Ребёнок первых 3 месяцев жизни

Практическое пособие
для участкового педиатра

Практическое руководство по оценке
здорового ребёнка,
пограничных состояний,
красных флагов
и частых жалоб
в возрасте 0-90 суток

Автор:

Константин Андреевич Волоцкий

врач-педиатр

v1.0

Тюмень
2026

Редакционные предупреждения

Медицинское предупреждение

Пособие предназначено для учебно-практической работы участкового педиатра с детьми первых 3 месяцев жизни. Оно не заменяет очный осмотр, клиническое мышление врача, действующие клинические рекомендации, приказы и локальные медицинские порядки.

Локальная маршрутизация

Конкретная маршрутизация пациента, уровень медицинской организации, вызов скорой медицинской помощи и оформление документации определяются действующими федеральными, региональными и локальными порядками.

Термины «срочно» и «экстренно» в пособии отражают клиническую необходимость не откладывать оценку и помощь и не заменяют действующие порядки оказания медицинской помощи.

Возрастная область применения

Пособие относится к ребёнку первых 3 месяцев жизни: 0-7 суток, 8-28 суток, 29-60 суток и 61-90 суток. Утверждения, применимые только к неонатальному периоду, не должны автоматически переноситься на 29-90 суток без отдельного источника.

Международные руководства

В отдельных разделах используются WHO/AAP/CDC/CPS/NICE/ESPGHAN/NASPGHAN или другие международные документы, если российский источник не закрывает вопрос достаточно полно. Такие документы не являются российским нормативным маршрутом и используются как доказательная клиническая опора с указанием области применимости.

Ограничения источников

Если в пособии отмечено ограничение источников, это означает, что раздел сознательно не заполнялся неподтверждёнными числами, бытовыми правилами или расширенными алгоритмами. Такие ограничения не являются разрешением игнорировать красные флаги.

Дата актуализации

Медицинская актуализация источников и финального текста подтверждена на 2026-10-12. Перед публикацией или клиническим использованием после этой даты требуется проверить, не изменились ли профильные клинические рекомендации, приказы и локальные маршруты.

Содержание

Редакционные предупреждения **2**

Медицинское предупреждение . . . 2

Локальная маршрутизация . . . 2

Возрастная область применения . . . 2

Международные руководства . . . 2

Ограничения источников . . . 2

Дата актуализации . . . 2

Содержание **3**

Введение **10**

0.1. Возрастные периоды: 0-7 дней, 8-28 дней, 29-90 дней . . . 10

0.2. Чем ребёнок первых 3 месяцев отличается от ребёнка старшего возраста . . . 11

0.3. Главные задачи участкового педиатра в этом возрасте . . . 11

0.4. Принцип оценки: норма -> пограничное состояние -> патология -> экстренная ситуация . . . 12

Ограничения источников для вводного блока . . . 13

I. Новорождённый: адаптация и уход **14**

1. Нормальный доношенный новорождённый . . . 14

2. Общие механизмы адаптации после рождения . . . 25

3. Физиологическая убыль массы тела . . . 27

4. Переходные изменения кожи . . . 28

5. Изменения головы после родов . . . 29

6. Половой криз . . . 30

7. Переходные состояния мочевыделительной системы . . . 31

8. Переходный стул . . . 31

9. Первый день ребёнка дома . . . 31

10. Уход за кожей . . . 32

11. Уход за пуповинным остатком и омфалит . . . 33

12. Гигиена 40
13. Прогулки и температурный режим 40
14. Безопасный сон 41
15. SIDS и SUID 41
16. Другие бытовые опасности 42
Что объяснить семье перед выпиской / на первом визите 43
Чего не делать 43
Ограничения источников 44
II. Вскармливание **46**
17. Физиология лактации 46
18. Организация грудного вскармливания 47
19. Как понять, хватает ли ребёнку молока 49
20. Недостаточная прибавка массы 51
21. Сцеживание и хранение молока 54
22. Смешанное и искусственное вскармливание 56
Красные флаги кормления 58
Ребёнок получает достаточно питания? 61
Чего не делать 61
Остаточные ограничения источников 61
III. Желтуха **63**
23. Билирубиновый обмен у новорождённого 63
24. Физиологическое повышение билирубина 63
25. Когда желтуха становится патологической 64
26. Обследование ребёнка с желтухой 66
27. Транскутанная билирубинометрия 67
28. Лабораторная диагностика 68
29. Фототерапия 68
30. Билирубиновая энцефалопатия 69

31. Когда нужна госпитализация . . . 69
Срочная госпитализация . . . 70
Можно продолжать амбулаторное наблюдение . . . 70
Алгоритм: «Ребёнок пожелтел» . . . 71
Что объяснить родителям . . . 72
Что требует дополнительного источника . . . 72

IV. ЖКТ: срыгивания, рвота, функциональные расстройства 74

Термины . . . 74
32. Срыгивания у здорового ребёнка . . . 74
33. Красные флаги при срыгиваниях и рвоте . . . 76
34. Гастроэзофагеальный рефлюкс . . . 77
35. ГЭРБ . . . 78
36. Пилоростеноз и другие органические причины рвоты . . . 79
37. Младенческие колики . . . 80
38. Младенческая дисхезия . . . 80
39. Функциональный запор . . . 81
Таблица дифференциальной диагностики . . . 82
Алгоритм: «Ребёнок срыгивает» . . . 84
Алгоритм: «Рвота» . . . 84
Что объяснить родителям . . . 84
Чего делать не нужно . . . 85

V. Неврологический статус и развитие 86

40. Неврологический статус новорождённого . . . 86
41. Безусловные рефлексы . . . 87
42. Развитие зрения . . . 88
43. Развитие слуха . . . 88
44. Двигательное развитие . . . 89
45. Формирование контроля головы . . . 89

