# ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА

ОРВИ, инфекции дыхательных путей,
экзантемы, кишечные инфекции,
нейроинфекции и практическая тактика
на амбулаторном этапе

**Практическое руководство**
**для врача-педиатра**

Волоцкий Константин Андреевич
врач-педиатр

Тюмень
2026

# Об актуальности и использовании руководства

Инфекционный ребёнок на участке редко приходит с уже готовым диагнозом. Чаще задача начинается с ведущего синдрома: лихорадка, кашель, одышка, свистящее дыхание, сыпь, диарея, боль в горле, вялость, отказ от питья. Поэтому это руководство построено как практическая навигация: от первой оценки состояния к решению, можно ли наблюдать ребёнка амбулаторно, нужен ли повторный осмотр, обследование, антибактериальная терапия, скорая медицинская помощь или госпитализация [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10].

Приоритет в руководстве отдан действующим клиническим рекомендациям Минздрава России и официальным нормативным документам. Дата проверки источников: 22.09.2026. В респираторных главах использованы клинические рекомендации по острому обструктивному ларингиту, бронхиту, бронхиолиту, респираторно-синцитиальной вирусной инфекции, бронхиальной астме, внебольничной пневмонии, ОРВИ и коклюшу у детей [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10].

Дозировки лекарственных препаратов в тексте приведены как рабочие ориентиры из клинических рекомендаций. Перед назначением они должны быть сверены с инструкцией к конкретному препарату, лекарственной формой, возрастными ограничениями, массой тела ребёнка, противопоказаниями и локальными лекарственными протоколами.

Противоэпидемические сроки, допуск в детский коллектив, работа с контактными, постконтактная профилактика, экстренные извещения и организационная маршрутизация вынесены в отдельную главу, чтобы клинические решения не смешивались с санитарными правилами и календарем профилактических прививок [19, 20, 21].

Руководство предназначено для ежедневной работы: быстро распознать опасное состояние, не пропустить пневмонию или дыхательную недостаточность, не назначить лишний антибиотик при вирусном бронхите или бронхиолите, объяснить семье план наблюдения и заранее обозначить признаки, при которых нужно срочно обращаться повторно [4, 5, 7].

# Оглавление

Об актуальности и использовании руководства ... 2
Оглавление ... 3
1. Как пользоваться пособием ... 8
1.1. Для кого предназначено руководство ... 8
1.2. Как быстро найти нужный раздел ... 8
1.3. Быстрая карта решений ... 9
1.4. Единый шаблон инфекционной главы ... 9
2. Инфекционный ребёнок на участке: базовая тактика ... 10
2.1. Первая минута: не диагноз, а безопасность ... 10
2.2. Красные флаги инфекционного ребёнка ... 10
2.3. Лихорадка без очага: каркас безопасности ... 11
2.4. Осмотр: что должно быть в записи ... 11
2.5. Эпидемиологический анамнез ... 12
2.6. Когда нельзя оставлять ребёнка в обычном амбулаторном наблюдении ... 12
2.7. Повторный осмотр и safety-netting ... 12
3. ОРВИ у детей ... 14
3.1. Как выглядит типичная ОРВИ ... 14
3.2. Осмотр при ОРВИ ... 14
3.3. Когда обследования не нужны, а когда нужны ... 15
3.4. Лечение ОРВИ: что действительно нужно ... 15
3.5. Когда думать об осложнении ... 16
3.6. Что сказать семье ... 16
4. Грипп у детей ... 17
4.1. Когда думать о гриппе ... 17
4.2. Группы риска тяжелого и неблагоприятного течения ... 17
4.3. Что оценить на приеме ... 17
4.4. Диагностика ... 18
4.5. Противовирусная терапия ... 18
4.6. Осложнения гриппа ... 19
4.7. Антибиотики при гриппе ... 19
4.8. Когда нужна госпитализация ... 20
4.9. Профилактика и региональный контекст ... 20
4.10. Что сказать семье ... 20
5. Острый стенозирующий ларинготрахеит ... 22
5.1. Клиническое распознавание крупа ... 22
5.2. Оценка степени тяжести ... 22
5.3. Тактика на участке и на дому ... 23
5.4. Лекарственная помощь ... 23

5.5. Дифференциальная диагностика ... 24
6. Бронхит у детей ... 25
6.1. Острый бронхит ... 25
6.2. Затяжной кашель: когда пересмотреть диагноз ... 25
6.3. Лечение ... 26
6.4. Ошибки ведения ... 26
7. Бронхиолит и бронхообструктивный синдром ... 28
7.1. Бронхиолит у детей раннего возраста ... 28
7.2. Показания к госпитализации ... 29
7.3. Амбулаторная тактика ... 29
7.4. Бронхообструктивный синдром ... 30
7.5. Что не назначать рутинно ... 30
8. Пневмония у детей ... 31
8.1. Когда подозревать внебольничную пневмонию ... 31
8.2. Диагностика на амбулаторном этапе ... 31
8.3. Решение о месте лечения ... 33
8.4. Антибактериальная терапия ... 33
8.5. Наблюдение после пневмонии ... 34
9. Острый тонзиллофарингит и боль в горле ... 36
9.1. Первая развилка ... 36
9.2. Диагностика ... 36
9.3. Лечение ... 37
9.4. Когда нельзя оставлять дома без пересмотра ... 37
10. Коклюш и опасный длительный кашель ... 38
10.1. Когда думать о коклюше ... 38
10.2. Тяжесть и красные флаги ... 38
10.3. Диагностика ... 39
10.4. Лечение ... 39
10.5. Дом, стационар, семья ... 39
11. Лихорадка и сыпь: не пропустить корь и опасную экзантему ... 40
11.1. Первая сортировка сыпи ... 40
11.2. Когда думать о кори ... 40
11.3. Диагностика и осмотр ... 40
11.4. Лечение и наблюдение ... 41
11.5. Когда нужна госпитализация ... 41
12. Острые кишечные инфекции: сначала обезвоживание ... 42
12.1. Что оценить за первые минуты ... 42
12.2. Оценка дегидратации ... 42
12.3. Диагностика ... 42

12.4. Лечение: базовая схема ... 43
12.5. Когда нужен антибиотик ... 43
12.6. Кого не оставлять на обычном амбулаторном наблюдении ... 44
13. Нейроинфекция, менингококцемия и сепсис: первые действия ... 45
13.1. Красные флаги ... 45
13.2. Что делать на амбулаторном этапе ... 45
13.3. Антибиотик до стационара: где граница ... 45
13.4. Что не делать ... 46
13.5. Связи с другими главами ... 46
14. Клещевые инфекции в Тюмени и Тюменской области ... 47
14.1. После присасывания клеща ... 47
14.2. Как правильно удалить клеща ... 47
14.3. Клещевой вирусный энцефалит ... 48
14.4. Ребёнок после укуса клеща с температурой ... 49
14.5. Когда подозревать иксодовый клещевой боррелиоз ... 49
14.6. Вакцинация против КВЭ ... 49
14.7. Тюменская область ... 50
15. Антибактериальная терапия инфекций в практике участкового педиатра ... 51
15.1. Первый вопрос - есть ли бактериальный диагноз? ... 51
15.2. Главная сводная таблица ... 52
15.3. Дозировки, которые уже есть в профильных главах ... 54
15.4. Аллергия на β-лактамы ... 55
15.5. Оценка эффекта ... 55
15.6. Антибиотик stewardship ... 55
16. Симптоматическая терапия ... 57
16.1. Лихорадка ... 57
16.2. Насморк ... 57
16.3. Кашель ... 58
16.4. Бронхообструкция ... 58
16.5. Боль в горле ... 59
16.6. Рвота и диарея ... 59
16.7. Что не назначать рутинно ... 60
17. Противоэпидемическая тактика участкового педиатра ... 61
17.1. Универсальный алгоритм ... 61
17.2. Изоляция и разобщение ... 61
17.3. Допуск в организованный коллектив ... 62
17.4. Контактные лица ... 62
17.5. Экстренные извещения ... 63
17.6. Постконтактная профилактика ... 63

17.7. Вакцинация: национальный календарь и эпидемические показания ... 64
17.8. Быстрая таблица противоэпидемических действий ... 65
18. Практические алгоритмы ... 66
18.1. Лихорадка без очевидного очага ... 66
18.2. Лихорадка + кашель ... 66
18.3. Кашель + одышка ... 66
18.4. Лающий кашель / стридор ... 67
18.5. Свистящее дыхание ... 67
18.6. Подозрение на пневмонию: "пневмония за 1 минуту" ... 67
18.7. Боль в горле ... 68
18.8. Кашель больше 2-3 недель ... 68
18.9. Лихорадка + сыпь ... 68
18.10. Геморрагическая сыпь ... 69
18.11. Рвота и диарея ... 69
18.12. Нарушение сознания / судороги + температура ... 69
18.13. Подозрение на менингит ... 69
18.14. Подозрение на сепсис ... 70
18.15. Присасывание клеща ... 70
18.16. Температура после укуса клеща ... 70
19. Шаблоны для работы участкового педиатра ... 71
19.1. Универсальный инфекционный осмотр ... 71
19.2. ОРВИ ... 71
19.3. Кашель / бронхит ... 72
19.4. БОС / бронхиолит ... 72
19.5. Пневмония ... 72
19.6. Круп ... 73
19.7. Боль в горле ... 73
19.8. Сыпь ... 73
19.9. ОКИ ... 73
19.10. Повторный инфекционный осмотр ... 74
19.11. Вызов на дом ... 74
19.12. После присасывания клеща ... 74
20. Клинические ситуации для самопроверки ... 75
21. Контрольные вопросы ... 80
Вопросы ... 80
Краткие ответы ... 81
22. Таблицы для быстрой работы ... 85
22.1. Red flags инфекционного ребёнка ... 85
22.2. Возрастные ЧДД: только подтвержденные контексты ... 85

22.3. $SpO_2$: круп / бронхиолит / пневмония ... 85
22.4. Бронхит vs бронхиолит vs пневмония vs БОС ... 86
22.5. Круп: тяжесть и действия ... 87
22.6. Пневмония: дом или стационар ... 87
22.7. Антибиотики при основных инфекциях ... 87
22.8. БГСА: диагностика и лечение ... 88
22.9. Коклюш: срок болезни -> исследование ... 88
22.10. Экзантемы: быстрое сравнение ... 88
22.11. Дегидратация ... 88
22.12. Оральная регидратация ... 88
22.13. Когда антибиотик НЕ нужен ... 89
22.14. Что не назначать рутинно ... 89
22.15. Лихорадка: парацетамол / ибупрофен ... 89
22.16. Менингококк / менингит / сепсис: красные флаги ... 89
22.17. После присасывания клеща ... 90
22.18. Температура после клеща ... 90
22.19. Срок повторного осмотра по основным состояниям ... 90
23. Источники ... 91
23.1. Клинические рекомендации Минздрава России ... 91
23.2. Нормативные документы ... 92
23.3. Региональные источники Тюменской области ... 92

# 1. Как пользоваться пособием

## 1.1. Для кого предназначено руководство

Руководство написано для врача, который принимает ребёнка первым: на участке, на дому, в кабинете неотложной помощи или при первичном амбулаторном обращении. Оно не заменяет клиническое мышление, а помогает быстро разложить ситуацию на четыре вопроса:

1. Есть ли сейчас угроза жизни или дыхательная недостаточность?
2. Какой синдром ведущий?
3. Достаточно ли клинического диагноза или нужно обследование?
4. Где ребёнку безопаснее лечиться: дома, в дневном стационаре, в круглосуточном стационаре или через СМП?

Для респираторных инфекций ключевыми являются оценка общего состояния, частоты дыхания, втяжений уступчивых мест грудной клетки, стридора или свистящего дыхания, сатурации кислорода, способности пить и сохранять обычный уровень активности [3, 4, 5, 7].

## 1.2. Как быстро найти нужный раздел

Начинайте не с предполагаемого возбудителя, а с того, что видно у ребёнка сейчас.

| Клиническая ситуация | Что проверить сразу | Куда переходить в пособии |
|---|---|---|
| Лихорадка без очевидного очага | Общее состояние, питье, сознание, дыхание, сыпь, признаки обезвоживания | Раздел 18.1 |
| Кашель без одышки | Длительность, характер кашля, температура, аускультация, симметрия дыхательных шумов, признаки пневмонии | Глава 6; при подозрении на пневмонию - глава 8 |
| Кашель и одышка | Частота дыхания, втяжения, сатурация, цианоз, утомление дыхания, способность пить | Главы 7 и 8 |
| Свистящее дыхание | Возраст, первый или повторный эпизод, связь с ОРВИ, эффект бронхолитика, признаки бронхиолита или астмы | Глава 7; при повторных эпизодах - раздел о бронхиальной астме в рамках дифференциальной диагностики |
| Лающий кашель, осиплость, инспираторный шум | Стридор в покое, втяжения, цианоз, сознание, сатурация, признаки эпиглоттита или инородного тела | Глава 5 |
| Боль в горле | Возраст, лихорадка, налеты, лимфоузлы, сыпь, признаки дыхательной обструкции | Глава 9 |
| Лихорадка и сыпь | Общее состояние, геморрагические элементы, менингеальные симптомы, катаральные признаки, вакцинация | Глава 11 |
| Рвота и диарея | Питье, диурез, признаки обезвоживания, кровь в стуле, боль в животе | Глава 12 |
| Вялость, нарушение сознания, судороги | Состояние ABC, дыхание, кровообращение, сатурация, сыпь, менингеальные признаки | Разделы 2 и 13 |
| Геморрагическая сыпь | Общее состояние, температура, гемодинамика, менингеальные симптомы | Раздел 13 |
| Затяжной кашель | Срок, сухой или влажный характер, приступы, рвота после кашля, апноэ, вакцинация, рентгенологические и аускультативные признаки | Глава 6; при приступообразном кашле - глава 10 |

| Клиническая ситуация | Что проверить сразу | Куда переходить в пособии |
|---|---|---|
| Присасывание клеща | Регион, дата и длительность присасывания, состояние ребёнка, вакцинация против КВЭ | Глава 14 |

## 1.3. Быстрая карта решений

На первом контакте удобно идти по короткой схеме.

| Шаг | Вопрос врачу | Практическое решение |
|---|---|---|
| 1 | Есть ли признаки дыхательной недостаточности, гипоксемии, нарушения сознания, судорог, цианоза, апноэ, выраженного истощения дыхания? | При наличии - не задерживать ребёнка в амбулаторном маршруте; оценивать сатурацию и организовывать экстренную помощь или госпитализацию по профилю состояния [3, 5, 7]. |
| 2 | Ведущий синдром - верхние дыхательные пути, круп, бронхиальная обструкция, бронхиолит, пневмония или другой очаг? | Перейти к соответствующей главе и не ставить диагноз "ОРВИ" как окончательный, если есть признаки нижнего поражения дыхательных путей [4, 5, 7]. |
| 3 | Есть ли возрастной риск? | Возраст до 3 месяцев при пневмонии и ранний возраст при бронхиолите снижают порог госпитализации; у недоношенных и детей с тяжелой фоновой патологией риск тяжелого течения выше [5, 6, 7]. |
| 4 | Есть ли основания для антибиотика? | Вирусный бронхит и бронхиолит не требуют антибиотика без признаков бактериальной инфекции; при внебольничной пневмонии стартовая антибактериальная терапия выбирается по возрасту, тяжести и факторам риска [4, 5, 7]. |
| 5 | Нужна ли рентгенография или лаборатория? | При типичном вирусном бронхите и бронхиолите обследование обычно не помогает; при подозрении на пневмонию, тяжелом состоянии или отсутствии ответа на лечение оно становится частью решения [4, 5, 7]. |
| 6 | Можно ли лечить дома? | Домашнее лечение возможно только при стабильном дыхании, достаточном питье, понятном плане наблюдения и отсутствии признаков, требующих стационара [4, 5, 7]. |
| 7 | Когда врач снова увидит ребёнка? | Для состояний с риском ухудшения нужно заранее назначить повторную оценку и объяснить семье признаки немедленного обращения: нарастание одышки, втяжения, сонливость, отказ от питья, цианоз, апноэ, сохраняющаяся или усиливающаяся лихорадка [3, 5, 7]. |

## 1.4. Единый шаблон инфекционной главы

Каждая клиническая глава далее строится одинаково:

1. Практическое распознавание: как выглядит ребёнок на приеме.
2. Что спросить за первую минуту.
3. Что обязательно посмотреть и измерить.
4. Что позволяет вести амбулаторно.
5. Что требует СМП, стационара или срочной диагностики.
6. Что назначать.
7. Что не назначать рутинно.
8. Что сказать семье.
9. Что проверить на повторном осмотре.
10. Какие противоэпидемические действия нужны при этой инфекции.

# 2. Инфекционный ребёнок на участке: базовая тактика

Инфекционный прием начинается не с угадывания возбудителя. В первые минуты важнее понять, есть ли у ребёнка нарушение дыхания, кровообращения, сознания, обезвоживание, геморрагическая сыпь или признаки нейроинфекции/сепсиса. Нозологический диагноз нужен, но он не должен задерживать решение о безопасности ребёнка [1, 15, 16, 17].

## 2.1. Первая минута: не диагноз, а безопасность

Оценка должна быть одинаковой при любой жалобе: температура, кашель, сыпь, рвота, диарея, боль в горле, вялость, головная боль. Удобная рамка - ABCDE: проходимость дыхательных путей, дыхание, кровообращение, неврологический статус и полный осмотр с измерением температуры и поиском сыпи [1].

| Блок | Что оценить сразу | Почему это меняет тактику |
|---|---|---|
| A - airway | Свободно ли ребёнок дышит, нет ли стридора, поперхивания, инородного тела, выраженной осиплости с шумным вдохом | Нарушение проходимости дыхательных путей важнее названия инфекции: сначала безопасность дыхания, затем диагноз [1]. |
| B - breathing | ЧДД, втяжения, участие вспомогательной мускулатуры, цианоз, $SpO_2$, аускультация | Одышка, гипоксемия, апноэ, стонущее дыхание и утомление дыхания требуют срочного решения о кислороде, СМП или стационаре [1, 17]. |
| C - circulation | Пульс, цвет и температура кожи, капиллярное наполнение, АД, диурез | Холодные конечности, мраморность, снижение диуреза, коллапс или признаки нарушения микроциркуляции не относятся к "обычной вирусной инфекции" [15, 17]. |
| D - disability | Сознание, контактность, судороги, менингеальные симптомы, очаговая неврология; при угнетении сознания - глюкоза по возможности | Сонливость, спутанность, судороги, ригидность затылочных мышц, светобоязнь или упорная рвота с головной болью требуют исключения поражения ЦНС [15, 16]. |
| E - exposure | Температура, полный осмотр кожи и слизистых, характер сыпи, признаки обезвоживания | Геморрагическая сыпь, не бледнеющая при надавливании, особенно на фоне лихорадки и быстрого ухудшения, является экстренным сигналом [15]. |

В практическом смысле вопрос звучит так: ребёнок выглядит стабильным и его можно наблюдать, или перед нами состояние, при котором амбулаторный прием должен быстро превратиться в неотложный маршрут.

## 2.2. Красные флаги инфекционного ребёнка

Красные флаги не обязаны складываться в готовый диагноз. Один выраженный признак может быть важнее длинного списка легких симптомов.

| Признак | Что держать в голове | Действие |
|---|---|---|
| Нарушение сознания, выраженная сонливость, спутанность, судороги | Возможное поражение ЦНС, гипоксия, шок, тяжелая интоксикация | Срочная оценка ABCDE и экстренная маршрутизация [1, 16, 17]. |
| Дыхательная недостаточность: втяжения, цианоз, апноэ, стонущее дыхание, нарастающая одышка | Пневмония, бронхиолит, круп, тяжелая респираторная инфекция, сепсис | Пульсоксиметрия, кислород/СМП/стационар по клинической ситуации [1, 17]. |
| Холодные конечности, мраморность, серый или синюшный цвет кожи, плохое капиллярное наполнение, снижение диуреза | Нарушение перфузии, возможный сепсис или септический шок | Не вести как "лихорадку дома"; организовать экстренную помощь [15, 17]. |
| Геморрагическая сыпь, не исчезающая при надавливании | Генерализованная менингококковая инфекция, ДВС-синдром, тяжелая бактериальная инфекция | Экстренная госпитализация; не ждать появления менингеальных симптомов [15]. |

| Признак | Что держать в голове | Действие |
|---|---|---|
| Резкая боль в мышцах, суставах или животе на фоне лихорадки и ухудшения | Возможный ранний признак генерализованной бактериальной инфекции и нарушения перфузии | Повторная оценка кровообращения, кожи, диуреза; низкий порог экстренной маршрутизации [15]. |
| Головная боль с повторной рвотой, светобоязнью, менингеальными симптомами или очаговой неврологией | Возможный менингит/менингоэнцефалит | Госпитализация при подозрении на вирусный менингит показана независимо от этиологии, формы и тяжести [16]. |
| Лихорадка у ребёнка младше 3 месяцев | Высокий риск серьезной бактериальной инфекции и сложность клинической оценки | Не вести как обычную ОРВИ; требуется тщательное обследование и направление к специалисту или в стационар [1]. |
| Ребёнок не пьет, не может сосать грудь, нет мочи, есть признаки обезвоживания | Риск быстрого ухудшения, особенно при лихорадке, рвоте или диарее | Оценить степень обезвоживания и решить вопрос о регидратации/стационаре [1]. |

Главная ловушка амбулаторного приема - успокоиться, потому что "катаральные симптомы есть". ОРВИ может быть фоном, на котором видны первые признаки менингококковой инфекции, вирусного менингита, пневмонии или сепсиса [1, 15, 16, 17].

## 2.3. Лихорадка без очага: каркас безопасности

Раздел о лихорадке без очага в этом руководстве служит навигационным каркасом. Из него не выводятся самостоятельные пороги обследования, дозировки или маршрутизация: врач сначала оценивает ABCDE, красные флаги и переходит к профильной главе, если появляется очаг или синдром.

Каркас оценки:

| Что фиксировать | Что не выводится из этого подраздела |
|---|---|
| Возрастные группы риска | Конкретные пороги температуры и длительности лихорадки |
| Минимальный осмотр и обязательные измерения | Алгоритм лабораторного обследования |
| Признаки тяжелой бактериальной инфекции | Решение "дом/стационар" |
| Правила повторного осмотра | Дозировки, схемы и маршрутизация |

## 2.4. Осмотр: что должно быть в записи

Запись инфекционного приема должна помогать следующему врачу понять, почему ребёнок оставлен дома или направлен дальше. Минимум для большинства инфекционных обращений:

| Блок записи | Что фиксировать |
|---|---|
| Общее состояние | Активность, контактность, сонливость, плач/утешаемость, способность пить или сосать |
| Температура | Значение, способ измерения, длительность лихорадки, эффект жаропонижающих |
| Дыхание | ЧДД, втяжения, стридор, свистящее дыхание, хрипы, $SpO_2$ при признаках дыхательной недостаточности |
| Кровообращение | Пульс, цвет кожи, конечности теплые/холодные, капиллярное наполнение, АД при тяжелом состоянии |
| Гидратация | Жажда, слизистые, слезы, рвота/диарея, диурез, способность принимать жидкость |
| Кожа и слизистые | Есть ли сыпь, бледнеет ли при надавливании, локализация, скорость распространения |
| Неврологический статус | Сознание, судороги, головная боль, рвота, светобоязнь, менингеальные симптомы |

Для ребёнка с подозрением на сепсис или тяжелую инфекцию важны динамика и прогрессирование: ухудшение общего состояния, появление органной дисфункции, дыхательной недостаточности, нарушения перфузии, изменения сознания или диуреза [17].

## 2.5. Эпидемиологический анамнез

Эпидемиологический анамнез не должен превращать прием в анкету на десять минут. Его задача - быстро найти обстоятельство, которое меняет диагноз, риск для окружающих или план наблюдения [1, 15].

| Что спросить | Зачем это нужно |
|---|---|
| Заболевшие в семье, классе, группе, спортивной секции | Помогает оценить вероятность респираторной вспышки, гриппа, кишечной инфекции или другой групповой инфекции [1]. |
| Посещение детского коллектива | Важно для оценки контактов и возможных противоэпидемических действий; санитарная тактика по очагу вынесена в главу 17 [19]. |
| Вакцинация | Помогает оценить риск управляемых инфекций и осложнений; календарные решения сверяются с национальным календарем и главой 17 [20]. |
| Поездки и пребывание в местах скученного проживания | Для менингококковой инфекции важны тесные контакты и пребывание в регионах с высокой заболеваемостью [15]. |
| Укус клеща или пребывание в лесопарковой зоне | Только как факт экспозиции; тактика по клещевым инфекциям выносится в профильную главу. |
| Пищевой фактор, общая еда, вода, заболевшие с диареей | Помогает перейти к главе кишечных инфекций, если ведущий синдром - рвота/диарея. |
| Прием антибиотиков в последние недели | Влияет на дифференциальную диагностику диареи, устойчивости и побочных эффектов. |
| Недавняя госпитализация, хронические заболевания, иммунодефицит | Повышает настороженность к тяжелому течению, сепсису и осложнениям [17]. |

## 2.6. Когда нельзя оставлять ребёнка в обычном амбулаторном наблюдении

Амбулаторное наблюдение возможно, когда ребёнок стабилен, пьет, дышит без признаков недостаточности, сохраняет контактность, нет геморрагической сыпи, признаков шока, тяжелого обезвоживания, судорог и подозрения на поражение ЦНС.

| Ситуация | Почему это не "понаблюдаем до завтра" |
|---|---|
| Подозрение на генерализованную менингококковую инфекцию | Молниеносное течение может привести к летальному исходу в течение нескольких часов; геморрагическая сыпь с лихорадкой требует экстренного маршрута [15]. |
| Подозрение на вирусный менингит | При подозрении на вирусный менингит показана экстренная госпитализация в инфекционный стационар с возможностью интенсивной терапии [16]. |
| Подозрение на сепсис | Сепсис - инфекция с угрожающей жизни органной дисфункцией; ребёнок с признаками органной дисфункции нуждается в стационарной, часто реанимационной помощи [17]. |
| Лихорадка с дыхательной недостаточностью | Нужно исключать поражение нижних дыхательных путей, гипоксемию и осложненное течение инфекции [1, 17]. |
| Лихорадка с повторным ухудшением после короткого улучшения | Возможны бактериальные осложнения: отит, пневмония, инфекция мочевых путей или другой очаг [1]. |

## 2.7. Повторный осмотр и safety-netting

Семье нужен не длинный список диагнозов, а понятный план: что делать сегодня, когда ждать улучшения, когда связываться с врачом повторно и какие признаки требуют срочной помощи. До завершения приема врач должен решить и записать: нужен ли плановый контроль, какие признаки семья отслеживает дома, когда обращаться раньше и когда немедленно вызывать СМП.

| Решение | Что зафиксировать |
|---|---|
| Плановый контроль | Срок повторного осмотра зависит от синдрома, возраста, тяжести и надежности наблюдения; для нестабильного ребёнка плановый контроль не заменяет экстренный маршрут. |
| Обращение раньше срока | Усиление лихорадки, ухудшение после улучшения, появление боли, одышки, сыпи, отказ от питья, снижение диуреза или необычная сонливость [1, 15, 17]. |
| Немедленный вызов СМП | Нарушение сознания, судороги, цианоз, нарастающая дыхательная недостаточность, геморрагическая сыпь, признаки шока, подозрение на менингит или сепсис [15, 16, 17]. |
| Повторная оценка диагноза | Если течение перестало быть типичным для выбранного синдрома, диагноз нужно пересмотреть, а не механически усиливать лечение. |
| **Объяснение семье** | **Формулировка для врача** |
| Следим не только за температурой | "Опасна не сама цифра температуры, а ребёнок, который плохо дышит, не пьет, резко вялый, синеет, покрывается геморрагической сыпью или становится спутанным." |
| Повторный осмотр заранее | "Если состояние ухудшается, ждать назначенной даты нельзя: нужен повторный осмотр сразу." |
| Признаки срочного обращения | Невозможность пить/сосать, судороги, спутанность или бред, нарастающая одышка, цианоз, геморрагическая сыпь, отсутствие мочи, выраженная сонливость [1, 15, 16, 17]. |
| Антибиотик не "на всякий случай" | При вирусной инфекции антибиотик не действует на вирус; он нужен, когда есть признаки бактериального осложнения или отдельного бактериального диагноза [1]. |

# 3. ОРВИ у детей

ОРВИ - самый частый сценарий инфекционного приема. Но диагноз "ОРВИ" должен быть рабочим, а не успокаивающим: врач все равно обязан оценить дыхание, общее состояние, питье, признаки бактериальных осложнений и ситуации, которые только маскируются под обычную вирусную инфекцию [1].

## 3.1. Как выглядит типичная ОРВИ

ОРВИ проявляется катаральным воспалением дыхательных путей: насморком, чиханием, кашлем, болью в горле, осиплостью, лихорадкой и нарушением самочувствия разной выраженности. В большинстве случаев заболевание проходит самостоятельно и не требует специфического лечения [1].

Типичное течение удобно объяснять семье заранее:

| День болезни | Что часто бывает | Что важно не пропустить |
|---|---|---|
| 1-3-й день | Максимум насморка, заложенности, першения, сухого кашля; температура чаще снижается ко 2-3-му дню | Выраженная вялость, одышка, отказ от питья, сыпь, нарушение сознания [1]. |
| 3-5-й день | Кашель может становиться влажнее, самочувствие постепенно улучшается | Нарастание лихорадки, интоксикация, боль в ухе, признаки пневмонии [1]. |
| До 6-8 дней | Ринит обычно уменьшается | Заложенность без улучшения 10-14 дней, особенно со второй волной температуры [1]. |
| До 10-14 дней | Кашель после трахеита или фарингита может сохраняться | Кашель без улучшения дольше 10-14 дней требует повторной оценки, а не автоматического антибиотика [1]. |

Цвет отделяемого из носа или мокроты сам по себе не доказывает бактериальную инфекцию. Белая, желтая или зеленая слизь может отражать обычную динамику воспаления и не является самостоятельным показанием к антибиотику [1].

## 3.2. Осмотр при ОРВИ

Главная задача участкового врача - не "вылечить вирус таблетками", а убедиться, что перед ним не круп, бронхиолит, пневмония, отит, инфекция мочевых путей, нейроинфекция или сепсис.

| Что проверить | Как это влияет на решение |
|---|---|
| Общее состояние | Ребёнок играет и пьет - одна ситуация; лежит, не контактирует, не пьет - другая [1]. |
| Дыхание | ЧДД, втяжения, стридор, свистящее дыхание, асимметрия аускультации; при признаках дыхательной недостаточности нужна пульсоксиметрия [1]. |
| Уши, горло, нос | Боль в ухе, выделения из уха, налеты, выраженная боль в горле или длительная заложенность меняют дифференциальный ряд [1]. |
| Кожа | Сыпь нужно видеть полностью; геморрагические элементы не относятся к типичной ОРВИ [1]. |
| Жидкость и диурез | Лихорадка, рвота и диарея повышают риск обезвоживания; потери жидкости растут при повышении температуры [1]. |
| Неврологические симптомы | Сонливость, судороги, менингеальные симптомы, светобоязнь или повторная рвота требуют другого маршрута [1]. |

Ларингит при ОРВИ дает осиплость, но не должен сопровождаться стенозом и дыхательной недостаточностью. Если есть стридор в покое, втяжения или нарастание одышки, это уже не "просто осип" и ребёнка нужно вести по алгоритму крупа [1].

