
Гиперволемия 401
Гипервоспалительный синдром, при COVID-19 221
Гипергликемия утренняя (феномен «утренней зари») 713
Гиперменорея 830
Гиперметропия 518–519
Гипертелоризм 183, 675
Гипертензивная энцефалопатия 397, 544
Гипертензия, артериальная 395–399, 401
контрацепция при Г. 807
лечение и последующее наблюдение 398–399
пороговые значения артериального давления 395, 396
при сахарном диабете 716
причины 395, 396, 397
Гипертермия 871, 873
Гипертонический криз 397
Гипертрофический стеноз привратника 181
Гипертрофия аденоидов 254, 255
Гиперчувствительности реакции 1000
Гиповолемический шок 866, 867, 869
Гиповолемия 866
Гипогликемия 140, 385, 717
алгоритм ABCDE 846
заторможенность, кома, потеря сознания 391, 871, 873
при сахарном диабете 710–711, 717, 719
лечение 717, 860
тяжелая, тревожные признаки 710–711, 717
у новорожденных 140, 201
умеренная 710
экстренная помощь 860, 873
объем глюкозы в/в (в зависимости от возраста) 860
Гипоксически-ишемическая энцефалопатия 140
Гипоксия, астмоидное дыхание, лечение 223
Гипотиреоз, врожденный 176, 188–189
Гипотония 564–569, 682
дифференциальная диагностика 567–568
с острым началом 564, 567, 569
Гиршпрунга болезнь 176
Гифема 732
Глаз (глаза) 513–538
воспаление 154
воспаление вокруг Г. 529–534
движения, оценка 514
западание при обезвоживании 320
избыточное слезоотделение 536–537
инфекции Г. при кори 287
конъюнктивит как следствие мер профилактики 153
местные лекарственные препараты для Г. 984

обследование 18, 514–517
покраснение 521–530
попадание ядовитых веществ в Г., лечение 886
при онкологических заболеваниях 732
у новорожденных 152–156
увеличение, у новорожденных 155
Глазницы флегмона 530, 532
Глаукома 536
врожденная 155
Гломерулонефрит, после перенесенной стрептококковой инфекции 406
Глотка
обследование 18
инородное тело Г. 591–592
Глубокие сухожильные рефлексы 565
Глубоких вен тромбоз 807
Глюкоза
внутривенно 860, 898
скрининг новорожденных 141
уровень в крови/плазме 710, 713
у подростков 721
уровни и целевые значения 717
низкий уровень *см.* Гипогликемия
измерение уровня 926–927
Гнев 636–639
Гнев, приступы 553
Голеностопного сустава травмы 583, 585, 589
Голова и шея, осмотр 18, 262
повышенная температура, признаки 262
у новорожденных 135
Голова
большая 616–618, 722
кивание 206, 844
макроцефалия 616–618
микроцефалия 615–616
отклонения окружности 615–618
раны *см.* Головы травмы/ранения
у новорожденных 28, 146–148
фенотипические изменения (у новорожденных) 29
Голова, окружность 615, 617
измерение, во время контрольного посещения здорового ребенка 24, 25
отклонения 615–618
расчет показателя «окружность головы / возраст» 952, 953–954
Голова, у новорожденных 146, 148
гематомы 147
сыпь по типу «пощечины» (эритема щек) 284, 290
Головная боль 539–549
дифференциальная диагностика 542–544
напряжения 542, 546–547
после сотрясения мозга 543
тревожные признаки 541
Головы травмы/ранения 580–582, 871, 875
насильственные (синдром детского сотрясения) 178, 755
признаки 876
рвота и Г. т. 350
стабилизация шеи 857, 873
тревожные признаки 581
экстренная помощь 879
Гонорея 815, 819
Гордеолум (ячмень) 534–535
Гранулема пупка 156

Графики, составление, контроль физического развития 25
Грибковая инфекция, макулопапулезная сыпь 455, 460
Грипп 88, 269, 274–276
вакцина 83, 85, 92, 276, 743
Гриппа вирусы 275
Грудная клетка, втяжение нижней части при вдохе 199, 207, 214, 224
Грудная клетка, затрудненное дыхание 206–207
Грудное вскармливание 31, 33, 95, 96–104
консультирование 97, 105, 142
контрацепция в период Г. в. 807
лечение диареи и Г. в. 323, 324, 337
матери с ВИЧ-инфекцией 196
неправильное прикладывание к груди / «недостаточно молока» 100–101
отказ/нежелание (ребенка) 101–103
оценка 98–99, 142, 177
позиция для Г. в. 97, 98, 100
поощрение/поддержка 95, 97, 101
прикладывание ребенка к груди 98
продолжительное, прием витамина В 114
рвота у новорожденных 180, 182
рекомендации 94, 95, 602
техника 97, 98, 100, 102
трудности, преодоление 100–103
Грудное молоко 95
заменители, показания к использованию 107–108
«нехватка» 100–101
стимулирование отдачи 105
сцеживание 97, 101, 103–104, 105
увеличение выработки 101
хранение 103–104, 105
чрезмерная выработка, сокращение 103
Грудной клетки травма 371, 875, 876, 933
Грыжа
паховая см. Паховая грыжа
пупочная см. Пупочная грыжа
Грэхема – Стилла шум 378
Губа, расщелина 150, 151

Д

Давление артериальное 395, 396
высокое *см.* Гипертензия, артериальная
измерение 925–926
систолическое *см.* Давление артериальное систолическое
Дакриоаденит 530, 533
Дакриостеноз 536
Дакриоцистит 529, 533–534
Дактилит 725, 727
Дальнозоркость (гиперметропия) 518–519
Дауна синдром (трисомия 21) 183–184, 675–677
Девственная плева, атрезия 159
Дексаметазон 231, 232, 897, 961, 995
Делирий, симптоматическая терапия 783
Депрессия и сниженное настроение 618–623, 634, 764
нарушения сна 645
симптоматическая терапия 783

Дерматит
аллергический контактный 455, 461
атопический 453, 457, 458, 461
при ВИЧ-инфекции 736
себорейный 453, 460
себорейный дерматит новорожденного («молочная корочка») 168
Дерматофития туловища 460
Дермоидная киста 510
Десневые кисты 150
десны 543
заглоточный *см.* Заглоточный абсцесс
кожи 453, 460
перитонзиллярный 249
поясничной мышцы 303, 494
«Детские колики» 177–179
Детский церебральный паралич 568, 681–685
Детского сотрясения синдром 178, 755
Джоунса критерии, пересмотренные 280
Диабет сахарный 709–721
у подростков 721
Диабета контроль 716
Диабетический кетоацидоз 351, 361, 710, 871,873
Диагностические подходы 11–21
к обследованию *см.* Обследование (физикальное)
к подросткам 790–795
контрольное посещение здорового ребенка, посещение больного ребенка, последующее контрольное посещение 11–12
сбор анамнеза см. Сбор анамнеза
Диагностические экспресс-тесты 918
Диазепам 858, 898, 962
Диарея 21, 315–346
детская (функциональная / хроническая неспецифическая) 334, 340–341
дифференциальная диагностика 317, 318–319
затяжная 317, 333–337
кровавая (дизентерия) 318, 329–331
неукротимая рвота при Д. 326
острая *см.* Гастроэнтерит (острая диарея)
повышение температуры при Д. 271, 313
после перенесенной инфекции 333, 337
потеря цинка 116
при ВИЧ-инфекции 736
при сахарном диабете, лечение 717
связанная с приемом антибиотиков 318, 328
хроническая 328
Диастолическое артериальное давление 395, 396
Диеты, без необходимости / без контроля специалиста 112
Дизентерия 318, 329–331, 349
Дизентерия амебная (амебиаз) 329, 331
Дизентерия бактериальная 329, 331
Дизурия 410–419
дифференциальная диагностика 411-413
Дислипидемии 96, 716
Дисменорея 359, 830–831

Дистония шейная 178, 353, 553
Дифтерия 86, 230, 233, 250, 862
Дифференциальная диагностика 20
Длина тела 944
  измерение, во время контрольного посещения здорового ребенка 24, 25
«Длина тела / возраст» (показатель) 24, 26, 601
  таблицы, расчет 939, 940, 942
Доброкачественный лимфоретикулез («болезнь кошачьих царапин») 508
Дозированный аэрозольный ингалятор (ДАИ) 701, 702
Доказательная медицина 4
Домашние роды 132, 140
Дорожно-транспортный травматизм 123, 877
Дрожь, приступы у детей грудного возраста 553
Душевные страдания 783
Дыхание затрудненное 199, 205–210, 861
  дифференциальная диагностика / причины 199, 208–210, 211, 269
  у новорожденных 198, 199
Дыхание
  алгоритм реанимации 849, 851, 853
  восстановление, экстренное 849, 853
  медленное 199
  оценка (алгоритм ABCDE) 842, 844, 845, 846
  проверка 17, 18
  у новорожденных 135
  частое 199, 206, 214, 215, 380
  шкала Апгар 28
  шумное, симптоматическая терапия 781
Дыхание, частота 18, 135, 206, 695, 843
  нормальные значения 135, 843
Дыхания звуки 207, 214
Дыхательная недостаточность 224, 861–865
  лечение, симптоматическая терапия 781
  тяжелая 844, 846, 861–865
  признаки 17, 18, 215, 846
Дыхательные пути
  алгоритм реанимации 849
  инородное тело 591
  обструкция 151, 249
  освобождение, экстренное 849, 851
  оценка (алгоритм ABCDE) 842, 844, 845, 846

Е

Езда на велосипеде, профилактика травматизма 124

Ж

Железистая лихорадка (инфекционный мононуклеоз) 270, 292, 507
Железо
  дозировки (в качестве пищевой добавки) 965
  отравление 887
  передозировка 723, 727
  потребность в Ж. 109
Железодефицитная анемия 114, 475, 478–479
Желобок губной, сглаженный 185, 641, 686
Желтая лихорадка, вакцина 91

Желтуха 173, 480–487
дифференциальная диагностика 482–484
нефизиологическая 173
повышение температуры, сопровождаемое Ж. (завозный случай лихорадки) 314
тревожные признаки 481
у новорожденных 139, 173–174, 175, 199
физиологическая 173
Желчекаменная болезнь 362, 483, 609, 730
Жесткий воротник (корсет для фиксации шейных позвонков) 857
Жестокое обращение с ребенком (насилие) 6, 753–762
ведение, последующее 759–762
выявление, направление и уведомление о случаях 8, 759
документирование 758–759
защита детей от Ж. о. 130
небрежное обращение, тревожные признаки 6, 753
оценка/обследование 756–758
признание ребенка 757
сексуальное насилие *см.* Сексуальное насилие
физическое насилие 754–755, 875
кровоподтеки 573, 754
оказание помощи при ф. н. 760
переломы 585
синдром детского сотрясения 178, 755
травмы головы 178, 580, 755
тревожные признаки 570, 573, 754–755
эмоциональное насилие, тревожные признаки 755
Жестокое обращение см. Жестокое обращение с ребенком (насилие)
«Жемчужины Эпштейна» 150
Живот, обследование 19, 263
у новорожденных 29, 136
Животных укусы 574–577
Жильбера синдром 484
Жиры (в питании) 112

З

Заболевания в анамнезе 13
Заворот кишок 895
Заглоточный абсцесс 230, 232–233, 249, 263, 865
тяжелая дыхательная недостаточность 864, 865
Задержка полового созревания 796–800
Задержка роста 26, 602–608, 652
у новорожденных 602
Задний проход
атрезия 160, 176
врожденные патологии, у новорожденных 160, 176
осмотр, у новорожденных 29
переднее смещение 160, 176
Закрытые травмы 574, 877
брюшной полости 356, 359
Запор 359, 365–367
симптоматическая терапия 779–781
тяжелый, острый живот 895
Застежка-«молния», методика освобождения при защемлении 444
Застежка-«молния», травма защемления 443