46. Социальная улыбка . . . 90
47. Реакция на голос и лицо . . . 90
48. Развитие по месяцам . . . 91
49. Красные флаги развития . . . 93
наблюдение за развитием: практический принцип . . . 94
Быстрая оценка развития 0-3 месяцев . . . 95
Чего не делать . . . 95
Ограничения источников . . . 95
VI. Инфекция и лихорадка **97**
50. Особенности инфекции у ребёнка первых 3 месяцев . . . 97
51. Почему отсутствие температуры не исключает тяжёлую инфекцию . . . 98
52. Лихорадка 0-28 дней . . . 98
Когда новорождённому нужна срочная госпитализация . . . 101
Что спросить . . . 101
Что осмотреть . . . 102
Алгоритм: «Новорождённый с температурой / выглядит больным» . . . 102
Что объяснить родителям . . . 104
Чего делать не нужно . . . 104
Что требует дополнительного источника . . . 104
53. Лихорадка у ребёнка 29–90 суток . . . 104
54. Инфекция мочевых путей у ребёнка первых 3 месяцев жизни . . . 115
VII. Дыхание **125**
55. Нормальное дыхание младенца . . . 125
56. Периодическое дыхание . . . 125
57. Тахипноэ . . . 126
58. Апноэ . . . 126
Апноэ - красный флаг . . . 126
59. Втяжения грудной клетки . . . 127

60. Стонущее дыхание . . . 127
61. Цианоз . . . 127
62. Острый бронхиолит . . . 128
Младенец тяжело дышит . . . 134
Когда срочно обращаться . . . 135
Ограничения источников . . . 135
VIII. Патронаж, скрининги, профилактика **136**
63. Первый патронаж . . . 136
64. Чек-лист физикального осмотра . . . 140
65. Оценка питания . . . 143
66. Оценка мочеиспускания и стула . . . 143
67. Оценка физического развития . . . 144
68. Оценка условий ухода и сна . . . 145
69. Что обязательно объяснить родителям . . . 146
Итоговая тактика после патронажа . . . 148
Минимальная запись патронажа . . . 148
Первый патронаж: от входа до решения . . . 149
Что требует дополнительного источника . . . 149
70. Неонатальный скрининг . . . 150
71. Аудиологический скрининг . . . 151
72. Скрининг критических врождённых пороков сердца . . . 151
73. Вакцинация . . . 152
74. Витамин K . . . 153
75. Профилактические осмотры . . . 153
Основная таблица по возрастам . . . 155
Что проверить в выписке из роддома . . . 157
Если в выписке нет результата . . . 157
Что объяснить родителям . . . 157
Чего делать не нужно . . . 158

Что требует дополнительного источника . . . 158

IX. Красные флаги **159**

Категории срочности . . . 159

Возрастные рамки . . . 159

Основная таблица . . . 159

Признаки, требующие немедленной помощи . . . 164

Ребёнок выглядит больным: первичная оценка . . . 164

76. Общие красные флаги . . . 165

77. Температурные красные флаги . . . 167

78. Дыхательные красные флаги . . . 169

79. Сердечно-сосудистые красные флаги . . . 171

80. Желтуха . . . 173

81. Рвота . . . 175

82. Стул . . . 177

83. Мочеиспускание . . . 179

84. Обезвоживание . . . 181

85. Неврологические красные флаги . . . 183

86. Пупок и кожа . . . 185

87. Нарушение прибавки массы . . . 187

Что требует дополнительного источника . . . 189

X. Практические жалобные алгоритмы **190**

88. «Ребёнок плохо ест» . . . 194

89. «Ребёнок вялый» . . . 196

90. «Температура» . . . 198

91. «Ребёнок пожелтел» . . . 199

92. «Ребёнок срыгивает» . . . 202

93. «Рвота» . . . 204

94. «Ребёнок постоянно плачет» . . . 206

95. «Нет стула» . . . 208
96. «Ребёнок сильно тужится» . . . 211
97. «Жидкий стул» . . . 213
98. «Мало мочится» . . . 214
99. «Плохо набирает массу» . . . 216
100. «Тяжело дышит» . . . 218
101. «Посинел» . . . 219
102. «Проблема с пупком» . . . 221
Проверка ограничений . . . 223
103. «Сыпь» . . . 223
104. «Выбухает родничок» . . . 226
105. «Судороги / необычные движения» . . . 228
Ограничения источников этой главы . . . 230

XI. Приложения **232**

Приложение 1. Нормальные показатели 0-3 месяцев . . . 232
Приложение 2. Переходные состояния: норма vs патология . . . 235
Приложение 3. Красные флаги у ребёнка 0-28 дней . . . 237
Приложение 4. Красные флаги у ребёнка 29-90 дней . . . 241
Приложение 5. Чек-лист первого патронажа . . . 245
Приложение 6. Чек-лист осмотра ребёнка до 3 месяцев . . . 246
Приложение 7. Оценка грудного вскармливания . . . 247
Приложение 8. Срыгивание или рвота? . . . 248
Приложение 9. Новорождённый пожелтел . . . 250
Приложение 10. Лихорадка: алгоритм . . . 252
Приложение 11. Нормальное развитие по месяцам . . . 253
Приложение 12. Памятка родителям: безопасный сон . . . 255

Введение

Этот вводный блок задаёт клиническую логику пособия. Он не заменяет профильные главы и не вводит новые нормы, пороги или схемы лечения. Если источник относится только к периоду новорождённости, лихорадке, профилактическому осмотру или отдельной жалобе, его выводы используются только в этом контексте.

Для участкового педиатра ребёнок первых 3 месяцев жизни - это пациент, у которого возраст в днях меняет интерпретацию почти любого симптома. Поэтому первый шаг в пособии всегда один: определить точный возраст, затем выбрать источник и алгоритм, применимые именно к этому возрасту.