## 3.3. Когда обследования не нужны, а когда нужны

При неосложненном течении ОРВИ в амбулаторных условиях лабораторные анализы, как правило, не требуются. Цель обследований при ОРВИ - не "подтвердить вирус", а найти осложнение, бактериальный очаг или этиологию, от которой зависит лечение [1].

| Ситуация | Практическое решение |
|---|---|
| Типичная ОРВИ, ребёнок стабилен, пьет, дыхание спокойное, нет очаговых признаков | Обследования обычно не нужны; дать план наблюдения и признаки повторного обращения [1]. |
| Высоколихорадящий ребёнок с подозрением на грипп | Этиологическая диагностика гриппа методом ПЦР или экспресс-тестом нужна для своевременного решения об этиотропной терапии [1]. |
| Лихорадка и выраженные общие симптомы | Общий анализ крови может быть нужен для поиска осложнений; повышенные воспалительные маркеры - повод искать пневмонию, отит, инфекцию мочевых путей, а не назначать антибиотик автоматически [1]. |
| Лихорадка без катаральных явлений | Нельзя закрывать ситуацию диагнозом ОРВИ; требуется поиск другого очага, включая инфекцию мочевых путей по показаниям [1]. |
| Признаки дыхательной недостаточности | Пульсоксиметрия входит в оценку ребёнка с ОРВИ и дыхательной недостаточностью [1]. |

Экспресс-тесты на вирусы могут уменьшать необоснованную антибиотикотерапию и лишнюю рентгенографию, но отрицательный тест не заменяет клиническую оценку тяжести [1].

## 3.4. Лечение ОРВИ: что действительно нужно

Большинство ОРВИ имеет доброкачественное течение и разрешается в течение 10 дней. В легких случаях достаточно немедикаментозных мер: питье, комфортный режим, контроль дыхания и самочувствия, уход за носом [1].

| Проблема | Что делать | Чего не делать |
|---|---|---|
| Лихорадка | Оценивать общее состояние, питье, дыхание и признаки опасности, а не только цифру температуры [1]. | Не назначать жаропонижающее "курсом" и не чередовать препараты [1]. |
| Ринит и заложенность | Промывание носа 0,9% раствором натрия хлорида или стерильной морской водой при отсутствии противопоказаний [1]. | Не считать цвет отделяемого показанием к антибиотику [1]. |
| Кашель при фарингите/ларинготрахеите без обструкции | Объяснить естественное течение, контролировать дыхание, питье и сон [1]. | Не назначать бронходилататоры, муколитики и ингаляционные глюкокортикостероиды рутинно [1]. |
| Подозрение на бактериальное осложнение | Повторно осмотреть ребёнка, искать очаг и вести по соответствующей главе | Не назначать системный антибиотик "на всякий случай": он не действует на вирусы [1]. |

Жаропонижающая терапия у здоровых детей старше 3 месяцев оправдана при температуре выше 38,5 °C при аксиллярном измерении или выше 39-39,5 °C при ректальном измерении; при меньшей лихорадке она может быть нужна детям с хронической патологией или выраженным дискомфортом. Для парацетамола указан суточный максимум до 60 мг/кг/сут, для ибупрофена - до 30 мг/кг/сут; для обоих препаратов в строке доз указано противопоказание "возраст до 3 месяцев", а любая лихорадка у ребёнка младше 3 месяцев требует тщательного обследования и направления к специалисту или в стационар [1].

Физическое охлаждение допускается осторожно водой 25-30 °C, но не используется при "белой" лихорадке с признаками централизации кровообращения: бледностью и холодными конечностями. Ацетилсалициловая кислота и нимесулид у детей с жаропонижающей целью не применяются; метамизол натрия не используется рутинно из-за риска агранулоцитоза и рассматривается только как исключительная ситуативная мера при отсутствии альтернатив [1].

## 3.5. Когда думать об осложнении

Осложнение чаще видно не по одному симптому, а по изменению траектории: ребёнку должно становиться легче, а не тяжелее.

| Сигнал | Возможное значение |
|---|---|
| Повторный подъем температуры после краткого улучшения | Острый средний отит, пневмония, другая бактериальная инфекция [1]. |
| Нарастание лихорадки в течение болезни или симптомы бактериальной интоксикации | Повод искать бактериальное осложнение [1]. |
| Боль в ухе или выделения из уха | Возможный острый средний отит [1]. |
| Кашель без улучшения дольше 10-14 дней | Нужна повторная оценка диагноза и исключение осложнений или другой причины кашля [1]. |
| Заложенность носа без улучшения дольше 10-14 дней, особенно со второй волной температуры | Возможное осложнение со стороны ЛОР-органов [1]. |
| Одышка, втяжения, цианоз, $SpO_2$ снижена | Искать поражение нижних дыхательных путей и дыхательную недостаточность [1]. |

## 3.6. Что сказать семье

Хорошее объяснение снижает и тревогу, и ненужные назначения.

| Что важно сказать | Короткая формулировка |
|---|---|
| ОРВИ обычно проходит сама | "Мы лечим не анализ и не цвет соплей, а состояние ребёнка: дыхание, питье, активность, сон и признаки осложнений." |
| Антибиотик не ускоряет выздоровление при вирусной инфекции | "Антибиотик понадобится только при признаках бактериального осложнения или отдельного бактериального диагноза." |
| Повторно обращаться нужно не по календарю, а по ухудшению | "Если ребёнок хуже дышит, не пьет, становится необычно сонным, появляются судороги, бред, геморрагическая сыпь или температура держится дольше ожидаемого - нужен повторный осмотр." |
| Лихорадка у младенца младше 3 месяцев - особая ситуация | "Такого ребёнка нельзя вести как обычную простуду: нужна очная оценка и решение о дальнейшем маршруте." |

Если ОРВИ становится частью групповой заболеваемости в детском коллективе, клиническая глава не подменяет санитарные правила: действия с очагом, контактными, экстренными извещениями и допуском описаны в главе 17 [19].

# 4. Грипп у детей

Грипп - не просто "ОРВИ с высокой температурой". Для участкового врача это инфекция, при которой важно рано распознать типичную клинику, выделить группы риска, вовремя решить вопрос об этиотропной терапии и не пропустить осложнения: пневмонию, дыхательную недостаточность, геморрагический синдром, поражение сердца или нервной системы [2].

## 4.1. Когда думать о гриппе

О гриппе особенно думают в сезон подъема заболеваемости, при контакте с больным гриппом или групповой вспышке, если болезнь начинается остро, почти с полного здоровья, а интоксикация заметнее катаральных симптомов. Температура при гриппе часто достигает максимума уже в первые часы и может быть 38,5-40 °C [2].

| Признак | Типично для гриппа |
|---|---|
| Начало | Острое, иногда после короткого продромального периода 1-2 часа [2]. |
| Лихорадка | Высокая с первых часов, часто 38,5-40 °C [2]. |
| Интоксикация | Озноб, головная боль, миалгии, артралгии, боль при движении глаз или надавливании на глазные яблоки, светобоязнь, резкая слабость [2]. |
| Катаральные симптомы | Часто умеренные: заложенность носа, скудный серозно-слизистый ринит, сухость слизистых, першение или боль в горле, сухой трахеальный кашель [2]. |
| Тяжелые проявления | Бред, галлюцинации, судороги, потеря сознания, геморрагические проявления, дыхательная недостаточность [2]. |

Клиническая картина помогает заподозрить грипп, но не делает врача лабораторией. При подозрении на грипп нужно стремиться к лабораторному подтверждению; в период эпидемического подъема диагноз может опираться на клинико-эпидемиологические данные, если этиология недоступна [2].

## 4.2. Группы риска тяжелого и неблагоприятного течения

У ребёнка из группы риска порог для осмотра, тестирования, противовирусной терапии и маршрутизации ниже. К факторам риска неблагоприятного исхода относятся:

| Группа | Примеры |
|---|---|
| Возраст | Дети до 5 лет, особенно младше 2 лет [2]. |
| Бронхолегочные заболевания | Бронхиальная астма, пороки развития бронхолегочной системы, хроническая обструктивная болезнь легких, муковисцидоз [2]. |
| Болезни сердца | Врожденные пороки и воспалительные заболевания сердца [2]. |
| Эндокринные нарушения | Сахарный диабет, ожирение [2]. |
| Печень, почки, обмен веществ | Заболевания печени и почек, наследственные и митохондриальные нарушения обмена [2]. |
| Иммунитет и неврология | ВИЧ-инфекция, врожденные и приобретенные иммунодефициты, неврологические нарушения [2]. |

Если ребёнок из группы риска выглядит "пока неплохо", это не повод отменять настороженность: при гриппе ухудшение может быть быстрым, особенно при осложненном течении [2].

## 4.3. Что оценить на приеме

При подозрении на грипп нужно не только подтвердить диагноз, но и быстро понять, нет ли осложнений.

| Что оценить | Зачем |
|---|---|

| Что оценить | Зачем |
|---|---|
| Дыхание и $SpO_2$ | Пульсоксиметрия нужна при подозрении на поражение нижних дыхательных путей, осложненное течение или дыхательную недостаточность [2]. |
| Аускультация и признаки пневмонии | Пневмония - ведущее осложнение гриппа; ранняя вирусная пневмония может быстро прогрессировать с тяжелой гипоксемией и ОРДС [2]. |
| Геморрагические проявления | Носовое кровотечение, петехии, кровь в мокроте, рвотных массах, стуле или моче входят в показания к госпитализации [2]. |
| Сознание и судороги | Бред, галлюцинации, судороги, спутанность или потеря сознания соответствуют тяжелому течению [2]. |
| Перфузия и диурез | Холодные конечности, цианоз, мраморность, снижение АД или мочеотделения указывают на тяжелое состояние [2]. |
| Фоновая патология | Риск тяжелого течения и неблагоприятного исхода меняет тактику даже при меньшей выраженности симптомов [2]. |

## 4.4. Диагностика

ПЦР является стандартом диагностики гриппа; молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой ротоглотки на вирус гриппа показано пациентам с подозрением на грипп. Быстрые иммунохроматографические тесты могут помочь у постели больного, особенно если ПЦР недоступна [2].

| Клиническая задача | Что делать |
|---|---|
| Подтвердить грипп | ПЦР на вирус гриппа; при недоступности - экспресс-тест как быстрый амбулаторный инструмент [2]. |
| Отличить от других вирусов или выявить ко-инфекцию | ПЦР на SARS-CoV-2, парагрипп, риновирус, аденовирус, RSV, коронавирусы, бокавирус, метапневмовирус по клинической задаче [2]. |
| Искать бактериальное осложнение | Лабораторные маркеры и повторная клиническая оценка по ситуации; антибиотик не назначается только из-за диагноза "грипп" [2]. |
| Подозрение на пневмонию | Рентгенография легких; при подозрении на вирусную или двустороннюю пневмонию в первые дни КТ рассматривается по показаниям [2]. |
| Подозрение на поражение сердца | Регистрация ЭКГ, при необходимости эхокардиография [2]. |
| Судороги, признаки поражения ЦНС | Неврологический маршрут и дополнительные исследования по показаниям [2]. |

Отрицательный экспресс-тест не должен успокаивать, если клиника и эпидемиология говорят о гриппе, а ребёнок относится к группе риска или ухудшается.

## 4.5. Противовирусная терапия

Противовирусную терапию желательно начинать в первые 48 часов после манифестации болезни, пока подавление репликации вируса наиболее значимо. Если раннее лечение не начато, противовирусная терапия может быть начата позже при тяжелом течении, наличии факторов риска тяжелого гриппа или неблагоприятного исхода [2].

| Препарат / группа | Где место в терапии | Ограничения применения |
|---|---|---|
| Осельтамивир | Тяжелый грипп, среднетяжелый с осложненным течением, любой грипп у детей из групп риска; может применяться при любой степени тяжести, но не как препарат первой линии при легкой и средней степени без факторов риска [2]. | Применяется с 1 года. У детей старше 14 дней и младше 1 года при лабораторно подтвержденном тяжелом гриппе, осложнениях или фоновой/сопутствующей патологии возможно off-label 3 мг/кг на дозу 2 раза в день по решению консилиума или врачебной комиссии и с информированным согласием [2]. |

| Препарат / группа | Где место в терапии | Ограничения применения |
|---|---|---|
| Занамивир | Тяжелый грипп; начало в первые 36 часов [2]. | Старше 5 лет; требуется осторожность при бронхоспазме [2]. |
| Балоксавир марбоксил | Неосложненный грипп, в том числе у пациентов из групп риска [2]. | Масса тела от 20 кг; внутрь однократно. Конкретная мг-доза в клинической рекомендации не приведена; ее нужно сверять с инструкцией [2]. |
| Умифеновир | Неосложненный грипп легкой и средней степени без преморбидной патологии и факторов риска осложнений [2]. | С 2 лет по инструкции; форма порошка для суспензии - с 2 лет, таблетки - с 3 лет, капсулы - с 6 лет [2]. |
| Кагоцел | Легкая и средняя степень без преморбидной патологии и факторов риска осложнений [2]. | Старше 3 лет, по инструкции [2]. |
| Интерферон альфа-2b и другие иммуномодулирующие препараты | Могут рассматриваться в составе комплексной терапии отдельных клинических ситуаций | Дозы и схемы в этой главе не приводятся; применять только в пределах инструкции и локальной практики [2]. |

Не нужно превращать таблицу в список "что-нибудь противовирусное". Выбор препарата зависит от тяжести, срока болезни, возраста, массы тела, фоновой патологии, риска осложнений, доступности подтверждения и инструкции к конкретной лекарственной форме [2].

## 4.6. Осложнения гриппа

Осложнение при гриппе часто видно по смене сценария: вместо постепенного улучшения появляются новая волна температуры, нарастающая интоксикация, локальные симптомы или признаки дыхательной, сердечной, неврологической либо гемодинамической декомпенсации [2].

| Осложнение или опасный сценарий | Что искать на участке |
|---|---|
| Пневмония | Одышка, гипоксемия, локальные физикальные изменения, ухудшение после короткого улучшения; ранняя вирусная пневмония при гриппе может быстро прогрессировать с тяжелой гипоксемией и ОРДС [2]. |
| Острый бронхит и обструктивный синдром | Усиление кашля, свистящее дыхание, признаки бронхиальной обструкции; при гриппе бронхит встречается часто, а у части детей сопровождается обструктивным синдромом [2]. |
| Круп | Лающий кашель, осиплость, стридор и втяжения; дальше ребёнок ведется по главе о крупе [2]. |
| Отит, синусит, тонзиллит, инфекция мочевых путей | Боль в ухе, выделения из уха, локальная ЛОР-симптоматика, дизурия или лихорадка без объяснения; эти осложнения могут требовать антибактериальной терапии по профильным рекомендациям [2]. |
| Поражение сердца | Боль в груди, аритмия, выраженная слабость, обморок, ухудшение на фоне кардиальной патологии; при подозрении нужна регистрация ЭКГ [2]. |
| Неврологические осложнения | Судороги, бред, галлюцинации, спутанность, потеря сознания, признаки поражения ЦНС [2]. |
| Геморрагический синдром | Носовое кровотечение, петехии, кровь в мокроте, рвотных массах, стуле или моче; это показание к госпитализации [2]. |

## 4.7. Антибиотики при гриппе

Системные антибиотики при гриппе назначают только при развитии вторичных бактериальных осложнений: синусита, тонзиллита, отита, пневмонии, инфекции мочевых путей и других бактериальных очагов. Сам диагноз "грипп", высокая температура или страх осложнений не являются самостоятельным показанием к антибиотику [2].

Если на фоне гриппа появляется новая волна температуры после светлого промежутка, нарастают интоксикация, локальные изменения в легких, боль в ухе, признаки синусита или инфекция мочевых путей, это повод искать осложнение и лечить его по соответствующим клиническим рекомендациям [2].

## 4.8. Когда нужна госпитализация

При гриппе есть ситуации, где нельзя ограничиться домашним наблюдением: участковому врачу важнее быстро узнать тяжелое течение, чем дождаться развернутой картины осложнений.

| Показание | Как распознать на участке |
|---|---|
| Выраженный синдром общей интоксикации | Резкая слабость, адинамия, повторная рвота, тяжелое самочувствие, невозможность безопасного питья и наблюдения [2]. |
| Геморрагический синдром | Носовое кровотечение, кровь в мокроте, рвотных массах или стуле, геморрагическая сыпь; признаки ДВС-синдрома или синдрома Гассера [2]. |
| Гемодинамическая нестабильность | Холодные конечности, цианоз, мраморность кожи на фоне бледности и гипертермии, коллапс, кома [2]. |
| Выраженная дыхательная недостаточность и признаки пневмонии/ОРДС | Диффузный цианоз и бледность, пенистая мокрота с кровью, множественные влажные хрипы/крепитация, резкое падение АД, аритмия [2]. |
| Новорожденные и дети первых лет жизни со среднетяжелыми формами, но осложненным течением или обострением сопутствующих заболеваний | Чем младше ребёнок и чем быстрее ухудшается состояние, тем ниже порог госпитализации [2]. |

Чем младше ребёнок и чем тяжелее общее состояние, тем ниже порог госпитализации: ухудшение при гриппе может прогрессировать катастрофически быстро [2].

## 4.9. Профилактика и региональный контекст

Наиболее эффективный способ профилактики гриппа - ежегодная вакцинация [2]. В национальном календаре профилактических прививок вакцинация против гриппа указана для детей с 6 месяцев и других групп, определенных календарем; календарные и противоэпидемические вопросы сведены в главе 17 [20].

Региональный контекст можно использовать только как текущую справочную рамку, а не как замену клиническим рекомендациям. В сохраненных материалах Управления Роспотребнадзора по Тюменской области, проверенных локально 20.09.2026, к началу респираторного сезона 2026 года акцент сделан на своевременной вакцинации против гриппа, особенно у детей с 6 месяцев, беременных, пожилых людей, пациентов с хроническими заболеваниями и работников с высоким числом контактов; оптимальным периодом для формирования иммунитета перед сезонным подъемом указаны осенние месяцы [23].

## 4.10. Что сказать семье

| Ситуация | Формулировка |
|---|---|
| Ребёнок стабилен и остается дома | "Мы наблюдаем не только температуру. Важны дыхание, питье, мочеиспускание, сознание, цвет кожи и появление сыпи." |
| Назначен противовирусный препарат | "Эффект противовирусной терапии выше при раннем начале; принимать нужно по назначенной схеме и лекарственной форме, а не заменять препаратом из домашней аптечки." |
| Антибиотик не назначен | "Антибиотик не лечит вирус гриппа. Он понадобится, если появятся признаки бактериального осложнения." |
| Когда обращаться срочно | Одышка, цианоз, выраженная сонливость, спутанность, судороги, геморрагическая сыпь, кровь в мокроте или рвоте, холодные конечности, отсутствие мочи, повторное ухудшение после улучшения [2]. |

Если грипп или ОРВИ выявлены в организованном детском коллективе, санитарная тактика по наблюдению контактов, ограничениям приема новых детей и экстренным извещениям ведется по главе 17 [19].

# 5. Острый стенозирующий ларинготрахеит

В клинических рекомендациях используется термин "острый обструктивный ларингит [круп]"; привычные названия "стенозирующий ларинготрахеит" и "ложный круп" описывают тот же практический синдром: воспаление гортани и подскладочного пространства с сужением просвета дыхательных путей [3].

## 5.1. Клиническое распознавание крупа

Круп чаще встречается у детей от 6 месяцев до 6 лет и обычно развивается на фоне вирусной инфекции верхних дыхательных путей. Для участкового врача главная клиническая триада - лающий кашель, осиплость голоса и инспираторный шум или стридор [3].

Типичная картина начинается с симптомов ОРВИ: насморка, першения, кашля, небольшой или умеренной лихорадки; затем появляются грубый "лающий" кашель, осиплость и шумный вдох, чаще вечером, ночью или ранним утром. Большинство детей имеют легкое течение, а симптомы часто уменьшаются в течение 48 часов [3].

За первую минуту нужно понять не "какой вирус", а насколько сужены дыхательные пути:

| Признак | Что означает для решения |
|---|---|
| Стридор только при плаче или возбуждении | Возможен легкий круп; ребёнок все равно нуждается в оценке дыхания и наблюдении [3]. |
| Стридор в покое | Признак более значимой обструкции; нужно оценить втяжения, сатурацию и ответ на терапию [3]. |
| Втяжения уступчивых мест грудной клетки | Указывают на повышенную работу дыхания и повышают тяжесть состояния [3]. |
| Беспокойство, страх, затем вялость или апатия | Возможный переход к тяжелой дыхательной недостаточности [3]. |
| Цианоз, угнетение сознания, судороги, поверхностное дыхание | Угроза декомпенсации; нужна экстренная помощь [3]. |

Пульсоксиметрия рекомендуется для оценки дыхательной недостаточности и потребности в кислороде [3].

## 5.2. Оценка степени тяжести

Для быстрой клинической оценки удобно сочетать описание степеней стеноза и шкалу Westley. В шкалу Westley входят стридор, втяжения, прохождение воздуха, цианоз и уровень сознания; легкий круп соответствует 2 баллам и менее, среднетяжелый - 3-7 баллам, тяжелый - 8 баллам и более, а 12 баллов и более соответствуют угрозе остановки дыхания [3].

| Клинический уровень | Как выглядит ребёнок | Тактика |
|---|---|---|
| Легкий круп | Осиплость, лающий кашель, стридор отсутствует в покое или появляется только при возбуждении, втяжения отсутствуют или минимальны | Дать глюкокортикостероид, оценить эффект, обучить семью признакам ухудшения, решить вопрос о наблюдении [3]. |
| Среднетяжелый круп | Стридор в покое, выраженный лающий кашель, втяжения, тахикардия, беспокойство | Глюкокортикостероид, пульсоксиметрия, наблюдение до клинического улучшения; при прогрессировании или невозможности безопасного наблюдения - госпитализация [3]. |
| Тяжелый круп | Выраженная одышка, грубые втяжения, бледность, акроцианоз, истощение, возможная апатия | Срочная госпитализация или СМП; кислород при гипоксемии; селективно ингаляционный эпинефрин при тяжелом крупе или отсутствии глюкокортикоидов для ингаляционного применения / кортикостероидов системного действия; подготовка к обеспечению дыхательных путей [3]. |

| Клинический уровень | Как выглядит ребёнок | Тактика |
|---|---|---|
| Угроза остановки дыхания | Нарушение сознания, выраженный цианоз, поверхностное дыхание, гипотония, судороги | Экстренное обеспечение дыхательных путей; при стенозе IV степени требуется срочная интубация [3]. |

## 5.3. Тактика на участке и на дому

Первое действие - посадить ребёнка удобно, не усиливать плач лишними манипуляциями, оценить речь или плач, стридор, втяжения, цвет кожи, сознание и сатурацию. Ребёнка с крупом не нужно активно осматривать шпателем через силу, если это усиливает тревогу и дыхательную обструкцию [3].

Дети с оценкой Westley 1-2 обычно не нуждаются в госпитализации. Эффект от будесонида, дексаметазона или преднизолона на дому или в амбулаторных условиях позволяет избежать госпитализации. Госпитализация показана при стенозе 2-3 степени, невозможности обеспечить адекватную терапию дома или прогрессирующем ухудшении [3].

Порог сатурации при крупе нельзя переносить из разделов о пневмонии или бронхиолите: у крупа собственный клинический контекст.

| Вопрос по $SpO_2$ | Что следует из клинической рекомендации | Как использовать на приеме |
|---|---|---|
| Нормальное или приемлемое значение | Отдельный числовой порог нормы для крупа не задан; при выписке требуется нормализация сатурации [3]. | Не записывать в главу универсальную "норму" из других КР. |
| Дополнительная оценка | Пульсоксиметрия входит в оценку ребёнка с крупом [3]. | Любое снижение сатурации интерпретировать вместе со стридором, втяжениями, цветом кожи и сознанием. |
| Показание к кислороду | При снижении сатурации до 92% и ниже рекомендована оксигенотерапия [3]. | Это лекарственно-тактический порог для крупа. |
| Тяжелая гипоксемия | Отдельный числовой порог "тяжелой гипоксемии" для крупа не выделен [3]. | Тяжесть определять по стенозу, Westley, цианозу, сознанию и работе дыхания. |
| Госпитализация или экстренный маршрут | Госпитализация показана при стенозе 2-3 степени, прогрессирующем ухудшении или невозможности лечения дома; стеноз IV степени требует неотложной интубации [3]. | Не решать вопрос о стационаре только по $SpO_2$, если клиническая картина тяжелая. |
| Выписка | После госпитализации ребёнок может быть выписан после купирования стеноза, нормализации температуры и сатурации [3]. | Отдельный числовой порог выписки для крупа не задан. |

Противоэпидемические действия при респираторной инфекции в коллективе описаны в главе 17; в главе о крупе маршрут определяется прежде всего степенью обструкции верхних дыхательных путей [3, 19].

## 5.4. Лекарственная помощь

Глюкокортикостероиды рекомендованы всем детям с крупом независимо от степени стеноза, потому что они уменьшают воспалительный отек и снижают риск прогрессирования обструкции [3].

| Препарат | Когда применять | Схема из клинической рекомендации | Чего не добавлять без инструкции |
|---|---|---|---|
| Дексаметазон | Всем пациентам с крупом; пероральный путь предпочтителен, если ребёнок может принять препарат | При пероральном приеме предпочтительна доза 0,15 мг/кг; при внутримышечном или внутривенном введении диапазон 0,15-0,6 мг/кг вне зависимости от степени стеноза [3]. | Максимальная разовая доза и возрастные ограничения в клинической рекомендации не выделены; сверить конкретную лекарственную форму. |

| Препарат | Когда применять | Схема из клинической рекомендации | Чего не добавлять без инструкции |
|---|---|---|---|
| Будесонид, суспензия для ингаляций | Если выбран ингаляционный глюкокортикостероид | 2 мг/сут через компрессорный или mesh-небулайзер: однократно или двумя ингаляциями по 1 мг с интервалом 30 минут [3]. | Повтор ингаляций - по инструкции; рутинно добавлять будесонид к дексаметазону не нужно [3]. |
| Эпинефрин 1:1000 | Тяжелый круп или отсутствие глюкокортикоидов для ингаляционного применения / кортикостероидов системного действия | 5 мл раствора 1:1000 на одну ингаляцию независимо от возраста и физических параметров ребёнка [3]. | Повторные ингаляции не изучены; эффект быстрый, но в среднем не более 2 часов; не использовать как монотерапию [3]. |

Антибиотики при крупе не рекомендуются, если нет признаков бактериального процесса или другого диагноза [3]. Паровые ингаляции не рекомендуются, потому что клинической пользы при крупе они не дают [3].

## 5.5. Дифференциальная диагностика

Круп - диагноз клинический, но врач должен увидеть ситуации, которые выглядят похоже и опаснее [3].

| Ситуация | Что настораживает |
|---|---|
| Эпиглоттит | Высокая лихорадка, тяжелое общее состояние, боль в горле, слюнотечение, тризм, вынужденная поза, открытый рот, быстро нарастающий стридор, ухудшение лежа и отсутствие типичного лающего кашля [3]. |
| Инородное тело дыхательных путей | Внезапное начало, эпизод поперхивания, асимметрия дыхательных шумов, отсутствие типичной продромы ОРВИ [3]. |
| Анафилаксия или ангиоотек | Быстрое развитие отека, связь с аллергеном, кожные проявления или системные признаки реакции [3]. |
| Бактериальный трахеит, абсцесс, дифтеритический круп | Тяжелое состояние, интоксикация, высокая лихорадка, атипичная динамика или отсутствие ответа на обычную терапию крупа [3]. |

Семье нужно объяснить не только назначение, но и точку возврата: срочно обращаться при стридоре в покое, нарастающих втяжениях, посинении губ, сонливости, невозможности пить, ухудшении после временного улучшения или повторном приступе той же ночью [3].

# 6. Бронхит у детей

Главная задача участкового врача при бронхите - не пропустить пневмонию и не назначить антибиотик ребёнку с типичным вирусным бронхитом без признаков бактериальной инфекции [4, 7].

## 6.1. Острый бронхит

Острый бронхит - воспаление слизистой оболочки бронхов, которое у детей примерно в 90% случаев связано с респираторными вирусами [4]. У школьников и подростков часть эпизодов может быть связана с Mycoplasma pneumoniae, Chlamydophila pneumoniae или Bordetella pertussis, но обычные бактериальные возбудители редко являются причиной острого бронхита у ребёнка без фоновой патологии [4].

Типичный вирусный бронхит выглядит так: симптомы ОРВИ, кашель со 2-3-го дня болезни, сначала сухой, затем более продуктивный, без выраженной интоксикации, без устойчивой очаговой асимметрии при аускультации и без дыхательной недостаточности [4]. При аускультации возможны рассеянные сухие или влажные хрипы с двух сторон, которые уменьшаются после кашля [4].

При первом осмотре врач фиксирует:

| Что оценить | Зачем |
|---|---|
| Возраст и день болезни | У младенцев и детей раннего возраста ниже порог настороженности к бронхиолиту и пневмонии [5, 7]. |
| Температуру и динамику лихорадки | Длительная или усиливающаяся лихорадка требует пересмотра диагноза и исключения пневмонии [7]. |
| Частоту дыхания и втяжения | Тахипноэ, втяжения, стонущий выдох и цианоз не характерны для простого бронхита и требуют поиска дыхательной недостаточности [4, 7]. |
| Сатурацию при признаках одышки | Гипоксемия практически не относится к типичному острому бронхиту и требует альтернативного диагноза [4]. |
| Симметрию аускультации | Локальные хрипы, крепитация, бронхиальное дыхание или укорочение перкуторного звука заставляют исключать пневмонию [4, 7]. |
| Характер кашля | Приступообразный или длительный кашель требует дифференциальной диагностики, включая коклюш и другие причины [4, 10]. |

Общий анализ крови, С-реактивный белок и рентгенография грудной клетки не нужны при типичном остром вирусном бронхите без лихорадки, интоксикации, дыхательной недостаточности и очаговых физикальных признаков [4]. Рентгенография показана не для подтверждения бронхита, а при подозрении на пневмонию или другое состояние [4, 7].

## 6.2. Затяжной кашель: когда пересмотреть диагноз

Если кашель сохраняется дольше ожидаемого или меняет характер, диагноз "бронхит" нужно пересмотреть, а не автоматически продлевать симптоматическую терапию [4].

| Клиническая подсказка | Что пересмотреть |
|---|---|
| Влажный кашель более 4 недель | Возможен затяжной бактериальный бронхит, если есть аускультативные признаки бронхита, нет признаков хронической легочной патологии и кашель исчезает после 2 недель адекватной системной антибактериальной терапии [4]. |
| Приступообразный кашель, эпизоды рвоты после кашля, апноэ у младенца | Нужна дифференциальная диагностика коклюша и других причин приступообразного кашля [10]. |
| Свистящее дыхание повторяется при ОРВИ или вне инфекции | Нужно оценить бронхообструктивный синдром и вероятность бронхиальной астмы, особенно при атопии и симптомах вне простуды [8]. |

| Клиническая подсказка | Что пересмотреть |
|---|---|
| Кашель с сохраняющейся лихорадкой, тахипноэ, локальными хрипами или сниженной сатурацией | Нужно исключать внебольничную пневмонию [7]. |
| Кашель начался внезапно после поперхивания | Нужно исключать инородное тело дыхательных путей [3, 8]. |

Затяжной бактериальный бронхит не должен становиться универсальным объяснением любого кашля. Он рассматривается только при типичном влажном кашле более 4 недель и после исключения других причин, а при повторных эпизодах требует консультации пульмонолога [4].

## 6.3. Лечение

При типичном вирусном бронхите лечение направлено на комфорт, питье, контроль лихорадки и наблюдение за признаками ухудшения [1, 4].

| Решение | Что делать |
|---|---|
| Ребёнок пьет, дышит спокойно, нет интоксикации и очаговых признаков | Амбулаторное наблюдение, объяснение естественного течения болезни, контроль при ухудшении [4]. |
| Температура плохо переносится или выше 39-39,5 °C | Использовать физическое охлаждение и жаропонижающее: ибупрофен 7,5 мг/кг каждые 6-8 часов, максимум 30 мг/кг/сут, или парацетамол 10-15 мг/кг каждые 6 часов, максимум 60 мг/кг/сут [4]. В строке доз для обоих препаратов указано противопоказание: возраст до 3 месяцев; любая лихорадка у младенца до 3 месяцев требует тщательного обследования и направления к специалисту или в стационар [1]. Повторную дозу дают только после нового подъема температуры с соблюдением интервала; чередование или одновременное применение жаропонижающих не рекомендуется [1]. |
| Есть вязкая трудноотделяемая мокрота | Муколитик может рассматриваться индивидуально, но у детей раннего возраста и при нарушенном кашлевом клиренсе нужна осторожность [4]. |
| Сухой мучительный кашель нарушает сон, а обструкция и другие опасные причины исключены | Противокашлевое средство может рассматриваться кратко и индивидуально; рутинно противокашлевые препараты не назначаются, потому что могут ухудшать эвакуацию мокроты [4]. |
| Есть бронхообструктивный синдром | Тактика ведется как бронхообструктивный синдром: оценка тяжести, ингаляционный бронхолитик при показаниях и контроль эффекта [4, 8]. |
| Нет обструкции | Бронхолитики не нужны [4]. |

Антибиотики не рекомендуются при типичном остром вирусном бронхите; желтая или зеленая мокрота сама по себе не является показанием к антибактериальной терапии [4]. Если клиника у школьника или подростка соответствует микоплазменной или хламидийной инфекции, возможен макролид. Пример: азитромицин внутрь 10 мг/кг/сут в 1 прием, максимум 500 мг/сут, 3 дня; отдельный возрастной порог для этой схемы в клинической рекомендации не приведен, поэтому возрастные ограничения сверяются по инструкции к конкретному препарату [4].

