

НИКИ педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
РЕКОМЕНДУЕТ



ТАКТИКА ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Под редакцией
профессора М.А. Школьниковой,
профессора Ю.Л. Мизерницкого



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	4
Участники издания	5
Список сокращений и условных обозначений	7
Клинические рекомендации и доказательная медицина	9
Глава 1. Тактика врача-педиатра участкового при оказании медицинской помощи по поводу заболевания	11
1.1. Аллергический ринит (<i>Мазитов М.Р., Пампура А.Н.</i>)	11
1.2. Артериальная гипертензия (<i>Садыкова Д.И., Ковалев И.А.</i>)	20
1.3. Атопический дерматит (<i>Мазитов М.Р., Пампура А.Н.</i>)	30
1.4. Бронхиальная астма (<i>Хабибрахманова З.Р., Мизерницкий Ю.Л., Малиновская Ю.В.</i>)	37
1.5. Внебольничная пневмония (<i>Макарова Т.П., Мизерницкий Ю.Л., Вахитов Х.М., Сабирова Д.Р.</i>)	48
1.6. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей (<i>Кильдиярова Р.Р., Вольнец Г.В.</i>)	56
1.7. Грипп (<i>Мазитов М.Р., Мазанкова Л.Н.</i>)	64
1.8. Железодефицитная анемия (<i>Вахитов Х.М., Хавкин А.И., Черезова И.Н.</i>)	73
1.9. Инфекция мочевой системы (<i>Малиновская Ю.В., Макарова Т.П., Длин В.В.</i>)	80
1.10. Корь у детей (<i>Кильдиярова Р.Р., Мазанкова Л.Н.</i>)	89
1.11. Крапивница у детей (<i>Кильдиярова Р.Р., Пампура А.Н.</i>)	98
1.12. Менингококковая инфекция у детей (<i>Кильдиярова Р.Р., Мазанкова Л.Н.</i>)	105
1.13. Миокардит у детей (<i>Камалова А.А., Ковалев И.А., Садыкова Д.И.</i>)	112
1.14. Ожирение (<i>Сабирова Д.Р., Хавкин А.И., Камалова А.А., Хабибрахманова З.Р.</i>)	118
1.15. Острый бронхит у детей (<i>Черезова И.Н., Мизерницкий Ю.Л.</i>)	124
1.16. Острая респираторная вирусная инфекция у детей (<i>Мазанкова Л.Н.</i>)	131
1.17. Острый средний отит у детей (<i>Асманов А.И.</i>)	140
1.18. Острый тонзиллофарингит у детей (<i>Кильдиярова Р.Р., Асманов А.И.</i>)	148
1.19. Ротавирусная инфекция у детей (<i>Кильдиярова Р.Р., Мазанкова Л.Н.</i>)	157
1.20. Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки у детей (<i>Кильдиярова Р.Р., Вольнец Г.В.</i>)	165
Глава 2. Тактика врача-педиатра участкового при оказании медицинской помощи в неотложной форме	177
2.1. Скрининг, оценка и ведение боли в педиатрии (<i>Касимова Л.Н.</i>)	177
2.2. Алгоритмы ведения неотложных состояний (<i>Кильдиярова Р.Р., Мизерницкий Ю.Л., Асманов А.И.</i>)	180
Краткий справочник лекарственных средств	199
Дополнительный справочник лекарственных средств	203
Список литературы	203

ТАКТИКА ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1.1. АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

Аллергический ринит (АР) — заболевание, характеризующееся IgE-опосредованным воспалением слизистой оболочки полости носа (которое развивается под действием аллергенов) и наличием следующих симптомов: заложенности (обструкции) носа, выделений из носа (ринореи), чиханья, зуда в полости носа. АР часто сочетается с другими аллергическими заболеваниями, такими как аллергический конъюнктивит, атопический дерматит (АтД), бронхиальная астма (БА). АР рассматривается как фактор риска развития БА. Неконтролируемый АР среднетяжелого течения приводит к снижению контроля над симптомами БА.

КОДЫ ПО МКБ-10, КЛАССИФИКАЦИЯ




ПРИМЕР ДИАГНОЗА

J30.1 Аллергический ринит, персистирующий, легкое течение, обострение. Сенсибилизация к бытовым аллергенам (формулировка диагноза включает указание спектра аллергенов, к которым выявлена повышенная чувствительность).