0.1. Возрастные периоды: 0-7 дней, 8-28 дней, 29-90 дней

Внутри первых 90 дней нельзя пользоваться одним неразделённым правилом "младенец до 3 месяцев". В источниках меняются предмет и возрастная область: S01 описывает здорового доношенного новорождённого и роддомово-поликлиническую передачу наблюдения, S04 относится к неонатальному сепсису первых 28 суток, S09 задаёт профилактические осмотры по месяцам, а S30 отдельно делит младенцы раннего возраста с лихорадкой на 0-28, 29-60 и 61-90 суток [S01; S04; S09; S30].

Возраст	Практический смысл	Что нельзя делать
0-7 дней	Первая неделя после рождения: врач сверяет данные выписки, адаптацию, кормление, массу, мочу и стул, желтуху, кожу, пуповинный остаток, скрининги и профилактику. Для нормы опора прежде всего на S01; для желтухи, пупка и питания нужны профильные источники [S01; S02; S27; S34; S35; S36].	Не объявлять "адаптацией" нарушение состояния, отказ от кормления, дыхательные нарушения, выраженную желтуху или воспаление пупка.
8-28 дней	Ребёнок всё ещё находится в периоде новорождённости. Для тяжёлой инфекции ключевой источник S04: неонатальный сепсис определяется в первые 28 суток жизни и может проявляться неспецифически [S04].	Не переносить на этот возраст успокаивающую логику старших детей: нормальный внешний вид или один нормальный показатель не отменяет оценку кормления, дыхания, температуры, перфузии и неврологического статуса.
29-60 дней	Ребёнок уже вне неонатального периода, но при лихорадке остаётся в группе младенцев раннего возраста. S30 выделяет 29-60 суток как отдельную ветку с более широким обследованием, чем у 61-90 суток [S30].	Не применять S04 как прямой алгоритм сепсиса для 29-60 суток; он остаётся источником о новорождённых.
61-90 дней	Это всё ещё возраст первых 3 месяцев, но не тот же риск-профиль, что у новорождённого. В S30 для младенцев с лихорадкой 61-90 суток указана отдельная ветка, минимум с оценкой мочи и возможным расширением обследования по логике 29-60 суток [S30].	Не объединять 29-60 и 61-90 суток там, где источник явно разводит эти группы.

В пособии возраст 29-90 суток используется как общий амбулаторный диапазон только там, где источник действительно охватывает весь диапазон. Если речь идёт о лихорадке, этот диапазон дополнительно делится на 29-60 и 61-90 суток по S30 [S30].

0.2. Чем ребёнок первых 3 месяцев отличается от ребёнка старшего возраста

Ребёнок первых 3 месяцев - не просто маленький ребёнок старшего возраста. У него меньше специфических жалоб, быстрее меняется состояние и выше цена пропуска тяжёлого процесса. S04 прямо описывает неонатальный сепсис как состояние с неспецифическими проявлениями: апноэ, летаргия, лабильность температуры, желтуха, проблемы со вскармливанием, изменения кожи и неврологические симптомы [S04]. S30 отдельно предупреждает, что даже младенцы с лихорадкой, которые при осмотре выглядят клинически благополучными, могут ухудшаться относительно быстро [S30].

Особенность этого возраста - зависимость клинического вывода от совокупности признаков. Кормление, масса, мочеиспускание, стул, желтуха, дыхание, температура, цвет кожи, активность и поведение оцениваются вместе, а не по одному изолированному признаку. Это следует из профильных источников по здоровому новорождённому, вскармливанию, лихорадке, сепсису, бронхиолиту, желтухе и функциональным ЖКТ-состояниям [S01; S02; S04; S12; S30; S33; S34; S35; S36].

Для этого возраста особенно важны три ограничения.

1. Нормальный вариант должен быть подтверждён контекстом: возрастом, состоянием ребёнка, кормлением, прибавкой, мочой/стулом и отсутствием красных флагов.
2. Пограничное состояние нельзя автоматически назвать нормой: если источник даёт только частичное покрытие, текст пособия должен прямо оставлять ограничение или направлять к профильной главе.
3. Срочные признаки оцениваются по возрастному источнику: у 0-28 суток это прежде всего неонатальные состояния, у 29-90 суток - отдельные алгоритмы, например алгоритм младенца с лихорадкой [S04; S30].

Нейроразвитие в 0-3 месяца также оценивается осторожно. CDC контрольные точки развития и AAP-подход к моторным задержкам помогают формулировать поводы для обсуждения и направления, но не превращают один навык в диагноз и не разрешают требовать 4-месячные навыки от ребёнка ровно в 3 месяца [S39; S42].

0.3. Главные задачи участкового педиатра в этом возрасте

Главная задача участкового педиатра - не "успокоить" или "направить всех", а разделить норму, наблюдаемое пограничное состояние, вероятную патологию и ситуацию, где ожидание опасно. Для этого врач сначала уточняет возраст и источник, затем оценивает ребёнка целиком.

Задача	Что делает врач	Основные источники
Уточнить возрастную группу	Разделяет 0-7, 8-28, 29-60 и 61-90 суток; не переносит правила только для неонатального периода на 29-90 суток.	S01, S04, S30
Проверить документы и профилактику	Сверяет выписку, неонатальные скрининги, профилактику, вакцинацию при рождении и план профилактических осмотров. S09 задаёт осмотры в периоде новорождённости, 1, 2 и 3 месяца [S09].	S01, S09
Оценить общее состояние	Смотрит активность, реакцию, крик, сонливость, контакт, цвет кожи, дыхание, перфузию, температуру и неврологические признаки.	S01, S04, S30, S33

Задача	Что делает врач	Основные источники
Оценить кормление и гидратацию	Уточняет вид вскармливания, технику, эффективность сосания, докорм, массу, мочу, стул, желтуху и признаки обезвоживания; не назначает докорм по одному плачу или одному субъективному признаку.	S34-S36
Проверить ключевые зоны риска	Желтуха, рвота/срыгивания, живот и стул, дыхание, пупок, кожа, неврологический статус, окружность головы и родничок оцениваются по профильным главам.	S02, S03, S12, S27, S28, S33, S41
Узнать, не требуется ли срочная маршрутизация	При подозрении на неонатальный сепсис, лихорадке с нарушенным общим состоянием, апноэ, центральном цианозе, судорогах, шоке, тяжёлой дыхательной недостаточности, неврологических признаках при желтухе или тяжёлом омфалите ожидание дома небезопасно.	S02, S04, S27, S30, S33, S43
Объяснить родителям план наблюдения	Формулирует, что наблюдать, когда повторно связаться с врачом, какие признаки требуют срочной помощи, и какие профилактические визиты/исследования уже запланированы.	S09, S30, S39, S42

Педиатрические задачи в этой главе сформулированы как клиническая навигация. Это не новый стандарт патронажа и не административный регламент: точный срок первого домашнего патронажа в текущем наборе источников не закрыт, а профилактические осмотры описываются по S09 [S09].