При подозрении на затяжной бактериальный бронхит амоксициллин/клавуланат рассматривается внутрь после исключения других причин кашля: детям от 3 месяцев до 12 лет - 20-60 мг/кг/сут по амоксициллину или 90 мг/кг/сут по амоксициллину в зависимости от препарата и лекарственной формы, в 2-3 приема; детям старше 12 лет - 625 мг 3 раза в сутки или 1000 мг 2 раза в сутки; длительность - 14 дней [4]. Это не стартовое объяснение любого затяжного кашля, а вариант только при типичном влажном кашле более 4 недель и после пересмотра диагноза [4].

## 6.4. Ошибки ведения

Частые ошибки при бронхите:

| Ошибка | Почему это важно |
|---|---|
| Назначать антибиотик "на цвет мокроты" | Цвет мокроты не доказывает бактериальную инфекцию и не является самостоятельным показанием к антибиотику [4]. |

| Ошибка | Почему это важно |
|---|---|
| Делать рентгенографию каждому ребёнку с кашлем | При типичном бронхите рентгенография не нужна и может приводить к гипердиагностике и лишним антибиотикам [4]. |
| Не измерять частоту дыхания | Тахипноэ и втяжения помогают увидеть бронхиолит, пневмонию или дыхательную недостаточность [5, 7]. |
| Считать свистящее дыхание "просто бронхитом" при повторных эпизодах | Повторные эпизоды бронхиальной обструкции требуют оценки вероятности астмы и других причин [8]. |
| Продлевать симптоматическое лечение при затяжном кашле без пересмотра диагноза | Затяжной влажный кашель, приступы кашля, подозрение на коклюш, пневмонию, астму или инородное тело требуют другого диагностического маршрута [4, 8, 10]. |

Семье нужно сказать, что повторный осмотр нужен немедленно при учащении дыхания, втяжениях, посинении губ, сонливости, отказе от питья, появлении боли в груди, сохранении высокой температуры или ухудшении после периода улучшения [4, 7].

# 7. Бронхиолит и бронхообструктивный синдром

Эта глава нужна, чтобы не смешивать три разные ситуации: бронхиолит у младенца, бронхообструктивный синдром на фоне инфекции и повторные эпизоды свистящего дыхания, при которых нужно думать об астме [5, 8].

## 7.1. Бронхиолит у детей раннего возраста

Острый бронхиолит - инфекционное поражение нижних дыхательных путей с воспалением мелких бронхов и бронхиол, характерное для детей младше 2 лет, особенно первого года жизни. Наиболее частый возбудитель - респираторно-синцитиальный вирус; при RSV-инфекции у детей раннего возраста часто поражаются нижние дыхательные пути и может развиваться бронхиолит, бронхит или пневмония с дыхательной недостаточностью [5, 6].

Обычно бронхиолит начинается как инфекция верхних дыхательных путей, а на 2-5-й день нарастают кашель, тахипноэ, смешанная или экспираторная одышка, втяжения, раздувание крыльев носа, двусторонние хрипы или крепитация. У новорожденных и недоношенных детей апноэ может быть первым проявлением RSV-бронхиолита [5].

Тяжелее бронхиолит протекает у недоношенных, детей младше 3 месяцев, детей с бронхолегочной дисплазией, гемодинамически значимыми пороками сердца, хроническими болезнями легких, иммунодефицитом, нейромышечными заболеваниями и при пассивном курении [5, 6].

| Что увидеть на приеме | Почему важно |
|---|---|
| Частота дыхания выше возрастной нормы | Тахипноэ входит в признаки дыхательной недостаточности; для возраста бронхиолита применимы ориентиры: >60/мин в 0-2 месяца, >50/мин в 2-12 месяцев, после 1 года до 2 лет - порог из категории "1-5 лет", то есть >40/мин [5]. |
| Втяжения, раздувание крыльев носа, стонущий выдох | Признаки повышенной работы дыхания и дыхательной недостаточности [5]. |
| $SpO_2$ и работа дыхания | При бронхиолите пороги $SpO_2$ зависят от контекста: признак дыхательной недостаточности, старт кислорода, ОРИТ и выписка описаны разными числами [5]. |
| Отказ от питья, рвота, редкое мочеиспускание | На фоне тахипноэ и лихорадки быстро нарастает риск обезвоживания [5]. |
| Сонливость, апноэ, истощение дыхания | Признаки тяжелого течения и возможного маршрута в стационар или ОРИТ [5]. |

Диагноз бронхиолита обычно клинический; общий анализ крови, С-реактивный белок и вирусологическая диагностика рутинно не нужны, если нет сомнений в диагнозе или признаков бактериальной инфекции. Рентгенография грудной клетки не выполняется рутинно, потому что типичные изменения бронхиолита могут ошибочно трактоваться как пневмония и приводить к лишним антибиотикам [5].

$SpO_2$ при бронхиолите нужно читать только вместе с возрастом, дыхательной работой, кормлением и факторами риска.

| Контекст $SpO_2$ при бронхиолите | Порог | Практический смысл |
|---|---|---|
| Дыхательная недостаточность I степени | $SpO_2$ 90-95% в таблице оценки острой дыхательной недостаточности [5] | Нужна клиническая оценка динамики, втяжений, кормления и риска ухудшения; это не тот же порог, что показание к госпитализации или ОРИТ. |
| Значимый признак дыхательной недостаточности | $SpO_2$ <90% при дыхании комнатным воздухом указан среди признаков дыхательной недостаточности [5]. | У ребёнка с бронхиолитом это повод срочно пересмотреть тяжесть и маршрут. |
| Показание к кислороду | Оксигенотерапия рассматривается при $SpO_2$ в диапазоне 92-94% и ниже; единого точного порога клиническая рекомендация не задает [5]. | Не округлять этот диапазон до одного универсального числа. |

| Контекст $SpO_2$ при бронхиолите | Порог | Практический смысл |
|---|---|---|
| Цель при кислороде | Большинство специалистов признает необходимость подачи кислорода до устойчивого достижения $SpO_2$ 95% [5]. | Это цель стабилизации, а не критерий начала кислорода. |
| ОРИТ | Невозможность поддерживать $SpO_2$ >92% на фоне оксигенотерапии - показание для перевода в ОРИТ [5]. | Контекст отличается от $SpO_2$ на воздухе при первичном осмотре. |
| Выписка | Стабильная $SpO_2$ >94% при дыхании комнатным воздухом, отсутствие респираторного дистресса и адекватное питание [5]. | Остаточный насморк или хрипы сами по себе не запрещают выписку, если критерии выполнены [5]. |

## 7.2. Показания к госпитализации

Госпитализация при бронхиолите показана не по самому слову "бронхиолит", а по риску дыхательной недостаточности, обезвоживания и невозможности безопасного наблюдения [5].

| Госпитализировать | Основание |
|---|---|
| Апноэ или эпизоды остановки дыхания | Это тяжелое проявление бронхиолита, особенно у недоношенных и младенцев [5]. |
| Дыхательная недостаточность 2-3 степени | Требуется стационарный мониторинг и кислородная или респираторная поддержка [5]. |
| Недоношенность, возраст до 6 месяцев у недоношенного, тяжелая фоновая патология | Риск тяжелого течения выше [5, 6]. |
| Ребёнок не пьет, есть обезвоживание, выраженная сонливость | Нужна коррекция жидкости и наблюдение [5]. |
| Дома невозможно обеспечить наблюдение или санацию верхних дыхательных путей | Безопасность амбулаторного маршрута недостаточна [5]. |

Критериями перевода в ОРИТ являются невозможность поддерживать $SpO_2$ выше 92% на кислороде, выраженное утомление дыхательной мускулатуры и повторные апноэ [5].

## 7.3. Амбулаторная тактика

Если ребёнок стабилен, пьет, нет апноэ, выраженных втяжений, факторов высокого риска и критериев госпитализации, лечение бронхиолита поддерживающее [5].

| Что делать | Что важно |
|---|---|
| Обеспечить проходимость носа | Короткий курс местной помощи носовому дыханию и аспирация могут улучшить кормление и сон; глубокая катетерная санация рутинно не нужна [5]. |
| Поддерживать питье | Предпочтителен энтеральный путь; при невозможности питья в стационаре решают вопрос о зондовом или внутривенном введении жидкости [5]. |
| Оценивать сатурацию и работу дыхания | Кислород рассматривается при $SpO_2$ в диапазоне 92-94% и ниже, но цель на кислороде и критерий выписки оцениваются отдельно [5]. |
| Назначить повторную оценку | Ухудшение возможно на 3-4-й день болезни, поэтому семье нужно заранее объяснить признаки немедленного обращения [5]. |

Антибиотики не рекомендуются при бронхиолите без сопутствующей бактериальной инфекции или серьезного подозрения на нее [5]. Системные противовирусные препараты, ингаляционные и системные глюкокортикостероиды, гипертонический раствор натрия хлорида и физиотерапия грудной клетки не применяются рутинно при остром бронхиолите [5].

Бронхолитики при бронхиолите не назначаются рутинно [5]. Пробная ингаляция может рассматриваться у отдельных детей, но продолжать ее имеет смысл только при объективном эффекте через 20 минут: рост сатурации, уменьшение частоты дыхания на 10-15 в минуту, уменьшение свистящих хрипов, втяжений и субъективного усилия дыхания [5].

## 7.4. Бронхообструктивный синдром

Бронхообструктивный синдром - это не самостоятельный окончательный диагноз, а описание свистящего дыхания, удлиненного выдоха и затруднения прохождения воздуха по бронхам [4, 8]. У ребёнка раннего возраста свистящее дыхание часто возникает на фоне вирусной инфекции, но повторные эпизоды требуют оценки вероятности бронхиальной астмы и других причин [8].

| Признак | Бронхиолит | Инфекционный БОС | Вероятная астма или астма-подобное течение |
|---|---|---|---|
| Возраст | Чаще до 2 лет, особенно первый год жизни [5] | Возможен у детей разного возраста на фоне инфекции [4, 8] | Диагноз особенно вероятен при повторных эпизодах и симптомах вне инфекции [8] |
| Связь с ОРВИ | Обычно есть и развивается с 2-5-го дня [5] | Часто есть [4, 8] | Может быть при ОРВИ, но возможны симптомы при нагрузке, смехе, плаче, ночью или без инфекции [8] |
| Аускультация | Двусторонние хрипы, крепитация, свистящее дыхание [5] | Свистящие хрипы, удлиненный выдох [4, 8] | Повторяющееся свистящее дыхание, кашель, одышка; возможен ответ на бронхолитик и противовоспалительную терапию [8] |
| Обследования | Обычно не нужны при типичной картине [5] | По клинике и тяжести [4, 8] | После 5 лет возможна спирометрия и оценка обратимости бронхиальной обструкции [8] |
| Главный риск ошибки | Назначить лишние антибиотики, ГКС или бронхолитики без эффекта [5] | Не оценить тяжесть дыхания [4, 8] | Списывать повторные эпизоды на "бронхит" и не пересматривать диагноз [8] |

У детей младше 5 лет диагноз астмы вероятнее, если кашель или свистящее дыхание появляются при нагрузке, смехе, плаче или без инфекции, есть атопический дерматит, аллергический ринит, сенсибилизация, астма у родственников первой линии, улучшение на пробной противовоспалительной терапии и ухудшение после ее отмены [8].

## 7.5. Что не назначать рутинно

| Не назначать рутинно | Основание |
|---|---|
| Антибиотик при типичном бронхиолите | Бронхиолит обычно вирусный; антибиотики нужны только при бактериальной инфекции или серьезном подозрении на нее [5]. |
| Системные или ингаляционные глюкокортикостероиды при бронхиолите | Рутинной пользы при бронхиолите нет [5]. |
| Бронхолитик без объективного ответа | При отсутствии эффекта через 20 минут терапию не продолжают [5]. |
| Рентгенографию без подозрения на пневмонию | Рутинная рентгенография может приводить к гипердиагностике пневмонии [5]. |
| Физиотерапию грудной клетки | Перкуссионный и вибрационный массаж не рекомендуются рутинно [5]. |

К выписке из стационара после бронхиолита ребёнок должен стабильно держать $SpO_2$ выше 94% на воздухе, не иметь дыхательного дистресса и получать внутрь не менее 75% обычного суточного объема питания или жидкости [5].

# 8. Пневмония у детей

Внебольничная пневмония - инфекция легочной паренхимы, возникшая вне стационара или в первые 48 часов госпитализации. Диагноз ВП устанавливается при синдроме дыхательных расстройств и/или физикальных данных вместе с инфильтративными изменениями на рентгенограмме [7].

Практическая цель участкового врача - не "услышать пневмонию" во всех случаях, а вовремя заподозрить ее, начать правильный маршрут и не лечить как бронхит ребёнка с лихорадкой, дыхательной недостаточностью или очаговыми признаками [4, 7].

## 8.1. Когда подозревать внебольничную пневмонию

Пневмонию нужно подозревать у ребёнка с кашлем и лихорадкой, если есть тахипноэ, втяжения, стонущий выдох, раздувание крыльев носа, снижение сатурации, локальные аускультативные или перкуторные изменения, токсический вид, отказ от питья или ухудшение после периода улучшения [7].

| Признак | Практическое значение |
|---|---|
| Лихорадка 38 °C и выше более 3 дней | Характерна для типичной и атипичной внебольничной пневмонии; при обычной ОРВИ такая длительность встречается реже, кроме отдельных вирусных инфекций [7]. |
| Отсутствие лихорадки у ребёнка старше 6 месяцев | Обычно делает пневмонию менее вероятной, но не отменяет оценку дыхания и общего состояния [7]. |
| Тахипноэ | Возрастные ориентиры в КР: >60/мин в 0-2 месяца, >50/мин в 2-12 месяцев, >40/мин в 1-5 лет, >30/мин старше 5 лет [7]. |
| $SpO_2$ ниже 94% | Это аномальное значение; $SpO_2$ ниже 90% соответствует значимой гипоксемии. Решение о кислороде, госпитализации, ОРИТ и выписке принимается по разным порогам [7]. |
| Свистящее дыхание и диффузная обструкция | Не характерны для типичной бактериальной пневмонии и заставляют думать о бронхиолите, бронхите или астме, но не исключают пневмонию автоматически [7]. |
| Локальное ослабление дыхания, крепитация, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука | Повышают вероятность пневмонии и являются основанием для диагностического маршрута [7]. |

Тяжелая пневмония вероятна, если есть кашель или одышка вместе с центральным цианозом, $SpO_2$ ниже 90%, дыхательной недостаточностью 2-3 степени, невозможностью пить или сосать грудь, нарушением сознания, судорогами, признаками нарушения микроциркуляции или осложнениями [7].

Клиническое подозрение - это решение на приеме, а не окончательное подтверждение диагноза. Участковый врач сначала оценивает дыхание, сатурацию, очаговые признаки и тяжесть; рентгенография нужна тогда, когда клиническая ситуация попадает в показания [7].

## 8.2. Диагностика на амбулаторном этапе

При подозрении на пневмонию врач измеряет температуру, частоту дыхания за полную минуту, частоту сердечных сокращений, сатурацию, оценивает втяжения, раздувание крыльев носа, стонущий выдох, способность пить, активность, цвет кожи, перкуторные и аускультативные данные [7].

Пульсоксиметрия должна выполняться всем детям с респираторными симптомами и подозрением на пневмонию [7].

$SpO_2$ при пневмонии - не один универсальный порог, а несколько разных клинических контекстов.

| Контекст $SpO_2$ при пневмонии | Порог | Практический смысл |
|---|---|---|

| **Контекст $SpO_2$ при пневмонии** | **Порог** | **Практический смысл** |
|---|---|---|
| Норма / отсутствие дыхательной недостаточности | В таблице дыхательной недостаточности нормальная $SaO_2$ указана как ≥95%; в практической классификации ДН0 соответствует $SpO_2$ ≥95% при отсутствии клинических признаков ДН [7]. | Это ориентир нормального насыщения, а не критерий выписки сам по себе. |
| Значение, требующее дополнительной оценки | $SpO_2$ <94% считается аномальным [7]. | Нужно оценить дыхательную работу, возраст, очаговые признаки, тяжесть и маршрут. |
| Показание к кислороду | В разделе респираторной поддержки при пневмонии кислород рекомендован при $SpO_2$ ≤92% на воздухе; целевое значение - более 92% [7]. | Не смешивать с порогом госпитализации <90% и с критерием выписки >95%. |
| Тяжелая гипоксемия | $SpO_2$ <90% считается значимой гипоксемией и входит в критерии тяжелой пневмонии [7]. | Это красный флаг тяжести. |
| Круглосуточный стационар | В перечне показаний к госпитализации указан $SpO_2$ <90% при дыхании воздухом [7]. | Нетяжелая пневмония без гипоксемии при $SpO_2$ >92% и без опасных признаков может лечиться дома пероральным препаратом [7]. |
| ОРИТ | Невозможность поддерживать $SpO_2$ >92% на фоне оксигенотерапии - показание к госпитализации в ОРИТ [7]. | Это уже оценка ответа на кислород, а не первичная сатурация на воздухе. |
| Выписка | $SpO_2$ >95% при дыхании комнатным воздухом в течение не менее 12-24 часов при общем улучшении [7]. | Выписка невозможна при сохраняющейся дыхательной недостаточности, тахипноэ или тахикардии [7]. |
| **Этап** | **Что означает** | **Что делает врач** |
| Клиническое подозрение | Кашель или лихорадка с тахипноэ, дыхательной недостаточностью, сниженной сатурацией, локальными/асимметричными физикальными данными, токсическим видом или ухудшением после улучшения заставляют думать о ВП [7]. | Оценить тяжесть, сатурацию, частоту дыхания, способность пить и признаки осложнений; решить вопрос о рентгенографии и маршруте. |
| Показания к рентгенографии | Рентгенография грудной клетки нужна при признаках дыхательной недостаточности, лихорадке без очага с лабораторными маркерами бактериальной инфекции и/или признаками тяжести, локальных или асимметричных аускультативных/перкуторных изменениях, а также при неадекватном ответе на терапию у ребёнка с уже рентгенологически подтвержденной пневмонией для исключения осложнений [7]. | Не назначать снимок рутинно ребёнку без интоксикации и с хорошим самочувствием, если диффузные хрипы, субфебрилитет, отсутствие токсикоза, перкуторных изменений и лейкоцитоза позволяют поставить бронхит или бронхиолит [7]. |
| Подтверждение диагноза | Критерии установленной ВП - острое инфекционное поражение легочной паренхимы по синдрому дыхательных расстройств и/или физикальным данным плюс инфильтративные изменения на рентгенограмме [7]. | Не подменять подтверждение диагноза одной аускультацией; при тяжелом состоянии маршрут и лечение не откладывать из-за ожидания исследования. |
| Общий анализ крови и С-реактивный белок | Лаборатория помогает оценить бактериальный процесс и тяжесть, но не делит вирусную и бактериальную пневмонию абсолютно надежно [7]. | Использовать вместе с клиникой, сатурацией и рентгенологической картиной, особенно при лихорадке, интоксикации, дыхательной недостаточности или диагностическом сомнении. |

| Контекст $SpO_2$ при пневмонии | Порог | Практический смысл |
|---|---|---|
| Повторная рентгенография | Не нужна перед выпиской или после лечения при хорошем ответе; нужна при ухудшении, отсутствии ответа через 48-72 часа или подозрении на осложнения [7]. | Не контролировать снимок автоматически, если ребёнок клинически выздоравливает. |
| КТ грудной клетки | Не рутинное исследование; рассматривается при сомнительном диагнозе, осложнениях, рецидиве в одной доле, подозрении на порок развития или затяжном течении [7]. | Оставить для диагностически сложных ситуаций, а не для первичного приема. |
| Посев крови | Для тяжелой пневмонии или отсутствия ответа на терапию, желательно до антибиотика [7]. | Не использовать как рутинный тест при нетяжелой амбулаторной ВП. |
| Мазки из ротоглотки "на флору" | Не рекомендуются для этиологической диагностики внебольничной пневмонии [7]. | Не назначать для выбора антибиотика при ВП. |

Лейкоцитоз, нейтрофилия и С-реактивный белок выше 40 мг/л повышают вероятность бактериального процесса, но ни один биомаркер не разделяет вирусную и бактериальную пневмонию абсолютно надежно [7].

## 8.3. Решение о месте лечения

Ребёнок с нетяжелой неосложненной пневмонией, без гипоксемии, без признаков опасности, с сохраненным питьем и надежным наблюдением может лечиться дома пероральным антибиотиком [7].

| Нужен стационар | Клинические основания |
|---|---|
| Возраст до 3 месяцев | Возраст сам по себе повышает риск тяжелого течения и снижает порог госпитализации [7]. |
| $SpO_2$ ниже 90% на воздухе, цианоз, апноэ, выраженная дыхательная недостаточность | Это критерии тяжелого состояния и круглосуточного стационара; кислород назначается по отдельному порогу раздела респираторной поддержки [7]. |
| Ребёнок не может пить, есть обезвоживание или нет мочеиспускания 12 часов | Нужна коррекция жидкости и наблюдение [7]. |
| Нарушение сознания, судороги, признаки шока или нарушения микроциркуляции | Это признаки тяжелого состояния [7]. |
| Осложнения, многодолевая пневмония, плеврит, подозрение на деструкцию | Нужен стационарный диагностический и лечебный маршрут [7]. |
| Нет эффекта от стартовой терапии через 48-72 часа | Требуется пересмотр диагноза, осложнений и антибиотика [7]. |
| Тяжелая фоновая патология | Астма, бронхолегочная дисплазия, муковисцидоз, гемодинамически значимые пороки сердца, иммунодефицит, нервно-мышечные заболевания и другие состояния повышают риск тяжелого течения [7]. |

Показания к интенсивной терапии включают невозможность поддерживать $SpO_2$ выше 92% на кислороде, повторные апноэ, тяжелую дыхательную недостаточность, выраженные признаки шока, нарушение сознания, тяжелый ацидоз и другие признаки декомпенсации [7].

Организационный порядок помощи детям с инфекционными заболеваниями задает общий маршрут по уровню тяжести и возможностям медицинской организации; конкретный локальный путь не должен подменять клинические критерии тяжелой пневмонии [7, 21].

## 8.4. Антибактериальная терапия

Антибиотик нужен при вероятной или подтвержденной бактериальной внебольничной пневмонии [7]. При нетяжелом амбулаторном течении предпочтителен пероральный путь, если ребёнок может принимать препарат внутрь [7].

| Клиническая ситуация | Стартовый вариант | Что проверить |
|---|---|---|
| Ребёнок исходно здоров, нет факторов риска устойчивых возбудителей | Амоксициллин внутрь: дети от 1 месяца до 12 лет или с массой <40 кг - 45-90 мг/кг/сут, максимум 2 г/сут, разделить на 2-3 приема; дети старше 12 лет или с массой >40 кг - 1,5-3 г/сут по амоксициллину, разделить на 2-3 приема [7]. | Строка рекомендации сформулирована через "или" между возрастом и массой; если возрастная и весовая строки формально пересекаются или масса ровно 40 кг, не выбирать дозу арифметически, а сверить лекарственную форму, инструкцию и клинический контекст [7]. |
| Есть факторы риска β-лактамазопродуцирующих или устойчивых возбудителей | Амоксициллин/клавуланат внутрь: дети от 1 месяца до 12 лет - 45-90 мг/кг/сут по амоксициллину, разделить на 2 приема; дети старше 12 лет - 1,5-2 г/сут по амоксициллину, разделить на 2-3 приема [7]. | Для назначения сверить конкретную лекарственную форму, соотношение амоксициллина и клавулановой кислоты и инструкцию [7]. |
| Высокий риск устойчивого S. pneumoniae или другие перечисленные факторы | Амоксициллин/клавуланат 90 мг/кг/сут по амоксициллину может быть выбран при проживании в учреждениях круглосуточного пребывания, иммунодепрессии, неполной пневмококковой вакцинации, хронических болезнях органов дыхания и других факторах риска [7]. | Не использовать высокую дозу автоматически без факторов риска. |
| Возраст ≥5 лет, нетяжелая ВП, вероятна атипичная этиология | Макролид; для азитромицина: дети от 6 месяцев до 12 лет - 10 мг/кг/сут внутрь каждые 24 часа, 3-дневный курс; дети с массой >45 кг - 500 мг 1 раз в сутки внутрь, 3 дня [7]. | Возрастная логика выбора макролида и возрастная строка дозировки не одно и то же: показание обсуждается при вероятной атипичной этиологии, дозировка берется из таблицы препарата [7]. |
| Нет эффекта от β-лактама через 48-72 часа, осложнения исключены | Пересмотреть диагноз; при вероятной атипичной этиологии рассмотреть макролид или другой вариант по возрасту [7]. | Не менять антибиотик механически без повторной оценки ребёнка, сатурации, осложнений, приема препарата и приверженности [7]. |

Ожидаемый клинический ответ на адекватную терапию - улучшение самочувствия, аппетита, дыхания и снижение температуры ниже 38 °C в течение 48-72 часов; при тяжелой или осложненной пневмонии ответ может быть медленнее [7]. Базовое правило - в большинстве случаев продолжать антибактериальную терапию 5-7 дней; для ВП нетяжелого течения указан допустимый диапазон 5-10 дней, где 10-дневные курсы наиболее изучены, а эффективность коротких курсов 5-7 дней также доказана [7]. Тяжелая ВП, непневмококковая или MRSA-этиология, осложнения и медленный ответ могут требовать более длительного курса, иногда 14 дней и более [7].

Жаропонижающие при пневмонии используют при температуре выше 39-39,5 °C или плохой переносимости лихорадки: ибупрофен 7,5 мг/кг каждые 6-8 часов, максимум 30 мг/кг/сут, или парацетамол 10-15 мг/кг каждые 6 часов, максимум 60 мг/кг/сут [7]. В строке доз для парацетамола и ибупрофена указано противопоказание: возраст до 3 месяцев; любая лихорадка у младенца до 3 месяцев требует тщательного обследования и направления к специалисту или в стационар [1]. Регулярный курсовой прием, одновременное применение и чередование жаропонижающих не рекомендуются [1].

Ингаляционные глюкокортикостероиды не имеют доказанной пользы при внебольничной пневмонии, а beta2-агонисты не назначают без бронхиальной обструкции [7].

## 8.5. Наблюдение после пневмонии

При амбулаторном лечении врач заранее назначает контроль через 48-72 часа, потому что именно в этот срок оценивается ответ на стартовую антибактериальную терапию [7].

На повторном осмотре нужно проверить:

| Что проверить | Хороший ответ | Нужен пересмотр |
|---|---|---|
| Температура | Снижается, ребёнок активнее, аппетит лучше [7] | Лихорадка сохраняется или усиливается после 48-72 часов терапии [7]. |

| Что проверить | Хороший ответ | Нужен пересмотр |
|---|---|---|
| Дыхание | Частота дыхания уменьшается, втяжения уходят, сатурация стабильна [7] | Одышка, втяжения, $SpO_2$ снижается или остается низкой [7]. |
| Боль и кашель | Нет нарастания боли в груди, ребёнок может пить и спать [7] | Боль в груди, асимметрия дыхания, подозрение на плеврит или осложнения [7]. |
| Приверженность лечению | Препарат принимается в нужной дозе и кратности | Ошибка дозы, рвота после приема, невозможность принимать внутрь, аллергическая реакция |

Если ребёнок клинически улучшается, рутинная повторная рентгенография не нужна [7]. Если эффекта нет, нужно повторно оценить диагноз, осложнения, лабораторные маркеры, рентгенологическую картину или УЗИ плевральной полости и решить вопрос о смене маршрута или антибактериальной терапии [7].

После стационарного лечения ребёнок может быть выписан при документированном клиническом улучшении, снижении лихорадки, восстановлении активности и аппетита, отсутствии тахипноэ и дыхательной недостаточности, а также стабильной $SpO_2$ выше 95% на воздухе в течение 12-24 часов [7].

Допуск в коллектив после инфекционного заболевания и действия с контактными решаются по санитарным правилам и главе 17, а не по одному факту завершения антибактериальной терапии [19].

# 9. Острый тонзиллофарингит и боль в горле

При боли в горле участковому врачу нужно решить не "красное горло или нет", а три практических вопроса: нет ли угрозы дыхательным путям, похожа ли картина на стрептококковый тонзиллофарингит и не прячется ли за болью в горле другая инфекция или хирургическое осложнение [9].

## 9.1. Первая развилка

Острый тонзиллофарингит может быть вирусным или бактериальным, но по одному виду зева надежно отличить эти варианты нельзя. У детей младше 3 лет стрептококковый тонзиллит встречается редко, а наибольшая вероятность инфекции, вызванной бета-гемолитическим стрептококком группы А, относится к возрасту 5-15 лет [9].

| Что видно на приеме | Что это меняет |
|---|---|
| Насморк, кашель, конъюнктивит вместе с болью в горле | Поддерживает вирусную природу, но не исключает сочетанную инфекцию; решение об антибиотике не принимают только по катаральным симптомам [9]. |
| Острое начало, лихорадка, боль при глотании, увеличенные передние шейные или поднижнечелюстные лимфоузлы, налеты на миндалинах, отсутствие кашля | Повышает вероятность стрептококкового тонзиллофарингита; нужен этиологический тест, особенно у детей старше 3 лет [9]. |
| Генерализованная лимфаденопатия, гепатомегалия или спленомегалия, атипичные мононуклеары | Думать об инфекционном мононуклеозе; амоксициллин при подозрении на мононуклеоз применять осторожно [9]. |
| Везикулы во рту и сыпь на кистях или стопах у ребёнка раннего возраста | Возможна энтеровирусная инфекция "рука-нога-рот"; антибиотик не нужен без других оснований [9]. |
| Односторонняя язвенно-некротическая картина с неприятным запахом | Возможна ангина Венсана; нужна очная оценка и другой диагностический маршрут [9]. |
| Плотный налет на миндалинах, который трудно снимается и оставляет кровоточащую поверхность | Нужно думать о дифтерии ротоглотки; не пытаться травматично снимать налет в амбулаторных условиях, а срочно маршрутизировать ребёнка [9]. |

Боль в горле с сыпью не надо автоматически называть аллергией или ОРВИ. Если есть лихорадка и экзантема, вернуться к главе 11; если сыпь геморрагическая или не исчезает при надавливании - сразу к главе 13 [11, 15].