Застойная сердечная недостаточность 474, 484
Заторможенность 870–874
Защита детей 753
Здоровое питание 1, 94, 95, 108, 111–112, 113
Здоровый образ жизни 94
«Зеленая ветка» (тип перелома) 587
Зидовудин 195, 196
Злокачественные заболевания *см.* Онкологические заболевания, отдельные опухоли
Змеи, укусы 890
Зрачок (зрачки)
белый зрачковый рефлекс (лейкокория) 537–538, 732, 733
неодинаковый размер 273, 274, 514, 870
одинаковый размер, реакция на свет и аккомодацию (тест PERRLA) 18
Зрелость, способность принимать решения, у подростков 788
Зрение, нарушения 513–517
головная боль при нарушениях З. 542
при детском церебральном параличе 684
при дефектах нервной трубки 680
скрининг на нарушения З. 93, 138
снижение З. 442–444
у новорожденных 131, 134
Зрение, проверка остроты 518–521
Зрительные функции, развитие 152, 154
Зубная паста с фтором 113, 115, 118
Зубы, проверка состояния 117
Зубы, чистка 118
Зуд, симптоматическая терапия 782

И

Ибупрофен 265, 267, 375, 597, 830
дозировки 965
Игровая активность, основные этапы развития 42, 46, 49, 52, 55, 57, 74, 75
Идиопатическая внутричерепная гипертензия 543
Идиопатическая низкорослость 612
Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура 466
Избыточный вес 27, 608–611, 652
Изменение формы черепа во время родов 148
«ИМТ/возраст» (показатель) 947, 948–951
Иммунизация 80–93
борьба с мифами 92–93
в неонатальный период 133
запись в прививочной карте 80
консультирование на тему И. 85–86
лекарства, несовместимые с И. 89
ложные противопоказания 91
особенности (для отдельных вакцин) 84–85
отложенная 80, 84–85
ошибки, предотвращение 89
плановая, рекомендованный ВОЗ календарь 80, 81–83
повышение температуры как реакция на И. 268
получение согласия перед И. 88
прерванный курс 80
при ВИЧ-инфекции 743
при сахарном диабете 715

при серповидно-клеточной анемии 726
проведение 88–89
противопоказания 91
реакции на И., лечение 89, 90
рекомендации для групп риска 83
рекомендации для отдельных регионов 83
рекомендации, программы с особыми характеристиками 83
смягчение болезненных ощущений при И. 88
см. также Вакцина (вакцины)
Иммунитет, естественный и вакцинный 92
Иммуноглобулин А-ассоциированный васкулит (пурпура Геноха – Шёнлейна) 361, 465, 466–469, 493
Иммунодефицит 333
Иммунодефицит, хронический кашель при И. 238
Иммунокомплексная реакция гиперчувствительности 494
Импетиго 454, 459, 463
Импульсивность, чрезмерная 673, 763
Инвагинация кишечника 318, 360, 567, 895
Ингаляторы, виды/применение 701–703
астмоидное дыхание 223, 224, 692, 693
вакцинация при А. 92
долгосрочное ведение 698–700
препараты для контроля состояния и облегчения симптомов 698–701
увеличение/уменьшение дозировок препаратов 704–705
легкая/умеренная 696, 697–698
отслеживание и контроль симптомов 704–705
тяжелая дыхательная недостаточность 862, 864–865
угрожающая жизни и тяжелая 695, 696, 862
Ингаляционные кортикостероиды (ИКС) 699, 700–701, 978–979
Ингаляционные препараты, при астме 978–979
Ингибиторы протонного насоса 368
Индекс массы тела (ИМТ) 24, 27, 94, 602, 608
таблицы показателей «ИМТ/возраст» 947, 948–951
Инородные тела 589–594
аспирация 590, 861
кашель / затрудненное дыхание 209, 237
экстренная помощь 865
стридор 229
свистящее дыхание 224
в глазу 523, 529
в глотке 591
в мягких тканях 590
в носу 253, 255, 258, 589–590
в ухе 589
проглатывание 373, 592–594, 895
Инсулинотерапия
виды инсулина 713
контроль в период И. 713, 715
режимы 712
техника/место введения инъекций 720
у подростков 712–713
Инсульт, ишемический 544, 730

Интеллектуальных возможностей
ограничение 640
Интернет
проблемы, связанные
с использованием 642, 645,
772–774
рекреационное использование
772
угроза для здоровья 773
Инфекции, передающиеся половым
путем (ИППП) 6, 358, 814–816
дифференциальная диагностика
815
знания/консультирование 802,
814
исследования, лечение 816, 817
незащищенный половой акт
у подростков 809
профилактика 804, 807, 819
сексуальное насилие и ИППП 6,
756, 758, 760, 815
у матери, врожденный сифилис
191–192
Инфекционные заболевания
у мигрантов и беженцев 8
мифы о вакцинах 92
новорожденные дети матерей
с И. з. 189–198
у лиц, находящихся в уязвимом
положении 6
см. также Инфекция (инфекции)
Инфекционный мононуклеоз 270,
292, 507
Инфекционный эндокардит 300,
381–382, 466, 689
признаки/симптомы 300, 381, 466
профилактика 382, 689
Инфекция (инфекции)
бледность при И. 474
боли/отеки суставов при И. 494
гипотония с острым началом при
С. 567
желтуха, вызванная И. 483
затяжная диарея при И. 337
лимфаденопатия при И. 507–508
не связанная с системой
пищеварения рвота и И. 349
после аборта 828
при серповидно-клеточной
анемии 726, 728
профилактика И. в ранах,
порезах, ссадинах 571–572
раны, лечение 572, 574
рвота у детей грудного возраста
при И. 181, 349
тяжелая дыхательная
недостаточность при И. 862, 865
у новорожденных, факторы риска
134, 140
Инфекция бактериальная *см.*
Бактериальная инфекция
Информационная система
здравоохранения 4
Информационно-коммуникационные
технологии (ИКТ) 642, 772–774
проблемы, связанные с
использованием ИКТ 772, 773,
774
рекреационное использование
772
Инфузионные растворы 778
введение, техника 930–931
для новорожденных 856
для подростков 856
канюля, уход 931
объем, при лечении шока 856,
867

при травме, сопровождаемой шоком 877
при тяжелом обезвоживании, вызванном диареей 326, 327
при тяжелых ожогах 882
при шоке 856, 867–868
состав 997
через вену волосистой части головы 930–931
через периферическую вену 930
Инъекции 928–929
методы выполнения 928–929
смягчение болезненных ощущений при И. 88
Ипратропия бромид 697, 864, 965
Искусственная вентиляция легких при помощи мешка Амбу 853
Истерики 636–639
Истощение 604
Ишемический инсульт 544
Ишемия, боль в груди 374

Й

Йод, дефицит 116, 188

К

Кавасаки болезнь 283, 293–295
диагностические критерии 294
Калории, потребление и потребности 104, 111
Кальканеовальгусная стопа 163
Кальций, потребляемый с пищей 108
Candida albicans 150
Кандидоз / кандидозные инфекции
полости рта 102, 150, 170, 736
при ВИЧ-инфекции 736, 737
у новорожденных 150, 170
Капоши саркома 737
Карбамазепин 281, 561, 598, 958
Карбамата соединения, отравление 887
Кардиогенный шок 867, 868
Кариес 543
профилактика 115, 118
Катаракта 538
Качество медицинской помощи, стандарты ВОЗ 4–5
Кашель 21, 205–210
астматический 208, 693
дифференциальная диагностика 205, 210–211, 211, 217, 224, 269
лечение, симптоматическая терапия 781
при пневмонии 205, 213, 214, 215
спазматический 213
хронический 208, 234–240
Кенгуру метод (вид материнского ухода) 142–143
Кератит 522, 527
Керион, глубокая трихофития 460
Керниктерус, билирубиновая энцефалопатия 173
Кетамин 877, 899, 966
Кефалогематома 146, 147
Кислород, насыщение крови
измерение 18
при бронхиолите 225
при врожденном пороке сердца у новорожденных 185, 186
при пневмонии 215, 216
скрининг, в неонатальный период 30, 139
Кислородная терапия, при неотложных состояниях 854
Киста жаберная (боковая киста шеи) 510
Кисты
дермоидные 510

десневые 150
жаберные 510
кожи, у подростков 832
щитовидно-язычные 510
Кифосколиоз 680
Кишечная перистальтика, шумы 19
Кишечника непроходимость 351, 360
Кишечника перфорация 895
Кишечные паразиты 318, 345–346
Кишечные паразиты, диарея на фоне 318, 345–346
Клей, для закрывания ран 785, 786
Клещевая лихорадка 921, 922–923
Клещевая лихорадка возвратная 308
Клещевой энцефалит 85
вакцина 83, 85
Клещи, укусы 306, 307, 308
Клинический осмотр ребенка *см.* Обследование (физикальное)
Клоксациллин 977
Клоназепам 561
Ключица, перелом 162–163
Когнитивное развитие, подростков 786
Когнитивные нарушения 681, 685
Кожа
Кожа, инфекции 271
«Кожа к коже» (контакт) 95, 97, 101, 105, 143
Кожа, обследование 144, 145
у новорожденных 135
Кожа, онкологические заболевания 733
Кожа, повреждения/поражения
воспаление, пеленочный дерматит 170
при ИППП 790
при сахарном диабете 716
у подростков 832–834
шелушение, у новорожденных 167
Кожа, уход
в неонатальный период 144, 145
при пороке сердца 689–690
Кожные заболевания 450–470
Кожный барьер 983
Коклюш 86, 209, 236, 238–240
Коксаки А, вирусная инфекция 279
Колики, детские 178–180
Колобома 155
Кома 847, 870–874
дифференциальная диагностика 871–872
Комбинированные оральные контрацептивы в виде таблеток 805, 806, 808, 833
Коммуникация 6, 14, 24, 919
на тему направления к специалисту 919
на тему паллиативной помощи 776–777
нарушения/дефицит 639–641
общение с ребенком 12–13
при детском церебральном параличе 683
при оказании экстренной помощи 842
с подростками 790, 792, 800–801
Компетенции, оценка у подростков 788
Компрессионный веретенообразный перелом 587
Компрессия грудной клетки 850, 855
Конвенция о правах ребенка (КПР) 5–6, 7, 753, 788
Конверсионное расстройство 659
Конвульсии см. Судороги (конвульсии)
Конечности, травмы 165, 875

Конституционная задержка роста и развития 611
Контакт с ребенком/родителями 14, 70
Контрактуры ожоговые 579
Контрацепция 800, 804–808
  экстренная 809, 810
Контроль веса, меры 601
Контроль физического развития 20, 24–27, 94
  в неонатальный период 136, 138
Контрольные посещения здорового ребенка 12, 23–67, 117
Конфиденциальность, при работе с подростками 788
  нарушение, риск суицида 627
Конъюнктивит, острый 521, 523–528
  аллергический 524, 526–527
  бактериальный 524, 526
  вирусный 524, 525
  неинфекционный невоспалительный 524, 527
  у новорожденных 153, 523
Координатор медицинской помощи 2
Координация медицинской помощи
  при ВИЧ-инфекции 740
  при врожденном пороке сердца 688
  при детском церебральном параличе 683
  при дефектах нервной трубки 678
  при муковисцидозе 707
  при нарушениях развития 669
  при оказании паллиативной помощи 776
  при онкологических заболеваниях 734
  при потребностях в комплексной помощи 662–664
  при серповидно-клеточной анемии 726
  при синдроме Дауна (трисомии 21) 676
  при ювенильном идиопатическом артрите 502
Копростаз 365
Коричневые (кофейные) пятна 171
Кормление детскими смесями *см.* Смеси для детского питания, кормление
Кормление
  гастроэзофагеальный рефлюкс и К. 353–355
  детей грудного возраста 95–110
    грудное вскармливание *см.* Грудное вскармливание
    прикорм 94, 95, 104, 106–107
    консультирование по вопросам К. 31, 33, 36, 39, 94
    детские смеси см. Смеси для детского питания, кормление
    задержка роста 602
    рекомендации в зависимости от возраста 95
  детей младшего возраста 95, 96
  затяжная диарея, лечение 335
  лечение диареи 323, 325
  нарушения, рвота при К. 349
  при детском церебральном параличе 685
  расщелина губы/нёба
  у новорожденных 151
  рвота 181
Коровье молоко 336, 354
  аллергия 178, 181, 333, 338, 349
  чрезмерное потребление 114
Коронавирусное заболевание 2019 г. *см.* COVID-19