0.4. Принцип оценки: норма -> пограничное состояние -> патология -> экстренная ситуация

В пособии используется четырёхступенчатая модель оценки. Она нужна, чтобы не смешивать нормальные возрастные явления, ситуации для наблюдения, заболевания и состояния, где промедление опасно.

Уровень	Что означает	Как действует врач
Норма	Признак соответствует возрасту и источнику, ребёнок клинически благополучен, нет красных флагов, кормление/масса/моча/стул и общее состояние согласуются между собой.	Подтверждает нормальный контекст, даёт понятные ориентиры наблюдения и план профилактики.
Пограничное состояние	Признак может быть вариантом адаптации или ранним проявлением проблемы; источников недостаточно, чтобы безопасно назвать это нормой без наблюдения.	Повторно оценивает ребёнка, проверяет динамику, кормление, массу, диурез, желтуху, температуру и красные флаги; оставляет чёткие условия повторного контакта.
Патология	Признак соответствует профильному заболеванию, тревожному признаку или устойчивому отклонению, для которого есть клиническая глава или профильный источник.	Использует профильный раздел и не подменяет его общими советами: желтуха - S02, рвота/срыгивания - S03/S05/S26, сепсис новорождённых - S04, лихорадка 29-90 суток - S30, бронхиолит/дыхательная недостаточность - S33, омфалит - S27.
Экстренная ситуация	Есть риск быстрого ухудшения, органной недостаточности, тяжёлой инфекции, дыхательной недостаточности, шока, судорог или другого состояния, где ожидание дома опасно.	Не задерживает маршрутизацию подробными бытовыми рекомендациями; оценивает дыхание, кровообращение, сознание, температуру, кормление и возрастной контекст.

Эта модель является практическим синтезом источников, а не отдельной шкалой из одного документа. Поэтому в главах пособия она применяется с двумя правилами: сначала профильный источник, затем общий клинический синтез; сначала возрастная область источника, затем вывод для конкретного ребёнка.

Ограничения источников для вводного блока

- Нет единого современного источника, который полностью закрывает всю амбулаторную концепцию "ребёнок 0-3 месяцев" для участкового педиатра.
- Нет полного источника для всех нетемпературных экстренных состояний 29-90 суток; в пособии используются профильные главы и явные ограничения.
- Нет подтверждённого источника для точного срока первого домашнего патронажа; профилактические осмотры описываются по S09.
- Нормальные показатели температуры, ЧДД, ЧСС, SpO2, диуреза и стула не вводятся во введении как универсальная таблица норм; они остаются в профильных главах и приложениях.
- Не добавлены несогласованные утверждения о воде для купания, полном домашнем уходе, полном календаре вакцинации после рождения, BRUE/ALTE, полном алгоритме судорог 29-90 суток и полном маршруте нетемпературного нарушения общего состояния в 29-90 суток.

I. Новорождённый: адаптация и уход

1. Нормальный доношенный новорождённый

Эта глава описывает доношенного новорождённого в периоде новорождённости. Текст удерживается в пределах нормального осмотра и ранней адаптации; данные, относящиеся к детям старше периода новорождённости, в эту главу не включаются.

Для участкового педиатра это не формула "всё хорошо", а проверка соответствия ребёнка описанию здорового новорождённого: данные выписки, состояние, осмотр, кормление, мочеиспускание и стул должны согласовываться между собой.

1.1. Определение и критерии здорового новорождённого

По S01 здоровый новорождённый - это доношенный ребёнок, родившийся в удовлетворительном состоянии, без заболеваний и патологических состояний. Диагноз/состояние "здоровый новорождённый" выставляется ребёнку со спонтанным дыханием в течение первых 30 секунд после рождения, частотой сердечных сокращений более 100/мин, отсутствием видимых пороков развития, отсутствием отклонений при клиническом и необходимом лабораторно-инструментальном обследовании, а также без потребности в дополнительной медицинской помощи из-за изменения состояния в стационаре [S01].

На патронаже врач сверяет текущую картину с этим описанием: состояние удовлетворительное, реакция на осмотр соответствует гестационному возрасту, дыхание спокойное, живот мягкий, пуповинный остаток или пупочная ранка без особенностей, неврологический статус соответствует описанию нормального осмотра [S01]. Если появляется заболевание, патологическое состояние или потребность в дополнительной медицинской помощи из-за изменения состояния, ребёнок уже не относится к предмету этой главы [S01].

1.2. Гестационный возраст

В S01 слово "доношенный" входит в определение здорового новорождённого, но в проверенном фрагменте источника формальный диапазон гестационного возраста в неделях не найден [S01]. Поэтому в этой главе врач сверяет гестационный возраст по выписке и акушерским данным, а в тексте не вводится неподтверждённое числовое определение доношенности.

Практически гестационный возраст нужен для интерпретации осмотра: S01 требует, чтобы реакция на осмотр и спонтанная двигательная активность соответствовали гестационному возрасту, а антропометрия оценивалась по центильным таблицам международных стандартов роста [S01].