## 9.2. Диагностика

Главный тестовый вопрос - есть ли стрептококк группы А. Быстрый антигенный тест позволяет получить результат у постели пациента за 5-15 минут; положительный результат не требует подтверждения посевом. Если у ребёнка или подростка с подозрением на стрептококковый тонзиллофарингит быстрый тест отрицательный, результат нужно подтвердить культуральным исследованием [9].

| Ситуация | Что делать |
|---|---|
| Ребёнок старше 3 лет с клиникой, подозрительной на стрептококковый тонзиллофарингит | Выполнить быстрый тест на антиген стрептококка группы А; при отсутствии теста или отрицательном результате у ребёнка - посев [9]. |
| Ребёнок младше 3 лет | Рутинно не тестировать на стрептококк группы А; исключение - факторы риска, например больной стрептококковым тонзиллофарингитом ребёнок в семье [9]. |
| Нужен посев | Мазок берут до антибиотика, до утренней гигиены полости рта или не ранее чем через 2 часа после еды, не касаясь зубов и языка, с миндалин и задней стенки глотки [9]. |
| Нужен общий анализ крови | Рутинно амбулаторно не нужен; может потребоваться при госпитализации или дифференциальной диагностике с инфекционным мононуклеозом [9]. |

| Ситуация | Что делать |
|---|---|
| Родители просят "АСЛ-О для подтверждения ангины" | Не использовать для диагностики острого эпизода: показатель повышается позже и имеет ретроспективное значение [9]. |
| Хочется решить по СРБ или прокальцитонину | Не использовать как надежный разделитель вирусного и бактериального тонзиллофарингита [9]. |

Шкалы Centor, McIsaac и FeverPAIN могут помочь оценить вероятность стрептококковой природы, но не заменяют этиологическую диагностику у ребёнка. McIsaac учитывает температуру выше 38 °C, изменения миндалин, отсутствие кашля, болезненность передних шейных или поднижнечелюстных лимфоузлов и возраст [9].

## 9.3. Лечение

Антибиотик нужен при подтвержденной стрептококковой этиологии или высокой вероятности стрептококкового тонзиллофарингита. Главная практическая ошибка - назначить антибиотик "на красное горло" без попытки этиологической верификации [9].

| Клиническая ситуация | Схема | Контрольная оговорка |
|---|---|---|
| Подтвержденный или высоковероятный стрептококковый тонзиллофарингит, нет аллергии к β-лактамам | Амоксициллин внутрь 50 мг/кг/сут в 2-3 приема, максимум 1000 мг/сут, 10 дней [9]. | При подозрении на инфекционный мононуклеоз использовать амоксициллин осторожно из-за риска сыпи [9]. |
| Сомнение в приверженности лечению | Бензатина бензилпенициллин внутримышечно однократно: детям с массой до 27 кг - 600 000 ЕД, более 27 кг - 1 200 000 ЕД [9]. | Это не препарат "для удобства всем", а вариант при сомнении в выполнении 10-дневного курса [9]. |
| Рецидив или клиническая неэффективность амоксициллина | Амоксициллин/клавуланат по амоксициллину 50 мг/кг/сут в 2-3 приема, 10 дней; клавулановая кислота не более 10 мг/кг/сут [9]. | Перед заменой оценить диагноз, прием препарата и осложнения [9]. |
| Тяжелая аллергия к β-лактамам или аллергия к цефалоспоринам | Возможны макролиды или линкозамиды; азитромицин у детей - 20 мг/кг/сут в 1 прием, 3 дня [9]. | Клиническая рекомендация отдельно отмечает проблему резистентности к макролидам; выбирать препарат с учетом клинической ситуации [9]. |

Если через 48-72 часа от начала антибиотика сохраняются лихорадка и боль в горле, нужно не "усилить" лечение автоматически, а пересмотреть диагноз: вирусная инфекция, инфекционный мононуклеоз, осложнение или другой очаг [9].

## 9.4. Когда нельзя оставлять дома без пересмотра

| Признак | Почему важен |
|---|---|
| Отказ от питья, невозможность принимать препарат внутрь, признаки обезвоживания | При тяжелом состоянии или необходимости инфузии из-за отказа от еды и жидкости нужна госпитализация [9]. |
| Тризм, выраженная односторонняя боль, смещение язычка, подозрение на абсцесс | Нужен ЛОР- или хирургический маршрут при подозрении на гнойное осложнение [9]. |
| Прогрессирующее ухудшение или нет эффекта от лечения | Требуется пересмотр диагноза и осложнений [9]. |
| Плотные трудноснимаемые налеты с кровоточивостью | Думать о дифтерии и срочно маршрутизировать; клиническая схема лечения дифтерии в этой главе не расписывается, а противоэпидемический маршрут вынесен в главу 17 [9, 19]. |

# 10. Коклюш и опасный длительный кашель

Коклюш нужно вспоминать не тогда, когда кашель стал "классическим", а когда он стал навязчивым, нарастает и не похож на обычный остаточный кашель после ОРВИ. Наличие вакцинации не исключает коклюш, но снижает вероятность тяжелого течения [10].

## 10.1. Когда думать о коклюше

Для типичного коклюша характерно постепенное начало при нормальной температуре, без интоксикации, с сухим навязчивым кашлем, который нарастает и затем становится приступообразным. Во время приступа возможны репризы, рвота после кашля, отхождение вязкой стекловидной мокроты, цианоз лица и задержки дыхания [10].

| Подсказка | Как использовать |
|---|---|
| Кашель длится более 7 дней и усиливается | Это повод целенаправленно спросить про приступы, рвоту, репризы, цианоз, апноэ и контакт с длительно кашляющими [10]. |
| Кашель длится 3-4 недели у кого-то в семье или коллективе | Важная эпидемиологическая подсказка; при лабораторно подтвержденном контакте возможен эпидемиологически связанный случай [10]. |
| Температура нормальная или невысокая в начале болезни | Поддерживает коклюш; лихорадка и усиление катаральных симптомов заставляют искать сочетанную инфекцию или осложнение [10]. |
| Очаговые хрипы, стойкая одышка, тахипноэ, интоксикация | Не характерно для неосложненного коклюша; исключать пневмонию, ателектаз или сочетанную инфекцию [10]. |
| Стридор, лающий кашель, осиплость | Вернуться к главе 5 о крупе; это другая развилка дыхательных путей [3]. |
| Плотные налеты в ротоглотке, тяжелое состояние, быстрое ухудшение | Не вести как коклюш; думать о дифтерии и срочно маршрутизировать без попытки амбулаторного снятия налетов [9]. |

## 10.2. Тяжесть и красные флаги

У коклюша опасность часто не в аускультации, а в пароксизме. Врач должен отдельно спросить, что происходит в конце приступа: рвота, цианоз, апноэ, нарушение сознания, судороги [10].

| Признак | Практическое значение |
|---|---|
| До 15 приступов кашля в сутки, редкие репризы, ребёнок активен и ест | Соответствует легкой степени по клиническим критериям [10]. |
| 16-25 приступов в сутки, частые репризы, цианоз носогубного треугольника, аппетит снижен | Среднетяжелое течение; оценить факторы риска и вопрос стационара [10]. |
| Более 25 приступов в сутки, пароксизмы, цианоз лица, вялость, отсутствие аппетита, апноэ | Тяжелое течение и высокий риск осложнений [10]. |
| Младенец младше 3 месяцев, недоношенность, неполная вакцинация, апноэ или цианоз в дебюте, сопутствующая пневмония | Группа риска тяжелого коклюша [10]. |
| Брадикардия или пароксизм с десатурацией $SpO_2$ <90%, любое апноэ более 15 секунд у младенца или более 10 секунд у новорожденного, апноэ с цианозом, судороги, угнетение сознания | Показания к ОРИТ [10]. |

Пульсоксиметрия при коклюше нужна не всем "для красоты записи", а при тяжелом течении, задержках дыхания, судорогах, пневмонии, бронхообструктивном синдроме, одышке, тахипноэ или цианозе [10].

## 10.3. Диагностика

| Срок и ситуация | Что выбрать |
|---|---|
| Кашель более 7 дней, но не более 28-35 дней | ПЦР мазка со слизистой носоглотки на Bordetella pertussis, B. parapertussis и B. bronchiseptica однократно [10]. |
| Кашель 7-21 день, до антибиотика | Двукратное культуральное исследование слизи с задней стенки глотки; отрицательный результат не исключает коклюш [10]. |
| Кашель 3 недели и более | Серологическое исследование антител к Bordetella pertussis; метод предпочтителен на поздних сроках, у подростков и взрослых [10]. |
| Негладкое течение, лихорадка, усиление катаральных симптомов, бронхообструкция | Искать сопутствующие респираторные инфекции или осложнения [10]. |
| Подозрение на пневмонию или ателектаз | Рентгенография легких по клинической картине осложнения, а не всем пациентам с кашлем [10]. |

Общий анализ крови может поддержать диагноз, если есть лейкоцитоз за счет лимфоцитоза при нормальной СОЭ, но отсутствие типичных гематологических изменений не исключает коклюш [10].

## 10.4. Лечение

Антибиотик при коклюше нужен для эрадикации возбудителя и снижения контагиозности, но он не обязан быстро убирать приступообразный кашель. Антибактериальная терапия уменьшает колонизацию Bordetella pertussis и заразность, но не влияет на выраженность и длительность симптомов, включая пароксизмальный кашель [10].

| Ситуация | Схема |
|---|---|
| Ребёнок старше 6 месяцев, выбран азитромицин | 10 мг/кг/сут внутрь 1 раз в сутки, 5 дней [10]. |
| Ребёнок старше 1 месяца, выбран кларитромицин | 7,5 мг/кг 2 раза в день внутрь, не более 1 г/сут, 7-14 дней [10]. |
| Выбран эритромицин | 10-15 мг/кг каждые 8 часов внутрь, не более 2 г/сут, 14 дней [10]. |
| Пациент первого года жизни обратился в течение 6 недель от начала болезни | Антибактериальная терапия рекомендована для эрадикации возбудителя [10]. |
| Пациент другого возраста обратился в течение 3 недель от начала болезни | Антибактериальная терапия рекомендована для эрадикации возбудителя [10]. |
| Есть бронхолегочные осложнения или хронические болезни легких | Антибактериальная терапия рекомендована независимо от срока заболевания [10]. |

Противокашлевые центрального действия могут применяться при спазматическом кашле по инструкции, но их нельзя сочетать с муколитиками: подавление кашлевого рефлекса на фоне мокроты ухудшает эвакуацию секрета [10].

## 10.5. Дом, стационар, семья

Легкий и среднетяжелый коклюш без факторов риска может лечиться амбулаторно под наблюдением педиатра, врача общей практики или инфекциониста. Тяжелый коклюш, среднетяжелый коклюш с факторами риска, эпидемиологические показания и угрожающие жизни осложнения требуют стационара или ОРИТ [10].

Семье важно сказать честно: кашель может сохраняться долго, а задача лечения - не мгновенно "выключить" приступы, а снизить заразность, не пропустить апноэ, пневмонию, энцефалопатию и ухудшение дыхания [10].

Санитарная работа с очагом коклюша и дифтерии ведется по главе 17. Клинический блок дифтерии оставлен коротким: он нужен для распознавания опасного сценария и срочной маршрутизации, но не заменяет отдельную клиническую рекомендацию по лечению дифтерии [9, 19, 20].

# 11. Лихорадка и сыпь: не пропустить корь и опасную экзантему

Сыпь у ребёнка с лихорадкой - это не дерматологическая задача в первую очередь. Сначала нужно решить, нет ли геморрагической сыпи и сепсиса, затем - не похожа ли картина на корь, и только потом спокойно разбирать остальные экзантемы [11, 15, 17].

## 11.1. Первая сортировка сыпи

| Что увидел врач | Первый маршрут |
|---|---|
| Сыпь не исчезает при надавливании, элементы геморрагические, плотные, неправильной формы | Глава 13: подозрение на генерализованную менингококковую инфекцию или сепсис, срочный маршрут [15, 17]. |
| Лихорадка, кашель или ринит, конъюнктивит, светобоязнь, пятна Бельского-Филатова-Коплика, затем этапная пятнисто-папулезная сыпь | Думать о кори, оценить тяжесть и эпиданамнез [11]. |
| Боль в горле и сыпь | Вернуться к главе 9: тонзиллофарингит, стрептококковая инфекция, мононуклеоз и другие причины [9]. |
| Сыпь на кистях, стопах и во рту у ребёнка раннего возраста | Возможна энтеровирусная инфекция "рука-нога-рот"; не назначать антибиотик без признаков бактериальной инфекции [9]. |
| Сыпь плюс дыхательная недостаточность | Оценить пневмонию или бронхообструкцию по главам 7-8; при кори пневмония относится к частым осложнениям [7, 11]. |

## 11.2. Когда думать о кори

Типичная корь начинается остро: температура 38-40 °C, ринит, фарингит, конъюнктивит, светобоязнь и нарастающая интоксикация. Пятна Бельского-Филатова-Коплика появляются на слизистой щек за 1-2 дня до сыпи и исчезают при развитии экзантемы [11].

Сыпь при кори появляется этапно: в 1-е сутки - за ушами, на переносице, лице, шее, верхней части груди и плечах; на 2-е сутки - на туловище; на 3-4-е сутки - на дистальных отделах рук и нижних конечностях. Затем с 3-4-го дня от появления сыпи начинается этапная пигментация, которая может длиться 7-14 дней [11].

| Фаза | Что искать |
|---|---|
| Катаральный период | Лихорадка, ринит, фарингит, конъюнктивит, светобоязнь, интоксикация, пятна Бельского-Филатова-Коплика [11]. |
| Высыпания | Этапное распространение пятнисто-папулезной сыпи сверху вниз [11]. |
| Пигментация | Синюшно-бурый оттенок элементов, улучшение общего состояния, снижение температуры и катаральных явлений [11]. |
| Осложнения | Пневмония, отит, синусит, кератоконъюнктивит, энтерит, энтероколит, энцефалит или менингоэнцефалит [11]. |

## 11.3. Диагностика и осмотр

Окончательный диагноз кори устанавливают по клиническим данным при лабораторном подтверждении. Случай на этапе диагностики может быть подозрительным, вероятным или подтвержденным [11].

| Что сделать | Зачем |
|---|---|
| Уточнить контакт, пребывание в очаге, вакцинацию против кори и введение иммуноглобулина | Это часть эпидемиологического анамнеза при подозрении на корь [11]. |

| Что сделать | Зачем |
|---|---|
| Осмотреть кожу, слизистые, конъюнктивы, дыхательную систему, сердце, живот | Искать ведущие синдромы, осложнения и признаки тяжести [11]. |
| Проверить менингеальные и очаговые симптомы | Корь может осложняться поражением ЦНС [11]. |
| Выполнить общий анализ крови и мочи | Эти исследования помогают оценить тяжесть и осложнения при подозрении на корь [11]. |
| Использовать ПЦР в ранний период и серологическое подтверждение по срокам | ПЦР наиболее эффективна в первые дни от появления сыпи; серология выполняется по регламентированным срокам [11]. |
| При подозрении на пневмонию выполнить рентгенографию легких | Рентгенография нужна при клиническом подозрении на пневмонию [11]. |

## 11.4. Лечение и наблюдение

Специфическое лечение кори не разработано. Тактика зависит от тяжести, периода болезни, осложнений, возраста, иммунодефицита и коморбидных состояний [11].

| Направление | Что делать |
|---|---|
| Режим | Во время лихорадки и первые 2 суток после нормализации температуры соблюдать постельный режим [11]. |
| Жидкость | Назначать с учетом физиологической потребности и патологических потерь: лихорадки, одышки и других факторов [11]. |
| Лихорадка | У детей применять препараты на основе парацетамола до 60 мг/кг/сут или ибупрофена до 30 мг/кг/сут; путь введения - per os, ректально, для парацетамола также возможен внутривенный путь [11]. |
| Антибиотики | Не использовать для профилактики бактериальной суперинфекции при неосложненной кори [11]. |
| Осложнения | Лечить с учетом выявленного осложнения и соответствующей нозологической группы [11]. |

## 11.5. Когда нужна госпитализация

Пациенты с корью подлежат госпитализации в инфекционный стационар при тяжелом или осложненном течении, тяжелых хронических заболеваниях, проживании или пребывании в условиях, где невозможна безопасная изоляция или есть высокий эпидемиологический риск. Дети госпитализируются в стационары, имеющие отделения реанимации и интенсивной терапии [11].

| Ситуация | Маршрут |
|---|---|
| Тяжелая интоксикация, дыхательная недостаточность, сердечно-сосудистая недостаточность, церебральные нарушения | Госпитализация в ОРИТ [11]. |
| Подозрение на пневмонию при кори | Рентгенография и решение о стационаре по тяжести [11]. |
| Неврологические симптомы | Исключать энцефалит или менингоэнцефалит; маршрут к стационару [11]. |
| Лихорадка и геморрагическая сыпь | Не вести как корь до исключения ГМИ/сепсиса; глава 13 [15, 17]. |

Календарные правила вакцинации, постконтактная профилактика, изоляция, допуск в коллектив и работа с контактными при кори описаны в главе 17; в этой главе остается клиническое распознавание и оценка тяжести [19, 20].

# 12. Острые кишечные инфекции: сначала обезвоживание

При диарее и рвоте первый диагноз для безопасности - не "ротавирус" и не "отравление", а степень дегидратации и признаки тяжелого течения. Этиология важна, но у вирусного гастроэнтерита она не меняет патогенетическую основу лечения: регидратацию [12].

## 12.1. Что оценить за первые минуты

| Вопрос | Зачем |
|---|---|
| Сколько раз был жидкий стул и рвота, есть ли кровь, как быстро нарастают потери | Оценить тип диареи, риск дегидратации и инвазивного течения [12, 13, 14]. |
| Есть ли жажда, снижение диуреза, вялость, сонливость | Это признаки дегидратации и ухудшения общего состояния [12]. |
| Масса тела сейчас и в динамике | Массу тела нужно измерять при гастроэнтерите, сальмонеллезе и шигеллезе [12, 13, 14]. |
| Температура выше 40 °C или лихорадка более 3 дней | При вирусном гастроэнтерите это заставляет думать об осложнениях [12]. |
| Холодная бледная кожа, акроцианоз, нарушения сознания, судороги, обморок | Это не "обычная диарея"; оценивать тяжелое обезвоживание, токсикоз, шок и сепсис [14, 17]. |
| Боль в животе, которая не укладывается в гастроэнтерит | УЗИ брюшной полости рассматривается при осложнениях и дифференциальной диагностике с неинфекционными заболеваниями [12]. |

## 12.2. Оценка дегидратации

Степень дегидратации оценивают клинически, в том числе с использованием Clinical Dehydration Scale. В шкале учитываются внешний вид, глазные яблоки, слизистые оболочки и слезы [12].

| Признак CDS | 0 баллов | 1 балл | 2 балла |
|---|---|---|---|
| Внешний вид | Нормальный | Жажда, беспокойство, раздражительность | Вялость, сонливость |
| Глазные яблоки | Тургор нормальный | Слегка запавшие | Запавшие |
| Слизистые оболочки | Влажные | Липкие, суховатые | Сухие |
| Слезы | Слезоотделение в норме | Слезоотделение снижено | Слезы отсутствуют |

Интерпретация CDS: 0 баллов - дегидратация отсутствует, 1-4 балла - легкая дегидратация, 5-8 баллов - дегидратация средней и тяжелой степени [12].

## 12.3. Диагностика

| Ситуация | Что назначать |
|---|---|
| Типичная вирусная диарея с легким течением | Этиологическая диагностика возможна, но тактика регидратации от нее не меняется [12]. |
| Нужно подтвердить вирусный гастроэнтерит | Используют исследование фекалий на вирусные антигены или нуклеиновые кислоты [12]. |
| Нужно исключить бактериальную диарею | Возможны культуральные, молекулярно-биологические или экспресс-методы для сальмонелл, кампилобактерий, эшерихий и других возбудителей [12]. |
| Подозрение на сальмонеллез | Этиологическая диагностика фекалий или ректального мазка на Salmonella spp. с определением чувствительности [13]. |

| Ситуация | Что назначать |
|---|---|
| Подозрение на шигеллез | Диагноз строится на эпидемиологических, клинических и лабораторных данных; лабораторная основа - выявление шигелл в клиническом материале [14]. |
| Дегидратация II или II-III степени при вирусном гастроэнтерите | Определить калий и натрий крови, особенно перед инфузионной терапией [12]. |
| Среднетяжелое или тяжелое течение | ОАК с гематокритом, моча, биохимия у госпитализированных, КОС и газы при тяжелой дегидратации [12]. |

## 12.4. Лечение: базовая схема

Пероральная регидратация - основа лечения вирусного гастроэнтерита, сальмонеллеза и шигеллеза. Растворы назначают с учетом возраста, массы тела и степени дегидратации, продолжают до купирования синдрома дегидратации [12, 13, 14].

| Задача | Что делать |
|---|---|
| Восстановить потери жидкости | Пероральные солевые растворы для регидратации; при ВГЭ предпочтительны растворы со сниженной осмолярностью 210-260 мосмоль/л [12]. |
| Пероральная регидратация неэффективна | Переходить к инфузионной терапии с учетом возраста, показаний, текущих потерь и дефицита жидкости [12, 13, 14]. |
| Диарея продолжается | Возможны кишечные адсорбенты; препараты, снижающие моторику кишечника и замедляющие пассаж, не показаны [12, 13, 14]. |
| Нужен пробиотик | Использовать только штаммы с доказанной эффективностью и по инструкции; перечень включает Bifidobacterium animalis subsp. lactis, Lactobacillus acidophilus, S. boulardii CNCM I-745, Lactobacillus GG, а при бактериальных кишечных инфекциях также Lactobacillus reuteri [12, 13, 14]. |
| Повторная или многократная рвота | Противорвотные препараты могут использоваться для уменьшения потерь жидкости, с дозировкой и возрастными ограничениями по инструкции [12]. |
| Лихорадка | В клинических рекомендациях по кишечным инфекциям указаны парацетамол до 60 мг/кг/сут или ибупрофен до 30 мг/кг/сут; регулярный курсовой прием нежелателен [12, 14]. |

## 12.5. Когда нужен антибиотик

Антибиотик не является лечением любой диареи. При вирусном гастроэнтерите основа - регидратация; при бактериальной диарее решение зависит от возбудителя, тяжести, инвазивности и факторов риска [12, 13, 14].

| Ситуация | Что важно для решения |
|---|---|
| Сальмонеллез, инвазивное течение средней тяжести или тяжелое течение | Антимикробная терапия в острую фазу; стартовые варианты включают азитромицин 10 мг/кг/сут 5 дней, цефтриаксон, нифуроксазид [13]. |
| Транзиторное или реконвалесцентное бактериовыделение сальмонелл | Антимикробная терапия не показана; бактериофаг возможен при чувствительности штамма [13]. |
| Шигеллез у детей | Антибактериальные препараты системного действия в острую и подострую фазу; стартовые варианты включают азитромицин 12 мг/кг/сут в 1-й день, затем 6 мг/кг/сут 4 дня, цефтриаксон, цефотаксим [14]. |
| Шигеллез, нет улучшения через 48 часов от начала этиотропной терапии | Заменить антимикробный препарат после оценки уменьшения частоты дефекации, крови в стуле, температуры, интоксикации и аппетита [14]. |

## 12.6. Кого не оставлять на обычном амбулаторном наблюдении

| Показание | Источник |
|---|---|
| Тяжелая или среднетяжелая ОКИ у ребёнка младше 2 лет | Госпитализация [13]. |
| Среднетяжелая ОКИ с отягощенным преморбидным фоном, тяжелые сопутствующие заболевания, затяжная форма | Госпитализация [13]. |
| Невозможность соблюдения противоэпидемического режима дома или пребывание в закрытом учреждении | Госпитализация [13]. |
| Шигеллез у ребёнка первого года жизни, среднетяжелая или тяжелая форма, осложнения, затяжное или хроническое течение в обострении | Госпитализация [14]. |
| Тяжелое состояние при шигеллезе | Направление в инфекционный стационар в день обращения, cito [14]. |
| Диарея плюс признаки органной дисфункции, нарушения перфузии, угнетение сознания или шок | Действовать как при подозрении на сепсис; глава 13 [17]. |

Санитарные требования, экстренные извещения и допуск в организованные коллективы при ОКИ сверяются по главе 17; антибиотикотерапия и регидратация сами по себе не решают вопрос допуска [19].

# 13. Нейроинфекция, менингококцемия и сепсис: первые действия

Эта глава не заменяет стационарный протокол. Ее задача - помочь участковому врачу не задержать ребёнка дома, в кабинете или в очереди на анализы, когда счет идет на часы [15, 16, 17].

## 13.1. Красные флаги

| Картина | Что предполагать |
|---|---|
| Лихорадка и геморрагическая сыпь, не исчезающая при надавливании | Генерализованная менингококковая инфекция, пока не доказано другое [15]. |
| Острое начало, стойкая фебрильная лихорадка, мышечные, суставные или абдоминальные боли, головная боль, рвота, снижение диуреза | Высокий риск генерализованной менингококковой инфекции и септического шока [15]. |
| Бледность, синюшность, мраморность, холодные конечности, замедленное капиллярное наполнение | Нарушение микроциркуляции и возможный шок [15, 17]. |
| Нарушение сознания, судороги, очаговая неврологическая симптоматика | Нейроинфекция, отек мозга, сепсис или осложненная менингококковая инфекция [15, 16, 17]. |
| Головная боль, рвота, светобоязнь, менингеальные симптомы | Менингит; при энтеровирусных менингитах у 15-20% детей менингеальные симптомы могут отсутствовать, но головная боль, рвота и светобоязнь остаются важными признаками внутричерепной гипертензии [16]. |
| Диарея или пневмония плюс ухудшение перфузии, сознания, дыхания или диуреза | Инфекционный очаг с органной дисфункцией - подозрение на сепсис [17]. |

Геморрагическая сыпь при генерализованной менингококковой инфекции часто неправильной формы, плотная на ощупь, выступает над уровнем кожи; типичная локализация - ягодицы, задняя поверхность бедер и голеней, реже лицо, веки и склеры, причем поражение лица чаще относится к тяжелым формам [15].

## 13.2. Что делать на амбулаторном этапе

| Ситуация | Действие |
|---|---|
| Подозрение на вирусный менингит | Экстренная госпитализация в стационар с инфекционными койками и ОРИТ из-за риска внезапного утяжеления [16]. |
| Подозрение на генерализованную менингококковую инфекцию | Экстренная госпитализация в стационар, имеющий ОРИТ или палаты интенсивной терапии [15]. |
| Подозрение на сепсис | Экстренная госпитализация; догоспитальные лабораторно-инструментальные исследования, которые задерживают госпитализацию, не проводятся [17]. |
| Явные признаки сепсиса | Ребёнок должен быть направлен в ОРИТ или палату интенсивной терапии стационара параллельно с диагностикой [17]. |
| Нужно решить, ждать ли анализы | Не ждать амбулаторного подтверждения, если есть геморрагическая сыпь, органная дисфункция, нарушение сознания, судороги, прогрессирующая дыхательная недостаточность или шок [15, 17]. |

Сепсис у детей определяется клинически как инфекция с органной дисфункцией; любые догоспитальные диагностические мероприятия, задерживающие госпитализацию, неприемлемы [17].

## 13.3. Антибиотик до стационара: где граница

Клиническая рекомендация не предлагает амбулаторно "на всякий случай" вводить антибиотик каждому ребёнку с подозрением на менингит. При веском подозрении на менингококковую

инфекцию с соответствующей клиникой и геморрагической сыпью антибактериальный препарат на догоспитальном этапе вводится только при сосудистом доступе и налаженной инфузионной терапии из-за риска гемодинамических нарушений на фоне распада менингококков [15].

Если геморрагической сыпи нет, а предполагается бактериальный гнойный менингит, антибиотик до стационара вводят только при невозможности быстрой госпитализации до 90 минут. Если быстрая транспортировка возможна, до эмпирической терапии целесообразно взять материал для бактериологического исследования в стационарном маршруте [15].

Для участкового врача практический вывод простой: не задерживать транспортировку ради "правильного" амбулаторного лечения. Срочный вызов СМП и передача клинических красных флагов важнее, чем попытка закрыть стационарный протокол на дому [15, 17].

## 13.4. Что не делать

| Ошибка | Почему опасна |
|---|---|
| Наблюдать дома ребёнка с лихорадкой и не исчезающей при надавливании сыпью | Это может быть генерализованная менингококковая инфекция с быстрым развитием шока [15]. |
| Ждать ОАК, СРБ, прокальцитонин или лактат на догоспитальном этапе при подозрении на сепсис | Клиническая рекомендация запрещает задерживать госпитализацию диагностикой, подтверждающей или исключающей сепсис [17]. |
| Успокаиваться отрицательными менингеальными симптомами в первые часы | При менингококковой инфекции в дебюте менингеальные симптомы могут быть отрицательными, а у детей раннего возраста возможна диссоциация симптомов [15]. |
| Считать вирусный менингит "легким" и наблюдать амбулаторно | При подозрении на вирусный менингит нужна экстренная госпитализация [16]. |
| Переносить правила обычной диареи или ОРВИ на ребёнка с плохой перфузией и угнетением сознания | При инфекционном очаге с органной дисфункцией это подозрение на сепсис [17]. |

## 13.5. Связи с другими главами

| Если пришли из другой главы | Когда переходить сюда |
|---|---|
| Глава 11, лихорадка и сыпь | Сыпь геморрагическая, не исчезает при надавливании, появляется быстро или сочетается с болью в конечностях, животе, рвотой, снижением диуреза [15]. |
| Глава 12, диарея | Диарея сопровождается нарушением сознания, судорогами, холодными конечностями, выраженной бледностью, акроцианозом или обмороком [14, 17]. |
| Глава 8, пневмония | Пневмония сочетается с органной дисфункцией, шоком, прогрессирующей дыхательной недостаточностью или потребностью в ОРИТ [7, 17]. |
| Глава 9, боль в горле | Есть плотные налеты с кровоточивостью, тяжелое состояние или признаки дыхательной угрозы; не вести как обычный тонзиллофарингит [9]. |

Экстренные извещения и организационная передача пациента с подозрением на нейроинфекцию, генерализованную менингококковую инфекцию или сепсис идут параллельно клиническому маршруту; они не должны задерживать госпитализацию [15, 17, 19, 21].

# 14. Клещевые инфекции в Тюмени и Тюменской области

Главный вопрос этой главы не "какая именно клещевая инфекция уже развилась", а что сделать сейчас: удалить клеща, не потерять время для профилактики, объяснить наблюдение и не пропустить начало клещевого вирусного энцефалита. Клиническая часть КВЭ опирается на актуальную детскую КР, а региональные сведения по Тюменской области используются только как организационная справка по состоянию на 20.09.2026 [18, 22, 23, 24].

## 14.1. После присасывания клеща

Первый контакт начинается с короткой сортировки.

| Вопрос | Зачем он нужен |
|---|---|
| Клещ был присосавшимся или только обнаружен на одежде/коже? | Риск связан именно с нападением клеща и присасыванием; факт присасывания и контакт с клещом входят в эпиданамнез [18]. |
| Когда клещ обнаружен и когда удален? | Для КВЭ важны сроки возможной постэкспозиционной профилактики и дальнейшего наблюдения; для иммуноглобулина ключевы первые 72 часа после присасывания и результат исследования удаленного клеща на антиген вируса КЭ [18]. |
| Где произошло присасывание? | Уточняют пребывание в эндемичном регионе, лесной или парковой зоне, на даче; отсутствие очевидного лесного контакта не исключает КВЭ, потому что присасывание у детей может остаться незамеченным [18]. |
| Сохранился ли клещ? | Удаленного клеща можно направить на исследование; в Тюменской области снятых клещей рекомендуют исследовать в лабораториях ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Тюменской области" и ФБУН "Тюменский научно-исследовательский институт краевой инфекционной патологии" Роспотребнадзора, региональный материал по состоянию на 20.09.2026 [23]. |
| Есть ли вакцинация против КВЭ? | Вакцинация не всегда полностью предотвращает заболевание, но существенно облегчает течение; сроки вакцинации нужны и для трактовки серологии [18]. |
| Есть ли температура, головная боль, рвота, светобоязнь, слабость, боли в мышцах, нарушение движений или сознания? | При этих жалобах ребёнок уже не "после укуса", а пациент с подозрением на клещевую инфекцию или нейроинфекцию [18]. |
| Есть ли симптомы другой клещевой инфекции? | У пациента после нападения клеща с клиническими симптомами нужно помнить о боррелиозе, риккетсиозе, эрлихиозе, анаплазмозе и бабезиозе [18]. |
| Куда направить в регионе? | В актуальном материале Управления Роспотребнадзора по Тюменской области указано: жителям г. Тюмени помощь оказывают в приемном отделении Тюменской областной инфекционной клинической больницы на ул. Комсомольская, 54 А; жители области обращаются в областные больницы в муниципальных образованиях; региональный материал по состоянию на 20.09.2026 [23]. |

Если ребёнок после присасывания клеща пока без симптомов, наблюдение продолжается 21 день: ежедневный осмотр кожи, пальпация регионарных лимфоузлов и термометрия. Лабораторный мониторинг привязан к срокам от присасывания: с 1-го по 14-й день - антиген вируса КЭ в крови, с 7-х суток - IgM, с 14-х суток - IgM и IgG, далее контроль через 3, 6 и 12 месяцев [18].