Кортикостероиды
ингаляционные 699, 704, 978–979
местные 982
системные, сравнение 995
Корь 87, 283, 284, 285–287
вакцина 82, 84, 92
Косоглазие, см. Страбизм
Косолапость 163
Кости
боль/отек 488–496
дифференциальная диагностика 491–494, 724
опухоли 494
проявления злокачественных заболеваний 494
Костный мозг, нарушение/подавление функций 473
Косыночная повязка 924
Кофейные пятна 171
КПК (тривакцина против кори, паротита, краснухи) 86, 87, 88
Крайняя плоть
анатомические вариации 160
жалобы 438–440
невозможность обнажить головку полового члена (фимоз) 440–441
травма от застежки-«молнии» 444
Краниотабес 148
Крапивница 455, 461
Краснуха 87, 283, 284, 289–290
вакцина 82, 84
врожденная 191
Кривошея 152
Криглера – Найяра синдром (врожденная негемолитическая желтуха) 484
Криптококковый менингит 737
Крипторхизм (неопущение яичка) 159, 435
Крови анализ 357, 401, 918
у новорожденных 30
Кровоизлияние
внутричерепное 544
подапоневротическое 147
см. также Кровотечение
Кровообращение
алгоритм реанимации 849
оценка (алгоритм ABCDE) 842, 843, 846–848
Кровоподтеки (экхимозы) 452, 573
при жестоком обращении с ребенком 574, 754
у новорожденных 147, 148, 167
Кровопотеря
острая, с бледностью 475
при менструации 829
Кровотечение
внешнее, остановка 879
при онкологических заболеваниях 732
при травмах 877
симптоматическая терапия 781
шок 475, 867, 868
Крона болезнь 334, 343–344
Круглые черви 345, 346
Круп 209
аллергический 229
вирусный 229, 230–232, 862
коревой 285, 286
экстренная помощь 865, 897, 898
Культурное разнообразие 3
Купание новорожденного 144, 145
Курение, хронический кашель 236
Кушинга синдром 609

Л

Лабораторные исследования 917–918

Ладьевидная кость, переломы 587
Лайма болезнь (боррелиоз) 300, 306–307
Лактазная недостаточность 337, 339
Лактозы непереносимость 337, 339–340, 349, 360
Лактулоза 366, 780, 966
Ламотриджин 561, 966
Ланга стереотест 516
Лангера линии 922
Ларингомаляция (врожденный стридор) 186, 230
Латекс, аллергия 680
Леветирацетам 561, 858, 967
Легкие, перкуссия/аускультация 18
Легких абсцесс 238
Легких заболевания
муковисцидоз 705–708
серповидно-клеточная анемия 731
Легочной артерии стеноз 378
Легочный кровоток, шумы 378
Легочный эмбол 807
Лейкемия 509, 733
Лейкокория (белый зрачковый рефлекс) 537–538, 732, 733
Лейкопластырь, для закрывания ран 921–923
Лекарства см. Лекарственные препараты (лекарства)
Лекарства, применяемые при неотложных состояниях 897–900
основные и прочие 916
Лекарственные препараты (лекарства)
дозировки 955–993
для новорожденных 976–977
от астмы 978–979
от ВИЧ-инфекции 987–991
от туберкулеза 993
желтуха, вызванная приемом Л. п. 482
использование заменителей грудного молока в связи с приемом Л. п. 107
лимфаденопатия при приеме Л. п. 510
местные 984–986
отравление Л. п. 883
повышение температуры как реакция на Л. п. 268
применяемые при неотложных состояниях 897–900, 916
учащенное сердцебиение, связанное с приемом Л. п. 386
формы выпуска 955
хранение, предотвращение отравлений Л. п. 126
Лекарственный анамнез 13
Лечение, планирование и начало 20
Лимфаденит, острый бактериальный 508
Лимфаденопатия 506, 507
дифференциальная диагностика 507–509, 732
доброкачественная и настораживающая 505, 506, 509
при онкологических заболеваниях 732, 733
при туберкулезе 747
Лимфангиома 510
Лимфатический узел (узлы) 504, 505
увеличение см. Лимфаденопатия
Лимфома 507, 733
Лица асимметрия 149
Лица отек 276
Лицо, у новорожденных 135, 149
Лишай розовый 455
Локтевая кость, перелом 163

Локтевой сустав, вывих 584
Лоразепам 858, 899, 967
Лучевая кость, переломы 163, 568
Лямблиоз 334, 341–343, 350

M

Макроглоссия 183, 676
Макроцефалия 616–618
Максимальный объем выдоха (МОВ) 694
Малая хорея (хорея Сиденгама) 280, 281
Малоактивный образ жизни 119
Малого таза органы, воспалительные заболевания 362, 412
«Мальтийская лихорадка» (бруцеллез) 300, 304, 508
Манту проба 748
Маска для лица
для подачи кислорода 854
для профилактики заражения COVID-19 220
Масса тела при рождении, низкая 106, 107, 141
Мастоидит 248, 270
Мастурбация 801
Материнский анамнез 133
Медицинская карта 80
Медицинская сортировка в первой точке контакта с системой здравоохранения 912–914
Медицинские работники, обязанности / основные принципы работы 4–5
работник первичной медико-санитарной помощи, функции 1–3, 6, 7, 27
Медицинский клей, для закрывания ран 921, 922
Медицинский осмотр *см.* Обследование (физикальное)
Медузы ужаление 889, 891
Мекониальной аспирации синдром 199
Меконий 27
задержка отхождения 175–177
Меланома 171
Меланоцитоз, врожденный дермальный 171
Менархе (начало менструаций) 448, 796, 828
менингеальные знаки 201, 272, 543, 550
Менингит 87, 262, 272–274, 871
бактериальный 272–273
головная боль при М. 543
криптококковый 737
не бледнеющая при надавливании сыпь 282, 452, 465
при паротите 276
признаки 272, 543, 550
у новорожденных 201
рвота при М. 350
экстренная помощь 873
Менингококковая септицемия 87, 465
Менингококковая четырехвалентная вакцина 83, 85
Менингококковый менингит А, вакцина 83, 85
Менингококковый менингит С, вакцина 83, 85
Менингококковый менингит, осложнения 87
Менингоцеле 161, 677
Менструальный анамнез 829
Менструальный цикл 828
нарушения 828–829

Менструации, начало (менархе) 447, 796, 828
Местная анестезия 599, 600
Местная анестезия 985
Мигранты (дети/подростки) 6–7
Мигрень 350, 391, 542, 547–549, 554
  с аурой 548, 807
  без ауры 547–549
Мидазолам 858, 899, 969
Миеломенингоцеле 161, 677
Мизопростол 826
Микобактериальная инфекция 507
Mycobacterium tuberculosis 746
Микроцефалия 615–616
Микроэлементы
  дефицит 113, 114, 115
  пищевые добавки 113–116, 336
    без необходимости, отказ от приема 112
Милия (белые угри) 169
Миокардит 263, 374, 386
Миоклонус сна неонатальный доброкачественный 552, 648
Миопия (близорукость) 518–519
Митрального клапана
  недостаточность 378
Мифепристон 825
Младенческая (инфантильная) гемангиома 171
Младенческая (инфантильная) гемангиома 171
Младенческие судороги 560
Многопрофильная помощь 2, 710
Мозга опухоль 352, 544
Мозга развитие 70, 78, 677
  в подростковом возрасте 786
Мозгового кровообращения
  нарушения 732
Моллюск контагиозный 456, 462
Молоко, аллергия 178, 181, 333, 338, 349
Молокоотсос 104
Молочная корочка (себорейный дерматит новорожденного) 168
Молочная смесь третьего уровня 109
Молочница полости рта 102, 150, 170, 736
Молочные железы
  инфекции, у новорожденных 158
  набухание, у новорожденных 158
  нагрубание (у матери) 102
  развитие, в период полового созревания 797, 698, 799
«Монгольское пятно» 171
Мононуклеозный синдром 292
Моро рефлекс 137
  асимметричный 162
  отсутствие 163
Морская болезнь (укачивание в транспорте) 351, 352
Морфин 598, 780, 877, 882
  отравление 887
  формы выпуска / дозировки 900, 969
Мотивационное интервью 794
Моторика
  во время сна 648–649
  нарушения при дефектах нервной трубки 680
  основные этапы развития 36, 39, 41, 45, 48, 52, 55, 57, 62, 65
Моча
  красная 404
  лейкоциты в М. 415
  микроскопия 401, 414
  нитриты 415
  отхождение, у новорожденных (от рождения до 72 часов жизни) 28

посев 415
сбор и анализ образцов 415
Моча, анализы с помощью тест-полоски 265, 401, 402, 403, 404, 409
метод и результаты 414, 415
Мочевого пузыря и кишечника дисфункция 424, 679
Мочевой пузырь, камни 412
Мочевыводящие пути, инфекция 268, 299, 359, 409, 413–419
Мочевыделительная система, симптомы 400, 407, 427
Мочеиспускание, выработка контроля 419
Мочи недержание (энурез) 419–423
Мочи недержание дневное 424–426, 427
Мочи недержание, лечение с помощью будильника 423
Мошонка
травмы 428, 432
увеличенная, у новорожденных 159
Мошонка, боль 426–435
дифференциальная диагностика 427, 428–429
острая 426
Мошонка, отек 426–435
дифференциальная диагностика 428–429, 432–433
Муковисцидоз 705–708
мекония отхождение, задержка 175
признаки/симптомы 237, 334, 705–706
скрининг новорожденных 30, 705
Мультисистемный воспалительный синдром у детей (MIS-C) 221, 264
Мышечная вялость, у детей грудного возраста 564–569
Мышечная сила 565
Мышечное напряжение 371
Мышечный тонус
оценка 19, 565
повышенный, при детском церебральном параличе 682
сниженный (вялость) *см.* Гипотонус
шкала Апгар 28
Мюнхгаузена делегированный синдром (симулятивное расстройство) 302, 659, 756
Мягкие ткани, инородное тело 591
Мягкие ткани, инфекции 271

Н

Наблюдение за ребенком 13–14, 17, 18–20
неотложная помощь 842, 846
Наджелудочковая тахикардия 387–388
Наказания, физические, отказ от 130
Напитки на растительной основе 109
Направление 2, 3, 6, 919–920
перевозка при Н. 920
см. также отдельные состояния
Нарколепсия 646
Наружный отит 241–243
Нарушения всасывания 114
Насекомых укусы/ужаления 463, 577
Neisseria gonorrhoea 154, 358, 432, 523, 524, 815
Насилие 7, 8
защита детей от Н. 130
Натрий, потребность 115
Неблагополучные районы, проживание детей 6

Небо, расщелина 150, 151
Небулайзер с маской 701
Невербальные сигналы 13
Невнимательность 633–635, 673, 763
Неврологические расстройства 659, 736
Неврологические симптомы/признаки 658
  обморок 390
  повышение температуры (завозный случай лихорадки) при Н. с. 312
  при онкологических заболеваниях 733
  рвота и Н. с. 347
  травмы 875
Неврологический статус, алгоритм ABCDE 843, 845, 848, 870
Невус врожденный меланоцитарный (родинка) 171
Невус пламенеющий («винное пятно») 172
Недержание мочи 419–423
  дневное 419, 424–426, 427
  ночное / во сне 419–423
Недоношенные младенцы *см.* Преждевременные роды (недоношенные младенцы)
Недостаточное питание 24, 602–608, 652
Нейробластома 733
Нейрокутанный синдром 405
Нейропатия, диабетическая 716
«Немое легкое» 861
Неонатальный период *см.* Новорожденные (неонатальный период)
Неотложная помощь 842–843
  ABCDE (алгоритм) 571, 842, 846–848, 875
  алгоритм реанимации 849
  аспирация инородного тела 865
  введение воздуховода 852
  глюкоза (в/в) 860
  дыхательная недостаточность (тяжелая) 861, 864–865
  дыхательные пути, освобождение 850, 851
  заторможенность, кома 870–874
  инфузионные растворы 856
  искусственное дыхание 853
  компрессия грудной клетки 855
  новорожденным 201
  оборудование для оказания Н. п. 915
  подача кислорода 854
  поражение ядом 890–891
  поэтапный подход 842–843
  ребенок без сознания, положение тела 857
  SAMPLE (метод опроса) 843, 848
  судороги 858, 870–874
  травма 875–878
  удушье 850
  шок 866–869
Неотложные признаки, оценка 844, 845
Непереносимость глютена (глютензависимая энтеропатия) 333, 342–343
Непереносимость, пищевая 337–338
Непослушание 636–639
Непреднамеренные повреждения
  локализация (в отличие от ситуаций физического насилия) 754
  предотвращение 123–125, 888