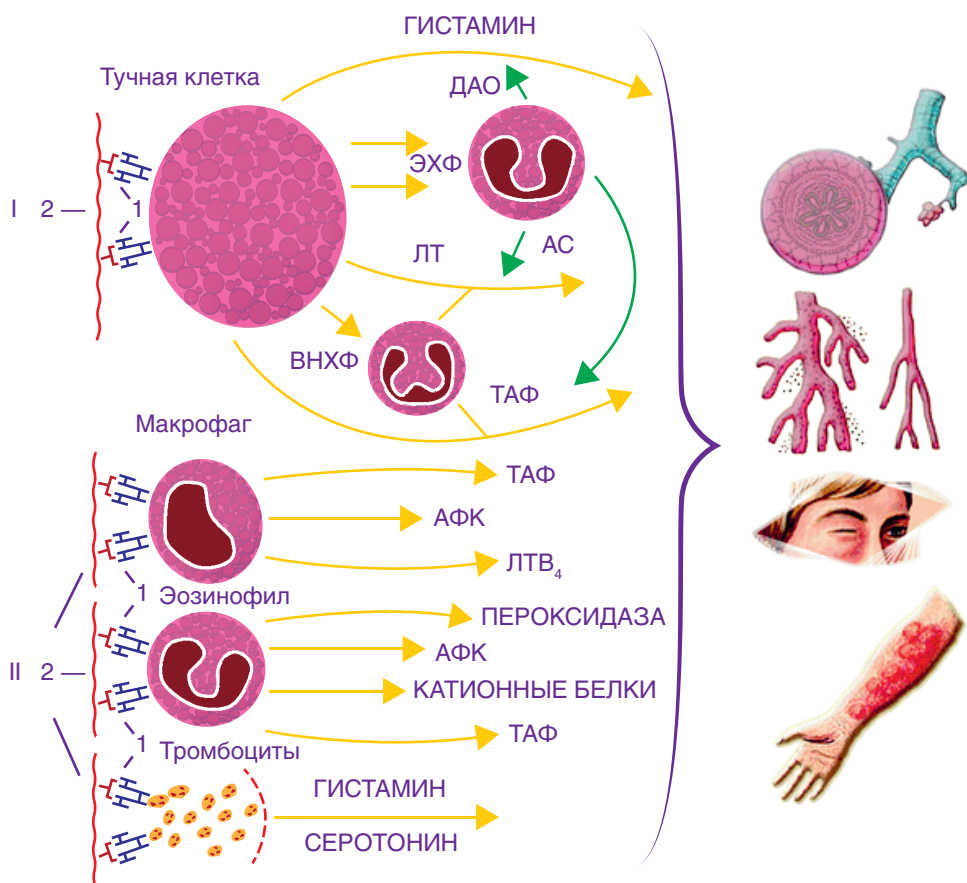


ДИАГНОСТИКА

Критерии диагностики	Комментарии
1. Рекомендована оценка клинических данных	
1.1. Зуд в полости носа	Наличие всех четырех симптомов необязательно. Нередко отмечаются общее недомогание, головная боль, боль в ухе, снижение слуха, нарушение обоняния, носовые кровотечения, першение в горле, кашель, глазные симптомы (выделение слез, отечность век, покраснение слизистой глаза, резь в глазах и зуд)
1.2. Ринорея	
1.3. Многократное чиханье	
1.4. Заложенность носа	

Критерии диагностики	Комментарии
2. Рекомендован сбор аллергологического анамнеза	
2.1. Аллергические заболевания (аллергический конъюнктивит, БА, АтД), в том числе у кровных родственников	<p>При сборе аллергологического анамнеза обращают внимание:</p> <ul style="list-style-type: none"> • на особенности развития первых симптомов заболевания и их интенсивность; • динамику развития; • длительность и чувствительность к назначаемым фармакотерапевтическим средствам. <p>Пациенты с сезонным АР нередко отмечают синдром перекрестной пищевой непереносимости, который имеет различные клинические проявления — от легкого зуда во рту до развития анафилаксии</p> <p>Перекрестные пищевые и лекарственные аллергические реакции</p> 
2.2. Четкая связь с воздействием провоцирующего фактора	
2.3. Сезонность заболевания	
2.4. Жилищные условия, в том числе наличие домашних животных	
2.5. Профессиональные вредности	
3. Рекомендовано физикальное обследование (С2)	
3.1. Отсутствие носового дыхания (приоткрыт рот)	<p>Пациенты могут потирать ладонью кончик носа — «аллергический салют».</p> <p>В случае присоединения вторичной инфекции назальный секрет может носить слизисто-гнойный характер</p>
3.2. Отечность лица	
3.4. Дерматит над верхней губой и в области крыльев носа	
3.5. Темные круги под глазами	
3.4. Дерматит над верхней губой и в области крыльев носа	
4. Рекомендована лабораторная и инструментальная диагностика	
4.1. ОАК (С2)	Возможна эозинофилия
4.2. Цитологическое исследование назального секрета (В1)	Увеличение относительного количества эозинофилов >6% или абсолютного более 300 клеток/мкл
4.3. Передняя риноскопия	Отек носовых раковин, значительное количество водянистого секрета, ярко-красный цвет слизистой оболочки в период обострения сезонного АР, цианотичный или серый цвет слизистой оболочки при круглогодичном АР, пятнистость (мраморность) слизистой оболочки (симптом Воячека), могут выявляться полипы
5. Рекомендовано аллергологическое обследование	
5.1. Кожные пробы (А1)	<p>Сенсибилизация, определяемая при кожном тестировании и/или повышенным уровнем специфических иммуноглобулинов Е (IgE):</p> <ul style="list-style-type: none"> • клинически значимая — наличие клинических проявлений, соответствующих выявленной сенсибилизации; • латентная — наличие сенсибилизации при отсутствии клинических проявлений
5.2. Определение специфических IgE (А1)	
5.4. Провокационные тесты (В1)	Может проводить только аллерголог-иммунолог в условиях аллергологического кабинета или стационара