## 14.2. Как правильно удалить клеща

Самый правильный путь - как можно раньше обратиться в медицинскую организацию, где клеща удалят и решат вопрос экстренной профилактики. Региональный материал Управления

Роспотребнадзора по Тюменской области также направляет при присасывании клеща за ранней медицинской помощью по состоянию на 20.09.2026 [18, 23].

Если быстро обратиться невозможно, клеща удаляют самостоятельно: чем раньше удален впившийся клещ, тем лучше. После удаления клеща нужно сохранить в небольшую герметично закрывающуюся емкость с чуть влажной ватой или салфеткой и доставить в лабораторию в течение двух дней; региональный материал также описывает сохранение в увлажненном водой бинте или плотно закрытом флаконе для исследования на энцефалит и боррелиоз по состоянию на 20.09.2026 [18, 24].

| Не нужно делать | Почему |
|---|---|
| Откладывать обращение, если клещ присосался | Раннее обращение нужно для удаления клеща, профилактики и решения вопроса об исследовании; региональные материалы приведены по состоянию на 20.09.2026 [18, 23]. |
| Выбрасывать снятого клеща, если планируется исследование | Источники описывают сохранение клеща и доставку в лабораторию [18, 24]. |
| Расписывать семье схему антибиотика или иммуноглобулина вне медицинского маршрута | Для иммуноглобулина важны результат исследования удаленного клеща на антиген вируса КЭ и первые 72 часа после присасывания; схема антибиотикопрофилактики боррелиоза для детей здесь не приводится [18]. |

## 14.3. Клещевой вирусный энцефалит

КВЭ у ребёнка нужно подозревать при сочетании эпидемиологического риска и симптомов поражения нервной системы. Инкубационный период в среднем составляет 7-11 дней, с колебаниями от 1 до 30 дней, редко до 60 дней; возможно и молниеносное начало в течение 24 часов [18].

| Что увидеть | Как это влияет на решение |
|---|---|
| Острый подъем температуры, интоксикация, слабость, снижение аппетита, головная боль | Это возможный общеинфекционный синдром КВЭ; лихорадка может достигать 38-40 °C [18]. |
| Головная боль, рвота, тошнота, светобоязнь, кожная гиперестезия | Думать о вовлечении ЦНС и внутричерепной гипертензии, особенно после клещевого эпиданамнеза [18]. |
| Менингеальные симптомы | Подозрение на нейроинфекцию; при КВЭ менингеальная форма у детей может иметь типичный и атипичный варианты [18]. |
| Нарушение сознания, сопор, кома, судороги | Красный флаг тяжелого поражения ЦНС [18]. |
| Атаксия, парезы мышц лица, шеи, плечевого пояса, конечностей, нарушения чувствительности, диплопия | Очаговая неврологическая симптоматика; для КВЭ особенно значимы двигательные нарушения, парезы мышц шеи, плечевого пояса и верхних конечностей [18]. |
| Две волны лихорадки | КВЭ может иметь двухволновое течение, чаще при алиментарном пути заражения: первая волна 3-5 дней, период апирексии, затем вторая волна с более высокой температурой [18]. |
| Употребление сырого козьего молока или продуктов из него | Для КВЭ учитывается не только трансмиссивный, но и алиментарный путь; для профилактики использовать только пастеризованные или кипяченые молочные продукты [18]. |

Диагноз КВЭ устанавливают по совокупности эпиданамнеза, клинических проявлений после инкубационного периода и лабораторного подтверждения: суммарные антитела, IgM, IgG к вирусу КЭ и/или антиген вируса в крови. Достоверный случай может подтверждаться специфическими IgM и IgG, IgM в ЦСЖ, сероконверсией или четырехкратным ростом IgG в парных сыворотках, РНК вируса методом ПЦР или выделением вируса [18].

При подозрении на КВЭ всем пациентам показана экстренная госпитализация в стационар, имеющий ОРИТ, потому что состояние может внезапно утяжелиться. Вероятный КВЭ независимо от формы и степени тяжести является показанием к экстренной госпитализации; при нарастающей

внутричерепной гипертензии или отеке мозга транспортировка должна обеспечивать возможность ИВЛ [18].

## 14.4. Ребёнок после укуса клеща с температурой

Лихорадка после клеща - это не повод просто "дать жаропонижающее и посмотреть". Сначала нужно понять, есть ли признаки КВЭ или другой инфекции, передаваемой иксодовыми клещами.

| Шаг | Что сделать |
|---|---|
| 1. Уточнить сроки | Дата присасывания, дата удаления, дата начала температуры, место присасывания, сохранен ли клещ, была ли вакцинация против КВЭ, вводился ли иммуноглобулин [18]. |
| 2. Спросить симптомы ЦНС | Головная боль, повторная рвота, светобоязнь, нарушение сознания, судороги, шаткость, слабость в конечностях, боль и слабость в мышцах шеи/плечевого пояса [18]. |
| 3. Осмотреть кожу и лимфоузлы | Искать след присасывания, эритему в месте присасывания, регионарный лимфаденит; след и регионарный лимфаденит могут быть косвенными признаками незамеченного присасывания [18]. |
| 4. Провести неврологический скрининг | Сознание, менингеальные симптомы, очаговая симптоматика, движения и сила в конечностях, парезы мышц шеи и плечевого пояса [18]. |
| 5. Решить маршрут | Любое подозрение на КВЭ - экстренная госпитализация; не ждать амбулаторного "дозревания" симптомов [18]. |
| 6. Помнить о дифференциальной диагностике | Исключать другие инфекции, передающиеся клещами: боррелиоз, риккетсиоз, эрлихиоз, бабезиоз [18]. |

## 14.5. Когда подозревать иксодовый клещевой боррелиоз

Раздел по боррелиозу ограничен распознаванием и дифференциальной диагностикой после нападения клеща; схемы антибиотиков, дозы, сроки лечения и постконтактная профилактика здесь не приводятся [18].

Подозревать иксодовый клещевой боррелиоз нужно при мигрирующей эритеме, одной или множественных эритемах, кожной лимфоцитоме, регионарном лимфадените, лихорадке после клеща, а также при неврологических, суставных или кардиальных симптомах после клещевого эпиданамнеза. Для боррелиоза как дифференциального диагноза значимы эритема от 3 до 50 см и более, мигрирующая эритема и частый регионарный лимфаденит [18].

## 14.6. Вакцинация против КВЭ

Вакцинация против КВЭ показана лицам, постоянно проживающим или временно находящимся на энзоотичных территориях, эндемичных по клещевому энцефалиту; обязательной вакцинации подлежат дети, проживающие на эндемичной территории. Возрастные ограничения определяются инструкцией к конкретной вакцине [18].

Основная схема вакцинации: 0, 1-3, 9-12 месяцев с последующей ревакцинацией каждые 3 года; для формирования иммунитета к началу эпидсезона первую дозу вводят осенью, вторую зимой. Экстренная схема: две инъекции с интервалом 14 дней, третья доза через 9-12 месяцев после второй, далее ревакцинация каждые 3 года; плановые схемы предпочтительнее, потому что после экстренных графиков иммунный ответ ниже и антитела снижаются быстрее [18].

Региональный материал Управления Роспотребнадзора по Тюменской области на 15.09.2026 называет вакцинацию наиболее эффективным методом профилактики КВЭ и предлагает обращаться для вакцинации в медицинские организации по месту жительства или частные медицинские центры; по состоянию на 20.09.2026 [23].

Федеральные календарные документы разделяют национальный календарь плановых профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Поэтому региональную формулировку МИАЦ о том, что вакцинация против КВЭ не

входит в национальный календарь, нужно понимать узко: КВЭ не входит в плановый национальный календарь, но входит в федеральный календарь прививок по эпидемическим показаниям для проживающих или пребывающих на эндемичных территориях и лиц, выполняющих работы риска. Региональные материалы помогают уточнить практический маршрут и финансирование в Тюменской области, но не заменяют федеральный календарь [20, 22, 23, 24].

Региональный календарь иммунопрофилактики Тюменской области утвержден 20.12.2023 Департаментом здравоохранения Тюменской области и Управлением Роспотребнадзора по Тюменской области; он используется как региональный календарный ориентир, проверенный 20.09.2026 [22].

## 14.7. Тюменская область

На 14.09.2026 Управление Роспотребнадзора по Тюменской области сообщало о 12 492 обращениях по поводу присасывания клещей, из них 1 924 - дети до 14 лет; случаи присасывания зарегистрированы во всех муниципальных округах области. В той же публикации указаны 37 случаев клещевого энцефалита и 55 случаев клещевого боррелиоза с начала сезона; это быстро меняющаяся региональная статистика, по состоянию на 20.09.2026 [23].

Практический региональный вывод для участкового врача: Тюменская область требует активного клещевого анамнеза в сезон, а не только после "лесной" прогулки. Клещи встречаются не только в лесах, но и в парках, на садовых участках, городских газонах и в траве вдоль дорог; региональный материал по состоянию на 20.09.2026 подтверждает обращения во всех муниципальных округах области [18, 23].

В Тюменской области при присасывании клеща актуальный региональный материал по состоянию на 20.09.2026 направляет жителей г. Тюмени в приемное отделение Тюменской областной инфекционной клинической больницы, ул. Комсомольская, 54 А, а жителей области - в больницы по месту жительства [23, 24].

Неспецифическая профилактика: защитная одежда, репелленты/акарицидно-репеллентные средства, регулярные осмотры детей во время пребывания в лесу и парковых зонах, осмотр одежды, тела, предметов и животных после возвращения, особенно заушных областей, волосистой части головы и кожных складок; региональные материалы приведены по состоянию на 20.09.2026 [18, 23].

Санитарные правила по клещевым инфекциям важны не только для КВЭ: при обращении после присасывания клеща медицинская организация решает вопрос об исследовании клеща, экстренной профилактике КВЭ и антибиотикопрофилактике других клещевых инфекций по показаниям; дозы антибиотиков для боррелиоза в этом руководстве не приводятся [19].

# 15. Антибактериальная терапия инфекций в практике участкового педиатра

Антибиотик нужен не тогда, когда семья тревожится, мокрота желтая или температура высокая. Он нужен, когда есть бактериальный диагноз, высокая вероятность бактериальной природы заболевания или прямое показание в клинической рекомендации. Не назначить антибиотик там, где он не нужен, так же важно, как вовремя назначить его при бактериальной инфекции [1, 4, 5, 7, 9, 10, 12, 13, 14].

## 15.1. Первый вопрос - есть ли бактериальный диагноз?

| Не является самостоятельным показанием | Что делать вместо автоматического антибиотика |
|---|---|
| Диагноз "ОРВИ" без осложнений | Симптоматическая терапия и поиск признаков осложнений; системные противомикробные препараты не нужны при неосложненной ОРВИ и гриппе, а также в первые 10-14 дней болезни при риносинусите, конъюнктивите, ларингите, крупе, бронхите и бронхообструктивном синдроме [1]. |
| Цвет мокроты при бронхите | Желтый или зеленый цвет мокроты не является показанием к антибактериальной терапии [4]. |
| Типичный вирусный бронхит | Не назначать антибиотик; искать пневмонию, коклюш, микоплазменную инфекцию или другую причину только при соответствующей клинике [4]. |
| Бронхиолит | Антибиотики не рекомендованы, кроме сопутствующей бактериальной инфекции или серьезного подозрения на нее [5]. |
| Вирусный тонзиллофарингит | Системная антибактериальная терапия не эффективна и не предотвращает бактериальную суперинфекцию [9]. |
| Вирусный гастроэнтерит | Базовая терапия - регидратация, а не антибактериальный препарат; Клиническая рекомендация по вирусному гастроэнтериту описывает оральную регидратацию, инфузию при неэффективности оральной регидратации, адсорбенты, пробиотики и противорвотные по показаниям [12]. |

## 15.2. Главная сводная таблица

| Клиническая ситуация | Антибиотик нужен? | Когда нужен | Первая линия | Альтернатива | Когда оценить эффект | Источник |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ОРВИ без осложнений | Нет | Только если выявлено бактериальное осложнение или есть особая хроническая бронхолегочная/иммунная ситуация | Нет | Нет | Повторная оценка по красным флагам, а не "контроль антибиотика" | [1] |
| Острый бронхит, типичная вирусная картина | Нет | При подозрении на M. pneumoniae или C. pneumoniae; при коклюше - по главе 10 | При микоплазменной/хламидийной природе клиническая рекомендация по бронхиту приводит макролид, например азитромицин | Другие макролиды по показаниям и возрасту; тетрациклины только у детей старше 8 лет | При атипичном бронхите ожидают снижение лихорадки, кашля и хрипов за 48, максимум 72 часа | [4] |
| Затяжной бактериальный бронхит | Да, но только после пересмотра диагноза | Влажный кашель более 4 недель, признаки бронхита и отсутствие признаков другой хронической бронхолегочной болезни | Амоксициллин/клавуланат | По выделенному возбудителю и локальной чувствительности | Разрешение кашля после, максимум, 14 дней пероральной АБТ; при рецидивах - пульмонолог | [4] |
| Внебольничная пневмония | Да, если бактериальная ВП высоковероятна или доказана | Клиника ВП и решение о месте лечения по главе 8 | Амоксициллин у исходно здоровых детей без факторов риска устойчивых возбудителей | Амоксициллин/клавуланат при факторах риска; макролид при вероятной атипичной этиологии у детей старше 5 лет | Контроль через 48-72 часа | [7] |
| БГСА-тонзиллофарингит | Да | Доказанная или высоковероятная стрептококковая этиология | Амоксициллин | Бензатина бензилпенициллин при сомнении в приверженности; варианты при аллергии - только по профильной клинической рекомендации | Улучшение обычно через 12-24 часа; при отсутствии динамики 48-72 часа пересмотреть диагноз | [9] |
| Скарлатина | Да, если рассматривается как БГСА-инфекция | При клинике стрептококковой инфекции, включая токсигенные штаммы БГСА | Как при БГСА-тонзиллофарингите | Как при БГСА-тонзиллофарингите | Как при БГСА-тонзиллофарингите | [9] |

| Клиническая ситуация | Антибиотик нужен? | Когда нужен | Первая линия | Альтернатива | Когда оценить эффект | Источник |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Коклюш | Да | Первый год жизни - при обращении в течение 6 недель от начала; другие возрасты - в течение 3 недель; независимо от срока при бронхолегочных осложнениях или хронических болезнях легких | Макролид: азитромицин, кларитромицин или эритромицин | При непереносимости макролидов возможны пенициллины широкого спектра или цефалоспорины III поколения по инструкции | Антибиотик снижает колонизацию и заразность, но не обязан уменьшать длительность пароксизмального кашля | [10] |
| Вирусный гастроэнтерит | Нет | Антибиотик не входит в базовую терапию ВГЭ | Нет | Нет | Оценивать регидратацию, рвоту, диарею и признаки обезвоживания | [12] |
| Сальмонеллез | Не рутинно | Инвазивное течение средней тяжести или тяжелое течение | Азитромицин или цефтриаксон/нифуроксазид как стартовые варианты по профильной клинической рекомендации | По чувствительности выделенных штаммов | Клиническая динамика тяжести, дегидратации и интоксикации; отдельного универсального срока замены не выделено | [13] |
| Шигеллез | Да | Детям в острую и подострую фазу болезни при наличии показаний | Азитромицин, цефтриаксон или цефотаксим как стартовые варианты | По чувствительности выделенных штаммов | Если за 48 часов нет улучшения: частота дефекации, кровь в стуле, температура, интоксикация, аппетит - заменить АМП | [14] |

Санитарные сроки, допуск в коллектив, работа с контактными и экстренные извещения не выводятся из антибиотикограммы. Они проверяются отдельно по главе 17 и профильным санитарным правилам [19].

## 15.3. Дозировки, которые уже есть в профильных главах

Эта таблица нужна не для самостоятельного назначения, а для сверки, чтобы один и тот же режим не "поплыл" между главами. Доза всегда привязана к диагнозу.

| Диагноз | Препарат | Схема, повторяющая профильную главу |
|---|---|---|
| Внебольничная пневмония, исходно здоровый ребёнок без факторов риска | Амоксициллин | 1 месяц-12 лет или масса <40 кг: 45-90 мг/кг/сут внутрь, максимум 2 г/сут, разделить на 2-3 приема; старше 12 лет или масса >40 кг: 1,5-3 г/сут по амоксициллину, разделить на 2-3 приема [7]. |
| Внебольничная пневмония, факторы риска β-лактамазопродуцирующих или устойчивых возбудителей | Амоксициллин/клавуланат | 1 месяц-12 лет: 45-90 мг/кг/сут по амоксициллину внутрь в 2 приема; старше 12 лет: 1,5-2 г/сут по амоксициллину в 2-3 приема; 90 мг/кг/сут по амоксициллину - только при перечисленных факторах высокого риска [7]. |
| Внебольничная пневмония, вероятная атипичная этиология | Азитромицин | 6 месяцев-12 лет: 10 мг/кг/сут внутрь каждые 24 часа, 3 дня; масса >45 кг: 500 мг 1 раз в сутки внутрь, 3 дня [7]. |
| БГСА-тонзиллофарингит | Амоксициллин | 50 мг/кг/сут внутрь в 2-3 приема, максимум 1000 мг/сут, 10 дней [9]. |
| БГСА-тонзиллофарингит, сомнение в приверженности | Бензатина бензилпенициллин | До 27 кг - 600 000 ЕД внутримышечно однократно; более 27 кг - 1 200 000 ЕД внутримышечно однократно [9]. |
| БГСА-тонзиллофарингит, рецидив или клиническая неэффективность амоксициллина | Амоксициллин/клавуланат | 50 мг/кг/сут по амоксициллину в 2-3 приема, 10 дней; клавулановая кислота не более 10 мг/кг/сут [9]. |
| БГСА-тонзиллофарингит, тяжелая аллергия к β-лактамам или аллергия к цефалоспоринам | Азитромицин | У детей 20 мг/кг/сут в 1 прием, 3 дня [9]. |
| Коклюш | Азитромицин | У детей старше 6 месяцев - 10 мг/кг/сут внутрь 1 раз в сутки, 5 дней [10]. |
| Коклюш | Кларитромицин | У детей старше 1 месяца - 7,5 мг/кг 2 раза в день внутрь, не более 1 г/сут, 7-14 дней [10]. |
| Коклюш | Эритромицин | 10-15 мг/кг каждые 8 часов внутрь, не более 2 г/сут, 14 дней [10]. |
| Острый бронхит при подозрении на M. pneumoniae или C. pneumoniae | Азитромицин | 10 мг/кг/сут внутрь в 1 прием, максимум 500 мг/сут, 3 дня [4]. |
| Острый бронхит при подозрении на M. pneumoniae или C. pneumoniae | Кларитромицин | 7,5 мг/кг 2 раза в сутки, то есть 15 мг/кг/сут, максимум 1000 мг/сут; лекарственная форма и возраст - по инструкции [4]. |
| Затяжной бактериальный бронхит | Амоксициллин/клавуланат | 3 месяца-12 лет: 20-60 мг/кг/сут по амоксициллину или 90 мг/кг/сут по амоксициллину в зависимости от препарата и лекарственной формы, в 2-3 приема; старше 12 лет: 625 мг 3 раза в сутки или 1000 мг 2 раза в сутки; внутрь 14 дней [4]. |
| Сальмонеллез, инвазивное течение средней тяжести или тяжелое течение | Азитромицин | 10 мг/кг/сут 5 дней [13]. |
| Шигеллез | Азитромицин | 12 мг/кг/сут внутрь в 1-й день, затем 6 мг/кг/сут 4 дня [14]. |

В возрастно-весовых строках могут возникать переходные зоны: например, подросток с массой на границе взрослой дозы или ребёнок ровно 40 кг. Для книги зафиксированы дозы из профильных таблиц глав 8 и 9; при назначении все равно нужно сверить лекарственную форму, инструкцию и клинический контекст [7, 9].

## 15.4. Аллергия на β-лактамы

Общего алгоритма аллергии на β-лактамы эта глава не создает. Альтернативы показываются только там, где они есть в профильной КР.

| Диагноз | Что допустимо по профильной КР |
|---|---|
| БГСА-тонзиллофарингит | При нетяжелых реакциях на пенициллины возможны цефалоспорины II-III поколения; при тяжелой аллергии к β-лактамам или аллергии к цефалоспоринам - макролиды или линкозамиды, с учетом резистентности [9]. |
| Внебольничная пневмония | При нетяжелых реакциях только на пенициллины возможны цефалоспорины II-III поколения; при реакции на все β-лактамы - макролиды [7]. |
| Коклюш | Основные препараты - макролиды; при их непереносимости возможны пенициллины широкого спектра или цефалоспорины III поколения по инструкции [10]. |

## 15.5. Оценка эффекта

| Диагноз | Когда ждать эффект | Что считать неэффективностью | Что проверить до смены препарата |
|---|---|---|---|
| Атипичный бронхит | 48, максимум 72 часа | Нет снижения лихорадки, кашля и хрипов | Диагноз, признаки пневмонии, коклюш, прием препарата, доза, возрастные ограничения [4]. |
| Затяжной бактериальный бронхит | До 14 дней | Влажный кашель не разрешается | Действительно ли это ЗББ, нет ли синусита, аденоидита, аспирации, бронхоэктазов, другой хронической болезни; при рецидиве - пульмонолог [4]. |
| Пневмония | 48-72 часа | Нет улучшения самочувствия, аппетита, дыхания, температуры, сатурации или есть ухудшение | Диагноз, тяжесть, осложнения, приверженность, рвота после приема, дозировка, факторы риска устойчивых возбудителей, другой очаг [7]. |
| БГСА-тонзиллофарингит | Часто 12-24 часа | Сохраняются лихорадка и боль в горле через 48-72 часа | Вирусная инфекция, инфекционный мононуклеоз, осложнение, другой очаг, прием препарата [9]. |
| Коклюш | Не оценивать по исчезновению приступов кашля | Антибиотик не уменьшает выраженность и длительность пароксизмального кашля | Срок от начала болезни, возраст, осложнения, хронические болезни легких, контагиозность [10]. |
| Шигеллез | 48 часов | Нет уменьшения частоты дефекации, крови в стуле, температуры, интоксикации, нет улучшения аппетита | Чувствительность возбудителя, степень тяжести, дегидратация, приверженность, возможность стационарного маршрута [14]. |

## 15.6. Антибиотик stewardship

Практический stewardship на участке начинается не с запрета, а с точного диагноза. Семье легче принять отсутствие антибиотика, когда врач говорит не "подождем", а "сейчас признаков бактериальной инфекции нет; вот что мы контролируем и когда пересматриваем решение".

| Правило | Зачем оно нужно |
|---|---|
| Не назначать антибиотик при неосложненной вирусной инфекции | Антибиотики не предотвращают бактериальную суперинфекцию и могут ей способствовать за счет подавления нормальной микробиоты [1]. |
| Не лечить цвет мокроты | При бронхите желтая или зеленая мокрота сама по себе не является показанием к АБТ [4]. |

| Правило | Зачем оно нужно |
|---|---|
| Не менять антибиотик без повторной клинической оценки | При пневмонии, ОТФ и шигеллезе клинические рекомендации привязывают неэффективность к клиническим критериям и срокам, а не к одному лабораторному числу [7, 9, 14]. |
| Не создавать универсальную дозу препарата | Амоксициллин, амоксициллин/клавуланат и азитромицин имеют разные режимы при пневмонии, БГСА-инфекции, коклюше, бронхите и ОКИ [4, 7, 9, 10, 13, 14]. |

# 16. Симптоматическая терапия

Симптоматическая терапия - это не "дать что-нибудь от температуры, носа и кашля". Хорошая симптоматическая помощь уменьшает дискомфорт, не маскирует ухудшение и не мешает врачу увидеть бактериальное осложнение, дыхательную недостаточность или обезвоживание [1, 5, 7, 9, 12].

## 16.1. Лихорадка

Жаропонижающее нужно не для красивой цифры в дневнике, а для самочувствия и безопасности ребёнка. У здоровых детей старше 3 месяцев жаропонижающая терапия оправдана при температуре выше 38,5 °C при аксиллярном измерении или выше 39-39,5 °C при ректальном измерении; при хронической патологии или выраженном температурном дискомфорте препарат может понадобиться и при менее выраженной лихорадке [1].

| Вопрос | Практическое правило |
|---|---|
| Что выбрать? | Парацетамол до 60 мг/кг/сут или ибупрофен до 30 мг/кг/сут [1]. |
| Какие разовые дозы и интервалы уже используются в главах? | Парацетамол 10-15 мг/кг каждые 6 часов; ибупрофен 7,5 мг/кг каждые 6-8 часов; не превышать суточные максимумы [7, 9]. |
| Можно ли давать курсом? | Регулярный курсовой прием нежелателен; повторную дозу дают после нового подъема температуры с соблюдением интервала [1]. |
| Можно ли чередовать? | Не следует чередовать или одновременно применять несколько жаропонижающих [1]. |
| Что с детьми младше 3 месяцев? | В строках доз для парацетамола и ибупрофена указано противопоказание "возраст до 3 месяцев"; любая лихорадка у ребёнка до 3 месяцев требует тщательного обследования и направления к специалисту или в стационар [1]. |
| Физическое охлаждение | Можно селективно и осторожно: раскрыть ребёнка и обтирать водой 25-30 °C; не использовать физические методы при "белой" лихорадке [1]. |
| Чего не применять рутинно? | Ацетилсалициловую кислоту, нимесулид, литические смеси, системные кортикостероиды как жаропонижающие; метамизол - не рутинно, только исключительная однократная ситуация при отсутствии альтернативы и оценке риска/пользы [1]. |

Если ребёнок одновременно получает антибиотик, жаропонижающее может маскировать неэффективность противомикробной терапии. Поэтому контроль при пневмонии, БГСА-тонзиллофарингите и шигеллезе должен оценивать не только температуру, но и дыхание, боль, питье, стул, интоксикацию и общее состояние [1, 7, 9, 14].

## 16.2. Насморк

При рините главная задача - восстановить носовое дыхание без лишней лекарственной нагрузки.

| Ситуация | Что можно |
|---|---|
| ОРВИ с ринитом | Элиминационная терапия 0,9% раствором натрия хлорида или стерильной морской водой несколько раз в день; форма и возраст - по инструкции [1]. |
| Младенец или ребёнок раннего возраста с обильным отделяемым | Аспирация слизи специальным ручным отсосом может облегчить состояние; положение с приподнятым головным концом может помогать отхождению слизи [1]. |

| Ситуация | Что можно |
|---|---|
| Бронхиолит и заложенность носа | Короткий курс назальных препаратов/деконгестантов и назальный аспиратор могут облегчить проходимость верхних дыхательных путей; глубокую аспирацию носоглотки рутинно не применять [5]. |
| Выраженная заложенность носа | Интраназальные деконгестанты коротким курсом не более 5 дней, строго по инструкции; системные препараты с деконгестантами крайне нежелательны [1]. |

## 16.3. Кашель

У кашля нет одной кнопки выключения. За первую минуту важно понять, это сухой раздражающий кашель верхних дыхательных путей, влажный кашель с мокротой, коклюшный приступ, обструкция или признак пневмонии.

| Тип кашля | Что делать |
|---|---|
| Сухой навязчивый кашель при ОРВИ, фарингите или ларинготрахеите | Противокашлевые не использовать рутинно; в исключительных случаях возможны отдельные препараты по инструкции, если исключены обструкция и состояния, требующие другой терапии [1, 4]. |
| Влажный кашель, трудноотделяемая мокрота | Муколитики можно назначать селективно коротким курсом с оценкой пользы и вреда; особенно осторожно у детей до 2 лет и при нервно-мышечных заболеваниях из-за риска нарушения эвакуации мокроты [1]. |
| Кашель при остром вирусном бронхите | Не лечить антибиотиком; противокашлевые рутинно не нужны и могут мешать отхождению мокроты [4]. |
| Коклюшный приступообразный кашель | Антибиотик снижает колонизацию и контагиозность, но не обязан быстро уменьшать приступы; противокашлевые и муколитики не смешивать [10]. |
| Кашель при пневмонии | Не использовать рутинно противокашлевые, отхаркивающие и муколитики при ВП без хронической патологии дыхательных путей [7]. |
| Кашель со свистящим дыханием | Сначала решить, это бронхиолит или бронхообструктивный синдром; бронхолитик имеет смысл только при объективном эффекте и соответствующей клинической ситуации [5, 8]. |

Муколитик и противокашлевый препарат одновременно - плохая комбинация: один пытается вывести мокроту, другой подавляет кашлевой рефлекс. Такие сочетания затрудняют выведение мокроты и не рекомендуются [1, 2].