Непрерывность оказания медицинской помощи 2, 3
Непрямой массаж сердца 849
Нервная система, нарушения развития 567, 666
Нервная система, обследование 19
в неонатальный период 137
Нервной трубки дефекты 161, 677–681
Нервно-мышечные нарушения 567
Нефритический синдром 404
Нефробластома 407
Нефролитиаз (почечные камни) 362, 412, 419
Нефропатия, диабетическая 716
Нефротический синдром 403–404
Неходжкинская лимфома 508
Низкая масса тела при рождении 107, 108, 142
Низкорослость 611–614
Низкорослость 611–614
Низкорослость 611–614
при серповидно-клеточной анемии 727
Новорожденные (неонатальный период) 131–202
варианты нормы и явления, вызывающие обеспокоенность 146–170
см. также отдельные анатомические структуры
домашние роды, особенности 140
консультирование в Н. п. 141–146
лекарственные препараты, дозировки 976–977
обследование после рождения 28–29, 132, 135–137, 140
опасные признаки 141, 198–202
показатели жизненно-важных функций, нормальные значения 135, 843
сбор анамнеза 27, 133, 141
скрининговые тесты *см.* Скрининг / скрининговые тесты
см. также отдельные состояния
сон в Н. п. 142, 143
уход после рождения 132–137
уход при каждом послеродовом контакте 132
Нога (ноги)
врожденные патологии 140
переломы 165, 876
язвы 729
Нога *см.* Ноги
Ноги
врожденные патологии 163–164
переломы 165
Ногти, уход в неонатальный период 143, 145
Нос
заложенность, устранение 102, 210, 212, 225, 227
инородное тело Н. 254, 255, 257, 591–593
кровотечение (эпистаксис) 258–259
местные лекарственные препараты для Н. 985
обследование 18
см. также термины, начинающиеся со слов «носовой» и «назальный»
Нос, выделения 210, 224, 252–254, 269
Нос, раздувание крыльев 199, 206, 214, 215, 379

Носа заложенность, устранение 102, 211, 212, 225, 227
Носовая перегородка, искривление 253, 255, 256
Носовое дыхание, нарушение 254–257
Носовые канюли 854
Носовые полипы 255, 257
Ночные кошмары 553
Ночные страхи 553

О

Обезболивание 597, 598, 599
  местное 985
Обезвоживание 317–318
  диарея, сопровождаемая О. 319–321
    затяжная диарея 333–336
    лечение 323, 325, 327
  оценка степени тяжести 319, 320, 333
  при кори 285, 286
  тяжелое 264, 317, 320, 844, 846, 871
    гипотонус с острым началом при тяжелом О. 484
    гиповолемический шок 866, 867, 869
    лечение 321, 326, 327, 872
Обмена веществ нарушения
  желтуха, вызванная Н. о. в. 483
  использование заменителей грудного молока 107
  рвота при Н. о. в. 182, 351
  скрининг (новорожденных) 30, 138–139, 186–187
  у новорожденных 182, 186–188
Обморок 390–394
  дифференциальная диагностика 391, 392, 552
Оборудование 914–916
  для оказания неотложной помощи 916
  для уборки/дезинфекции 915
  размеры для детей 1001
Образ жизни, у подростков, оценка 768, 793, 801
Обсессивно-компульсивное расстройство 631
Обследование (физикальное) 14–20
  подростков 795, 797
  общий подход 14–15, 17
  новорожденных 28, 132, 135–137, 141
  опасные признаки 140, 198–202
  домашние роды 140
  последовательность 14–16
  комплексное, составные части 17, 18–20
  наблюдение 15–16, 18, 19
Обследование в проходящем свете 427
Обстановка, благоприятная для детей и подростков, для осмотра 14, 911
Обструктивное апноэ сна 151, 646, 650
Обструктивное апноэ сна 646, 650
Обучение (шкала оценки HEADSSS) 793
Обучение, возможности в раннем возрасте 70
Обучения расстройство, приобретенное / связанное с речью 641
Общая задержка развития 641
Овощи и фрукты 111

Одежда 122
Одновременная проверка розового рефлекса с глазного дна 517
Одышка, симптоматическая терапия 780
Ожирение 26, 608–611, 652
Ожоги 128, 230, 578–580, 880–882
  направление к специалисту (экстренное) 578, 882
  площадь/глубина, оценка 578, 880, 881
  профилактика
  тяжелые/обширные, лечение 578, 882
Околопупочная область, боли 363
Околопупочная область, воспаление 200
Околоушные слюнные железы, припухлости 276, 736
«Окружность головы / возраст» (показатель) 952, 953–954
Оксигенотерапия, при неотложных состояниях 854
Оксид углерода (угарный газ), отравление 888
Окскарбазепин 561
Олигоартрит 501
Ондансетрон 326, 549, 970
Онихомикоз (грибковое поражение ногтей) 460
Онкологические заболевания 731–735
  желтуха при О. з. 483
  костей, проявления 494
  лимфаденопатия при О. з. 508–510
  опасные/тревожные признаки 732, 734
  повышение температуры при О. з. 731, 735
  распространенные у детей, проявления 733–734
  см. также отдельные виды опухолей
ООН, Конвенция о правах ребенка (КПР) 5–6, 7, 753, 788
Опасные признаки 24
  у новорожденных / детей грудного возраста 141, 198–202
  см. также Тревожные признаки
Опекуны/родители 2, 12
  аборт у несовершеннолетней и О./р. 824
  в контексте помощи, ориентированной на нужды и интересы семьи 2
  в ходе контрольных посещений здорового ребенка 24
  взаимодействие при жестоком обращении с ребенком 761
  внимательный уход, оценка 71
  во время осмотра ребенка 15
  дети с потребностями
  в комплексной помощи 665
  доводы против вакцинации 86
  информирование о развитии детей раннего возраста 79
  информирование о суицидальном поведении 627
  консультирование при эмоциональных/поведенческих нарушениях 765
  лечение употребления психоактивных веществ / злоупотребления ими 771
  неонатальный период, поддержка/консультирование 132, 141
  онкологическое заболевание у ребенка 735

осмотр подростка и О./р. 790, 795
паллиативная помощь, коммуникация/поддержка 776–777
поведенческие нарушения у ребенка/подростка 762
позитивные стратегии воспитания 78
проблемы, связанные с пользованием интернетом/социальными сетями 772–774
расширение возможностей 142
сбор анамнеза у О./р. 12
укрепление психического здоровья и благополучия ребенка 130
фетальный алкогольный синдром, поддержка 687
эмоциональное благополучие 142
Опиаты, отравление 887
Опиоидная зависимость/толерантность 729
Опистотонус 274, 553
Опорно-двигательный аппарат
обследование 19
у новорожденных 136
причины боли в груди 372
Оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВО) 634, 641
Опрелости 461
Опухоли *см.* Онкологические заболевания
Оральные привычки 117
Оральные регидратационные соли (ОРС) 322, 323, 325, 327, 335
состав 996
Организация медицинской помощи (на первичном уровне) 911–920, 913
благоприятная для детей и подростков обстановка 14, 911
инфекционный контроль *см.* Профилактика инфекций и инфекционный контроль (ПИИК)
медицинская сортировка в первой точке контакта с системой здравоохранения 912
направление пациентов 919–920
оборудование 914–916
перевозка при экстренном направлении 920
тесты/исследования 917–918
Ортолани проба 165–167
Ортостатическая гипотензия 392, 393
Ортостатическая протеинурия 402
Орхит, при паротите 276, 431
Осгуда – Шляттера болезнь (наследственная остеохондропатия бугристости большеберцовой кости) 491, 495
Основные этапы *см.* Основные этапы развития
Особые потребности в области здравоохранения 4
Остановка дыхания 845, 849, 861
Остановка сердца 845, 849
Остеомиелит 271, 300, 493
Остеосаркома 733
Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) 205, 210–211, 243, 269, 542, 651
постоянное свистящее дыхание при ОРВИ 227–228
Острицы 345–346, 411, 446
Острое поражение почек 407
Острые предметы, профилактика травматизма 914

Острый геморрагический отек
у младенцев 466
Острый грудной синдром 373, 725, 728
Острый живот 357, 894–896
Оталгия (боль в ухе) 241–246, 270
Отит наружный 241–243
Отит средний
острый 243–246, 270
хронический (хронический гнойный) 247, 737
экссудативный 246
Отношение к другим людям (основные этапы развития) 42, 45, 49, 52, 55, 57
Отношения
доверительные, для обследования ребенка 14
между родителем/опекуном и ребенком 130
Отоакустическая эмиссия (ОАЭ) 138
Отоскопия 243, 246
Отравление 126, 863, 871, 883–888
боль в животе при О. 362
вещества / отдельные яды 883, 887
глаза, попадание ядовитых веществ 885
дома 126, 883
направление пациента при О. 888
предотвращение 126
учащенное сердцебиение при О. 386
экстренная помощь 874, 884–888
отдельные яды 886–887
Офлоксацин 817, 970
Охрана здоровья детей-мигрантов и беженцев 7

П

Павлика стремена 167
Падения 127, 876
Пазухи, развитие 252
Паллиативная помощь 735, 775–783, 902, 904, 956, 968, 985
гидратация/питание 778
организация 776–783
распространенные симптомы при оказании П. п. 778–783
родители/опекуны, оказание поддержки 777
состояния здоровья, требующие П. п. 775
эмоциональная/психологическая/моральная поддержка 777
Пальпация 18
Пальцы
лишние, у новорожденных 162
переломы 588–589
фиксация поврежденного пальца к соседнему здоровому 923
Паническая атака 210, 629, 631
Панкреатит, острый 358
Папиллярно-пигментная дистрофия кожи 609
Папулезный акродерматит детей 455
Папулы 452, 832
Парасомния (нарушения сна) 649
Парафимоз 442–443
Парацетамол 265, 267, 375, 598
дозировки 971
отравление 888
Паротит 270, 276–277
вакцина 71
орхит 276, 431
последствия, осложнения 87, 276, 431
Паховая грыжа 158, 429, 436, 437

паховo-мошоночной области
патологии 707
ущемленная 361, 436–437, 895
Паховая область, выпячивание 436–437
Педиатрический алгоритм реанимации 849
Педикулез головной (вшивость) 470
Пеленочный дерматит 145, 170, 412, 438, 453
Пенициллин, аллергия 216, 245, 251, 254
Первая помощь, план действий при судорогах 556
Первичная медико-санитарная помощь
организация *см.* Организация медицинской помощи
учреждения 911
Первичная профилактика 69
Первичная цилиарная дискинезия 238
Перевод в систему здравоохранения для взрослых 2, 839
Переводчики 8, 13
Перевозка в стационар 202, 920
Перевозка, при экстренной госпитализации 202, 920
Переедание, компульсивное 654
Перекрут яичника 362
Перекусы 107, 112
Перелом дистального метаэпифиза лучевой кости 586
Переломы 493, 585–589, 876
дистального метаэпифиза лучевой кости 586
кисти/пальцев рук 588
ключицы 163
компрессионный
веретенообразный П. 587
ладьевидной кости 587
лодыжки 583, 589
неполный (по типу «зеленой ветки») 587
ноги или ступни,
у новорожденных 164
руки, у новорожденных 163
спиральный П. большеберцовой кости (П. ребенка, начинающего ходить) 491, 588
стабилизация, при оказании неотложной помощи 878
ступни/пальцев ног 164, 589
эпифиза 587
Перикардит 263, 373, 379
Перитонзиллярный абсцесс 249
Перитонит 263
Пертеса болезнь (асептический некроз головки бедренной кости) 491
Петехии 452
Печеночная недостаточность, острая, признаки 481
Печеночная энцефалопатия 481
Печень, пальпация 377
у новорожденных 136
Пиелонефрит 413–419, 414, 417
Пилонидальная ямка (сакральная ямка) 161
Питание
потребности в подростковом возрасте 108
при паллиативном уходе 778
Питание, здоровое 1, 94, 96, 108, 111–112, 113
Питание, консультирование
по вопросам 27, 94–112, 96
во время контрольного посещения здорового ребенка 31, 34, 37, 40

