

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	4
Предисловие	7
Список сокращений и условных обозначений	8
Клинические рекомендации и доказательная медицина	10
Глава 1. Тактика врача-педиатра участкового при оказании медицинской помощи по поводу заболевания	12
1.1. Аллергический ринит	12
1.2. Артериальная гипертензия	24
1.3. Атопический дерматит	35
1.4. Бронхиальная астма	42
1.5. Внебольничная пневмония.....	58
1.6. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей	68
1.7. Грипп.....	77
1.8. Железодефицитная анемия	85
1.9. Инфекция мочевыводящих путей.....	93
1.10. Корь у детей.....	105
1.11. Крапивница у детей.....	114
1.12. Менингококковая инфекция у детей	121
1.13. Миокардит у детей.....	129
1.14. Ожирение	137
1.15. Острый бронхит у детей.....	145
1.16. Острая респираторная вирусная инфекция у детей	153
1.17. Острый средний отит у детей.....	161
1.18. Острый тонзиллофарингит у детей.....	169
1.19. Ротавирусная инфекция у детей	179
1.20. Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки у детей.....	187
Глава 2. Тактика врача-педиатра участкового при оказании медицинской помощи в неотложных ситуациях	199
2.1. Скрининг, оценка и ведение боли в педиатрии.....	199
2.2. Алгоритмы ведения неотложных состояний	202
Список литературы	221

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее практическое руководство из серии «Тактика врача» предназначено для врачей амбулаторно-поликлинического звена и освещает актуальные вопросы педиатрии.

Цель данной серии — помочь врачам первичного звена за короткое время найти оптимальное решение, придерживаясь подходов, изложенных в национальных клинических рекомендациях.

В третье издание руководства, переработанного и дополненного в соответствии с новыми клиническими рекомендациями, вошли часто встречающиеся болезни органов дыхания, пищеварения, а также хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет, дислипидемия и анемии. Материал изложен по единой структуре, состоящей из определения, классификаций с примерами формулировок диагноза, диагностики, лечения, реабилитации и профилактики. Полезным является указание ориентировочных сроков временной нетрудоспособности законных представителей и критериев выздоровления для каждой патологии. В электронных приложениях содержится уточняющий материал, с помощью которого врач может получать дополнительную информацию, отражающую ключевые утверждения современных рекомендаций. Все ссылки актуальны на момент публикации, однако мы не можем гарантировать их работоспособность в дальнейшем, учитывая постоянное обновление информации.

Практическое руководство создано большим коллективом авторов, которые стремились понятным для врачей языком изложить оптимальный объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий. Формат и дизайн руководства позволили структурировать материал, ключевые вопросы диагностики и лечения изложены в виде таблиц и схем. Особенностью книги является раздел, посвященный формированию приверженности пациентов профилактике и лечению заболеваний, который содержит специальные речевые модули и инфографику.

Мы надеемся, что книга станет удобным инструментом для врачей-педиатров участковых. В свою очередь, авторы с благодарностью примут предложения по улучшению практического руководства и критические замечания.

Доктор медицинских наук, профессор
Мария Александровна Школьникова

Доктор медицинских наук, профессор
Юрий Леонидович Мизерницкий

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Клинические рекомендации (guidelines) — это документ, который создается группой экспертов на основании анализа доказательной базы наиболее эффективных лечебных вмешательств и диагностических мероприятий, содержит информацию об эпидемиологии соответствующего заболевания и его прогнозе.

Обоснованность применения каждого пункта рекомендации определяется классом рекомендаций с указанием уровня доказательности, который отражает качество и/или объем соответствующей доказательной информации, на которой основана рекомендация.

Классы рекомендаций по использованию метода диагностики (лечения) для описанного заболевания в упрощенном виде выражают следующую позицию авторов: «Согласно представленным доказательствам, при данном заболевании это делать *нужно/можно/нельзя*».

- Класс I (рекомендуется). Доказательства и/или общее соглашение свидетельствуют, что применение метода в указанной ситуации однозначно является благоприятным, полезным и эффективным.
- Класс IIa (следует рассматривать возможность применения). Доказательства могут быть противоречивы, и/или имеются противоположные мнения относительно пользы/эффективности метода, однако преобладают аргументы в пользу применения данного метода.
- Класс IIb (можно рассматривать возможность применения). Доказательства противоречивы, и/или имеются противоположные мнения относительно пользы/эффективности метода, при этом аргументы в пользу применения метода недостаточно убедительно обоснованы.
- Класс III (не рекомендуется). Доказательства и/или общее соглашение свидетельствуют, что применение метода не является полезным/эффективным и в некоторых случаях может навредить пациенту.