## 16.4. Бронхообструкция

Свистящее дыхание - не диагноз. На участке нужно быстро разделить бронхиолит у ребёнка раннего возраста, повторный бронхообструктивный синдром, астму и пневмонию с дыхательной недостаточностью.

| Шаг | Решение |
|---|---|
| Оценить возраст и первый ли это эпизод | У детей раннего возраста первый эпизод на фоне вирусной инфекции чаще требует логики бронхиолита [5]. |
| Проверить тяжесть | Частота дыхания, втяжения, цианоз, $SpO_2$, способность пить, утомление дыхания [5]. |
| Решить вопрос бронхолитика | При бронхиолите бронхолитики рутинно не нужны; допустима проба при возможном бронхоспазме, если через 20 минут есть объективный эффект: рост $SpO_2$, снижение ЧДД на 10-15 в минуту, меньше свистящих хрипов и втяжений [5]. |
| Нет эффекта | Дальнейшие ингаляции препаратами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей не имеют смысла [5]. |

| Шаг | Решение |
|---|---|
| Есть повторные эпизоды или атопический фон | Вернуться к логике БОС/астмы и профильной главе 7, не вести как обычный бронхиолит [8]. |

## 16.5. Боль в горле

Симптоматическая помощь при боли в горле не заменяет диагностику БГСА, если она показана. При вирусном тонзиллофарингите антибиотик не нужен; при доказанной или высоковероятной БГСА-этиологии местное лечение не заменяет системный антибактериальный препарат [9].

| Что можно | Ограничение |
|---|---|
| Парацетамол или ибупрофен при лихорадке и/или боли | Те же суточные максимумы и интервалы, что в разделе 16.1 [9]. |
| Топические препараты для горла | С учетом возраста, переносимости, риска аспирации и инструкции; у детей без навыка полоскания и при риске аспирации таблеток предпочтительнее форма спрея [9]. |
| Мягкая пища и исключение раздражающей еды | Пища мягкой консистенции; избегать острого, кислого, соленого, горячего и холодного [9]. |
| Не делать | Не смазывать и не "снимать" налеты механически; не использовать местное лечение вместо антибиотика при БГСА [9]. |

## 16.6. Рвота и диарея

При рвоте и диарее первая терапия - не "закрепить", а восстановить воду и электролиты. Базовый вариант - оральная регидратация растворами сниженной осмолярности 210-260 мОсм/л до купирования дегидратации; при неэффективности оральной регидратации проводится инфузионная терапия по показаниям [12].

| Ситуация | Что делать |
|---|---|
| Ребёнок пьет | Давать оральный регидратационный раствор дробно; при рвоте - малыми объемами чаще [12]. |
| Оральная регидратация неэффективна | Рассмотреть инфузионную терапию с учетом возраста, степени дегидратации и показаний [12]. |
| Диарея при ВГЭ | Возможны кишечные адсорбенты и пробиотики с доказанной эффективностью; они не заменяют регидратацию [12]. |
| Повторная или многократная рвота | Противорвотные препараты могут использоваться для уменьшения патологических потерь жидкости; дозы и возрастные ограничения - по инструкции [12]. |
| "Закрепляющие" препараты | Противодиарейные препараты, снижающие моторику кишечника и замедляющие пассаж содержимого, при ВГЭ не показаны [12]. |

## 16.7. Что не назначать рутинно

| Ситуация | Что часто назначают | Почему не нужно рутинно | Когда возможны исключения | Источник |
|---|---|---|---|---|
| Неосложненная ОРВИ | Антибиотик | Не действует на вирусы, не предотвращает суперинфекцию и может ей способствовать | Бактериальное осложнение или особая хроническая бронхолегочная/иммунная ситуация | [1] |
| Лихорадка при ОРВИ | Литическая смесь | Риск гипотермии и постуральной гипотензии | Не описано как рутинная тактика | [1] |
| Лихорадка у ребёнка | Ацетилсалициловая кислота, нимесулид | Нежелательные реакции; у детей не использовать с жаропонижающей целью | Ацетилсалициловая кислота в клинической рекомендации по тонзиллофарингиту упоминается только для пациентов старше 15 лет и взрослых, но в этом руководстве для детей предпочтение отдано парацетамолу/ибупрофену | [1, 9] |
| Лихорадка | Метамизол натрия | Риск агранулоцитоза, не рутинно | Исключительно однократно при непереносимости парацетамола/ибупрофена или необходимости парентерального жаропонижающего и отсутствии альтернативы | [1] |
| ОРВИ с насморком и кашлем | Системные антигистаминные | Не показали эффективности в уменьшении симптомов ринита и кашля при ОРВИ | Только при другом диагнозе, где они действительно показаны | [1] |
| ОРВИ/кашель | Паровые ингаляции | Опасность ожогов и нет убедительных данных о пользе | Не использовать для лечения кашля и ОРВИ у детей | [1] |
| Острый вирусный бронхит | Антибиотик "на мокроту" | Вирусная этиология; цвет мокроты не является показанием | Подозрение на M. pneumoniae, C. pneumoniae, коклюш или бактериальное осложнение | [4] |
| Бронхиолит | Антибиотик | Не рекомендован без бактериальной инфекции или серьезного подозрения на нее | Сопутствующая бактериальная инфекция | [5] |
| Бронхиолит | Бронхолитики всем | В большинстве случаев не сокращают длительность бронхиолита | Проба при возможном бронхоспазме; продолжать только при объективном эффекте через 20 минут | [5] |
| Пневмония | Противокашлевые, отхаркивающие, муколитики | Не рекомендованы рутинно при ВП без хронической патологии дыхательных путей | Хроническая патология дыхательных путей или другое показание | [7] |
| Боль в горле | Антибиотик при вирусном ОТФ | Неэффективен и не предотвращает суперинфекцию | Доказанная или высоковероятная БГСА-этиология | [9] |
| Боль в горле | Смазывание миндалин, механическое удаление налетов | Рутинные местные средства в виде смазывания и механическое удаление налетов не нужны | Не описано как рутинная амбулаторная тактика | [9] |
| Вирусный гастроэнтерит | Препараты, снижающие моторику кишечника | Замедляют пассаж содержимого и не показаны при ВГЭ | Не использовать как базовую терапию; приоритет регидратации | [12] |

# 17. Противоэпидемическая тактика участкового педиатра

Противоэпидемическая тактика начинается не с длинной справки для семьи, а с трех решений: ребёнок опасен для себя, опасен для окружающих или оба варианта сразу. Клинический маршрут определяется тяжестью, а санитарный маршрут - подозрением на инфекционное заболевание, контактами, коллективом и необходимостью экстренного извещения [19, 21].

## 17.1. Универсальный алгоритм

| Шаг | Что делает врач | Что важно не потерять |
|---|---|---|
| 1. Распознать инфекционный риск | Зафиксировать диагноз или подозрение, дату начала, ведущий синдром, коллектив, контакты, вакцинацию и эпиданамнез | Санитарные действия запускаются уже при подозрении на инфекционное заболевание, а не только после лабораторного подтверждения [19]. |
| 2. Оценить тяжесть | ABCDE, дыхание, сознание, перфузия, гидратация, сыпь, сатурация по показаниям | Тяжелый ребёнок не ждет заполнения документов: сначала безопасность и маршрут, параллельно - извещение [19, 21]. |
| 3. Разобщить источник и коллектив | При подозрении на заразную инфекцию прекратить посещение коллектива и организовать осмотр/маршрут | Разобщение не равно автоматической госпитализации; госпитализация нужна по клиническим и эпидемиологическим показаниям [19]. |
| 4. Оформить экстренное извещение | Передать телефонное сообщение в течение 2 часов и письменное или электронное экстренное извещение в течение 12 часов | Если диагноз изменен или уточнен, новое извещение передается в течение 12 часов [19]. |
| 5. Определить контактных | Семья, группа/класс, секция, стационар, интернат, общежитие, общий пищевой или водный фактор | Контактным по нозологии назначают медицинское наблюдение, лабораторное обследование и профилактику по показаниям [19]. |
| 6. Решить вопрос профилактики | Вакцинация, иммуноглобулин, антибиотикопрофилактика или наблюдение - только там, где это прямо предусмотрено | Не переносить профилактику одной инфекции на другую: корь, дифтерия, КВЭ и бактериальные клещевые инфекции имеют разные правила [19, 20]. |
| 7. Объяснить семье | Что делать сегодня, куда обращаться при ухудшении, какие ограничения по коллективу и почему | Семье нужна короткая инструкция, а не пересказ санитарных правил. |
| 8. Зафиксировать в записи | Клиническое состояние, эпиданамнез, извещение, контакты, маршрут, рекомендации семье | Запись должна позволить следующему врачу понять и клиническую, и противоэпидемическую логику. |

## 17.2. Изоляция и разобщение

| Ситуация | Что делать | На чем основано |
|---|---|---|
| Любое инфекционное заболевание или подозрение на него | Оценить опасность для окружающих, прекратить посещение коллектива при заразной инфекции, определить необходимость госпитализации или изоляции на дому | Противоэпидемические меры запускаются уже при выявлении больного или подозрительного случая [19]. |
| Грипп или ОРИ в образовательной организации | Выявлять больных и подозрительных, не допускать к работе сотрудников с симптомами; в очаге в детской организации наблюдать контактных 7 дней после изоляции последнего заболевшего | В период наблюдения в детской организации не принимают новых детей и не переводят детей между группами [19]. |

| Ситуация | Что делать | На чем основано |
|---|---|---|
| Корь, краснуха, эпидемический паротит в детской организации | Ограничить прием новых детей и участие восприимчивых лиц с первого случая до 21 дня после последнего случая | Для кори госпитализированный ребёнок находится в стационаре до исчезновения симптомов, но не менее 5 календарных дней от появления сыпи [19]. |
| Подозрение на дифтерию или носительство токсигенных коринебактерий | Срочная госпитализация в специализированный инфекционный стационар; контактные наблюдаются отдельно | Для реконвалесцентов и санированных носителей допуск возможен после эффективной санации [19]. |
| Острая кишечная инфекция | До установления этиологии вести как ОКИ; после установления возбудителя применять специальные правила для нозологии | До определения этиологии действует общий раздел по острым инфекционным диареям [19]. |
| Присасывание клеща без симптомов | Это не повод для респираторной изоляции; нужен правильный маршрут по удалению клеща, исследованию и профилактике | Тактика определяется клещевым эпиданамнезом, вакцинацией против КВЭ и результатами исследования клеща по показаниям [18, 19]. |

## 17.3. Допуск в организованный коллектив

| Инфекция или ситуация | Как формулировать решение |
|---|---|
| Неосложненная респираторная инфекция вне очага | Решение о возвращении в коллектив принимается после клинического выздоровления и с учетом локального порядка организации; санитарные ограничения очага не заменяются самочувствием одного ребёнка. |
| Грипп или ОРИ в детской организации | Во время наблюдения за очагом новые дети не принимаются и перевод между группами не проводится; персонал с симптомами гриппа/ОРИ не допускается к работе с детьми и возвращается после клинического выздоровления, но не ранее 7 календарных дней от начала симптомов [19]. |
| Корь, краснуха, эпидемический паротит | В детских организациях ограничения действуют с момента выявления первого случая до 21 дня от последнего случая; восприимчивые лица, не болевшие и не привитые, не допускаются в организованный коллектив на период наблюдения [19]. |
| Дифтерия | Реконвалесценты и санированные носители допускаются после эффективной санации; контактные наблюдаются и обследуются по правилам очага [19]. |
| ОКИ | Решение зависит от установленной этиологии, клинического выздоровления и санитарных правил для конкретного возбудителя; универсальное правило "после любого антибиотика можно" не использовать [19]. |

## 17.4. Контактные лица

| Инфекция | Что делать с контактными |
|---|---|
| Любая инфекция с очагом | Определить круг контактных, назначить медицинское наблюдение, лабораторное обследование и экстренную профилактику по нозологическим показаниям [19]. |
| Грипп или ОРИ в детской организации | В течение 7 дней после изоляции последнего заболевшего проводить ежедневный осмотр детей с термометрией 2 раза в день и осмотром зева; не принимать новых детей и не переводить между группами [19]. |
| Корь | Медицинское наблюдение контактных продолжается 21 день с момента выявления последнего случая; в очаге решается вопрос вакцинации или иммуноглобулина [19]. |

| Инфекция | Что делать с контактными |
|---|---|
| Дифтерия | Контактные наблюдаются 7 календарных дней от момента изоляции источника; в первые 3 дня нужен осмотр ЛОР-врача, бактериологическое обследование проводится в течение 48 часов от установления диагноза, подозрения или носительства [19]. |
| Клещевой вирусный энцефалит и другие клещевые инфекции | Контактным в бытовом смысле профилактика не нужна; профилактика рассматривается для укушенного ребёнка после присасывания клеща [18, 19]. |

## 17.5. Экстренные извещения

| Ситуация | Срок и адресность |
|---|---|
| Инфекционное заболевание, подозрение на инфекционное заболевание, носительство или смерть от инфекционного заболевания | Телефонное сообщение в территориальный орган санитарно-эпидемиологического надзора - в течение 2 часов; письменное или электронное экстренное извещение - в течение 12 часов [19]. |
| Измененный или уточненный диагноз | Новое экстренное извещение передается в течение 12 часов после изменения диагноза [19]. |
| Пять и более случаев с респираторными симптомами в детской, медицинской, оздоровительной или социальной организации | Экстренное извещение запускает эпидемиологическое расследование [19]. |

Локальная форма, электронный канал и ответственный сотрудник зависят от медицинской организации и территории. Для участкового врача важно не задерживать федеральное правило по срокам из-за внутренних процедур конкретной поликлиники [19, 21].

## 17.6. Постконтактная профилактика

| Ситуация | Что допустимо указать в руководстве |
|---|---|
| Контакт по кори | Вакцинация контактных без ограничения возраста проводится лицам, не болевшим корью, не привитым, без сведений о прививках или привитым однократно старше 6 лет; провести ее нужно в первые 72 часа от выявления больного, а при расширении границ очага - до 7 календарных дней от первого случая в очаге [19]. |
| Контакт по кори у непривитого ребёнка | Если ребёнок не привит из-за возраста, противопоказаний или отказа, нормальный человеческий иммуноглобулин вводится не позднее 5-го дня от контакта по инструкции к препарату [19]. |
| Очаг дифтерии | Профилактическая вакцинация проводится непривитым, детям и подросткам с наступившим сроком очередной вакцинации или ревакцинации, взрослым с давностью последней прививки 10 лет и более, а также лицам без защитного титра антител [19]. |
| Присасывание клеща и риск КВЭ | Противоклещевой иммуноглобулин вводится в первые 72 часа после присасывания по инструкции; детям до 18 лет, не привитым против КВЭ, иммуноглобулин проводится без учета результата исследования клеща [19]. |
| Присасывание клеща и риск бактериальных клещевых инфекций | Экстренная антибиотикопрофилактика боррелиоза, клещевого риккетсиоза, моноцитарного эрлихиоза и гранулоцитарного анаплазмоза проводится медицинской организацией по показаниям с учетом лабораторных результатов; дозы в этом руководстве не приводятся [19]. |
| Менингококковая инфекция | Вакцинация по эпидемическим показаниям относится к календарю профилактических прививок; химиопрофилактика контактных решается в очаге с участием эпидемиолога и по профильным правилам [15, 20]. |

## 17.7. Вакцинация: национальный календарь и эпидемические показания

| Вакцинация | Практический смысл для участкового врача |
|---|---|
| Грипп | В национальном календаре указаны дети с 6 месяцев и другие группы риска; клиническая глава о гриппе объясняет, зачем вакцинация нужна, а календарные решения сверяются с календарем профилактических прививок [2, 20]. |
| Корь, краснуха, эпидемический паротит | Плановая вакцинация проводится по национальному календарю, а в очаге кори вакцинация контактных становится экстренной противоэпидемической мерой [19, 20]. |
| Дифтерия, коклюш, столбняк | Плановая вакцинация и ревакцинация идут по национальному календарю; в очаге дифтерии отдельно оценивают прививочный статус и защитные титры [19, 20]. |
| Менингококковая инфекция | Вакцинация проводится по эпидемическим показаниям для групп и ситуаций, определенных календарем [20]. |
| Клещевой вирусный энцефалит | Вакцинация относится к календарю по эпидемическим показаниям для проживающих или пребывающих на эндемичных территориях и лиц, выполняющих работы риска; в Тюменской области практический маршрут дополнительно уточняется региональными материалами [20, 22, 23, 24]. |

## 17.8. Быстрая таблица противоэпидемических действий

| Ситуация | Изоляция/разобщение | Контактные | Профилактика | Извещение |
|---|---|---|---|---|
| Грипп/ОРИ в коллективе | Больных выявить и изолировать от коллектива; сотрудников с симптомами не допускать к работе с детьми | Наблюдение 7 дней после последнего случая, осмотр и термометрия 2 раза в день | Вакцинация против гриппа - плановая мера календаря, а не лечение текущего случая | При 5 и более случаях с респираторными симптомами в детской, медицинской, оздоровительной или социальной организации [19, 20]. |
| Корь | Разобщение восприимчивых лиц в детской организации до 21 дня от последнего случая | Наблюдение 21 день | Вакцинация контактных в первые 72 часа; при расширении очага - до 7 дней, иммуноглобулин непривитым детям по показаниям не позднее 5-го дня | Экстренное извещение по общему правилу [19]. |
| Дифтерия | Подозрение и токсигенное носительство - специализированный инфекционный стационар | Наблюдение 7 дней, ЛОР-осмотр в первые 3 дня, бактериология в течение 48 часов | Вакцинация в очаге по прививочному статусу и титрам | Экстренное извещение по общему правилу [19]. |
| ОКИ | До этиологии вести как острую инфекционную диарею; затем применять правила конкретной нозологии | Определить общий пищевой/водный фактор и контактных по очагу | Антибиотикопрофилактика контактных не назначается автоматически | Экстренное извещение по общему правилу [19]. |
| Менингококковая инфекция | Подозрение на генерализованную форму - экстренный клинический маршрут | Контактные определяются в очаге с участием эпидемиолога | Вакцинация по эпидемическим показаниям; химиопрофилактика решается по профильным правилам | Экстренное извещение по общему правилу [15, 19, 20]. |
| Присасывание клеща | Респираторная изоляция не нужна | Контактные не определяются; работает маршрут для укушенного ребёнка | КВЭ-иммуноглобулин и антибиотикопрофилактика других клещевых инфекций - по санитарным показаниям и срокам | При подозрении на инфекционное заболевание - экстренное извещение по общему правилу [18, 19]. |

# 18. Практические алгоритмы

Алгоритмы этой главы не заменяют клинические главы. Они нужны для быстрого маршрута решения на приеме: сначала безопасность, затем синдром, затем диагноз, обследование, лечение, маршрут и контроль.

## 18.1. Лихорадка без очевидного очага

| Шаг | Решение |
|---|---|
| 1. ABCDE | Оценить дыхательные пути, дыхание, кровообращение, сознание, кожу и признаки обезвоживания [1, 15, 16, 17]. |
| 2. Возраст | Ребёнок младше 3 месяцев не ведется как обычная ОРВИ; нужна тщательная оценка и направление к специалисту или в стационар [1]. |
| 3. Красные флаги | Нарушение сознания, судороги, цианоз, нарастающая одышка, геморрагическая сыпь, признаки шока, отсутствие мочи или невозможность пить переводят ситуацию в экстренную [1, 15, 16, 17]. |
| 4. Поиск очага | Осмотреть дыхательные пути, уши/горло/нос, кожу, живот, гидратацию, неврологический статус, мочевые симптомы; при появлении синдрома перейти к профильной главе. |
| 5. Если очаг не найден | Не задавать самостоятельные лабораторные пороги, температурные границы или маршрутизацию; ориентироваться на красные флаги, возраст, общее состояние, повторную оценку и профильные главы. |

## 18.2. Лихорадка + кашель

| Развилка | Что проверяет врач | Первый маршрут |
|---|---|---|
| Типичная ОРВИ | Ребёнок стабилен, пьет, дыхание спокойное, нет очаговых признаков и красных флагов | Симптоматическая помощь, safety-netting, повторная оценка при ухудшении [1]. |
| Грипп | Острое начало, высокая лихорадка с первых часов, выраженная интоксикация, сезон/контакт, факторы риска | Тестирование по доступности, раннее решение об этиотропной терапии и госпитализации при тяжелом течении [2]. |
| Бронхит | Кашель со 2-3-го дня ОРВИ, двусторонние рассеянные хрипы, нет локальных признаков и дыхательной недостаточности | Без антибиотика и без рутинной рентгенографии, если картина типичная [4]. |
| Бронхиолит/БОС | Возраст, первый эпизод, wheezing, втяжения, питание, $SpO_2$, факторы риска | Оценка тяжести, поддерживающая тактика или госпитализация при критериях риска [5, 8]. |
| Пневмония | Лихорадка, тахипноэ, втяжения, $SpO_2$ снижена, локальные хрипы/крепитация, токсический вид, ухудшение после улучшения | Решить вопрос о рентгенографии, антибиотике, доме или стационаре [7]. |

## 18.3. Кашель + одышка

| Что оценить за первую минуту | Как меняет развилку |
|---|---|
| ЧДД по возрасту | При пневмонии ориентиры: >60/мин в 0-2 месяца, >50/мин в 2-12 месяцев, >40/мин в 1-5 лет, >30/мин старше 5 лет [7]. |
| $SpO_2$ | Не использовать один универсальный порог: круп, бронхиолит и пневмония имеют разные контексты $SpO_2$ [3, 5, 7]. |
| Втяжения, раздувание крыльев носа, стонущее дыхание | Признаки дыхательной недостаточности; искать бронхиолит, пневмонию, тяжелую обструкцию или сепсис [5, 7, 17]. |
| Стридор | Вести как круп или альтернативную угрозу верхних дыхательных путей [3]. |
| Wheezing | Разделить бронхиолит, инфекционный БОС, вероятную астму и пневмонию с обструкцией [5, 8]. |

| Что оценить за первую минуту | Как меняет развилку |
|---|---|
| Локальные изменения | Крепитация, локальное ослабление дыхания, бронхиальное дыхание или укорочение перкуторного звука повышают вероятность пневмонии [7]. |
| Питье и утомление дыхания | Отказ от питья, сонливость, апноэ, истощение дыхания - повод не оставлять ребёнка на обычном наблюдении [5, 7]. |

## 18.4. Лающий кашель / стридор

| Шаг | Решение при подозрении на круп |
|---|---|
| 1. Распознать синдром | Лающий кашель, осиплость, инспираторный шум или стридор, чаще у детей 6 месяцев - 6 лет [3]. |
| 2. Оценить Westley | До 2 баллов - легкий круп; 3-7 - среднетяжелый; 8 и более - тяжелый; 12 и более - угроза остановки дыхания [3]. |
| 3. Дать ГКС | Глюкокортикостероиды рекомендованы всем детям с крупом; дексаметазон внутрь предпочтительно 0,15 мг/кг, внутримышечно или внутривенно 0,15-0,6 мг/кг [3]. |
| 4. Если выбран будесонид | 2 мг/сут через компрессорный или mesh-небулайзер однократно или двумя ингаляциями по 1 мг с интервалом 30 минут [3]. |
| 5. Кислород | При снижении $SpO_2$ до 92% и ниже рекомендована оксигенотерапия [3]. |
| 6. Эпинефрин | Ингаляционный эпинефрин 1:1000, 5 мл на одну ингаляцию независимо от возраста и физических параметров, при тяжелом крупе или отсутствии глюкокортикоидов для ингаляционного применения / кортикостероидов системного действия [3]. |
| 7. Маршрут | Стеноз 2-3 степени, прогрессирование, невозможность лечения дома или стеноз IV степени - госпитализация/СМП; стеноз IV степени требует неотложного обеспечения дыхательных путей [3]. |

## 18.5. Свистящее дыхание

| Вопрос | Если да | Если нет |
|---|---|---|
| Ребёнку меньше 2 лет и это первый эпизод на фоне ОРВИ? | Думать о бронхиолите; оценить питание, апноэ, втяжения, $SpO_2$ и факторы риска [5, 6]. | Перейти к инфекционному БОС, астме или пневмонии [4, 7, 8]. |
| Есть признаки тяжелого бронхиолита? | Госпитализация при апноэ, ДН 2-3 степени, обезвоживании, выраженной сонливости, высоком риске или невозможности наблюдения [5]. | Поддерживающая тактика, носовое дыхание, питье, safety-netting [5]. |
| Планируется бронхолитик? | При бронхиолите только проба в отдельных случаях; продолжать, если через 20 минут есть объективный эффект: рост $SpO_2$, снижение ЧДД на 10-15/мин, меньше wheezing и втяжений [5]. | Не назначать бронхолитик рутинно при типичном бронхиолите [5]. |
| Эпизоды повторяются или есть симптомы вне инфекции? | Оценить вероятность астмы/астма-подобного течения [8]. | Не ставить астму по одному эпизоду без контекста. |

## 18.6. Подозрение на пневмонию: "пневмония за 1 минуту"

| Шаг | Что решить |
|---|---|
| 1. Подозрение | Кашель и лихорадка плюс тахипноэ, втяжения, стонущий выдох, снижение $SpO_2$, локальные физикальные данные, токсический вид, отказ от питья или ухудшение после улучшения [7]. |
| 2. $SpO_2$ | $SpO_2$ <94% - аномальное значение; $SpO_2$ <90% - значимая гипоксемия и критерий тяжелой пневмонии; кислород при $SpO_2$ ≤92% на воздухе [7]. |

| Шаг | Что решить |
|---|---|
| 3. Рентгенография | Нужна при признаках ДН, лихорадке без очага с лабораторными маркерами бактериальной инфекции и/или тяжести, локальных/асимметричных данных, неадекватном ответе на терапию при уже подтвержденной ВП [7]. |
| 4. Дом или стационар | Дома - только нетяжелая неосложненная ВП без гипоксемии и опасных признаков, ребёнок пьет и есть надежное наблюдение [7]. |
| 5. Антибиотик | При вероятной/подтвержденной бактериальной ВП; исходно здоровому ребёнку без факторов риска - амоксициллин, при факторах риска - амоксициллин/клавуланат, при вероятной атипичной этиологии у детей старше 5 лет - макролид [7]. |
| 6. Контроль | Повторный осмотр через 48-72 часа; оценить температуру, дыхание, $SpO_2$, аппетит, прием препарата и признаки осложнений [7]. |

## 18.7. Боль в горле

| Развилка | Решение |
|---|---|
| Есть угроза дыхательным путям, тризм, односторонняя боль, смещение язычка, плотные трудноснимаемые налеты | Не вести как обычный тонзиллофарингит; срочный профильный маршрут [9]. |
| Насморк, кашель, конъюнктивит, боль в горле | Вероятнее вирусная картина; антибиотик не нужен без доказанной или высоковероятной БГСА-этиологии [9]. |
| Острое начало, лихорадка, боль при глотании, налеты, болезненные передние шейные/поднижнечелюстные лимфоузлы, нет кашля | У детей старше 3 лет выполнить быстрый тест на БГСА; при отрицательном тесте у ребёнка/подростка подтвердить культурой [9]. |
| Подтвержденный или высоковероятный БГСА | Амоксициллин внутрь 50 мг/кг/сут в 2-3 приема, максимум 1000 мг/сут, 10 дней [9]. |
| Генерализованная лимфаденопатия, гепато-/спленомегалия, атипичные мононуклеары | Думать об инфекционном мононуклеозе; амоксициллин применять осторожно [9]. |
| Боль в горле + сыпь | Рассмотреть скарлатину, корь или опасную сыпь; при геморрагической сыпи перейти к главе 13 [9, 11, 15]. |

## 18.8. Кашель больше 2-3 недель

| Первое уточнение | Что делать |
|---|---|
| Кашель без улучшения после ОРВИ дольше 10-14 дней | Повторно оценить диагноз и осложнения, а не назначать антибиотик автоматически [1]. |
| Кашель более 7 дней и усиливается, есть приступы, репризы, рвота, апноэ, контакт с длительно кашляющими | Думать о коклюше; выбрать тест по сроку кашля [10]. |
| Влажный кашель более 4 недель | Рассмотреть затяжной бактериальный бронхит только при типичной картине и после исключения других причин [4]. |
| Повторный wheezing или симптомы вне инфекции | Оценить БОС/вероятную астму [8]. |
| Лихорадка, тахипноэ, локальные хрипы, сниженная $SpO_2$ | Исключать пневмонию [7]. |
| Внезапное начало после поперхивания | Исключать инородное тело дыхательных путей [3, 8]. |

## 18.9. Лихорадка + сыпь

| Первый вопрос | Действие |
|---|---|
| Сыпь геморрагическая или не бледнеет при надавливании? | Сразу глава 13: подозрение на генерализованную менингококковую инфекцию/сепсис, экстренный маршрут [15, 17]. |
| Есть кашель/ринит/конъюнктивит/светобоязнь, пятна Бельского-Филатова-Коплика, этапная пятнисто-папулезная сыпь | Думать о кори, оценить тяжесть, осложнения, эпиданамнез [11]. |
| Боль в горле + сыпь | Вернуться к главе 9: БГСА, скарлатина, мононуклеоз и опасные альтернативы [9]. |

| Первый вопрос | Действие |
|---|---|
| Сыпь во рту, на кистях и стопах у ребёнка раннего возраста | Возможна энтеровирусная инфекция "рука-нога-рот"; антибиотик не нужен без других оснований [9]. |
| Дыхательная недостаточность или неврология | Не задерживаться на дерматологическом описании: маршрут по главам 8, 13 или профильной ситуации [7, 15, 17]. |

## 18.10. Геморрагическая сыпь

| Лихорадка + небледнеющая сыпь | Что делать |
|---|---|
| ABCDE | Оценить дыхание, кровообращение, сознание, кожу, диурез [15, 17]. |
| Перфузия | Холодные конечности, мраморность, замедленное капиллярное наполнение, снижение диуреза - признаки возможного шока [15, 17]. |
| Сознание | Сонливость, спутанность, судороги или очаговая неврология усиливают подозрение на нейроинфекцию/сепсис [15, 16, 17]. |
| Решение | Экстренная госпитализация; не ждать анализы, не успокаиваться отсутствием менингеальных симптомов в первые часы [15, 17]. |

## 18.11. Рвота и диарея

| Шаг | Решение |
|---|---|
| 1. Обезвоживание | Оценить внешний вид, глаза, слизистые, слезы по CDS; 0 баллов - нет дегидратации, 1-4 - легкая, 5-8 - средняя/тяжелая [12]. |
| 2. Регидратация | Пероральная регидратация растворами сниженной осмолярности 210-260 мОсм/л до купирования дегидратации [12]. |
| 3. Эффективность | Если пероральная регидратация неэффективна, решать вопрос об инфузионной терапии с учетом возраста, потерь и степени дегидратации [12, 13, 14]. |
| 4. Кровь в стуле/инвазивная диарея | Думать о бактериальной этиологии; антибиотик зависит от возбудителя, тяжести, инвазивности и факторов риска [13, 14]. |
| 5. Стационар | Не оставлять на обычном наблюдении ребёнка с тяжелой/среднетяжелой ОКИ младше 2 лет, тяжелым фоном, осложнениями, тяжелым шигеллезом или признаками органной дисфункции [13, 14, 17]. |

## 18.12. Нарушение сознания / судороги + температура

| Действие | Логика |
|---|---|
| Сразу ABCDE | Нарушение сознания и судороги относятся к красным флагам инфекционного ребёнка [1, 16, 17]. |
| Осмотреть кожу полностью | Геморрагическая сыпь с лихорадкой - экстренный маршрут по генерализованной менингококковой инфекции/сепсису [15, 17]. |
| Искать признаки ЦНС | Головная боль, повторная рвота, светобоязнь, менингеальные симптомы, очаговая неврология [15, 16]. |
| Маршрут | Не оставлять дома ребёнка с подозрением на менингит, сепсис или генерализованную менингококковую инфекцию [15, 16, 17]. |

## 18.13. Подозрение на менингит

| Если есть | Что делать |
|---|---|
| Головная боль, рвота, светобоязнь, менингеальные симптомы, нарушение сознания или очаговая неврология | Экстренная госпитализация при подозрении на вирусный менингит; не считать его "легким" амбулаторным заболеванием [16]. |
| Геморрагическая сыпь или признаки шока | Подозревать генерализованную менингококковую инфекцию и сепсис; экстренная госпитализация в стационар с ОРИТ/палатой интенсивной терапии [15, 17]. |

| Если есть | Что делать |
|---|---|
| Нет менингеальных симптомов в дебюте | Не успокаиваться, если есть общая тяжелая картина, сыпь, рвота, нарушение сознания или ухудшение перфузии [15]. |
| Нужно ли ждать анализы? | Нет, если ожидание задерживает госпитализацию при подозрении на менингит/сепсис [16, 17]. |

## 18.14. Подозрение на сепсис

| Формула | Практическое действие |
|---|---|
| Инфекция + органная дисфункция | Думать о сепсисе [17]. |
| Перфузия | Холодные конечности, мраморность, плохое капиллярное наполнение, снижение диуреза - не "обычная лихорадка" [15, 17]. |
| Дыхание | Прогрессирующая дыхательная недостаточность при инфекции требует экстренного маршрута [17]. |
| Сознание | Сонливость, спутанность, судороги, кома - красные флаги [15, 16, 17]. |
| Что не должно задерживать СМП | ОАК, СРБ, прокальцитонин, лактат и другие догоспитальные исследования, если они задерживают госпитализацию [17]. |

## 18.15. Присасывание клеща

| Шаг | Решение |
|---|---|
| 1. Удаление | Как можно раньше обратиться в медицинскую организацию; если быстро невозможно, удалить клеща как можно раньше и сохранить его [18, 23]. |
| 2. Сохранить клеща | Герметичная емкость с чуть влажной ватой/салфеткой; доставка в лабораторию в течение двух дней [18, 24]. |
| 3. Региональный маршрут | В Тюменской области жители г. Тюмени направляются в приемное отделение ТОИКБ, ул. Комсомольская, 54 А; жители области - в больницы по месту жительства; по состоянию на 20.09.2026 [23, 24]. |
| 4. Профилактика | Иммуноглобулин против КВЭ связан с первыми 72 часами после присасывания и результатом исследования клеща на антиген вируса КЭ; схема антибиотикопрофилактики боррелиоза здесь не приводится [18]. |
| 5. Наблюдение | 21 день: кожа, регионарные лимфоузлы, термометрия; при симптомах перейти к алгоритму 18.16 [18]. |

## 18.16. Температура после укуса клеща

| Что проверить | Решение |
|---|---|
| Сроки | Дата присасывания, удаления, начала температуры, место, вакцинация, иммуноглобулин, сохранен ли клещ [18]. |
| Симптомы ЦНС | Головная боль, повторная рвота, светобоязнь, нарушение сознания, судороги, шаткость, слабость в конечностях, боль/слабость мышц шеи и плечевого пояса [18]. |
| Кожа и лимфоузлы | След присасывания, мигрирующая эритема, регионарный лимфаденит; боррелиоз рассматривается как дифференциальная диагностика без схем лечения [18]. |
| Маршрут | Любое подозрение на КВЭ - экстренная госпитализация в стационар с ОРИТ; не ждать амбулаторного "дозревания" симптомов [18]. |

# 19. Шаблоны для работы участкового педиатра

Шаблоны предназначены для копирования в медицинскую запись и последующего заполнения врачом. Они не содержат фиктивных значений.