1.3. Масса, длина тела, окружность головы

S01 приводит ориентировочные нормативы параметров здорового доношенного новорождённого: масса тела 2300-4100 г, длина тела 45-53 см, окружность головы 31-36 см. Эти значения указаны не как абсолютные диагностические границы, а в связке с центильными таблицами международных стандартов роста Intergrowth21 [S01].

На осмотре врач не делает вывод по одному числу. Нужно сопоставить массу, длину тела, окружность головы, гестационный возраст, данные выписки, кормление и динамику после рождения. S01 позволяет использовать максимальную убыль массы менее 10% к выписке как критерий готовности к выписке, но не даёт полного амбулаторного графика восстановления массы в первые недели [S01].

1.4. Оценка соответствия физического развития гестационному возрасту

Нормальный осмотр требует сопоставить антропометрию, срок гестации, внешний вид, тонус, двигательную активность и данные выписки. Если параметры близки к краю ориентировочного диапазона S01, их нельзя автоматически трактовать как патологию: S01 прямо отсылает к центильным таблицам международных стандартов роста [S01].

Не соответствует картине здорового новорождённого ситуация, когда есть видимые пороки развития, патологические состояния, отклонения при обследовании или потребность в дополнительной медицинской помощи из-за изменения состояния [S01].

1.5. Внешний вид здорового новорождённого

При нормальном осмотре состояние удовлетворительное, ребёнок реагирует адекватно гестационному возрасту, грудная клетка правильной формы и симметрична, живот обычной формы и мягкий, пуповинный остаток или пупочная ранка без особенностей [S01].

Врач смотрит на ребёнка целиком: позу, реакцию на осмотр, симметрию движений, форму грудной клетки, живот, пупочную область, наружные половые органы и отсутствие видимых пороков развития. Обобщающие впечатления лучше уточнять через конкретные признаки S01: ребёнок соответствует или не соответствует описанию здорового новорождённого.

1.6. Поза и мышечный тонус

Для здорового новорождённого S01 описывает физиологическую флексорную, или эмбриональную, позу и удовлетворительный симметричный мышечный тонус [S01]. Этого достаточно для данной главы; сроки исчезновения физиологического гипертонуса за пределами периода новорождённости сюда не включаются.

При осмотре врач оценивает позу, симметрию тонуса и участие всех конечностей в движениях. Картина не соответствует здоровому осмотру, если тонус несимметричный, спонтанная двигательная активность не соответствует гестационному возрасту или выявляется патологическая неврологическая симптоматика [S01].

1.7. Характер крика

У здорового новорождённого крик громкий и эмоциональный [S01]. Это источник-описание нормы, а не диагностический алгоритм.

Врач может описать крик как часть общего осмотра: соответствует ли он нормальному описанию S01, возникает ли вместе с адекватной реакцией на осмотр. Если крик не громкий или не эмоциональный, это не доказывает конкретный диагноз, но уже не совпадает с описанием здорового новорождённого в S01.

1.8. Спонтанная двигательная активность

В норме спонтанная двигательная активность соответствует гестационному возрасту, движения симметричны, в них участвуют все конечности [S01].

Врач проверяет именно эти элементы: соответствие гестационному возрасту, симметрию, участие всех конечностей. Стойкая асимметрия движений, отсутствие участия конечности или патологическая неврологическая симптоматика не относятся к здоровому осмотру [S01].

1.9. Физиологические рефлексы новорождённого

S01 перечисляет как элементы нормального неврологического осмотра рефлексы Моро, верхний и нижний хватательный, поисковый, сосательный, автоматической ходьбы, Бабинского, Бабкина и ползания Бауэра [S01].

На практике врач оценивает рефлексы вместе с реакцией на осмотр, мышечным тонусом, симметрией движений и сосанием. Патологическая неврологическая симптоматика в описании здорового новорождённого отсутствует [S01].

1.10. Температура тела

Нормальный амбулаторный диапазон температуры тела для новорождённого в использованных источниках не найден. S01 указывает, что при температуре тела 36 °C у новорождённого повышается риск неблагоприятных последствий; в аудите источников это зафиксировано как порог гипотермии в контексте профилактики гипотермии и выписки [S01].

Это порог гипотермии, а не нижняя граница универсальной амбулаторной нормы температуры. Поэтому в таблице главы он указан только с ограничением.

1.11. ЧДД, ЧСС и особенности дыхания

S01 даёт для здорового новорождённого частоту дыхательных движений 30-60/мин, ритмичное дыхание, пуэрильное дыхание в лёгких, равномерное проведение во все отделы и отсутствие хрипов [S01].

> □□ Различия между источниками: S28 как учебный физиологический источник приводит ЧДД новорождённого 40-60/мин [S28]. Для практического текста этой главы используется диапазон S01 30-60/мин, потому что S01 является профильной клинической рекомендацией по здоровому новорождённому.

Частота сердечных сокращений у здорового новорождённого в покое по S01 - 110-160/мин, ритм правильный, тоны громкие и ясные, шумов и акцентов нет [S01]. Дополнительно S28 даёт возрастные учебные диапазоны ЧСС для периода новорождённости: 0-3 дня 120-140/мин, 3-7 дней 130-150/мин, 7-30 дней 140-160/мин [S28]. Значения за пределами периода новорождённости из этой главы исключены и должны использоваться в будущем приложении норм.

1.12. Кровообращение в период адаптации

Нормальная картина по S01: правильный сердечный ритм, ЧСС в покое 110-160/мин, громкие и ясные тоны сердца, отсутствие шумов и акцентов [S01]. В первые дни жизни врач также сверяет результаты скрининга критических врождённых пороков сердца, если они указаны в выписке.

Показатель SpO2 не используется здесь как универсальная домашняя норма здорового ребёнка. В S01 SpO2 не менее 95% и пре-/постдуктальная разница менее 3% относятся к скринингу критических ВПС у детей 36-48 часов жизни [S01].