Уровень доказательности отражает степень проверенности лежащих в ее основе фактов с позиций статистики.

- Уровень А. Доказательства основаны на данных нескольких рандомизированных клинических исследований или метаанализов, что делает маловероятными ошибки исследований.
- Уровень В. Доказательства основаны на данных единственного рандомизированного клинического исследования или нескольких крупных нерандомизированных исследований.
- Уровень С. Доказательства основаны на согласованных мнениях авторитетов (консенсус) и/или небольших исследованиях, ретроспективных исследованиях, регистрах.

В рекомендациях российских профессиональных ассоциаций нередко используется и другая схема ранжирования: по уровню достоверности (от 1 до 4) и по уровню убедительности (от А до D). Наиболее высокий уровень рекомендаций соответствует 1А.

Доказательства эффективности какого-либо метода лечения не заменяют клиническое мышление и не снимают с врача ответственности за принятие индивидуального решения в отношении каждого конкретного пациента.

Доказательная медицина (в оригинале — evidence-based medicine) является фундаментом, на котором базируются, во-первых, отказ от неэффективных (вредных) методик и вытеснение их из медицинской практики, во-вторых, выявление и продвижение эффективных методов медицинской помощи с доказанной эффективностью. Это раздел медицины, основанный на доказательствах и предполагающий поиск, сравнение, обобщение и широкое распространение полученных доказательств для использования в интересах пациентов (определение рабочей группы Evidence Based Medicine Working Group, 1993).

Поэтапная реализация принципов доказательной медицины включает правильно сформулированный вопрос, получение ответа, оценку доказательств, оценку применимости в данной клинической ситуации и проверку практикой.

ГЛАВА 1. 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. Сенсibilизация к бытовым аллергенам (формулировка диагноза включает указание спектра аллергенов, к которым выявлена повышенная чувствительность).