## 19.1. Универсальный инфекционный осмотр

```text
Жалобы: [описание]
Анамнез заболевания: начало [дата/время], динамика [описание], лечение до осмотра [описание]
Эпиданамнез: контакты [да/нет/описание], коллектив [да/нет], поездки [описание], клещ [да/нет], вакцинация [описание]
Температура: [значение], способ измерения [описание], длительность [значение]
Общее состояние: [описание]
Сознание: ясное / сонливость / спутанность / судороги [описание]
Кожа/сыпь: [нет/описание], бледнеет при надавливании [да/нет]
Слизистые: [описание]
Лимфоузлы: [описание]
ЧДД: [значение] в минуту
$SpO_2$: [значение]% на воздухе / на кислороде [описание]
Работа дыхания: втяжения [да/нет], стридор [да/нет], wheezing [да/нет], цианоз [да/нет]
Аускультация: [описание]
ЧСС: [значение] в минуту
Перфузия: конечности теплые/холодные, капиллярное наполнение [описание]
Гидратация: жажда [да/нет], слизистые [описание], слезы [да/нет], диурез [описание]
ЖКТ: рвота [да/нет], стул [описание], кровь в стуле [да/нет], боль в животе [да/нет]
Неврологический статус: головная боль [да/нет], рвота [да/нет], светобоязнь [да/нет], менингеальные/очаговые симптомы [описание]
Предварительный диагноз/синдром: [описание]
Красные флаги: [нет/описание]
План обследования: [описание]
Лечение: [описание]
Маршрутизация: дом / повторный осмотр / СМП / стационар [описание]
Когда повторный осмотр: [срок/условие]
Safety-netting: семье объяснены признаки срочного обращения [да/нет], какие именно [описание]
```

## 19.2. ОРВИ

```text
День болезни: [значение]
Катаральные симптомы: ринит [да/нет], кашель [да/нет], боль в горле [да/нет], конъюнктивит [да/нет]
Общее состояние и питье: [описание]
```

Дыхание: ЧДД [значение], втяжения [да/нет], $SpO_2$ при показаниях [значение]

Очаг осложнения: ухо [да/нет], пневмония [да/нет], ИМП по клинике [да/нет], нейроинфекция/сепсис [да/нет]

Антибиотик: не показан при неосложненной вирусной картине / показан при [описание]

План: симптоматическая помощь [описание], повторный осмотр при [описание]

```

## 19.3. Кашель / бронхит

```text

День кашля: [значение]

Характер кашля: сухой / влажный / приступообразный / с рвотой / с апноэ [описание]

Температура и динамика: [описание]

ЧДД: [значение], втяжения [да/нет], $SpO_2$ [значение]

Аускультация: диффузные/локальные хрипы [описание], меняются после кашля [да/нет]

Признаки пневмонии: [нет/описание]

Признаки коклюша: [нет/описание]

Антибиотик: не нужен при типичном вирусном бронхите / основание для пересмотра [описание]

Контроль: [условие/срок]

```

## 19.4. БОС / бронхиолит

```text

Возраст: [значение]

Первый эпизод wheezing: [да/нет]

День болезни: [значение]

ЧДД: [значение], втяжения [да/нет], апноэ [да/нет], $SpO_2$ [значение]

Питание/питье: [описание], диурез [описание]

Факторы риска тяжелого бронхиолита: [нет/описание]

Проба бронхолитика: не проводилась / проведена [препарат], эффект через 20 минут [описание]

Решение: дом / стационар / ОРИТ [описание]

```

## 19.5. Пневмония

```text

Подозрение на ВП: кашель [да/нет], лихорадка [описание], тахипноэ [да/нет], локальные данные [описание]

ЧДД: [значение], $SpO_2$: [значение]%, втяжения [да/нет]

Питье/сознание/перфузия: [описание]

Рентгенография: показана [да/нет], основание [описание]

Место лечения: дом / стационар / ОРИТ, основание [описание]

Антибиотик: [препарат], доза/кратность/длительность [описание]

Контроль через 48-72 часа: назначен [да/нет], критерии пересмотра [описание]

```
```

## 19.6. Круп

```text
Лающий кашель [да/нет], осиплость [да/нет], стридор [нет/при плаче/в покое]
Westley: [значение] баллов
Втяжения/цианоз/сознание: [описание]
$SpO_2$: [значение]%
ГКС: [препарат], доза [описание], путь [описание]
Будесонид: [да/нет], схема [описание]
Эпинефрин: [да/нет], основание [описание]
Маршрут: дом / наблюдение / СМП / стационар [описание]
```

## 19.7. Боль в горле

```text
Возраст: [значение]
Кашель/ринит/конъюнктивит: [да/нет]
Лихорадка, боль при глотании, налеты, лимфоузлы: [описание]
Опасные признаки: тризм [да/нет], односторонняя боль [да/нет], трудноснимаемый налет [да/нет], отказ от питья [да/нет]
Тест на БГСА: выполнен [да/нет], результат [описание]
Посев: нужен [да/нет], основание [описание]
Антибиотик: не нужен / показан, препарат [описание]
Контроль: [описание]
```

## 19.8. Сыпь

```text
Температура: [значение], день болезни [значение]
Сыпь: локализация [описание], элементы [описание], бледнеет при надавливании [да/нет]
Кашель/ринит/конъюнктивит/светобоязнь: [описание]
Пятна Бельского-Филатова-Коплика: [да/нет]
Боль в горле: [да/нет]
Менингеальные/септические признаки: [нет/описание]
Маршрут: профильная глава / СМП / стационар [описание]
```

## 19.9. ОКИ

```text
Стул: частота [значение], характер [описание], кровь [да/нет]
Рвота: [значение], пьет [да/нет]
Масса: [значение], диурез [описание]
CDS: внешний вид [0/1/2], глаза [0/1/2], слизистые [0/1/2], слезы [0/1/2], сумма [значение]
Регидратация: оральная / инфузионная по показаниям [описание]
```

Признаки инвазивной диареи/сепсиса: [нет/описание]

Антибиотик: не нужен / показан, основание [описание]

Маршрут и контроль: [описание]

```

## 19.10. Повторный инфекционный осмотр

```text

Первичный диагноз: [описание]

Срок от первичного осмотра: [значение]

Динамика температуры: лучше / без динамики / хуже [описание]

Дыхание: ЧДД [значение], $SpO_2$ [значение], втяжения [да/нет]

Питье/диурез/активность: [описание]

Новые симптомы: сыпь [да/нет], боль [описание], рвота/диарея [описание], неврология [описание]

Лечение принималось: [да/нет], дозы и кратность соответствуют назначению [да/нет]

Решение: продолжить / пересмотреть диагноз / обследование / смена маршрута [описание]

```

## 19.11. Вызов на дом

```text

Причина вызова: [описание]

Ребёнок доступен для осмотра полностью: [да/нет]

ABCDE: [описание]

Температура, ЧДД, $SpO_2$ при показаниях: [значения]

Питье и диурез: [описание]

Кожа/сыпь: [описание], бледнеет [да/нет]

Основания оставления дома: [описание]

Основания для СМП/стационара: [нет/описание]

Семье объяснены признаки срочного обращения: [да/нет]

```

## 19.12. После присасывания клеща

```text

Дата/время присасывания: [значение]

Дата/время удаления: [значение]

Место присасывания и регион: [описание]

Клещ сохранен: [да/нет], куда направлен [описание]

Вакцинация против КВЭ: [описание]

Иммуноглобулин/профилактика: вопрос решается по профильному маршруту [описание]

Симптомы сейчас: температура [да/нет], головная боль [да/нет], рвота [да/нет], светобоязнь [да/нет], слабость/парезы [да/нет], эритема [да/нет]

Наблюдение 21 день: термометрия, кожа, лимфоузлы, симптомы ЦНС [объяснено да/нет] [18]

Региональный маршрут Тюменской области: [описание] [23, 24]

```
```

# 20. Клинические ситуации для самопроверки

Для каждого случая ответьте на одну и ту же сетку: ведущий синдром; red flags; наиболее вероятный диагноз; нужен ли анализ; нужен ли антибиотик; можно ли оставить дома; когда повторный осмотр; что сказать семье.

### СЛУЧАЙ 1. ОРВИ БЕЗ АНТИБИОТИКА

Возраст 4 года. Жалобы: насморк, кашель, температура второй день. Ребёнок пьет, играет, ЧДД не учащена, втяжений нет, сыпи нет, хрипы рассеянные не выслушиваются.

Разбор: ведущий синдром - неосложненная ОРВИ. Red flags нет. Анализы и антибиотик не нужны при стабильном состоянии. Дом возможен при понятном safety-netting. Семье: следим за дыханием, питьем, сознанием, сыпью и ухудшением, а не только за температурой. Типичная ошибка - назначить антибиотик из-за кашля на 2-й день [1].

### СЛУЧАЙ 2. ГРИПП У РЕБЁНКА ИЗ ГРУППЫ РИСКА

Возраст 3 года, бронхиальная астма. Остро заболел утром: температура 39,5 °C, озноб, резкая слабость, сухой кашель, сезонный подъем гриппа. $SpO_2$ 96%, пьет.

Разбор: ведущий синдром - гриппоподобная инфекция. Риск тяжелого течения выше из-за фонового заболевания. Нужна этиологическая диагностика по доступности и раннее решение об этиотропной терапии. Антибиотик не нужен без признаков бактериального осложнения. Контроль раньше при одышке, цианозе, сонливости, геморрагических проявлениях. Типичная ошибка - вести как обычную ОРВИ без учета группы риска [2].

### СЛУЧАЙ 3. ГРИПП С ПОКАЗАНИЯМИ К СТАЦИОНАРУ

Возраст 8 лет. На 3-й день гриппоподобной болезни появились выраженная слабость, кровь в мокроте, одышка, холодные конечности, ребёнок лежит, плохо контактирует.

Разбор: red flags - геморрагические проявления, дыхательная и гемодинамическая нестабильность. Нужна экстренная маршрутизация, домашнее наблюдение невозможно. Антибиотик не назначается "просто от гриппа", но в стационарном маршруте будут исключать осложнения. Типичная ошибка - ждать планового анализа на дому [2, 17].

### СЛУЧАЙ 4. ЛЕГКИЙ КРУП

Возраст 2 года. Ночью лающий кашель, осиплость, стридор только при плаче, втяжений нет, ребёнок пьет, $SpO_2$ нормальная для осмотра, сознание ясное.

Разбор: ведущий синдром - круп легкой степени. Нужен глюкокортикостероид; дексаметазон внутрь предпочтительно 0,15 мг/кг или будесонид по схеме главы 5. Эпинефрин не нужен при легкой картине. Дом возможен при эффекте и надежном наблюдении. Типичная ошибка - отправить домой без ГКС или назначить антибиотик [3].

### СЛУЧАЙ 5. ТЯЖЕЛЫЙ КРУП

Возраст 18 месяцев. Лающий кашель, стридор в покое, грубые втяжения, акроцианоз, ребёнок истощается, $SpO_2$ 91%.

Разбор: тяжелый круп с гипоксемией. Нужны ГКС, кислород при $SpO_2$ 92% и ниже, рассмотрение ингаляционного эпинефрина 1:1000 5 мл, СМП/госпитализация. Типичная ошибка - повторять паровые ингаляции дома и ждать утра [3].

### СЛУЧАЙ 6. ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ БРОНХИТ

Возраст 6 лет. ОРВИ, кашель с 3-го дня, мокрота зеленоватая, температура снижается, дыхание спокойное, локальных хрипов нет, $SpO_2$ не снижена.

Разбор: вероятен острый вирусный бронхит. Цвет мокроты не доказывает бактериальную инфекцию. Рентгенография и антибиотик не нужны при типичной картине. Контроль при

лихорадке, одышке, локальных признаках или ухудшении после улучшения. Типичная ошибка - антибиотик "на зеленую мокроту" [4].

## СЛУЧАЙ 7. ЗАТЯЖНОЙ ВЛАЖНЫЙ КАШЕЛЬ

Возраст 5 лет. Влажный кашель 5 недель, температуры нет, свистов нет, локальных признаков пневмонии нет, кашель ежедневный.

Разбор: диагноз "бронхит" нужно пересмотреть. Возможен затяжной бактериальный бронхит только при влажном кашле более 4 недель, признаках бронхита и исключении других причин. Антибиотик не назначают без этой проверки. Типичная ошибка - бесконечно менять сиропы от кашля [4, 7, 8, 10].

## СЛУЧАЙ 8. БРОНХИОЛИТ БЕЗ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Возраст 10 месяцев. 3-й день ОРВИ, кашель, свистящее дыхание, умеренные втяжения, пьет, мочится, апноэ нет, тяжелого фона нет.

Разбор: вероятен бронхиолит. Нужны оценка ЧДД, $SpO_2$, питания, втяжений и факторов риска. Лечение поддерживающее, антибиотик и ГКС рутинно не нужны. Дом возможен только при стабильном дыхании и надежном наблюдении. Типичная ошибка - лечить как бактериальный бронхит [5].

## СЛУЧАЙ 9. БРОНХИОЛИТ С РИСКОМ СТАЦИОНАРА

Возраст 2 месяца, недоношенность. Насморк, кашель, апноэ со слов матери, плохо сосет, втяжения, сонливость.

Разбор: red flags - возраст, недоношенность, апноэ, плохое питание, сонливость. Нужна госпитализация, амбулаторное наблюдение небезопасно. Антибиотик не решает проблему типичного бронхиолита без бактериальных признаков. Типичная ошибка - ограничиться аспирацией носа и отпуском домой [5, 6].

## СЛУЧАЙ 10. ПОВТОРНЫЙ WHEEZING

Возраст 4 года. Третий эпизод свистящего дыхания за год, кашель бывает при беге и ночью, у ребёнка атопический дерматит.

Разбор: это не просто "частый бронхит". Нужна оценка вероятности астмы/астма-подобного течения, связь симптомов с нагрузкой и инфекцией, объективный ответ на бронхолитик. Типичная ошибка - каждый эпизод называть новым бронхитом и не пересматривать диагноз [8].

## СЛУЧАЙ 11. ПОДОЗРЕНИЕ НА ПНЕВМОНИЮ

Возраст 3 года. Температура 38,8 °C четвертый день, кашель, ЧДД выше возрастного ориентира, втяжения, локальная крепитация справа, $SpO_2$ 93%.

Разбор: клиническое подозрение на ВП. $SpO_2$ <94% требует дополнительной оценки; нужны решение о рентгенографии, тяжести и маршруте. Антибиотик показан при вероятной/подтвержденной бактериальной ВП. Типичная ошибка - назвать это бронхитом из-за кашля [7].

## СЛУЧАЙ 12. НЕТЯЖЕЛАЯ АМБУЛАТОРНАЯ ВП

Возраст 7 лет. Подтверждена ВП, ребёнок пьет, сознание ясное, $SpO_2$ >92%, опасных признаков нет, фоновой тяжелой патологии нет.

Разбор: возможна амбулаторная терапия при надежном наблюдении. Стартовый вариант для исходно здорового ребёнка без факторов риска - амоксициллин по схеме главы 8; контроль через 48-72 часа. Типичная ошибка - не назначить контроль эффективности [7].

## СЛУЧАЙ 13. ТЯЖЕЛАЯ ПНЕВМОНИЯ

Возраст 6 месяцев. Лихорадка, кашель, выраженные втяжения, отказ от питья, $SpO_2$ 88%, сонливость.

Разбор: тяжелая пневмония/дыхательная недостаточность. $SpO_2$ <90% - значимая гипоксемия и критерий тяжелого состояния; нужен стационар, кислород по показаниям и оценка ОРИТ. Типичная ошибка - пытаться вести пероральным антибиотиком дома [7].

## СЛУЧАЙ 14. ВИРУСНАЯ БОЛЬ В ГОРЛЕ

Возраст 5 лет. Боль в горле, насморк, кашель, конъюнктивит, температура умеренная, налетов нет.

Разбор: вероятен вирусный тонзиллофарингит. Антибиотик не нужен. Тест на БГСА решается по клинике; одни катаральные симптомы не требуют автоматического антибиотика. Типичная ошибка - лечить "красное горло" амоксициллином [9].

## СЛУЧАЙ 15. ВЕРОЯТНЫЙ БГСА-ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ

Возраст 9 лет. Острое начало, лихорадка, боль при глотании, налеты на миндалинах, болезненные передние шейные лимфоузлы, кашля нет.

Разбор: нужна этиологическая диагностика БГСА. Положительный быстрый тест не требует посева; отрицательный у ребёнка/подростка подтверждают культурой. При подтверждении - амоксициллин 50 мг/кг/сут в 2-3 приема, максимум 1000 мг/сут, 10 дней. Типичная ошибка - назначить антибиотик без попытки подтверждения [9].

## СЛУЧАЙ 16. БОЛЬ В ГОРЛЕ И МОНОНУКЛЕОЗ-ПОДОБНАЯ КАРТИНА

Возраст 13 лет. Боль в горле, лихорадка, генерализованная лимфаденопатия, спленомегалия, слабость.

Разбор: думать об инфекционном мононуклеозе и других причинах, не сводить все к БГСА. Амоксициллин при подозрении на мононуклеоз использовать осторожно. Типичная ошибка - начать амоксициллин "на всякий случай" без пересмотра диагноза [9].

## СЛУЧАЙ 17. КОКЛЮШ У ШКОЛЬНИКА

Возраст 8 лет. Кашель 12 дней, нарастает, приступы с рвотой после кашля, температуры нет, в классе несколько длительно кашляющих.

Разбор: думать о коклюше. По сроку кашля возможна ПЦР мазка со слизистой носоглотки; антибиотик нужен для эрадикации и снижения заразности, но не обязан быстро убрать приступы. Типичная ошибка - лечить как остаточный кашель без вопроса про приступы [10].

## СЛУЧАЙ 18. КОКЛЮШ У МЛАДЕНЦА

Возраст 2 месяца. Приступы кашля, эпизод апноэ, цианоз, ребёнок плохо ест.

Разбор: младенец с апноэ и цианозом - группа высокого риска. Нужна госпитализация/ОРИТ по тяжести, не обычное амбулаторное наблюдение. Антибактериальная терапия показана у детей первого года жизни при обращении в течение 6 недель от начала болезни. Типичная ошибка - недооценить апноэ [10].

## СЛУЧАЙ 19. ПОДОЗРЕНИЕ НА КОРЬ

Возраст 6 лет. Лихорадка 39 °C, кашель, ринит, конъюнктивит, светобоязнь, пятна на слизистой щек, затем сыпь с лица и шеи на туловище.

Разбор: синдром лихорадки с экзантемой, подозрение на корь. Нужны оценка тяжести, осложнений и лабораторное подтверждение по профильной главе. Антибиотик не нужен при неосложненной кори для профилактики суперинфекции. Типичная ошибка - назвать сыпь аллергией без эпиданамнеза и осмотра слизистых [11].

## СЛУЧАЙ 20. ЛИХОРАДКА И НЕБЛЕДНЕЮЩАЯ СЫПЬ

Возраст 3 года. Температура, вялость, боли в ногах, холодные кисти, сыпь на ягодицах и голенях не исчезает при надавливании.

Разбор: до доказательства обратного - генерализованная менингококковая инфекция/сепсис. Нужны ABCDE и экстренная госпитализация, анализы не должны задерживать маршрут. Типичная ошибка - ждать менингеальных симптомов [15, 17].

## СЛУЧАЙ 21. ВИРУСНЫЙ ГАСТРОЭНТЕРИТ

Возраст 2 года. Рвота 3 раза, жидкий стул, пьет малыми глотками, слизистые слегка суховатые, слезы есть, крови в стуле нет, сознание ясное.

Разбор: сначала оценить дегидратацию по CDS. Основная терапия - оральная регидратация раствором сниженной осмолярности; антибиотик не нужен при типичной вирусной картине. Типичная ошибка - назначить "закрепляющий" препарат вместо регидратации [12].

## СЛУЧАЙ 22. ДИАРЕЯ С КРОВЬЮ

Возраст 5 лет. Лихорадка, частый жидкий стул с кровью, боль в животе, слабость.

Разбор: инвазивная диарея, нужно думать о бактериальной этиологии, оценить дегидратацию и тяжесть. Антибиотик зависит от предполагаемого/подтвержденного возбудителя и тяжести; при шигеллезе у детей системные антибактериальные препараты применяются в острую и подострую фазу при показаниях. Типичная ошибка - вести как обычный ротавирус без оценки крови в стуле [13, 14].

## СЛУЧАЙ 23. ДИАРЕЯ И ПРИЗНАКИ ШОКА

Возраст 11 месяцев. Многократная диарея и рвота, вялость, холодные конечности, акроцианоз, редкое мочеиспускание.

Разбор: это не обычное домашнее наблюдение. Нужна оценка тяжелой дегидратации, перфузии и сепсиса; стационарный маршрут. Типичная ошибка - пытаться "допоить" дома при нарушении перфузии [12, 14, 17].

## СЛУЧАЙ 24. ПОДОЗРЕНИЕ НА МЕНИНГИТ

Возраст 7 лет. Лихорадка, сильная головная боль, повторная рвота, светобоязнь, ребёнок лежит, раздражается от света.

Разбор: подозрение на менингит/нейроинфекцию. Нужна экстренная госпитализация; амбулаторные анализы не должны задерживать маршрут. Типичная ошибка - ждать появления полного набора менингеальных симптомов [16].

## СЛУЧАЙ 25. ПОДОЗРЕНИЕ НА СЕПСИС ПРИ ПНЕВМОНИИ

Возраст 4 года. Пневмония, на фоне лихорадки ребёнок стал сонливым, холодные конечности, капиллярное наполнение замедлено, мочи мало.

Разбор: инфекция + признаки органной дисфункции/нарушения перфузии - подозрение на сепсис. Нужна экстренная госпитализация; ОАК, СРБ или лактат не должны задерживать СМП. Типичная ошибка - менять антибиотик дома вместо маршрутизации [7, 17].

## СЛУЧАЙ 26. ПОСЛЕ ПРИСАСЫВАНИЯ КЛЕЩА БЕЗ СИМПТОМОВ

Возраст 9 лет. Клещ снят с кожи сегодня, ребёнок чувствует себя хорошо. Клещ сохранен в банке.

Разбор: ведущая задача - правильный маршрут после присасывания: сохранить клеща, направить на исследование, уточнить вакцинацию, региональный маршрут, наблюдать 21 день. Схему антибиотикопрофилактики боррелиоза самостоятельно не назначать; в этом руководстве она не приводится. Типичная ошибка - выбросить клеща и не объяснить наблюдение [18, 23, 24].

## СЛУЧАЙ 27. ТЕМПЕРАТУРА ПОСЛЕ УКУСА КЛЕЩА

Возраст 10 лет. Через 9 дней после присасывания клеща температура 39 °C, сильная головная боль, рвота, светобоязнь, слабость в плечевом поясе.

Разбор: подозрение на КВЭ/нейроинфекцию после клещевого эпиданамнеза. Нужна экстренная госпитализация в стационар с ОРИТ; не ждать амбулаторного подтверждения. Типичная ошибка - лечить как ОРВИ и назначить контроль через несколько дней [18].

## СЛУЧАЙ 28. ЛИХОРАДКА БЕЗ ОЧАГА У МЛАДЕНЦА

Возраст 2 месяца. Температура, катаральных симптомов нет, ребёнок стал хуже сосать.

Разбор: ребёнок младше 3 месяцев с лихорадкой - особая ситуация. Нельзя вести как обычную ОРВИ; нужна тщательная оценка и направление к специалисту или в стационар. Конкретные лабораторные пороги из раздела лихорадки без очага не добавляются. Типичная ошибка - дать жаропонижающее и наблюдать дома без очной оценки [1].

# 21. Контрольные вопросы

## Вопросы

1. С чего начинается оценка инфекционного ребёнка на участке?
2. Какие признаки дыхания являются красными флагами?
3. Почему геморрагическая сыпь с лихорадкой меняет маршрут сразу?
4. Почему лихорадка у ребёнка младше 3 месяцев не ведется как обычная ОРВИ?
5. Что должно быть в минимальной записи инфекционного осмотра?
6. Когда повторный осмотр не заменяет экстренный маршрут?
7. Какие признаки требуют немедленного вызова СМП?
8. Что означает safety-netting для семьи?
9. Почему цвет мокроты не является показанием к антибиотику?
10. Когда при ОРВИ обычно не нужны анализы?
11. Когда при ОРВИ нужна пульсоксиметрия?
12. Какие признаки заставляют думать об осложнении ОРВИ?
13. Когда при ОРВИ оправдано жаропонижающее у здорового ребёнка старше 3 месяцев?
14. Какие жаропонижающие суточные максимумы используются в руководстве?
15. Почему не следует чередовать жаропонижающие?
16. Что сказать семье при стабильной ОРВИ?
17. Какие признаки типичны для гриппа?
18. Какие группы риска при гриппе требуют более низкого порога настороженности?
19. Когда противовирусная терапия гриппа наиболее значима?
20. Какие проявления гриппа требуют госпитализации?
21. Назовите три признака клинической триады крупа.
22. Какие компоненты входят в шкалу Westley?
23. Какие баллы Westley соответствуют легкому, среднетяжелому и тяжелому крупу?
24. Всем ли детям с крупом нужны глюкокортикостероиды?
25. Когда при крупе нужен кислород?
26. Когда при крупе показан ингаляционный эпинефрин?
27. Какие признаки заставляют думать не о крупе, а об эпиглоттите или другой опасной причине?
28. Почему типичный вирусный бронхит не требует антибиотика?
29. Когда при бронхите нужна рентгенография?
30. Когда затяжной кашель заставляет думать о коклюше?
31. Когда можно думать о затяжном бактериальном бронхите?
32. Что опасно в рутинных противокашлевых при влажном кашле?
33. Для какого возраста характерен острый бронхиолит?
34. Какие ЧДД-ориентиры применимы при бронхиолите у детей до 2 лет?
35. Какие $SpO_2$-контексты при бронхиолите нельзя смешивать?
36. Когда ребёнок с бронхиолитом нуждается в госпитализации?
37. Когда при бронхиолите прекращают бронхолитик после пробы?
38. Какие признаки делают астму более вероятной у ребёнка младше 5 лет?
39. Когда подозревать внебольничную пневмонию?
40. Какие возрастные ориентиры тахипноэ приведены для пневмонии?
41. Чем отличаются клиническое подозрение на ВП, рентгенография и подтверждение диагноза?
42. Какие пороги $SpO_2$ используются при пневмонии в разных контекстах?

43. Когда ребёнок с ВП может лечиться дома?
44. Когда ВП требует стационара?
45. Когда оценивать эффект антибиотика при ВП?
46. Какой базовый срок антибиотикотерапии ВП указан в главе 8?
47. Когда при боли в горле думать о БГСА?
48. Кому рутинно не нужен тест на БГСА?
49. Что делать при отрицательном быстром тесте на БГСА у ребёнка с подозрением?
50. Какая схема амоксициллина используется при БГСА-тонзиллофарингите?
51. Какие признаки боли в горле требуют срочного маршрута?
52. Почему АСЛ-О не нужен для диагностики острого эпизода боли в горле?
53. Когда думать о коклюше?
54. Какой метод диагностики коклюша зависит от срока кашля?
55. Что означает антибиотик при коклюше с точки зрения симптомов и заразности?
56. Какие признаки коклюша требуют ОРИТ?
57. С чего начинается сортировка сыпи при лихорадке?
58. Какие признаки типичны для кори?
59. Когда при кори нужна госпитализация?
60. Почему антибиотик не нужен для профилактики бактериальной суперинфекции при неосложненной кори?
61. Что оценивает Clinical Dehydration Scale?
62. Как интерпретировать 0, 1-4 и 5-8 баллов CDS?
63. Какой раствор регидратации указан при вирусном гастроэнтерите?
64. Когда пероральной регидратации недостаточно?
65. Когда при ОКИ думать о бактериальной/invasive диарее?
66. Когда при шигеллезе оценивают неэффективность этиотропной терапии?
67. Почему менингит нельзя диагностировать амбулаторным ожиданием?
68. Какие признаки указывают на генерализованную менингококковую инфекцию?
69. Как определяется сепсис у детей?
70. Что не должно задерживать госпитализацию при подозрении на сепсис?
71. Где проходит граница догоспитального антибиотика при подозрении на менингококковую инфекцию?
72. Что спросить после присасывания клеща?
73. Как сохранить клеща для исследования?
74. Сколько длится наблюдение после присасывания клеща без симптомов?
75. Какие симптомы после клеща заставляют думать о КВЭ?
76. Почему в разделе о боррелиозе нет схем лечения?
77. Какие антибиотики чаще всего появляются в профильных главах?
78. Почему нельзя создавать универсальную дозу амоксициллина или азитромицина?
79. Какие ситуации из руководства требуют повторного контроля через 48-72 часа?
80. Какие действия входят в противоэпидемическую тактику участкового педиатра?

## Краткие ответы

1. С ABCDE и оценки безопасности, а не с угадывания возбудителя [1, 15, 16, 17].
2. Втяжения, цианоз, апноэ, стонущее дыхание, нарастающая одышка, утомление дыхания, сниженная $SpO_2$ [1, 17].
3. Это возможная генерализованная менингококковая инфекция/сепсис; нужна экстренная госпитализация [15, 17].

4. Риск серьезной бактериальной инфекции выше, клиническая оценка сложнее; нужна очная оценка и маршрут [1].
5. Общее состояние, температура, дыхание, кровообращение, гидратация, кожа/слизистые, неврологический статус [1].
6. При нестабильности, красных флагах, дыхательной недостаточности, шоке, менингите или сепсисе [15, 16, 17].
7. Нарушение сознания, судороги, цианоз, нарастающая ДН, геморрагическая сыпь, шок, подозрение на менингит/сепсис [15, 16, 17].
8. Четкий план, какие признаки отслеживать и когда обращаться срочно.
9. Цвет мокроты не доказывает бактериальную инфекцию [4].
10. При типичной ОРВИ у стабильного ребёнка без очаговых признаков [1].
11. При признаках дыхательной недостаточности [1].
12. Повторная лихорадка после улучшения, боль в ухе, одышка, длительная заложенность/кашель, интоксикация [1].
13. При аксиллярной температуре выше 38,5 °C или ректальной выше 39-39,5 °C, либо выраженном дискомфорте/хронической патологии [1].
14. Парацетамол до 60 мг/кг/сут, ибупрофен до 30 мг/кг/сут [1].
15. Это не рекомендуется; дозу повторяют при новом подъеме температуры с соблюдением интервала [1].
16. Следить за дыханием, питьем, сознанием, сыпью, диурезом и ухудшением.
17. Острое начало, высокая температура, интоксикация сильнее катаральных симптомов [2].
18. Дети до 5 лет, особенно до 2 лет, и дети с бронхолегочными, сердечными, эндокринными, иммунными, неврологическими и другими фоновыми заболеваниями [2].
19. Максимально рано, особенно в первые 48 часов; позже - при тяжелом течении или факторах риска [2].
20. Интоксикация, геморрагический синдром, гемодинамическая нестабильность, ДН, пневмония/ОРДС, осложненное течение у маленьких детей [2].
21. Лающий кашель, осиплость, инспираторный шум/стридор [3].
22. Стридор, втяжения, прохождение воздуха, цианоз, уровень сознания [3].
23. 0-2 легкий, 3-7 среднетяжелый, 8 и более тяжелый, 12 и более угроза остановки дыхания [3].
24. Да, глюкокортикостероиды рекомендованы всем детям с крупом [3].
25. При $SpO_2$ 92% и ниже [3].
26. При тяжелом крупе или отсутствии доступного ингаляционного/системного ГКС [3].
27. Высокая лихорадка, слюнотечение, тризм, вынужденная поза, отсутствие лающего кашля, внезапное начало, анафилаксия [3].
28. Обычно вирусный; антибиотик не действует на вирус и не нужен без бактериальных признаков [4].
29. При подозрении на пневмонию или другое состояние, а не для подтверждения типичного бронхита [4, 7].
30. При кашле более 7 дней с усилением, приступами, рвотой, репризами, апноэ или контактом [10].
31. При влажном кашле более 4 недель после исключения других причин [4].
32. Подавление кашля может ухудшить эвакуацию мокроты [1, 4, 10].
33. Обычно младше 2 лет, особенно первый год жизни [5].
34. >60/мин в 0-2 месяца, >50/мин в 2-12 месяцев, >40/мин после 1 года до 2 лет [5].
35. Признак ДН, старт кислорода, цель кислорода, ОРИТ и выписка имеют разные пороги [5].
36. Апноэ, ДН 2-3 степени, высокий риск, обезвоживание/плохое питание, сонливость, невозможность наблюдения [5].
37. Если через 20 минут нет объективного эффекта [5].