1.13. Особенности кожи и подкожной клетчатки

В рамках нормального осмотра S01 описывает пуповинный остаток или пупочную ранку без особенностей [S01]. Для ухода S01 указывает, что пуповинный остаток высыхает и мумифицируется при воздействии воздуха, затем отпадает на первой-второй неделе жизни; плановая обработка антисептиками или дезинфицирующими средствами не требуется, при загрязнении культю пуповины следует промыть водой и осушить [S01].

Для кожи и бытового ухода S01 допускает купание в тёплой водопроводной воде, не рекомендует добавлять антисептики и настои трав, а шампуни, пенки и другие моющие средства предлагает использовать не чаще 1-2 раз в неделю [S01]. Подробные бытовые инструкции по коже, подгузникам и опрелостям относятся к отдельной главе ухода.

1.14. Голова, швы и роднички

S01 даёт ориентир окружности головы 31-36 см у здорового доношенного новорождённого и требует оценивать антропометрию по центильным таблицам международных стандартов роста [S01].

S28 описывает, что боковые роднички у доношенного новорождённого обычно закрыты; задний родничок может быть открыт примерно у 25% новорождённых и иметь размер до 1x1 см; передний родничок может быть до 3x3 см [S28]. Дальнейшие сроки закрытия родничков выходят за фокус этой главы и должны использоваться в разделах развития или приложении

норм.

1.15. Органы чувств

В главе нормы достаточно зафиксировать отсутствие видимых пороков развития и адекватную реакцию на осмотр, соответствующую гестационному возрасту [S01]. Подробная оценка зрения и слуха, включая скрининговые протоколы, относится к отдельным разделам.

На патронаже врач сверяет данные выписки и видимые особенности осмотра. Если есть видимый порок развития или реакция на осмотр не соответствует гестационному возрасту, это не совпадает с описанием здорового новорождённого в S01 [S01].

1.16. Живот и органы пищеварения

У здорового новорождённого живот обычной формы и мягкий; печень может выступать на 1 см или не пальпироваться, селезёнка не увеличена [S01]. Анус сформирован, свищей нет [S01].

Врач оценивает форму живота, мягкость, печень, селезёнку, сформированность ануса и наличие свищей. Если живот или органы пищеварения не совпадают с нормальным описанием S01, в этой главе достаточно указать, что ребёнок требует отдельной профильной оценки.

1.17. Мочеполовая система

Нормальная оценка включает правильно сформированные наружные половые органы и данные о мочеиспускании [S01].

Точные нормы диуреза и количества мочеиспусканий для амбулаторного новорождённого в эту главу не включены: имеющаяся в S28 таблица относится к более широкой возрастной группе и переносится в будущее приложение норм.

1.18. Наружные половые органы мальчика и девочки

По S01 наружные половые органы должны быть правильно сформированы: у девочек большие половые губы прикрывают малые, у мальчиков яички опущены [S01].

Врач описывает только наблюдаемое: сформированность наружных половых органов, соответствие описанию S01, данные выписки. Если наружные половые органы сформированы неправильно или у мальчика яички не опущены, это не соответствует нормальному осмотру S01; тактика и маршрутизация требуют отдельного источника.

1.19. Первое мочеиспускание

S28 указывает, что у нормально развитого плода при рождении обычно выделяется моча, но возможна задержка мочеиспускания до 12 часов; для первых 3 суток характерна транзиторная олигурия [S28].

Это физиологическое описание, а не готовый порог диагноза или госпитализации. Если мочеиспускание не укладывается в ожидаемую картину, врач описывает факт и оценивает ребёнка отдельно; в этой главе не задаётся неподтверждённый порог маршрутизации.

1.20. Меконий и становление стула

S28 описывает меконий в 1-2 сутки как густую вязкую тёмно-оливковую массу без запаха, общим количеством 60-200 г; с 3 дня появляется переходный стул [S28]. С 5 дня источник описывает становление стула с учётом типа вскармливания: при грудном вскармливании он золотисто-жёлтый, гомогенный, кашицеобразный, с кисловатым запахом; при искусственном вскармливании - пастообразный, светло-жёлтый или сероватый, с более неприятным запахом [S28].

Частоты стула по типу вскармливания относятся к более широкому возрастному описанию S28 и в этой редакции вынесены из главы новорождённого в будущее приложение норм. Врач в этой главе фиксирует раннее становление стула: был ли меконий, появился ли переходный стул, соответствует ли описание раннему возрасту и типу вскармливания.

Таблица 1. Нормальный осмотр новорождённого

Параметр	Норма	Что оценить врачу	Что настораживает
Общее состояние	Удовлетворительное, без заболеваний и патологических состояний [S01]	Состояние, реакцию на осмотр, данные выписки	Заболевание, патологическое состояние, потребность в дополнительной помощи из-за изменения состояния
Дыхание	Самостоятельное, спокойное; у новорождённого ЧДД 30-60/мин [S01]	Считать ЧДД в покое, слушать лёгкие, смотреть симметрию грудной клетки	Несоответствие диапазону S01, хрипы, неравномерное проведение дыхания
Сердце	Ритм правильный, ЧСС в покое 110-160/мин, тоны ясные, шумов и акцентов нет [S01]	ЧСС, ритм, тоны, наличие шумов и акцентов	Неправильный ритм, шумы, акценты
Неврологический статус	Реакция и двигательная активность соответствуют гестационному возрасту, тонус симметричный [S01]	Реакцию, тонус, симметрию, участие всех конечностей, рефлексы	Патологическая неврологическая симптоматика, асимметрия движений
Крик	Громкий, эмоциональный [S01]	Соответствует ли описанию S01	Не соответствует описанию S01
Живот	Обычной формы, мягкий; печень +1 см или не пальпируется, селезёнка не увеличена [S01]	Форму, мягкость, печень, селезёнку, анус	Не совпадает с нормальным описанием S01
Пупочная область	Пуповинный остаток/пупочная ранка без особенностей [S01]	Сухое ведение, загрязнение, необходимость промыть и осушить	Изменения, не соответствующие описанию "без особенностей"
Наружные половые органы	Сформированы правильно; у девочек большие губы прикрывают малые, у мальчиков яички опущены [S01]	Сформированность, соответствие описанию S01	Неправильное формирование или несоответствие описанию S01
Стул	Меконий в 1-2 сутки, переходный стул с 3 дня [S28]	Срок первого стула, раннее становление стула	Отсутствие ожидаемого раннего стула требует отдельной оценки
Мочеиспускание	Обычно с рождения; возможна задержка до 12 часов, первые 3 суток возможна транзиторная олигурия [S28]	Первое мочеиспускание, возраст в сутках, контекст состояния	Не укладывается в физиологическое описание S28