при ВИЧ-инфекции 628
при сахарном диабете 606
Питания анамнез 11
Питания нарушения 302, 552–556
Питания нарушения, лечение 27, 94
Пища (продукты питания)
прикорм 95, 106, 107
сбалансированное разнообразие, здоровое питание 111
см. также Кормление
Пищеварительная система, боль в груди
причины 371
Пищевого поведения расстройства 609, 653–656, 721
дифференциальная диагностика 653, 654
признаки 604, 652
рвота 351
Пищевое отравление 318, 329, 349
Пищевые привычки 651, 652
в подростковом возрасте 108, 652, 653
HEADSSS, шкала оценки 793
см. также Кормление
Плавание 121
Плавательное спасательное средство, индивидуальное 125
План лечения 662–663
Планирование семьи 141
Плановая медицинская помощь детям с потребностями
в комплексной помощи 665
при врожденном пороке сердца 689
при детском церебральном параличе 683
при онкологических заболеваниях 734
Плач
внезапный, у новорожденных 177
чрезмерный, у новорожденных 177–180
ПЛДП, алгоритм (покой, лед, давление, подъем) 583
Плевралгия 372
Плевральный выпот 207, 214
Плеврит 372
Плечевая кость, перелом 163
Pneumocystis jiroveci, пневмония, вызванная 737, 742
Пневмококковая (конъюгированная) вакцина 82, 84
Пневмококковая инфекция 87
Пневмония 213–217, 218
атипичная 213, 214
боль в груди при П. 372
боль в животе при П. 359
затрудненное дыхание 208, 214, 263, 863
классификация по степени тяжести 215
клинические признаки 205, 208, 213–214, 224, 263, 269, 357, 863
при кори 286
тяжелая 215, 263
тяжелая дыхательная недостаточность при П. 863, 865
у новорожденных 200
Пневмоторакс 207, 375, 863
боль в груди 372
затрудненное дыхание 210, 863
напряженный 375, 845, 865
при травмах 876
экстренная помощь 865, 878, 933

Поведенческие нарушения 636, 637, 762–766
деструктивное/вызывающее поведение, соответствующее возрасту 637
жестокое обращение с ребенком и П. н. 761, 762
лечение П. н. 638, 762–766
необычное поведение во время сна 648–649
при детском церебральном параличе 684
у подростков 834–835
употребление психоактивных веществ или злоупотребление ими и П. н. 769
Поведенческие расстройства (ПР) 634, 636, 637, 641
Поведенческий анамнез 13
Повреждения 570–589
головы *см.* Головы травмы/ранения
животных укусы 574–577
закрытые см. Закрытые травмы
насекомых укусы 463, 577
ожоги см. Ожоги
переломы *см.* Переломы
предотвращение 123–128, 888
при жестоком обращении *см.* Жестокое обращение с ребенком
Повреждения, алгоритм ABCDE 842, 848
Повторяющиеся необъяснимые симптомы 657–660
Повышенная температура 260–314
без локальных симптомов 268, 312, 400
диарея с П. т. 313
дифференциальная диагностика 283, 284, 457
дифференциальная диагностика 299–302, 313, 731, 736
желтуха с П. т. 314
как осложнение COVID-19 221
лечение 265
на дому 211, 217, 265, 267
неврологические симптомы с П. т. 313
неясной этиологии 303
опасный признак 21, 282
пневмония 213, 214, 217
продолжительностью 7 дней или менее 265, 266–282
продолжительностью свыше 7 дней 298–309, 314
респираторные симптомы с П. т. 313
рецидивирующее 310–311
с локальными симптомами 269–272, 414
сыпь с П. т. 282–298, 313
у ребенка, прибывшего из-за границы (завозный случай лихорадки) 311–314
увеличение селезенки с П. т. 314
угрожающие жизни состояния 262–264, 270, 272
Повязка косыночная, на руку 924
Повязки, на рану 572
Подапоневротическое кровоизлияние 147
Подвывих суставной головки лучевой кости («локоть горничной») 584
Подростки 785–839
беременность *см.* Беременность (подростковая)
диагностический подход 790–795

компетенции, оценка 788
консультирование / мотивационное интервью 794
конфиденциальность, обеспечение 790
налаживание доверительных отношений с П. 790–792, 794
находящиеся в уязвимом положении 6–9
недостаточное питание / худоба 604
образ жизни, анализ 768, 793, 801
осмотр 795, 797
оценка возраста 9
оценка психического здоровья 834–835
перевод в систему здравоохранения для взрослых 2, 839
показатели жизненно-важных функций, нормальные значения 843
потребности в питании 108
психическое здоровье/ благополучие, укрепление 129–130
психологическое/когнитивное развитие 787
развитие и его этапы 786–788, 796
рост и вес, набор 108
сбор анамнеза 790–793
сексуальное/репродуктивное здоровье, вопросы, обеспокоенность 800–803
согласие, получение 788–789
сон, здоровый 647
укрепление здоровья 108, 792
учреждения первичной медико-санитарной помощи 911
физическое развитие 787, 796
хронические патологии у П. 836–839
см. также Половое созревание; отдельные состояния
Подростковый возраст, этапы 786, 838
Поездки, повышение температуры у детей, вернувшихся из П. 311–314
Пожары 128
Поза, ригидная 273, 274
«Поза фехтовальщика» 137
Позитивные стратегии воспитания 78
Показатели жизненно-важных функций 20, 370
боль, влияние на О. п. ж. 596
в неонатальный период 136, 843
контроль при неотложных состояниях 848, 867, 872, 877, 884, 892
нормальные значения 136, 843
Ползания рефлекс 137
Полиатрит 501
Полидактилизм (лишние пальцы) 162
Полиомиелит 86
Полиомиелит, вакцина 81, 91
Полиорганная недостаточность, при COVID-19 221
Полиэтиленгликоль 366, 972
Половое созревание 787, 796
возраст наступления 796
задержка 796–800
обеспокоенность вопросами П. с. у мальчиков/девочек 802
оценка 796–800

преждевременное 796
стадии (по Таннеру) 797, 798
в зависимости от возраста 787
хронические патологии и П. с. 836
Половой акт (у подростков) 801, 803
ИППП 814–817
незащищенный 808–828
постконтактная профилактика ВИЧ 811–813, 819
экстренная контрацепция 809–811, 820
Половой член, выделения 815
Половой член, жалобы 438–443
Половые органы (наружные)
обследование 20, 427
поражения кожи при ИППП 815
при жестоком обращении с ребенком 756, 758
у новорожденных 136, 158–160
Половых губ малых сращение 412, 448
Половых клеток опухоли 734
Полости рта гигиена 116–118
Полость рта, молочница (кандидоз) 102, 150, 170, 736
Помощь, ориентированная на нужды и интересы семьи 3, 664
при ВИЧ-инфекции 740
Порезы и ссадины 570–574, 573
Порок сердца 688–691
врожденный *см.* Врожденный порок сердца
при серповидно-клеточной анемии 730
структурный 392
Порошковый ингалятор (ПИ), активируемый вдохом 703
Порции еды, размеры при здоровом питании 111
Посещения больного ребенка 11–12
Последующее контрольное посещение / наблюдение 12, 24–25, 77
Послеродовой контакт 132–133
Постиктальное (послесудорожное) состояние 871
Постоянный катетер 931
Постстрептококковый гломерулонефрит 406
Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) 8, 632, 761
Потение, обильное/ночное 731
Потница 169, 456
Потовые протоки, закупорка 169
Потребности в комплексной помощи 662–666
Походка, наблюдение за П. 19
Почек хронические заболевания 691–692
Почечная колика 362
Почечная недостаточность 400, 408, 474
Почечные камни 362, 412, 419
Почечный канальцевый ацидоз 351
Почки, нарушения работы 400–408, 729
Почки, опухоли 407
Почки, пальпация, перкуссия 19
Поясничной мышцы абсцесс 303, 494
Пояснично-крестцовая область, у новорожденных 161
Права детей *см.* Права ребенка/детей
Права ребенка (детей) 5, 9
осведомленность и применение 6
Практические процедуры 921–934
Преаурикулярные повреждения кожи 152

Предварительные инструкции 664
Преднамеренные травмы 493
Преднизолон 231, 696, 865, 900, 972, 995
Преждевременное половое созревание 796
Преждевременные роды (недоношенные младенцы)
  контроль физического развития после П. р. 24
  кормление 108
  краниотабес 148
  оценка развития после П. р. 72
Пренатальная диагностика, талассемия 724
Пресептальная флегмона 530, 531–532
Приапизм 444, 729
Приведенная стопа 146
Прививочная карта 82, 84
Придаток яичка
  воспаление 431
  перекрут 428, 430
Приемы пищи 106, 129, 599, 610
Прижигание 981
Признаки, клинические 17
Прикорм 95, 96, 104, 106–107
Принятие решений
  в контексте помощи, ориентированной на нужды и интересы семьи 3, 664
  у подростков 788
Приобретенная дисплазия тазобедренного сустава 28, 140, 165–167, 491
Приступы задержки дыхания 392, 394, 552
Продукты питания, аллергия 333, 337–339, 349, 359
Промывание желудка 885
Простагландин E1 186
Проституция 7
Протеинурия 402–404
Противовирусные препараты 190, 818
Противогрибковые средства 446, 980
Противозудные препараты 981
Противостолбнячный иммуноглобулин 573, 958
Противоэпилептические препараты 559, 560, 561
Противоядный иммуноглобулин 890, 958
Профессиональной перегрузки синдром 492
Профилактика заболеваний 1–2, 69–130
  контрольное посещение здорового ребенка 23–24
  среди мигрантов и беженцев 7–9
Профилактика заболеваний 69–130
Профилактика инфекций и инфекционный контроль (ПИИК) 912–914
  при COVID-19 220
Процентили 26
Pseudomonas aeruginosa 241
Псевдоопухоль мозга (доброкачественная внутричерепная гипертензия) 543
Психические расстройства 7
  у мигрантов и беженцев 8
  см. также Депрессия и сниженное настроение
Психические травмы, у мигрантов/беженцев 7, 8
Психическое здоровье
  оценка, у подростков 834–835
  укрепление 129–130

HEADSSS, шкала оценки 793
Психоактивные вещества, злоупотребление *см.* Употребление психоактивных веществ и злоупотребление ими
Психоактивные вещества, употребление и злоупотребление 7, 634, 642, 645, 767–772
лечение 770–771
типы поведения 767, 768–769
тревожные признаки 767
шкала оценки HEADSSS 793
Психогенные причины
боли в груди 374
неэпилептических судорог 553
хронического кашля 236
Психологическая поддержка
после случаев жестокого обращения с ребенком 762
при злоупотреблении психоактивными веществами 767
при эмоциональных/поведенческих нарушениях 765
Психологические проблемы, при сахарном диабете 716
Психологическое развитие, у подростков 787
Психообразование 765–766
Психосоциальная зрелость 786
Психосоциальная поддержка 4, 745, 766
после случаев жестокого обращения с ребенком 761–762
Психосоциальные проблемы
нарушения развития 1, 70–72, 77
при дефектах нервной трубки 681
Психосоциальный анамнез 620, 625, 629, 640
Псориаз 456
Псориатический артрит 501
Птоз, врожденный 155
Пульс 18
оценка в неотложных случаях 844
шкала Апгар 28
Пульсоксиметрия 208
в неонатальный период 30, 139
Пуповина, уход в неонатальный период 145
Пупок, гранулема 156–157
Пупок, у новорожденных 145, 156–157
Пупочная грыжа 156
ущемленная 156, 361, 895
Пупочный сепсис 200
Пурпура 452
Пустулы 452, 832
Пьянство, запойное 685
Пятна 452
Пятна кожи 452

Р

Рабдомиосаркома 733
Работник первичной медико-санитарной помощи, функции 1–3, 8, 27
Радиологические исследования 911–912
Развитие детей раннего возраста 70–79
см. также Основные этапы развития
Развитие подростков 786–787, 796
неблагоприятные события, влияющие на Р. 70, 78
избегание давления на ребенка 79
детей раннего возраста, организация 76–77, 78