38. Симптомы при нагрузке/смехе/плаче/ночью или без инфекции, атопия, аллергический ринит, семейная астма, ответ на пробную терапию [8].
39. При кашле/лихорадке с тахипноэ, втяжениями, сниженной $SpO_2$, локальными данными, токсическим видом или ухудшением после улучшения [7].
40. >60/мин в 0-2 месяца, >50/мин в 2-12 месяцев, >40/мин в 1-5 лет, >30/мин старше 5 лет [7].
41. Подозрение - клиническое решение; рентгенография - по показаниям; подтверждение - инфильтрат плюс клиника/физикальные данные [7].
42. Норма/ДН0 ≥95%, <94% аномально, кислород при ≤92%, <90% значимая гипоксемия/стационар, выписка >95% 12-24 часа [7].
43. При нетяжелой неосложненной ВП без гипоксемии, опасных признаков, с питьем и надежным наблюдением [7].
44. Возраст до 3 месяцев, $SpO_2$ <90%, цианоз, апноэ, тяжелая ДН, отказ от питья, обезвоживание, шок, судороги, осложнения, тяжелый фон, нет эффекта [7].
45. Через 48-72 часа [7].
46. Обычно 5-7 дней; при нетяжелой ВП допустим диапазон 5-10 дней; исключения дольше при тяжелой/осложненной и другой этиологии [7].
47. Острое начало, лихорадка, боль при глотании, налеты, болезненные передние шейные/поднижнечелюстные лимфоузлы, отсутствие кашля [9].
48. Дети младше 3 лет, кроме факторов риска [9].
49. Подтвердить культуральным исследованием [9].
50. Амоксициллин 50 мг/кг/сут в 2-3 приема, максимум 1000 мг/сут, 10 дней [9].
51. Тризм, односторонняя боль, смещение язычка, трудноснимаемые налеты, отказ от питья/обезвоживание, тяжелое состояние [9].
52. Он повышается позже и имеет ретроспективное значение [9].
53. При нарастающем кашле более 7 дней, приступах, репризах, рвоте, апноэ, контакте [10].
54. ПЦР, культура или серология выбираются по сроку кашля [10].
55. Снижает колонизацию и заразность, но не обязан быстро уменьшить пароксизмальный кашель [10].
56. Брадикардия, десатурация $SpO_2$ <90%, апноэ, цианоз, судороги, угнетение сознания [10].
57. С вопроса: бледнеет ли сыпь при надавливании, нет ли геморрагических элементов [15].
58. Лихорадка, кашель/ринит/конъюнктивит/светобоязнь, пятна Бельского-Филатова-Коплика, этапная сыпь [11].
59. При тяжелом/осложненном течении, тяжелой фоновой патологии или невозможности безопасной изоляции/высоком эпидриске [11].
60. Неосложненная корь не требует профилактического антибиотика [11].
61. Внешний вид, глаза, слизистые оболочки, слезы [12].
62. 0 - нет дегидратации, 1-4 - легкая, 5-8 - средняя/тяжелая [12].
63. Раствор сниженной осмолярности 210-260 мОсм/л [12].
64. При неэффективности питья/оральной регидратации и при тяжелой дегидратации по показаниям [12].
65. При крови в стуле, инвазивном течении, тяжелой/среднетяжелой картине, эпиданамнезе и лабораторных данных [13, 14].
66. Через 48 часов по частоте стула, крови, температуре, интоксикации и аппетиту [14].
67. При подозрении нужна экстренная госпитализация; ожидание опасно [16].
68. Лихорадка, небледнеющая геморрагическая сыпь, боли в мышцах/суставах/животе, рвота, снижение диуреза, нарушение перфузии [15].
69. Инфекция с угрожающей жизни органной дисфункцией [17].
70. Догоспитальные лабораторно-инструментальные исследования [17].

71. При ГМИ антибиотик до стационара только при сосудистом доступе и инфузии; при подозрении на бактериальный гнойный менингит без сыпи - если быстрая госпитализация до 90 минут невозможна [15].
72. Сроки, место, сохранен ли клещ, вакцинация, симптомы ЦНС, эритема, региональный маршрут [18, 23].
73. В герметичной емкости с чуть влажной ватой/салфеткой; доставить в лабораторию в течение двух дней [18, 24].
74. 21 день [18].
75. Лихорадка, головная боль, рвота, светобоязнь, нарушение сознания, судороги, атаксия, парезы, слабость мышц шеи/плечевого пояса [18].
76. Боррелиоз в этом руководстве рассматривается как дифференциальная диагностика после нападения клеща; схемы лечения здесь не приводятся [18].
77. Амоксициллин, амоксициллин/клавуланат, азитромицин и другие препараты по профильным главам [4, 7, 9, 10, 13, 14].
78. Один и тот же препарат имеет разные дозы, сроки и показания при разных диагнозах [4, 7, 9, 10, 13, 14].
79. Пневмония, БГСА при отсутствии динамики, атипичный бронхит и другие ситуации из таблиц контроля; для шигеллеза ключевой контроль 48 часов [4, 7, 9, 14].
80. Изоляция или разобщение, допуск в коллектив, определение контактных, вакцинация, постконтактная профилактика, экстренные извещения и организационная маршрутизация [19, 20, 21].

# 22. Таблицы для быстрой работы

## 22.1. Red flags инфекционного ребёнка

| Red flag | Что делать |
|---|---|
| Нарушение сознания, судороги, очаговая неврология | ABCDE, экстренный маршрут [15, 16, 17]. |
| Цианоз, апноэ, нарастающая одышка, утомление дыхания | Пульсоксиметрия, кислород/СМП/стационар по ситуации [1, 5, 7]. |
| Холодные конечности, мраморность, снижение диуреза | Думать о шоке/сепсисе [15, 17]. |
| Геморрагическая небледнеющая сыпь | Экстренная госпитализация [15]. |
| Ребёнок не пьет, нет мочи, выраженная сонливость | Оценить дегидратацию/тяжесть; решить вопрос стационара [1, 12]. |
| Лихорадка младше 3 месяцев | Не вести как обычную ОРВИ; тщательная оценка и маршрут [1]. |

## 22.2. Возрастные ЧДД: только подтвержденные контексты

| Контекст | Возраст | Порог учащения дыхания |
|---|---|---|
| Пневмония | 0-2 месяца | >60/мин [7] |
| Пневмония | 2-12 месяцев | >50/мин [7] |
| Пневмония | 1-5 лет | >40/мин [7] |
| Пневмония | старше 5 лет | >30/мин [7] |
| Бронхиолит | 0-2 месяца | >60/мин [5] |
| Бронхиолит | 2-12 месяцев | >50/мин [5] |
| Бронхиолит | после 1 года до 2 лет | >40/мин как применимый порог категории 1-5 лет [5] |

## 22.3. $SpO_2$: круп / бронхиолит / пневмония

| Состояние | Контекст | Порог |
|---|---|---|
| Круп | Кислород | $SpO_2$ 92% и ниже [3] |
| Круп | Выписка после госпитализации | Нормализация сатурации, без отдельного числового порога [3] |
| Бронхиолит | ДН I степени | $SpO_2$ 90-95% в таблице острой ДН [5] |
| Бронхиолит | Значимый признак ДН | $SpO_2$ <90% на воздухе [5] |
| Бронхиолит | Кислород | $SpO_2$ в диапазоне 92-94% и ниже; единого точного порога нет [5] |
| Бронхиолит | Цель кислорода | Устойчивое достижение $SpO_2$ 95% [5] |
| Бронхиолит | ОРИТ | Невозможность поддерживать $SpO_2$ >92% на кислороде [5] |
| Бронхиолит | Выписка | $SpO_2$ >94% на воздухе, нет дистресса, адекватное питание [5] |
| Пневмония | Норма/ДН0 | $SpO_2/SaO_2$ ≥95% [7] |
| Пневмония | Дополнительная оценка | $SpO_2$ <94% [7] |
| Пневмония | Кислород | $SpO_2$ ≤92% на воздухе, цель >92% [7] |
| Пневмония | Тяжелая гипоксемия/стационар | $SpO_2$ <90% на воздухе [7] |
| Пневмония | ОРИТ | Невозможность поддерживать $SpO_2$ >92% на кислороде [7] |
| Пневмония | Выписка | $SpO_2$ >95% на воздухе 12-24 часа при клиническом улучшении [7] |

## 22.4. Бронхит vs бронхиолит vs пневмония vs БОС

| Признак | Бронхит | Бронхиолит | Пневмония | БОС/астма-подобное |
|---|---|---|---|---|
| Возраст | Любой, чаще после ОРВИ | Обычно до 2 лет | Любой | Любой; астма вероятнее при повторяемости |
| Дыхание | Без ДН при типичном течении | Тахипноэ, втяжения, wheezing/крепитация | Тахипноэ, втяжения, локальные признаки | Wheezing, удлиненный выдох |
| Аускультация | Рассеянные хрипы, меняются после кашля | Двусторонние хрипы/крепитация | Локальная крепитация/ослабление/бронхиальное дыхание | Свистящие хрипы |
| Антибиотик | Обычно нет | Нет без бактериальной инфекции | Да при вероятной/подтвержденной бактериальной ВП | Не по самому wheezing |
| Главная ошибка | Антибиотик на мокроту | Лишние антибиотики/ГКС/бронхолитики | Пропустить тяжесть | Не пересмотреть повторные эпизоды [4, 5, 7, 8] |

## 22.5. Круп: тяжесть и действия

| Уровень | Как выглядит | Действие |
|---|---|---|
| Легкий | Стридор отсутствует в покое или только при возбуждении, втяжения минимальны | ГКС, оценка эффекта, обучение семьи [3]. |
| Среднетяжелый | Стридор в покое, втяжения, беспокойство | ГКС, пульсоксиметрия, наблюдение; при прогрессировании - госпитализация [3]. |
| Тяжелый | Выраженная одышка, грубые втяжения, акроцианоз, истощение | СМП/госпитализация, кислород при гипоксемии, эпинефрин по показанию [3]. |
| Угроза остановки дыхания | Нарушение сознания, цианоз, поверхностное дыхание, судороги | Экстренное обеспечение дыхательных путей [3]. |

## 22.6. Пневмония: дом или стационар

| Дом возможен | Стационар нужен |
|---|---|
| Нетяжелая неосложненная ВП | Возраст до 3 месяцев [7] |
| Нет гипоксемии и опасных признаков | $SpO_2$ <90% на воздухе, цианоз, апноэ или выраженная ДН [7] |
| Ребёнок пьет, сознание ясное | Не может пить, обезвоживание, нет мочи 12 часов [7] |
| Есть надежное наблюдение | Нарушение сознания, судороги, шок/микроциркуляция [7] |
| Назначен контроль 48-72 часа | Осложнения, многодолевая ВП, плеврит, деструкция, тяжелый фон, нет эффекта 48-72 часа [7] |

## 22.7. Антибиотики при основных инфекциях

| Ситуация | Препарат/режим |
|---|---|
| ВП, исходно здоровый ребёнок без факторов риска | Амоксициллин: 1 месяц-12 лет или <40 кг 45-90 мг/кг/сут внутрь, максимум 2 г/сут, 2-3 приема; старше 12 лет или >40 кг 1,5-3 г/сут в 2-3 приема [7]. |
| ВП, факторы риска β-лактамазопродуцирующих/устойчивых возбудителей | Амоксициллин/клавуланат: 1 месяц-12 лет 45-90 мг/кг/сут по амоксициллину в 2 приема; старше 12 лет 1,5-2 г/сут по амоксициллину в 2-3 приема [7]. |
| ВП, вероятная атипичная этиология | Азитромицин: 6 месяцев-12 лет 10 мг/кг/сут каждые 24 часа 3 дня; >45 кг 500 мг 1 раз в сутки 3 дня [7]. |
| БГСА-тонзиллофарингит | Амоксициллин 50 мг/кг/сут в 2-3 приема, максимум 1000 мг/сут, 10 дней [9]. |
| БГСА, рецидив/неэффективность амоксициллина | Амоксициллин/клавуланат 50 мг/кг/сут по амоксициллину в 2-3 приема, 10 дней; клавулановая кислота не более 10 мг/кг/сут [9]. |
| БГСА, тяжелая аллергия к β-лактамам/аллергия к цефалоспоринам | Азитромицин 20 мг/кг/сут в 1 прием, 3 дня [9]. |
| Коклюш | Азитромицин старше 6 месяцев 10 мг/кг/сут 1 раз в сутки 5 дней [10]. |
| Атипичный бронхит | Азитромицин 10 мг/кг/сут в 1 прием, максимум 500 мг/сут, 3 дня [4]. |
| Затяжной бактериальный бронхит | Амоксициллин/клавуланат по возрастным строкам главы 6, 14 дней [4]. |
| Сальмонеллез, инвазивное среднетяжелое/тяжелое течение | Азитромицин 10 мг/кг/сут 5 дней или другие варианты согласно профильной КР [13]. |
| Шигеллез | Азитромицин 12 мг/кг/сут в 1-й день, затем 6 мг/кг/сут 4 дня или другие варианты согласно профильной КР [14]. |

## 22.8. БГСА: диагностика и лечение

| Вопрос | Ответ |
|---|---|
| Когда подозревать? | Острое начало, лихорадка, боль при глотании, налеты, болезненные передние шейные/поднижнечелюстные лимфоузлы, отсутствие кашля [9]. |
| Кто чаще? | Наибольшая вероятность в возрасте 5-15 лет; младше 3 лет встречается редко [9]. |
| Когда тест? | У ребёнка старше 3 лет с подозрительной клиникой [9]. |
| Быстрый тест положительный | Посев не нужен [9]. |
| Быстрый тест отрицательный у ребёнка/подростка с подозрением | Подтвердить культурой [9]. |
| Лечение | Амоксициллин 50 мг/кг/сут в 2-3 приема, максимум 1000 мг/сут, 10 дней [9]. |

## 22.9. Коклюш: срок болезни -> исследование

| Срок/ситуация | Исследование |
|---|---|
| Кашель более 7 дней, но не более 28-35 дней | ПЦР мазка со слизистой носоглотки [10]. |
| Кашель 7-21 день, до антибиотика | Двукратная культура слизи с задней стенки глотки [10]. |
| Кашель 3 недели и более | Серология к Bordetella pertussis [10]. |
| Негладкое течение, лихорадка, бронхообструкция | Искать сопутствующие инфекции/осложнения [10]. |
| Подозрение на пневмонию/ателектаз | Рентгенография по клинике осложнения [10]. |

## 22.10. Экзантемы: быстрое сравнение

| Картина | Первый диагноз/маршрут |
|---|---|
| Небледнеющая геморрагическая сыпь + лихорадка | Глава 13, экстренный маршрут [15, 17]. |
| Кашель, ринит, конъюнктивит, светобоязнь, пятна Бельского-Филатова-Коплика, этапная сыпь | Корь [11]. |
| Боль в горле + сыпь | БГСА/скарлатина/мононуклеоз или опасная альтернатива [9]. |
| Везикулы во рту, на кистях и стопах у ребёнка раннего возраста | Возможна энтеровирусная инфекция; антибиотик без других оснований не нужен [9]. |
| Сыпь + дыхательная недостаточность/неврология | Не дерматологический маршрут; главы 8/13 [7, 15, 17]. |

## 22.11. Дегидратация

| CDS | 0 баллов | 1 балл | 2 балла |
|---|---|---|---|
| Внешний вид | Нормальный | Жажда, беспокойство, раздражительность | Вялость, сонливость |
| Глаза | Нормальные | Слегка запавшие | Запавшие |
| Слизистые | Влажные | Липкие, суховатые | Сухие |
| Слезы | В норме | Снижены | Отсутствуют |
| Интерпретация | 0 - нет дегидратации | 1-4 - легкая | 5-8 - средняя/тяжелая [12] |

## 22.12. Оральная регидратация

| Ситуация | Решение |
|---|---|
| Ребёнок пьет | Оральный регидратационный раствор дробно [12]. |

| Ситуация | Решение |
|---|---|
| Вирусный гастроэнтерит | Раствор сниженной осмолярности 210-260 мОсм/л [12]. |
| Рвота | Давать малыми объемами чаще; противорвотные возможны для уменьшения потерь, дозы по инструкции [12]. |
| Оральная регидратация неэффективна | Инфузионная терапия по показаниям, возрасту, потерям и дефициту [12, 13, 14]. |
| Диарея продолжается | Адсорбенты/доказанные пробиотики возможны, но не заменяют регидратацию [12]. |

## 22.13. Когда антибиотик НЕ нужен

| Ситуация | Почему |
|---|---|
| Неосложненная ОРВИ | Антибиотик не действует на вирусы [1]. |
| Типичный вирусный бронхит | Обычно вирусная этиология; цвет мокроты не показание [4]. |
| Бронхиолит без бактериальной инфекции | Антибиотик не рекомендован [5]. |
| Вирусный тонзиллофарингит | Антибиотик неэффективен [9]. |
| Неосложненная корь | Не применяется для профилактики суперинфекции [11]. |
| Вирусный гастроэнтерит | Основа - регидратация [12]. |
| Сальмонеллезное реконвалесцентное бактериовыделение | Антимикробная терапия не показана [13]. |

## 22.14. Что не назначать рутинно

| Состояние | Не назначать рутинно |
|---|---|
| ОРВИ | Антибиотики, системные антигистаминные от ринита/кашля, паровые ингаляции, литические смеси [1]. |
| Лихорадка | Ацетилсалициловую кислоту, нимесулид; метамизол не рутинно [1]. |
| Круп | Антибиотики без бактериального процесса, паровые ингаляции [3]. |
| Острый бронхит | Антибиотик "на мокроту", рентгенографию каждому ребёнку [4]. |
| Бронхиолит | Антибиотики, ГКС, бронхолитики всем, рутинную рентгенографию, физиотерапию грудной клетки [5]. |
| Пневмония | Противокашлевые, отхаркивающие и муколитики при ВП без хронической патологии дыхательных путей [7]. |
| Боль в горле | Смазывание миндалин, механическое снятие налетов, антибиотик при вирусной картине [9]. |
| Вирусный гастроэнтерит | Препараты, снижающие моторику кишечника [12]. |

## 22.15. Лихорадка: парацетамол / ибупрофен

| Вопрос | Парацетамол | Ибупрофен |
|---|---|---|
| Суточный максимум | До 60 мг/кг/сут [1] | До 30 мг/кг/сут [1] |
| Разовая схема | 10-15 мг/кг каждые 6 часов [7, 9] | 7,5 мг/кг каждые 6-8 часов [7, 9] |
| До 3 месяцев | В строке доз указано противопоказание "возраст до 3 месяцев"; лихорадка требует очной оценки и маршрута [1] | То же [1] |
| Как применять | Повторная доза после нового подъема температуры с соблюдением интервала; не чередовать и не применять одновременно [1] | То же [1] |

## 22.16. Менингококк / менингит / сепсис: красные флаги

| Картина | Что подозревать | Действие |
|---|---|---|

| Картина | Что подозревать | Действие |
|---|---|---|
| Лихорадка + небледнеющая геморрагическая сыпь | Генерализованная менингококковая инфекция | Экстренная госпитализация [15]. |
| Головная боль, рвота, светобоязнь, менингеальные симптомы | Менингит | Экстренная госпитализация [16]. |
| Инфекция + нарушение перфузии/сознания/дыхания/диуреза | Сепсис | Не задерживать госпитализацию анализами [17]. |
| Геморрагической сыпи нет, но есть тяжелая неврология | Нейроинфекция/сепсис | Срочный маршрут по клинике [15, 16, 17]. |

## 22.17. После присасывания клеща

| Действие | Что помнить |
|---|---|
| Удалить клеща | Лучше в медицинской организации; если невозможно быстро - удалить как можно раньше [18, 23]. |
| Сохранить клеща | Герметичная емкость с влажной ватой/салфеткой; доставка в лабораторию в течение двух дней [18, 24]. |
| Уточнить вакцинацию | Вакцинация против КВЭ облегчает течение; возраст зависит от инструкции вакцины [18]. |
| Региональный маршрут | Тюмень - ТОИКБ, ул. Комсомольская, 54 А; область - больницы по месту жительства; по состоянию на 20.09.2026 [23, 24]. |
| Наблюдение | 21 день: температура, кожа, лимфоузлы, симптомы ЦНС [18]. |

## 22.18. Температура после клеща

| Признак | Решение |
|---|---|
| Лихорадка после клещевого эпиданамнеза | Уточнить сроки, место, вакцинацию, иммуноглобулин, сохранен ли клещ [18]. |
| Головная боль, рвота, светобоязнь | Думать о поражении ЦНС [18]. |
| Нарушение сознания, судороги, атаксия, парезы | Экстренная госпитализация [18]. |
| Мигрирующая эритема/лимфаденит | Боррелиоз как дифференциальная диагностика; схемы лечения в этом руководстве не приводятся [18]. |
| Любое подозрение на КВЭ | Стационар с ОРИТ; не ждать амбулаторного подтверждения [18]. |

## 22.19. Срок повторного осмотра по основным состояниям

| Состояние | Когда контроль подтвержден в главах |
|---|---|
| Внебольничная пневмония | Через 48-72 часа для оценки эффекта антибиотика [7]. |
| БГСА-тонзиллофарингит | Улучшение часто через 12-24 часа; при сохранении лихорадки и боли через 48-72 часа пересмотреть диагноз [9]. |
| Атипичный бронхит | Ожидают снижение лихорадки, кашля и хрипов за 48, максимум 72 часа [4]. |
| Шигеллез | При отсутствии улучшения через 48 часов оценить замену АМП [14]. |
| Бронхиолит | Ухудшение возможно на 3-4-й день; конкретный план контроля зависит от тяжести и риска [5]. |
| ОРВИ/лихорадка без очага | Использовать safety-netting и профильную главу; самостоятельные сроки контроля для лихорадки без очага здесь не задаются [1]. |

# 23. Источники

## 23.1. Клинические рекомендации Минздрава России

[1] Клинические рекомендации "Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)". Организация/разработчик: Союз педиатров России; Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии; Российское общество скорой медицинской помощи. Год: 2026. Реквизиты/редакция: ID 25_3, ред. 3. Актуальность/действие: пересмотр не позднее 2028. Возрастная категория: Дети. Официальный URL: https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=25_3. Дата проверки: 20.09.2026.

[2] Клинические рекомендации "Грипп". Организация/разработчик: Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"; Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского. Год: 2025. Реквизиты/редакция: ID 249_2, ред. 2. Актуальность/действие: пересмотр не позднее 2027. Возрастная категория: Дети. Официальный URL: https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=249_2. Дата проверки: 20.09.2026.

[3] Клинические рекомендации "Острый обструктивный ларингит [круп], эпиглоттит, постинтубационный отек гортани". Организация/разработчик: Союз педиатров России; Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов; Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии. Год: 2024. Реквизиты/редакция: ID 352_3, ред. 3. Актуальность/действие: пересмотр не позднее 2026. Возрастная категория: Взрослые, Дети. Официальный URL: https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=352_3. Дата проверки: 20.09.2026.

[4] Клинические рекомендации "Бронхит". Организация/разработчик: Союз педиатров России; Российское респираторное общество; Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии; Педиатрическое респираторное общество. Год: 2024. Реквизиты/редакция: ID 381_3, ред. 3. Актуальность/действие: пересмотр не позднее 2026. Возрастная категория: Дети. Официальный URL: https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=381_3. Дата проверки: 20.09.2026.

[5] Клинические рекомендации "Острый бронхиолит". Организация/разработчик: Союз педиатров России. Год: 2024. Реквизиты/редакция: ID 360_3, ред. 3. Актуальность/действие: пересмотр не позднее 2026. Возрастная категория: Дети. Официальный URL: https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=360_3. Дата проверки: 20.09.2026.

[6] Клинические рекомендации "Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция у детей". Организация/разработчик: Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины; Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням". Год: 2025. Реквизиты/редакция: ID 943_1, ред. 1. Актуальность/действие: пересмотр не позднее 2027. Возрастная категория: Дети. Официальный URL: https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=943_1. Дата проверки: 20.09.2026.

[7] Клинические рекомендации "Пневмония (внебольничная)". Организация/разработчик: Союз педиатров России; Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии; Педиатрическое респираторное общество. Год: 2025. Реквизиты/редакция: ID 714_2, ред. 2. Актуальность/действие: пересмотр не позднее 2027. Возрастная категория: Дети. Официальный URL: https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=714_2. Дата проверки: 20.09.2026.

[8] Клинические рекомендации "Бронхиальная астма". Организация/разработчик: Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов; Союз педиатров России; Ассоциация врачей и специалистов медицины труда; Российское респираторное общество. Год: 2024. Реквизиты/редакция: ID 359_3, ред. 3. Актуальность/действие: пересмотр не позднее 2026. Возрастная категория: Взрослые, Дети. Официальный URL: https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=359_3. Дата проверки: 20.09.2026.

[9] Клинические рекомендации "Острый тонзиллит и фарингит (Острый тонзиллофарингит)". Организация/разработчик: Союз педиатров России; Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов; Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"; Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии. Год: 2024. Реквизиты/редакция: ID 306_3, ред. 3. Актуальность/действие: пересмотр не позднее 2026. Возрастная категория: Взрослые, Дети. Официальный URL: https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=306_3. Дата проверки: 20.09.2026.

[10] Клинические рекомендации "Коклюш у детей". Организация/разработчик: Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области; Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням". Год: 2025. Реквизиты/редакция: ID 1023_1, ред. 1. Актуальность/действие: пересмотр не позднее 2027. Возрастная категория: Дети. Официальный URL: https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=1023_1. Дата проверки: 20.09.2026.

[11] Клинические рекомендации "Корь". Организация/разработчик: Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"; Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского. Год: 2024. Реквизиты/редакция: ID 563_2, ред. 2. Актуальность/действие: пересмотр не позднее 2026. Возрастная категория: Взрослые, Дети. Официальный URL: https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=563_2. Дата проверки: 20.09.2026.

[12] Клинические рекомендации "Вирусные кишечные инфекции (гастроэнтериты) у детей". Организация/разработчик: Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области; Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням". Год: 2025. Реквизиты/редакция: ID 925_1, ред. 1. Актуальность/действие: пересмотр не позднее 2027. Возрастная категория: Дети. Официальный URL: https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=925_1. Дата проверки: 20.09.2026.

[13] Клинические рекомендации "Сальмонеллез у детей". Организация/разработчик: Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области; Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням". Год: 2024. Реквизиты/редакция: ID 703_2, ред. 2. Актуальность/действие: пересмотр не позднее 2026. Возрастная категория: Дети. Официальный URL: https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=703_2. Дата проверки: 20.09.2026.

[14] Клинические рекомендации "Шигеллез". Организация/разработчик: Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского; Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням". Год: 2024. Реквизиты/редакция: ID 869_1, ред. 1. Актуальность/действие: пересмотр не позднее 2026. Возрастная категория: Взрослые, Дети. Официальный URL: https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=869_1. Дата проверки: 20.09.2026.

[15] Клинические рекомендации "Менингококковая инфекция у детей". Организация/разработчик: Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"; Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Год: 2023. Реквизиты/редакция: рубрикатор: ID 58_2; полный текст: ID 58. Актуальность/действие: пересмотр не позднее 2025. Возрастная категория: Дети. Официальный URL: https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=58_2. Дата проверки: 20.09.2026.

[16] Клинические рекомендации "Вирусные менингиты у детей". Организация/разработчик: Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области; Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням". Год: 2025. Реквизиты/редакция: ID 995_1, ред. 1. Актуальность/действие: пересмотр не позднее 2027. Возрастная категория: Дети. Официальный URL: https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=995_1. Дата проверки: 20.09.2026.

[17] Клинические рекомендации "Сепсис". Организация/разработчик: Ассоциация детских анестезиологов-реаниматологов России. Год: 2025. Реквизиты/редакция: ID 953_1, ред. 1. Актуальность/действие: пересмотр не позднее 2027. Возрастная категория: Дети. Официальный URL: https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=953_1. Дата проверки: 20.09.2026.

[18] Клинические рекомендации "Клещевой вирусный энцефалит у детей". Организация/разработчик: Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области; Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням". Год: 2026. Реквизиты/редакция: ID 1031_1, ред. 1. Актуальность/действие: пересмотр не позднее 2028. Возрастная категория: Дети. Официальный URL: https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=1031_1. Дата проверки: 20.09.2026.

## 23.2. Нормативные документы

[19] СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней". Организация/разработчик: Главный государственный санитарный врач РФ; Роспотребнадзор. Год: 2021. Реквизиты/редакция: Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 N 4; ред. от 25.06.2025; изменения N 5 от 11.02.2022, N 16 от 25.05.2022, N 12 от 25.06.2025. Актуальность/действие: действует до 01.09.2027. Возрастная категория: население/организации, включая детей. Официальный URL: https://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202102180019. Дата проверки: 22.09.2026. Официальные изменения учтены по реквизитам опубликования 0001202203010066, 0001202206210028, 0001202507250036.

[20] Приказ Минздрава России от 06.12.2021 N 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок". Организация/разработчик: Минздрав России. Год: 2021. Реквизиты/редакция: N 1122н; ред. с изменением N 677н от 12.12.2023. Актуальность/действие: приказ 677н действует с 01.09.2024; приказ 1122н действует до 01.09.2030. Возрастная категория: население, включая детей. Официальный URL: https://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202112200070. Дата проверки: 22.09.2026. Для КВЭ используется календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

[21] Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 N 521н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями". Организация/разработчик: Минздравсоцразвития России; Минздрав России для изменений 2020 года. Год: 2012. Реквизиты/редакция: N 521н; ред. от 21.02.2020 приказом Минздрава России N 114н. Актуальность/действие: действует; замена не обнаружена на дату проверки 2026-09-22. Возрастная категория: Дети. Официальный URL: https://minzdrav.gov.ru/documents/9117-prikaz-minzdravsotsrazvitiya-rossii-ot-5-maya-2012-g-521n. Дата проверки: 22.09.2026.

## 23.3. Региональные источники Тюменской области

[22] Региональный календарь иммунопрофилактики Тюменской области. Организация/разработчик: Департамент здравоохранения Тюменской области; Управление Роспотребнадзора по Тюменской области. Год: 2023. Реквизиты/редакция: региональный календарь от 20.12.2023. Актуальность/действие: проверено локально 2026-09-

20. Возрастная категория: население Тюменской области, включая детей. Официальный URL: Официальный PDF. Дата проверки: 20.09.2026.

[23] Материалы Управления Роспотребнадзора по Тюменской области. Организация/разработчик: Управление Роспотребнадзора по Тюменской области. Год: 2026. Реквизиты/редакция: текущие публикации. Актуальность/действие: проверено локально 2026-09-20. Возрастная категория: население Тюменской области. Официальный URL: https://72.rospotrebnadzor.ru/areas_of_activity/profilaktika-infektsionnykh-i-parazitarnykh-zabolevaniy/profilaktika-kleshchevykh-infektsiy/. Дата проверки: 20.09.2026.

[24] Раздел "Вакцинация" и материалы по иммунопрофилактике/клещевому вирусному энцефалиту ГАУ ТО "МИАЦ". Организация/разработчик: ГАУ ТО "Медицинский информационно-аналитический центр". Год: 2026. Реквизиты/редакция: текущие публикации сайта ГАУ ТО "МИАЦ". Актуальность/действие: проверено локально 2026-09-20. Возрастная категория: население Тюменской области, включая детей. Официальный URL: https://miac-tmn.ru/patients/gl-zd-to/vaktsinoprofilaktika/kleshchevoy-entsefalit/. Дата проверки: 20.09.2026.