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА (IGE-ОПОСРЕДОВАННАЯ)



ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ

10–12 дней в зависимости от тяжести заболевания.

КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Свободное носовое дыхание, отсутствие катарального синдрома.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Лечение проводят в амбулаторных условиях.

Показания к госпитализации (плановой, неотложной и экстренной)	Ориентировочные действия врача
Необходимость проведения ускоренного курса аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ)	Оказание неотложной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях (см. «Неотложные состояния»). Вызов скорой медицинской помощи для неотложной госпитализации
Тяжелое и/или осложненное течение заболевания	



РЕАБИЛИТАЦИЯ

Не проводится.



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ











ТЕРАПИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБРАЗУ ЖИЗНИ В ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ









МОДИФИКАЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ







ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Препараты выбора	Особенности применения
1. Рекомендована медикаментозная элиминация	
Назальный душ готовыми солевыми препаратами на основе морской воды	Поддерживает физиологическое состояние слизистой оболочки полости носа, разжижает слизь и нормализует ее выработку, смывает пыль, аллергены и т.п. <i>Рекомендуется для облегчения туалета полости носа перед применением топических лекарственных препаратов, в том числе интраназальных ГК, что существенно повышает их эффективность (например Аквамарис, Маример, Аквалор)</i> АквалорБеби с рождения, софт и норм с 6 мес, форте с 1 года)

Препараты выбора	Особенности применения
2. Контроль над симптомами, 1-я ступень. Назначается один из неседативных H₁-антигистаминных препаратов	
Кромоны	Эффективность ниже, чем у антигистаминных и интраназальных ГК, высокая безопасность. <i>Назначают при легком течении АР</i>
Дезлоратадин 	С 6 мес до 1 года — по 1 мг (2 мл сиропа), с 1 года до 5 лет — по 1,25 мг (2,5 мл), с 6 до 11 лет — по 2,5 мг (5 мл) 1 раз в сутки в форме сиропа, старше 12 лет — 5 мг (1 таблетка или 10 мл сиропа) 1 раз в сутки
Цетиризин 	С 6 до 12 мес — по 2,5 мг 1 раз в сутки, с 1 года до 6 лет — по 2,5 мг 2 раза в сутки или 5 мг 1 раз в сутки в виде капель/сиропа, с 6 лет — 10 мг однократно или по 5 мг 2 раза в сутки
Эбастин 	С 12 лет — по 10–20 мг 1 раз в сутки (в зависимости от выраженности симптоматики)
Левоцетиризин 	С 2 до 6 лет — по 2,5 мг/сут в форме капель, старше 6 лет — в суточной дозе 5 мг
Лоратадин 	С 2 лет, детям с массой тела менее 30 кг — по 5 мг 1 раз в сутки, детям с массой тела более 30 кг — по 10 мг 1 раз в сутки
Фексофенадин 	С 6 до 12 лет — по 30 мг 1 раз в сутки, старше 12 лет — 120–180 мг 1 раз в сутки
Левокабастин 	С 6 лет — по два впрыскивания в каждую ноздрю 2–4 раза в сутки (в зависимости от выраженности симптоматики). <i>При отсутствии клинического эффекта применение препарата через 3 дня прекращают</i>
Монтелукаст 	С 2 до 6 лет — по 4 мг 1 раз в сутки, с 6 до 14 лет — по 5 мг 1 раз в сутки (жевательные таблетки), с 15 лет — 10 мг/сут. <i>Могут применяться в комплексной терапии АР и при сочетании АР с БА</i>