информация для опекунов 79
оценка/контроль 1, 20, 70–76
Развития анамнез 13
Развития задержка, у подростков 838
Развития нарушения 1, 70, 94, 666–670
выявление, при контрольном посещении здорового ребенка 23, 667
лечение 669–670, 684
признаки (в зависимости от возраста) 667
реабилитация 670
факторы риска 70, 71,76, 79, 666
Развития основные этапы 13, 61
1 месяц 35
3 месяца 37
6 месяцев 40, 73
1 год (14 месяцев) 43, 73
2 года 47, 74
3 года 50, 74
4 года 53
5 лет 56
корректировка (основные этапы развития достигнуты / не достигнуты) 75, 77
откат с ранее достигнутых этапов развития 77
оценка 20, 72–75
Раздевание ребенка для осмотра 15
Раздражающие вещества, токсические, хронический кашель 236
Раздраженного кишечника синдром 334, 341
Раннее обучение, возможности 70, 78
Ранула (киста подъязычной железы) 150
Раны 570–588
загрязненные/инфицированные, открытые 572
заживление 572, 573, 921
закрытие Р. 572, 573
обследование 571
ожоги 578
предотвращение инфицирования 571–572
укусы 574, 577
швы, клей и пластырь 921
Раны, закрытие с использованием швов, клея и пластыря 921–923
Расстройство аутистического спектра (РАС) 639, 640, 671–673
признаки/симптомы (в зависимости от возраста) 671–672
Растворы для парентерального введения *см.* Инфузионные растворы
Растительные жиры, здоровое питание 112
Растяжения 583
непреднамеренные, локализация (в отличие от ситуаций физического насилия) 755
раны, порезы, ссадины 570–574
см. также Травмы
Расходные материалы 915
Расходы, на медицинскую помощь 7
Расширение прав и возможностей семей 3
Расщелина верхней губы и нёба 150
Рахит 493, 496–499
Рвота 347–352
дифференциальная диагностика 181, 348, 349–350, 722
неукротимая, диарея при Р. 325

при сахарном диабете, лечение 717
симптоматическая терапия, лечение 779
тревожные признаки 349
у новорожденных 180–183
Реабилитация, при нарушениях развития 670
Реактивный артрит 501
Реанимации алгоритм 849, 851
Реанимация 849–855, 898
Ребенок раннего возраста, диарея 334, 340
Ребенок раннего возраста, задержка роста / недостаточное питание 604
Ребенок раннего возраста, спиральный перелом большеберцовой кости 491, 588
Реберно-хрящевый сустав, привычный подвывих 371
Реберный хондрит (синдром Титце) 371
Ревматическая болезнь сердца 382–383, 691
Ревматическая лихорадка, острая 248, 272, 279–280, 345, 383, 384
Ревматологические заболевания 301, 509
Регидратационная терапия 315
см. также Оральные регидратационные соли (ОРС)
Рекреационное употребление психоактивных веществ 769
Рентгенография грудной клетки 208, 371
Репродуктивное здоровье, оценка 800–802
Респираторная гигиена, меры 912
Респираторная система, причины боли в груди 371–374
Респираторно-синцитиальный вирус (РСВ) 224
Респираторные симптомы, при завозном случае лихорадки 312
Респираторный дистресс-синдром (у недоношенных новорожденных) 198
Ресурсы 3, 7
Ретинобластома 537, 733
Ретинопатия недоношенных 156
Ретинопатия, диабетическая 716
Рефлексы, проверка 19, 566
у новорожденных 137, 566
Рефлекторная возбудимость, шкала Апгар 28
Рефракции аномалии 518–519
Речь 12
нарушения 641
основные этапы развития 41, 45, 48, 52, 57, 73, 74, 75
Rickettsia conorii 309
Риккетсиоз 301, 309
Рингер лактат раствор 326, 864, 867, 868, 869, 873, 884, 896
Ринит 254, 651
Риносинусит 269
Ритмические двигательные расстройства 648
Роговица, помутнение
у новорожденных 155
Родинка (врожденный меланоцитарный невус) 171
Родители *см.* Опекуны/родители
Родничок 201
выбухание 148, 201
пальпация 18
Родовой отек головы 146

Роды при тазовом предлежании
плода 28, 165
Роды
анамнез 13, 27, 133
родоразрешающие операции,
повреждения новорожденных при
Р. 148
Рождение
осмотр после Р. 132–137
сбор анамнеза о Р. 13, 27, 133
Рожистое воспаление 457, 463
Розеола (экзантема внезапная) 283,
284, 291
Розовый рефлекс с глазного дна
одновременная проверка (тест
Брюкнера) 517
отсутствие 138, 155
Рост 944
генетически обусловленный /
целевой 611
измерение, во время
контрольного посещения
здорового ребенка 24, 25
«Рост / возраст» (показатель) 24,
26, 601
таблицы, расчет 939, 940–943
Рост, задержка 25, 611–614
Рот
варианты нормы и явления,
вызывающие обеспокоенность,
у новорожденных 149–151
кандидоз 103, 149, 170, 736
местные лекарственные
препараты для Р. 985
обследование 18
поражения 277, 278
язвы 277, 286
Ротавирус, вакцина 82, 84
Ротавирусная инфекция 88, 319
Рук гигиена
Рука (руки)
вирусная пузырчатка полости рта
и конечностей 283, 297–298, 463
переломы 588
у новорожденных 162–163
фенотипические изменения 27
Руки, у новорожденных 162–163

С

Салицилаты, отравление 886
Сальбутамол 223, 696, 697, 864, 868
дозировки 974
Самообслуживания навыки
(основные этапы развития) 42, 46,
48, 52, 55, 73,74, 75
Самоповреждение 622, 624–628,
884
оценка 624–626
Самоубийство (суицид) 624, 626, 627
Сандифера синдром 178, 353, 553
Сахар, снижение потребления при
здоровом питании 112
Сахароза 600
Сбор анамнеза 12–14
в неонатальный период 27, 132,
141
SAMPLE (метод опроса) 843, 848
у подростков 790–793
этапы 13–14
см. также отдельные симптомы/
патологии
Свертываемости крови нарушение
807
Светобоязнь (фотофобия) 542
Свистящее (астмоидное) дыхание
222–229, 861
дифференциальная диагностика
210, 223, 224, 227

при астме 222, 223, 692, 693
рецидивирующее 208, 224, 227–228, 692
Себорейный дерматит 453, 459
Себорейный дерматит новорожденного (молочная корочка) 168
Сезонный грипп *см.* Грипп
Сексуальное здоровье, оценка 800–803
Сексуальное насилие 6, 756–757
анально-генитальные травмы 433, 447, 755, 756
ИППП и С. н. 6, 758, 760, 815
лечение после перенесенного С. н.
обследование 757
постконтактная профилактика ВИЧ 812
тревожные признаки 445, 447, 756–757, 824
Сексуальное образование/консультирование 445
Сексуальность (шкала оценки HEADSSS) 793
Селезенка, острая секвестрация 731
Селезенка, увеличение при завозном случае лихорадки 313
Семейная гиперхолестеринемия 96
Семейная низкорослость 613
Семейная средиземноморская лихорадка 310–311, 361
Семейный анамнез 14, 133, 400
Семья
забота о ребенке 2–3
расширение прав и возможностей 4
хронические патологии
у подростков, преодоление трудностей 838
см. также Опекуны/родители
Сепсис/септицемия 218, 263, 867, 869, 873
гипотония с острым началом при С. 567
менингококковый 87, 465
признаки, у новорожденных 183, 195
пупочный 200
экстренная помощь 872
Септический артрит 271, 490, 492
Септический шок 218, 867, 869
Сердечная недостаточность 376, 379–380, 388
гипотония с острым началом при С. н. 566
застойная 473, 484
затрудненное дыхание при С. н. 210
тяжелая дыхательная недостаточность при С. н. 862
шок при С. н. 868, 869
Сердечно-легочная реанимация 849, 855
Сердечно-сосудистая система
обследование 18
у новорожденных 136
Сердечно-сосудистая система, причины боли в груди 372–373
Сердцебиение учащенное 384–389
Серебра нитрат 157
Серозный отит 246
Серповидно-клеточная анемия 482, 724–730
Симптомы *см.* отдельные симптомы
Симулятивное расстройство (делегированный синдром Мюнхгаузена) 302, 659, 756

Синдром внезапной смерти (СВДС) грудного ребенка 143
предотвращение 30, 143, 144
Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) 634, 640, 673–675
Синдром задержанной фазы сна (позднее засыпание и пробуждение) 646, 647
Синдром Маршалла (PFAFA-синдром) 251
Синдром периодических движений конечностей 649
Синдром периодической лихорадки 310–311
Синдром фиксированного спинного мозга 679
Синусит 252–253, 532, 542
Система классификации больших моторных функций (GMFCS) 682
Системная красная волчанка 301, 509
Системный артрит 502
Систолическое артериальное давление 395, 396
нормальные значения 136, 843
оценка в неотложных случаях 844
Сифилис 816
врожденный 191–192
лечение 927
Скабицидные лекарственные средства 980
Скарлатина 283, 284, 288–289
Склера, кровоизлияние 154
Склерит 523, 529
Склерозирующий холангит 483
Скорпион, ужаление 891
Скрининг / скрининговые тесты 93–94
зрения 93, 138
на гипербилирубинемию 30, 31, 139
на ИППП и ВИЧ 7, 816
на муковисцидоз 30
на нарушения обмена веществ 30, 138–139
на туберкулез 750, 751, 752
проверка уровня глюкозы 141
слуха 30, 93, 138
у детей 93–94
у новорожденных 30, 93, 138–139, 140, 186
Скрининг контактных лиц, при туберкулезе 749, 750, 751
Слабительные средства 316, 366
Слабость, симптоматическая терапия 788
Слезный проток, закупорка/сужение, у новорожденных 153–154
Слезный проток, стеноз 153–154
Слезный проток, сужение 153–154
Слезотечение, чрезмерное 536–537
Службы защиты детей 8, 759
Слух
потеря 247, 640
при детском церебральном параличе 684
при дефектах нервной трубки 681
скрининг 30, 93, 138
Смена пеленок/подгузников 145
Смесь для детского питания, кормление 30, 98, 102, 107–108
консультирование 109
ненадлежащая, гигиена полости рта и С. 116
объем/частота 109
приготовление и хранение 109

Сниженное настроение см.
Депрессия и сниженное настроение
Собак укусы 574
Соблюдение режима лечения, консультирование 704, 714–715, 743, 744, 812
Согласие 789
Согласие
на осмотр ребенка 15
получение у подростков 788–789
Сознание
временная/видимая потеря С. *см.* Обморок
снижение уровня С. при повышении температуры 272
уровень, оценка в экстренных ситуациях 844, 846, 870
Солнечные ожоги 454, 462
Солнечный удар (тепловой удар) 264, 871, 873
Солнце, защита 121, 122, 145
Солнце, пребывание 121, 122
Солнцезащитные средства 122
Соль, снижение потребления при здоровом питании 112, 116
Солярий, отказ от посещения 122
Соматоформное расстройство 657–659
Сомоджи эффект (синдром хронической передозировки инсулина) 712
Сон 119
для поддержки психического здоровья 129
здоровый, у детей/подростков 648
недостаточная продолжительность 643, 644
потребности (в зависимости от возраста) 119, 143, 643
у новорожденных 143, 144
Сон, нарушения 643–651
бессонница 645–648
необычные движения/поведение во время С. 648–650
симптоматическая терапия 783–784
чрезмерная дневная сонливость 645–648
Сон, нарушения дыхания 646, 650–651
Состояние питания, оценка 25, 601
у детей до 5 лет 26, 601
у детей старше 5 лет 26, 602
у подростков 26, 27
Сосудистая патология, головные боли 544
Сотрясение мозга, головная боль после 543
Социальное взаимодействие, нарушения/дефицит 639–642
Социальное развитие, подростков 787
Социальное тревожное расстройство 631
Социальные детерминанты здоровья 1
Социальные работники 7, 762
Социальные сети
мифы о вакцинации 92–93
проблемы, связанные с использованием С. с. 642, 645, 772–774
реклама диет 112
шкала оценки HEADSSS 793
Социальные службы 8