Таблица 2. Числовые показатели

Показатель	Возраст	Норма/ориентир	Источник	Ограничение
Самостоятельное дыхание после рождения	Первые секунды жизни	В течение 30 секунд	S01	Роддомовый критерий здорового новорождённого
ЧСС после рождения	Первые минуты жизни	Более 100/мин	S01	Роддомовый критерий первичной оценки
Оценка по Апгар	После рождения	На 1 и 5 минуте	S01	Не заменяет текущий клинический осмотр
Масса тела	Новорождённый	2300-4100 г	S01	Ориентир; оценивать по центильным таблицам международных стандартов роста и гестационному возрасту
Длина тела	Новорождённый	45-53 см	S01	Ориентир; не самостоятельная диагностическая граница
Окружность головы	Новорождённый	31-36 см	S01	Ориентир; оценивать по центильным таблицам и гестационному возрасту
Максимальная убыль массы к выписке	Новорождённый	Менее 10% от массы при рождении	S01	Критерий выписки, не полная амбулаторная шкала восстановления массы
Температура тела	Новорождённый	36 °C и ниже - порог гипотермии	S01	Не является нижней границей универсальной амбулаторной нормы
ЧДД	Новорождённый	30-60/мин	S01	Основной диапазон для практического текста главы

Показатель	Возраст	Норма/ориентир	Источник	Ограничение
ЧДД	Новорождённый	40-60/мин	S28	Учебный физиологический диапазон; отличается от S01
ЧСС в покое	Новорождённый	110-160/мин	S01	Роддомовый/неонатальный осмотр
ЧСС	0-3 дня	120-140/мин	S28	Учебная возрастная таблица
ЧСС	3-7 дней	130-150/мин	S28	Учебная возрастная таблица
ЧСС	7-30 дней	140-160/мин	S28	Учебная возрастная таблица; относится к периоду новорождённости
SpO2 при скрининге критических ВПС	36-48 часов жизни	Не менее 95%, пре-/постдуктальная разница менее 3%	S01	Только скрининг критических ВПС; не универсальная домашняя норма
Задний родничок	Новорождённый	Может быть открыт у 25%, до 1x1 см	S28	Учебный ориентир; без сроков закрытия за пределами главы
Передний родничок	Новорождённый	До 3x3 см	S28	Учебный ориентир; сроки закрытия вынесены из главы
Мочеиспускание	Первые сутки	Возможна задержка до 12 часов	S28	Физиологическое описание, не самостоятельный порог маршрутизации
Транзиторная олигурия	Первые 3 суток	Возможна как переходное состояние	S28	Не заменяет клиническую оценку при жалобе
Меконий	1-2 сутки	Тёмно-оливковый, вязкий, без запаха; 60-200 г	S28	Ориентир раннего стула

Показатель	Возраст	Норма/ориентир	Источник	Ограничение
Переходный стул	С 3 дня	Переходный характер стула	S28	Оценивать вместе с кормлением и общим состоянием
Зрелый стул по типу вскармливания	С 5 дня	ГВ: золотисто-жёлтый, гомогенный, кашицеобразный; ИВ: пастообразный, светло-жёлтый/сероватый	S28	Частота стула вынесена в будущее приложение норм
Моющие средства	Новорождённый	Не чаще 1-2 раз в неделю	S01	Фон ухода; не раздел лечения кожных проблем

Что не соответствует картине здорового новорождённого

Общее состояние

Не соответствует норме появление заболевания или патологического состояния, отклонения при клиническом/лабораторно-инструментальном обследовании, потребность в дополнительной медицинской помощи из-за изменения состояния, отсутствие активного сосания и усвоения питания к моменту выписки [S01].

Кожа

Кожа и пупочная область не соответствуют картине нормы, если пуповинный остаток или пупочная ранка уже не могут быть описаны как "без особенностей", либо если требуется оценка состояния вне обычного сухого ведения пуповинного остатка [S01].

Дыхание

Не соответствует нормальному осмотру ЧДД вне диапазона 30-60/мин у новорождённого, отсутствие ритмичного дыхания, хрипы или неравномерное проведение дыхания в лёгких [S01].

Сердечно-сосудистая система

Не соответствует нормальному описанию неправильный ритм, ЧСС вне диапазона 110-160/мин в покое, шумы или акценты. Критерии SpO2 применимы только в контексте скрининга критических ВПС в 36-48 часов жизни [S01].

Неврологический статус

Не соответствует норме реакция на осмотр или спонтанная двигательная активность, не соответствующая гестационному возрасту, асимметрия движений, отсутствие участия всех конечностей, несимметричный тонус или патологическая неврологическая симптоматика [S01].

Живот

Не соответствует нормальному описанию живот, который нельзя описать как обычной формы и мягкий, увеличение селезёнки, отсутствие сформированного ануса или наличие свищей [S01]. Подробные жалобы со стороны пищеварения не разбираются здесь как алгоритм; они должны оцениваться в профильных разделах.

Мочеиспускание

S28 описывает возможную задержку первого мочеиспускания до 12 часов и транзиторную олигурию первых 3 суток [S28]. Если картина не укладывается в это физиологическое описание, она требует отдельной клинической оценки; эта глава не задаёт неподтверждённый порог диагноза или госпитализации.