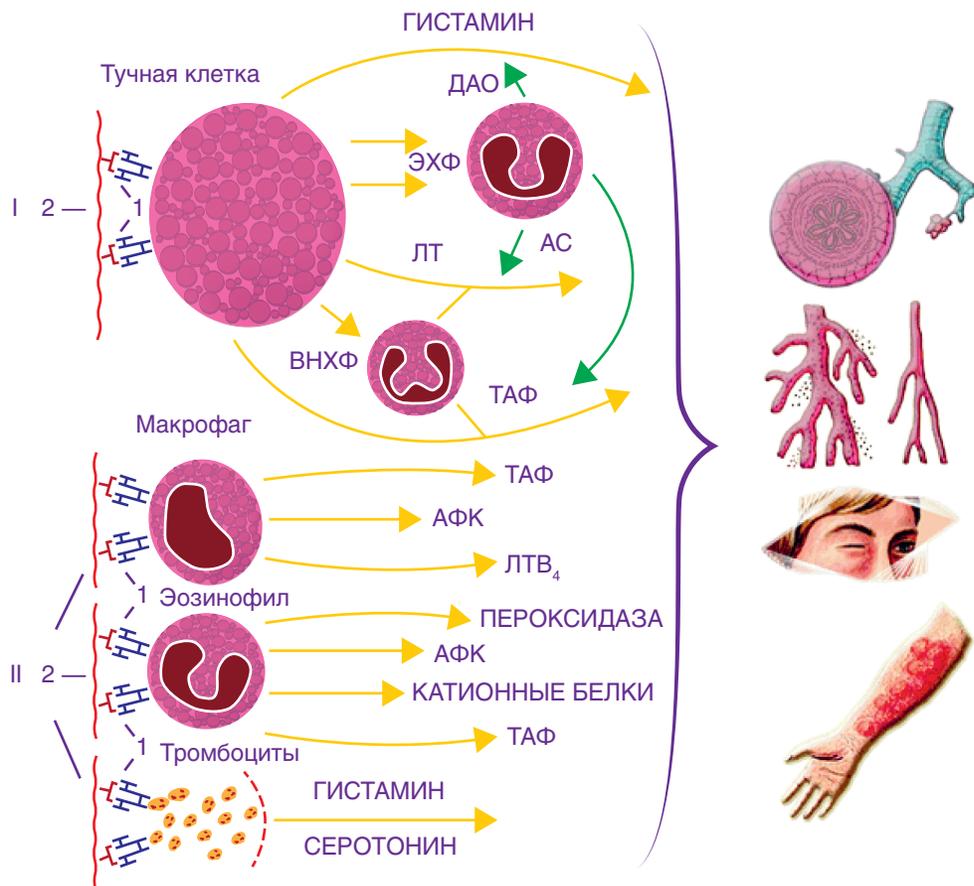
ДИАГНОСТИКА

Критерии диагностики	Комментарии
1. Рекомендована оценка клинических данных (С5)	
1.1. Заложенность (обструкция) носа	Характерными являются ежедневно проявляющиеся в течение часа и более хотя бы два из этих симптомов. 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. Зуд в полости носа	

Критерии диагностики	Комментарии
2. Рекомендован сбор аллергологического анамнеза (С5)	
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 (С5)	
3.1. Затруднение носового дыхания (приоткрытый рот)	<p>Пациенты могут потирать ладонью кончик носа — «аллергический салют».</p> <p>Может наблюдаться слизистое, слизисто-гнойное отделяемое из носа (в случае присоединения вторичной инфекции)</p>
3.2. Темные круги под глазами	
3.4. Мацерация кожи над верхней губой и в области крыльев носа	
3.5. Отечность лица	
4. Рекомендована лабораторная и инструментальная диагностика	
4.1. Общий (клинический) анализ крови (ОАК) (С5)	Возможна эозинофилия в период обострения АР
4.2. Цитологическое исследование смывов с верхних дыхательных путей (В3)	Увеличение относительного количества эозинофилов до 10% и более
4.3. Передняя риноскопия (С5)	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
4.4. Эндоскопическая эндоназальная ревизия полости носа, носоглотки и околоносовых пазух (В2)	Рекомендуется пациентам с АР при неэффективности стандартной терапии и/или при осложненных формах АР. Позволяет выявить анатомические нарушения полости носа и околоносовых пазух и другую патологию

Критерии диагностики	Комментарии
4.5. Рентгенологическое исследование полости носа и околоносовых пазух (С5)	<p>Рекомендуется пациентам с АР при наличии симптомов риносинусита и/или маркеров бактериального воспаления с целью исключения гнойного осложнения и определения тактики терапии.</p> <p>Показания:</p> <ul style="list-style-type: none"> – наличие симптомов риносинусита (наличие гнойного отделяемого из полости носа, наличие боли в проекции пазух носа, головная боль, повышение температуры); – наличие маркеров бактериального воспаления: лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы в клиническом анализе крови
4.6. Компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани (В3)	<p>Рекомендуется пациентам с АР при неэффективности стандартной терапии, выраженной и продолжительной назальной обструкции, стойкой и продолжительной аносмии и/или отрицательных результатах аллергообследования с целью дифференциальной диагностики АР, выявления других причин назальной обструкции или при осложненных формах АР, в первую очередь при полипозном риносинусите</p>
4.7. Исследование функции внешнего дыхания (С4)	<p>Рекомендуется пациентам с АР при наличии жалоб на кашель, свистящее дыхание, приступы затруднения дыхания, одышку с целью выявления скрытого бронхоспазма и определения тактики ведения пациента. У пациентов с АР в период обострения может отмечаться снижение скоростных показателей — ОФВ1, при снижении данного показателя проводится тест с бронхолитическим средством на выявление скрытого бронхоспазма</p>
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 в сыворотке крови (А2)	
5.3. Провокационные тесты	<p>Все провокационные тесты может проводить только аллерголог-иммунолог, владеющий методикой выполнения данной процедуры в условиях специализированного аллергологического кабинета или стационара</p>

Механизм развития аллергической реакции немедленного типа (IgE-опосредованная)



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Лечение проводят в амбулаторных условиях.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- крайне тяжелое и/или осложненное течение заболевания (экстренная);
- у детей тяжелое обострение с выраженной назальной обструкцией (экстренная);
- необходимость проведения ускоренного курса аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ) в условиях элиминации аллергена (плановая).

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- 1) достижение контроля над симптомами АР, нормализация лабораторных показателей;
- 2) завершение курса АСИТ.