Социальный анамнез 15, 356, 419
Спайки в брюшной полости, острый живот 895
Спасательный жилет 125
Спейсер, дозированный аэрозольный ингалятор со С. 701, 702
Специализированная проба на сифилис (VDRL-тест) 191, 192
Spina bifida (расщелина позвоночника) 161–162, 677
Spina bifida occulta (незаращение дужки позвонка) 138, 575
Спина, у новорожденных 161–162
Спинной мозг, дефекты нервной трубки 161–162, 677–680
Спутанность сознания, в паллиативной помощи 783
Среда; факторы риска, способствующие возникновению нарушений развития 71
«Средиземноморская лихорадка» (бруцеллез) 346, 304–305
Средиземноморская пятнистая лихорадка (риккетсиоз) 300, 310
Средний экссудативный отит 246
Средства индивидуальной защиты (СИЗ) 913
Срыгивание 180
Ссадины 570–574
Стандарты и принципы 4–6
Статус, эпилептический 551, 858, 972
Стафилококковый ожогоподобный кожный синдром 464
Staphylococcus aureus 213, 241, 450, 458, 532, 534
Стереоскопическое зрение, проверка 517
Стереотипии 554
Столбняк 86
иммуноглобулин 574, 957
прививочный статус 574, 878
Стоматолог, частота посещений 116
Стоматологическая помощь, при пороке сердца 689–690
Стонущее дыхание 200, 206, 214, 215, 379
воздуховод типа Гведеля, введение 852
Страбизм 514, 519–520, 732
у новорожденных 152
Страхи 628–633, 765
соответствующие возрасту 628
чрезмерные/нереалистичные, лечение 765
набора веса 651–656
в анамнезе 628–629
перед отказом в убежище, у мигрантов/беженцев 9
см. также Тревожность
Стрептококковые инфекции группы А 450
острая ревматическая лихорадка 279, 280, 383
тонзиллит 248, 250
Streptococcus pneumoniae 213, 532
Streptococcus pyogenes 213, 248, 438, 439, 450, 458, 460
инфекции кожи 450, 458, 460
Стрессовые переломы 492
Стригущий лишай 460
Стридор 210, 229–234, 861
врожденный (ларингомаляция) 215, 229
дифференциальная диагностика 210, 229
Стул
характеристики при диарее 315, 316

частота дефекации 365
Субдуральное кровотечение 182, 351
Субконъюнктивальное кровоизлияние 155
Судороги (конвульсии) 767–772
дифференциальная диагностика 391, 552–553, 871–872
неэпилептические (в зависимости от возраста) 552–553
общие меры безопасности 563, 858
оценка в экстренных ситуациях 844, 870
план действий по оказанию первой помощи 556
при дефектах нервной трубки 680
при кори 286
психогенные неэпилептические 553
симптоматическая терапия 782
у новорожденных 201, 858
у подростков 553, 560, 563
фебрильные *см.* Фебрильные судороги/конвульсии
экстренная помощь 858, 870, 872, 898, 899
эпилептические 621–622
Суицидальные идеи 623, 624–627, 793
Суставы, боль/отек 488–504
дифференциальная диагностика 491–494, 724
повышение температуры 271
Сывороточная болезнь 494
Сыпь (высыпания) 262, 284, 450–469
везикулярная или буллезная 463–465
дифференциальная диагностика 452
инфекционная эритема 283, 284, коревая (макулопапулезная сыпь) 284, 285
макулопапулезная 453–463
с повышением температуры 283, 284, 285, 455– 456
без повышения температуры 453– 456
не бледнеющая при надавливании пурпура 282, 452, 465
пеленочный дерматит 145, 169–170, 412, 437, 453
повышение температуры при С. 282–298
завозный случай лихорадки 314
при ветряной оспе (ветрянке) 284, 294, 463
при краснухе (макулопапулезная сыпь) 284, 289
пурпура или петехии 465–467
шелушащаяся, при скарлатине 284, 288
экзантема внезапная (розеола) 284, 291

T

Табак, употребление 767
Таблицы роста и веса детей (ВОЗ) 24, 935–954
Тазобедренный сустав
приобретенная дисплазия 27, 139, 165–166, 491
раздражение (транзиторный синовит) 491, 495–500
Тазовая область, травмы 875
Талассемия 482, 722–724
лечение, профилактика 723, 724

Таннер, стадии по 797, 798
Тахикардия 387–389
Текущие жалобы 13
Температура тела 261
Тепловой удар 263, 871, 873
Термические травмы, профилактика 128
Тест закрытого глаза, при страбизме 517
Тест методом реакции кожной складки 17
Тест открытого-закрытого глаза, при страбизме 517
Тест отношения к приему пищи (EAT-26) 653
Тетрациклин 817, 973
Тики 553
Титце синдром 371
Тиф брюшной 268, 300
Токсины, желтуха, вызванная Т. 482
Токсического шока синдром 457
Toxoplasma gondii 192
Токсоплазмоз, врожденный 192–193
Тонзиллит 248–252, 270
Тонзиллофарингит 248
Тонкий кишечник, непроходимость 182
Топирамат 561, 386
Торакоцентез 933
Тошнота, лечение, симптоматическая терапия 779
Травма живота 356, 416, 875, 846, 895
Травма от укола иглой, профилактика 913
Травма шейного отдела позвоночника, подозрение 857
Травмы 875–878
  анамнез, последующая оценка 875
  боль в суставах/костях 494, 496
  головы *см.* Головы травмы/ранения
  груди 371, 875, 876, 934
  дизурия 412
  закрытые Т. *см.* Закрытые травмы
  опасные 876–877
  признаки 876
  проникающие 876
  сопровождающиеся шоком, лечение 877
  экстренная помощь 877–878
  см. также Повреждения
Транзиторный синовит тазобедренного сустава 491, 495–496
Транскутанный билирубинометр 928
Транспортные средства, столкновения 123, 876
Трахеобронхит, острый 211
Трахео-эзофагеальная фистула 182
Тревожное расстройство, вызванное разлукой 631
Тревожность 373, 374, 391, 628–633
  виды 631
  дифференциальная диагностика 632
  лечение 631, 632–633
  нарушения сна 645
  симптоматическая терапия 783
  соответствующая возрасту 628
Тревожные признаки
  аборта (известного или предполагаемого) 828
  бронхиолита 224
  гипогликемии (тяжелой) при диабете 710–711, 717

головная боль 542
диабетического кетоацидоза 710
желтуха 481
менингеальные знаки 201, 273, 542, 551–552
нарушений развития 667
онкологического заболевания 732
опасные признаки
у новорожденных 199–201
проблемы, связанные с пользованием интернетом/социальными сетями 774
расстройств пищевого поведения 667–668
рвота 348
сексуального насилия 433
септического поражения сустава 489
суицидальных идей, самоповреждения 626
травм головы 582
увеличение лимфатических узлов 506
употребления психоактивных веществ и злоупотребления ими 767
чрезмерный плач
у новорожденных 177
эмоциональных/поведенческих нарушений (у подростков) 835
Treponema pallidum 191, 815
Третичная профилактика 69
Трисомия 21 *см.* Дауна синдром (трисомия 21)
Трихомоноз 815, 817
Trichomonas vaginalis 445, 815
Трофические язвы кожи 680
Туберкулез 746–752
активная форма 746
дозировки препаратов 992–993
лечение, последующее наблюдение 749–750
БЦЖ вакцина 81, 84, 90, 198, 750
внелегочный 746
использование заменителей грудного молока 107
кашель / затрудненное дыхание 210, 236, 747
латентная форма (ЛТИ)746, 751, 752
легких 746
лекарственно-устойчивый
новорожденные дети матерей с Т. 197–198
повышение температуры 299, 747
последствия и осложнения 88
при ВИЧ-инфекции 736
профилактика 750–751
скрининг 750, 751, 752
Туберкулиновая внутрикожная проба 747–748
Тупой перкуторный звук 207, 214

У

Убежище, процесс поиска 7
Увеит 522, 528
Углеводородные соединения, отравление 886
Уголь активированный 884, 886, 959
Угри обыкновенные 455, 832–834
у новорожденных 169
Удары по спине (для удаления инородного тела из дыхательных путей задыхающегося ребенка) 850
Удерживающие устройства для детей, автомобильные 123

Удушье 591, 592
  экстренная помощь 850
Уздечка языка, укороченная/утолщенная или неэластичная 150
Узелковые образования 832
Укачивание в транспорте (морская болезнь) 351, 352
Укороченность уздечки языка 149
Укрепление здоровья 69–131
  подростков 108, 791
  функции работника первичной медико-санитарной помощи 1–2
Укусы
  животных/человека 574–576
  клещей 306, 307, 309
  насекомых 463, 576–577
Ультразвуковое исследование (УЗИ), мочеполовой системы 415
«Ундулирующая лихорадка» (бруцеллез) 299, 302–303
Уплотнения и припухлости 504–512
Уплотнения/припухлости 504–512
Уретра, пролапс 447
Уретра, стриктуры 413
Уретрит 355
Усталость, симптоматическая терапия 782
Устойчивость к антибиотикам 331
Утилизация отходов 914
Утопление 125, 892
УФ-индекс 123
Уха, горла и носа заболевания (ЛОР-заболевания) 241–259
  повышение температуры при ЛОР-заболеваниях 732, 735
Ухо (уши)
  боль (оталгия) 241–247, 269
  врожденные отклонения 152
  инородное тело У. 589
  местные лекарственные препараты для У. 986
  обследование 18
  у новорожденных 152
Уход на завершающем этапе жизни 777
Уход, поддерживающий / внимательный к эмоциональному состоянию 70, 78
Учителя, роль посредников при эмоциональных/поведенческих нарушениях 762, 765
Учреждение здравоохранения 5
Учреждения первичной медико-санитарной помощи 911
Уязвимое положение 6–9
  см. также Жестокое обращение с ребенком

Ф

Факторы риска, стратегии, помогающие справляться с Ф. р. 4
Фебрильные судороги/конвульсии 648, 556–558, 858
  лечение, консультирование 557, 558, 858
Фенобарбитал 560, 858, 900, 971, 977
Фенотипические изменения 29, 32
Фентоин 561, 858, 972
Феохромоцитома 386
Ферритин, пороговые значения, железодефицитная анемия 478
Фетальный алкогольный синдром 184, 640, 686–687
Физическая активность 119
  для поддержки психического здоровья 129

при сахарном диабете 418
рекомендации (в зависимости от возраста) 121
Физическая зрелость 786
Физическое насилие *см.* Жестокое обращение с ребенком
Физическое развитие *см.* Развитие
Физическое развитие, отклонения 601–615
у подростков с хроническими патологиями 838
оценка физического развития 20, 24, 601, 611, 662
Фиксация поврежденного пальца к соседнему здоровому 923
Фимоз 440–441
Флегмона 453, 459, 530
глазницы 530, 532
пресептальная 530, 532–533
Фобии 746
Фосфорорганические соединения 886
Фтор 113, 115, 118
местное применение 119

Х

Халазион 536
Хартмана раствор 326
Хватательный рефлекс 137
Helicobacter pylori 367, 368
Chlamydia trachomatis 153, 357, 432, 524, 525, 817
лечение 817
Ходжкина лимфома 508
Ходунки детские 127
Ходьба, нарушения при дефектах нервной трубки 680
Холера 319
Холецистит 362, 483, 731
Храп 645, 650–651
Хрипы при дыхании, симптоматическая терапия 781
Хронические патологии, у подростков 838–839
Хрусталик, помутнение 154
Худоба 603–608, 603, 652
сильная 603

Ц

Цветовосприятия проверка 515
Целиакия 334, 342, 359
Центральной нервной системы опухоли 733
Цефтриаксон 274, 282, 432, 532, 817, 819, 869
дозировки 897, 959
Цианоз 18, 185, 380, 844
периферический 185, 186, 380
центральный 198, 215, 695, 844, 846, 861
Цилиарная дискинезия, первичная 237
Цинк 115–116
дефицит, факторы риска 115
пищевые добавки 115–116, 322, 330, 974
Ципрофлоксацин 330, 817, 960, 986
Цирроз 483
Цистит 412–419, 413, 417
Цитомегаловирусная инфекция, врожденная 190

Ч

Частота сердечных сокращений (ЧСС)
наджелудочковая тахикардия 387
нормальные значения 136, 843
Челюсть нижняя, выведение вперед 851

Черная точка, типичное место укуса клеща 300, 310
Черные угри 832
Чесотка 456, 461, 983
Четверохолмный рефлекс 184, 685
Чисто прогестиновые контрацептивы 805, 806, 833
Чрезмерный плач 177–179
  чрезмерная дневная сонливость 643–647