Препараты выбора	Особенности применения
Азеластин 	С 6 лет — по одному распылению (0,14 мг/0,14 мл) в каждый носовой ход 2 раза в сутки. С 12 лет — по два распыления (0,28 мг/0,28 мл) в каждый носовой ход 2 раза в сутки до исчезновения симптомов заболевания
Рупатадин 	С 12 лет — по 10 мг 1 раз в сутки
Биластин 	С 12 лет — по 20 мг/сут
3. Контроль над симптомами, 2-я ступень. Назначается один из препаратов: интраназальный ГК (предпочтительно), или неседативные H1-антигистаминные препараты (см. выше), или интраназальные антигистаминные препараты (см. выше), или антилейкотриеновые препараты (см. выше) (A1)	
Мометазон 	С 2 до 11 лет — по одной ингаляции (50 мкг) в каждую ноздрю 1 раз в сутки, с 12 лет и взрослым — по две (100 мкг) ингаляции в каждую ноздрю 1 раз в сутки
Флутиказона фуоат 	С 2 лет — по одному распылению (27,5 мкг) в каждую ноздрю 1 раз в сутки (55 мкг/сут). <i>При отсутствии желаемого эффекта возможно повышение дозы до двух распылений в каждую ноздрю 1 раз в сутки (максимальная суточная доза — 110 мкг), при достижении адекватного контроля над симптомами рекомендуется снизить дозу до одного распыления в каждую ноздрю 1 раз в сутки</i>
Флутиказон 	С 4 до 11 лет — по одному впрыскиванию (50 мкг) в каждую ноздрю 1 раз в сутки, с 12 лет — по два впрыскивания (100 мкг) в каждую ноздрю 1 раз в сутки
Беклометазон 	С 6 лет — по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 2–4 раз в сутки
Будесонид 	С 6 лет — по два впрыскивания (50 мкг) в каждую ноздрю. <i>Поддерживающая доза должна быть самой низкой эффективной дозой, снимающей симптомы ринита</i>

Препараты выбора	Особенности применения
<p>4. Контроль над симптомами, 3-я ступень. Назначается комбинация препаратов: интраназальный ГК с одним или более из неседативных H1-антигистаминных препаратов, интраназальных антигистаминных препаратов, антилейкотриеновые препараты (A1)</p>	
<p>5. 4-я ступень (лечение только специалистом)</p>	
<p>6. Препараты скорой помощи: деконгестанты (интраназальные/пероральные) коротким курсом, антихолинергетики (B2)</p>	
<p>Нафазолин</p> 	<p>С 6 лет (раствор 0,5 мг/мл) — по 1 капле в каждую ноздрю 2–3 раза в сутки, с 12 лет — по 2 капли в каждую ноздрю 2–3 раза в сутки</p>
<p>Оксиметазолин</p> 	<p>С первых 4 нед по 1 капле 0,01% раствора в каждый носовой ход 1 раз в сутки, с 5 нед до 1 года — по 1–2 капли 0,01% раствора в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки, от 1 года до 6 лет — 1–2 капли 0,025% раствора в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки, с 6 лет — по 1–2 капли 0,05% раствора в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки. Продолжительность применения 0,025 и 0,05% раствора — не более 4 нед, а 0,01% раствора — не более 7 дней</p>
<p>Ксилометазолин</p> 	<p>С 2 до 6 лет — по 1–2 капли 0,05% раствора в каждый носовой ход 1 или 2 раза в сутки, с 6 лет — по 2–3 капли 0,1% раствора в каждый носовой ход</p>
<p>Прежде чем интенсифицировать терапию (step-up), необходимо перепроверить диагноз и/или приверженность пациента терапии, исключить влияние сопутствующих заболеваний и/или анатомических аномалий</p>	
<p>Аллерген-специфическая иммунотерапия и хирургическое лечение</p> 	

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ¹

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- При адекватной терапии и профилактике, как правило, благоприятный.

КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ

- Терапия соответствует национальным клиническим рекомендациям по лечению АР у детей.
- Несоблюдение врачебных назначений, *например отказ или прерывание лечения из-за улучшения самочувствия, побочных эффектов, неприятного вкуса или запаха препаратов*, затягивает сроки выздоровления и повышает вероятность частых обострений ринита.

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ – ДОСТИЖЕНИЕ ПОЛНОГО КОНТРОЛЯ НАД СИМПТОМАМИ АР

- Сосудосуживающие препараты уменьшают отек слизистой оболочки полости носа путем сужения сосудов, следовательно, носовое дыхание улучшается.
- Антигистаминные препараты улучшают носовое дыхание, увеличивают время между обострениями.
- Интраназальные антигистаминные препараты начинают действовать в течение первых 30 мин, имеют высокий профиль безопасности.

ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Все назначенные лекарственные препараты разрешены к медицинскому применению в Российской Федерации.
- При назначении лечения врач учитывает эффективность препарата и возможные побочные эффекты, в данном случае потенциальная польза лечения превышает вероятность развития побочных эффектов.
- Необходимо соблюдать правила приема лекарственных препаратов.
- Не следует допускать самолечения.



- Развернутые речевые модули формирования приверженности терапии

¹ Врачи должны контролировать приверженность терапии (ПТ) при каждом заболевании, внося это в лист наблюдения, отмечая в амбулаторных картах.