Ш

Шанкр мягкий 815, 817
Швы 921
Шейно-тонический рефлекс 137
Шея
  врожденное образование 151
  лимфаденопатия *см.* Лимфаденопатия
  освобождение дыхательных путей 851
  положение тела ребенка без сознания с травмой Ш. 857
  ригидность затылочных мышц, менингеальный знак 273, 543, 552
  травмы 870, 875
  у новорожденных 151–152
  уплотнения/припухлости 510–511
  см. также Голова и шея
Shigella 329, 335
Шизофрения 632, 634, 642–643, 646
Школьная система 7
Школьное обучение, отсутствие 7
Шок 846, 861–869, 872
  геморрагический 472, 862, 868
  гиповолемический 861, 862, 869
  дифференциальная диагностика 862
  инфузионная терапия (восполнение объема потерянной жидкости) 856
  кардиогенный 862, 868
  при травмах, лечение 877
  септический 218, 867, 869
  экстренная помощь 862–869, 874
Шум над сонной артерией 379
Шумы в сердце 185, 376–383
  патологические 376, 377, 378
  повышение температуры при Ш. 271
  функциональные 376, 377–378

Щ

Щечно-глоточная перепонка 233
Щитовидная железа, гормоны 187
Щитовидная железа, нарушение функций 716
Щитовидная железа, увеличение 510
Щитовидно-язычная киста 46

Э

Эзофагит (воспаление пищевода) 372
Эквиноварусная (конско-варусная) косолапость 163
Экзантема внезапная (розеола) 283, 284, 291
Экзема *см.* Дерматит
Экхимозы *см.* Кровоподтеки (экхимозы)
Электрическим током поражение 893
Электрокардиограмма 370, 384
Эмоциональная поддержка, после случаев жестокого обращения с ребенком 760–761
Эмоциональное насилие 756

Эмоциональные нарушения 762–766, 764
лечение 764–765
симптомы (в зависимости от возраста) 763–764
у подростков 834–835
Эмпиема 214
Эндокардит, инфекционный *см.* Инфекционный эндокардит
Эндокринные нарушения 568
скрининг новорожденных 30, 138–139
Entamoeba histolytica 329
Энтезит-ассоциированный артрит 501
Энурез 419–422
Энцефалит 262, 544, 871, 873
Энцефалопатия
билирубиновая (острая/хроническая) 173
гипертензивная 397, 544
гипоксически-ишемическая 140
Энцефалоцеле (грыжа головного мозга) 677
Эпиглоттит (воспаление надгортанника) 230, 234, 862
Эпидидимоорхит (воспаление придатка яичка) 428, 430–431
Эпилепсия 550, 559–564
общие меры безопасности 563
при детском церебральном параличе 684
у подростков 560, 563
Эпилепсия детская доброкачественная 560
Эпилептические припадки 550–551 *см. также* Судороги (конвульсии)
Эпинефрин 232, 860, 865, 963
показания и дозировки 898, 963
Эписклерит 522, 529
Эпистаксис (кровотечение из носа) 258–259
Эпифизарные переломы 587
Эпифизеолиз бедренной кости
аваскулярный некроз головки 491
смещение верхней части 492
Эпифизеолиз головки бедренной кости 492
Эпифора (повышенное слезоотделение) 536–537
Эпштейна-Барр вирус (ВЭБ) 291
Эрба болезнь (спастический спинальный паралич) 162
Эрекция полового члена 802
Эритема 451
Эритема инфекционная 283, 284, 290–291
Эритема мигрирующая 306
Эритема новорожденных токсическая 168
Эритромицин 239, 240, 817, 963
Эритроциты, отклонения 482
Эссенциальная (первичная) гипертензия 395
Этапы лечения 11–12
Этническое разнообразие 4
Этосуксимид 561, 963
Эякуляция 802

Ю

Ювенильная миоклоническая эпилепсия 560
Ювенильный идиопатический артрит 302, 493, 498–503, 510
виды 501
Юинга саркома 861
Юношеская абсансная эпилепсия 560

Я

Ядовитая рыба 889, 890
Яды, поражение 574–576, 889–890
  экстренная помощь 890–891
Язвенная болезнь 359, 367–368, 895
Язвенный колит 334, 344–345
Язык, выталкивание 116
Яички
  воспаление 430–431
  гидатида, перекрут 428, 430
  крипторхизм 159, 435
  опухоли 429, 434–435
  отсутствие 435
  перекрут 360, 428, 429, 430, 494, 895
  подвижность (ложный крипторхизм) 435
Яйца, аллергия 93
Яремное венозное давление, повышенное 207
Ячмень (гордеолум) 534–535

A–Z

AABR (автоматический слуховой ответ ствола головного мозга, АСОСГМ) 138
ABCDE, алгоритм оценки состояния при неотложных ситуациях 571, 842, 846–848,875
AVPU, шкала оценки уровня сознания 844, 845
COVID-19 88, 209, 217–222, 269
  диарея при С. 319
  новорожденные дети матерей с С. 196
EAT-26, тест отношения к приему пищи 653
GMFCS, система классификации больших моторных функций 682
Hb (гемоглобин) 476, 710, 715, 734
HEEADSSSS, шкала оценки, 769, 790,793
HLA-B27, антиген 501
IgA-ассоциированный васкулит (пурпура Геноха – Шенлейна) 361, 465, 466–469, 493
LABA (бета-2-адреномиметик длительного действия) 699, 701, 979
MIS-C, синдром 221, 264
PERRLA, тест 18
PFAPA-синдром (синдром Маршалла) 251
SABA (бета-2-адреномиметик короткого действия) 694, 699, 700–701
SAMPLE, метод опроса 843, 848
SCOFF, опросник 653
SOCRATES, алгоритм 488
VDRL-тест 191, 192

СПИСОК КОНТАКТНЫХ ТЕЛЕФОНОВ ДЛЯ ВАШЕГО РЕГИОНА

Заполните список контактных телефонов для вашей страны или региона.

	КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ (ТЕЛЕФОН И ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА)	
Чрезвычайные ситуации	Единый номер служб экстренного реагирования	
	Токсикологический центр	
	Горячая линия по предотвращению суицида	
	Стационар, к которому прикреплено ваше учреждение	
Специалисты и координация работы	Офтальмолог	
	Кардиолог	
	Невролог	
	Отоларинголог	
	Стоматолог	
	Психолог	
	Психиатр	
	Хирург-ортопед	
	Специалист по паллиативной помощи	
	Дерматолог	
	Диетолог	
	Аптека	
	Лаборатория	
	Микробиологическая лаборатория	
Социальные службы и защита детей	Службы защиты детей	
	Кризисные центры	
	Перевозка пациентов	
	Социальные работники	
	Детский социальный центр	
	Службы финансовой поддержки	
	Управление образования	
	Юридическая служба	
	Служба надомной помощи	
	Группы психосоциальной поддержки	
	Горячая линия по охране психического здоровья	
Реабилитация	Логопед	
	Физиотерапевт	
	Диетолог	
	Ортопед	
Прочее		

Шкала для оценки боли



0	2	4	6	8	10
Боль отсутствует	Боль незначительная	Боль умеренная	Боль терпимая	Боль выраженная	Боль невыносимая



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Боль отсутствует		Слабая		Умеренная			Сильная			Невыносимая

ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Эпинефрин (адреналин)

- *Анафилаксия:* 0,15 мл 0,1% (1:1000) раствора в/м (0,3 мл для детей > 6 лет).
- *Тяжелый круп:* ингаляция через небулайзер 0,5 мл/кг 0,1% (1:1000) раствора (максимальная доза – 5 мл).
- *Остановка сердца:* 0,01 мг/кг (= 0,1 мл/кг) 0,01% (1:10 000) раствора каждые 3–5 минут в/в или внутрикостно (максимальная доза – 1 мг = 10 мл).

Глюкоза: 3 мл/кг 10% раствора глюкозы в/в струйно.

Кислород: начните подачу кислорода со скоростью 1–2 л/мин (0,5 л/мин для детей младшего грудного возраста) через носовые канюли, чтобы добиться насыщения крови кислородом 94–98%.

Налоксон: 10 мкг/кг в/в (максимальная доза – 400 мкг).

Диазепам *(при судорогах)*: ректально – 0,5 мг/кг (максимальная доза – 20 мг), в/в – 0,2 мг/кг (максимальная доза – 10 мг).

Мидазолам *(при судорогах)*: интраназально/трансбуккально или в/м 0,2 мг/кг (максимальная доза – 10 мг); в/в 0,15 мг/кг (максимальная доза – 7,5 мг).

Фенобарбитал *(при судорогах у новорожденных)*: 20 мг/кг в/в.

Леветирацетам *(при судорогах продолжительностью свыше 20 мин)*: 40–60 мг/кг в/в в течение 15 мин (максимальная доза – 4,5 г) или **фентоин** 20 мг/кг в/в в течение 20 мин (максимальная доза – 1,5 г).

НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ФУНКЦИЙ

Нормальные значения показателей жизненно важных функций (5-й – 95-й процентиль)

Возраст	Ориентировочный вес (кг)[a]	Частота дыхательных движений (вдохов/мин.)	Частота сердечных сокращений (уд./мин.)	Систолическое артериальное давление (мм рт. ст.)[b]
1 месяц	3–5	25–60	110–180	50–100
1 год	10	20–50	100–170	70–105
2 года	12	18–40	90–160	70–105
5 лет	18	17–30	70–140	75–110
10 лет	30	14–25	60–120	80–120
> 15 лет	50	12–18	60–100	100–130

[a] Ориентировочный вес для детей от 1 года: (возраст + 4) × 2.

[b] Минимальное систолическое артериальное давление (мм рт. ст.): 70 + (возраст × 2).

Настоящий *карманный справочник* предназначен для врачей, среднего медицинского персонала и других медицинских работников, отвечающих за оказание первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам. Он содержит сводные рекомендации относительно распространенных жалоб и патологий у детей и подростков, а также указания по направлению к специалистам. В справочнике приведена информация, которая позволит работникам первичного звена организовать непрерывное оказание помощи детям и подросткам с хроническими патологиями и заболеваниями, находящимся под контролем специалистов. Меры по укреплению здоровья и профилактике болезней, охватывающие период от младенческого до подросткового возраста, включают в себя информацию о расписании и составе контрольных посещений здорового ребенка, о поддержке развития детей раннего возраста и медицинскую информацию для подростков.

Цель настоящего *карманного справочника* заключается в совершенствовании диагностики и лечения распространенных патологий детского и подросткового возраста, ведение которых возможно на амбулаторном уровне. Справочник помогает оптимизировать лабораторные исследования и другие диагностические мероприятия, а также рационально применять основные лекарственные препараты и медицинское оборудование. В описаниях состояний, при которых необходимо направление к специалисту, содержатся ссылки на посвященный смежной теме *карманный справочник «Оказание стационарной помощи детям»*. Оба издания представлены в удобном для повседневной работы формате и могут использоваться при обследовании, лечении и консультировании.

Рекомендации, изложенные в настоящем *карманном справочнике*, применимы ко всей территории Европейского региона ВОЗ и могут быть адаптированы к конкретным условиям отдельных стран. В *справочнике* обобщены сведения из опубликованных ВОЗ и другими организациями руководств, основанных на принципах доказательной медицины. Информацию о фактических данных, использованных при составлении справочника, можно найти на сайте ЕРБ ВОЗ. По мере поступления новых данных эта информация будет регулярно обновляться.

С помощью этого *справочника* медицинские работники могут выполнять свои обязательства по оказанию качественной первичной медико-санитарной помощи: пристальное внимание, уделяемое основанным на фактических данных методам и профилактике, гарантирует, что дети и подростки получат необходимую помощь, а также позволяет предотвратить необоснованное лечение и госпитализацию.

Более подробную информацию можно получить по адресу:

Европейское региональное бюро ВОЗ
Афинский офис ВОЗ по качеству медицинского обслуживания
Ploutarchou 3 – 10675 Athens, Greece
Тел.: +30 (210) 523-54-80
Эл. почта: euqualityofcare@who.int
Website: www.euro.who.int/en/QoC
https://www.who.int/europe/health-topics/child-health#tab=tab_1

ISBN 978-92-890-5848-3