Стул

Не соответствует ожидаемому раннему становлению стула отсутствие мекония в 1-2 сутки или переходного стула с 3 дня по описанию S28 [S28]. Другие жалобы на стул не превращаются здесь в диагностический алгоритм и должны оцениваться в профильных разделах.

Что требует дополнительного источника

- Формальное числовое определение доношенности в неделях гестации.
- Нормальный амбулаторный диапазон температуры тела у новорождённого.
- Современные сроки восстановления массы после рождения и амбулаторные пороги патологической динамики массы.
- Точные амбулаторные нормы диуреза и количества мочеиспусканий именно для периода новорождённости.

• Частота стула по типу вскармливания для итогового приложения норм.

Источники

• [S01] Клинические рекомендации «Здоровый новорожденный, рожденный в условиях стационара», 2025.
• [S28] Учебник РНИМУ «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка», 2026.

Эта глава отвечает на практический вопрос участкового педиатра: какие изменения у ребёнка первых дней и недель жизни можно объяснить как адаптацию, а где нужна оценка, срочная маршрутизация или обращение к профильной главе.

Глава не заменяет алгоритмы жалоб и не переписывает раздел 11 по пуповинному остатку. Если речь идёт о пупке, используется отдельная глава: соответствующий раздел пособия.

Основная рамка: доброкачественное переходное состояние допустимо наблюдать только у ребёнка с хорошим общим состоянием, адекватным кормлением, понятной динамикой массы, мочеиспускания и стула, без дыхательных, температурных, неврологических и инфекционных красных флагов.

2. Общие механизмы адаптации после рождения

После рождения ребёнок переходит от внутриутробной среды к самостоятельному дыханию, самостоятельной терморегуляции, энтеральному питанию, изменённому кровообращению, становлению диуреза, стула и билирубинового обмена. Для участкового врача важны не детали фетальной физиологии, а то, как эти процессы выглядят при осмотре и где проходит граница безопасности.

2.1. Переход к лёгочному дыханию

После рождения дыхание становится самостоятельным. У здорового новорождённого при осмотре S01 указывает ритмичное дыхание с частотой 30-60 дыхательных движений в минуту, равномерное проведение дыхания и отсутствие хрипов [S01].

Что наблюдает врач:

• цвет кожи и слизистых;
• частоту и ритм дыхания;
• втяжения грудной клетки, стонущее дыхание, апноэ;
• способность сосать без выраженной одышки;
• связь дыхательных изменений с кормлением, плачем, сном.

Нормальная адаптация не должна выглядеть как стойкая дыхательная недостаточность. Если есть центральный цианоз, выраженные втяжения, стон, апноэ, резкое учащение дыхания, плохое сосание на фоне дыхательных усилий или сатурационные нарушения, это уже не бытовая адаптация; ребёнка нужно оценивать по дыхательным и общим красным флагам, а не успокаивать семью словами "так бывает".

2.2. Перестройка кровообращения

Перестройка кровообращения после рождения физиологична, но амбулаторно её нельзя оценивать только по тому, что ребёнок "розовый". Врач смотрит цвет кожи, периферическую перфузию, пульсацию, шумы, переносимость кормления и результаты скрининга критических врождённых пороков сердца.

S01 описывает скрининг критических и цианотичных ВПС в 36-48 часов жизни. Ребёнок должен быть сыт и согрет, находиться в спокойном бодрствовании или сне; оцениваются цвет кожи и слизистых, периферическая пульсация, пре- и постдуктальная пульсоксиметрия на правой руке и ноге, при необходимости - систолическое АД [S01]. В алгоритме S01 скрининг считается пройденным при розовом цвете, симметричной удовлетворительной периферической пульсации, SpO2 95% и более и разнице пре- и постдуктального SpO2

менее 3% [S01].

Эти цифры нельзя переносить как универсальную домашнюю норму SpO2 для любого младенца. Это критерии скрининга критических ВПС в конкретном возрасте и условиях [S01].

Если скрининг не выполнен, не пройден или в выписке нет данных, участковый врач не должен закрывать вопрос обычным осмотром. Нужно уточнить результат и организовать дальнейшую оценку по действующему маршруту. При центральном цианозе, плохой перфузии, шоке, выраженной одышке, отказе от питания или ухудшении состояния нужна срочная маршрутизация.

2.3. Водно-электролитная адаптация

В первые дни жизни у ребёнка меняется водный баланс: часть первоначальной убыли массы связана с физиологическим диурезом внеклеточной жидкости и отхождением мекония [S35]. Поэтому массу нельзя оценивать отдельно от кормления, мочи, стула, желтухи и общего состояния.

Врач оценивает:

- динамику массы от рождения и от выписки;
- эффективность кормления;
- количество и характер мочеиспусканий;
- переход стула от мекония к последующему стулу;
- слизистые, тургор, родничок, активность;
- наличие желтухи или лихорадки.

В этой главе не приводятся домашние нормы жидкости в мл/кг и не даются советы по допаиванию "на всякий случай". При подозрении на обезвоживание, плохой перенос питания, нарастающую желтуху или выраженную убыль массы нужен клинический осмотр и оценка вскармливания.

2.4. Терморегуляция

Новорождённый быстро теряет тепло после рождения. S01 подчёркивает, что испарение с поверхности кожи снижает температуру тела в течение секунд после рождения, а задача медицинской команды - предотвратить дальнейшее снижение температуры [S01].

Дома врач объясняет семье не "идеальную температуру комнаты", а принципы:

- не допускать переохлаждения после купания, прогулки, переодевания;
- не перегревать ребёнка слоями одежды, одеялами, закрытой головой во сне;
- оценивать ребёнка, а не только термометр в комнате;
- разделять температуру тела и температуру воздуха.

S45 относит перегрев и покрытие головы во время сна к факторам, которых следует избегать в профилактике sleep-related deaths [S45]. S58 и S59 дают принципы защиты от холода и жары, но не задают универсального российского расписания прогулок или комнатной температуры для всех детей [S58; S59].

2.5. Адаптация ЖКТ

Становление питания и стула начинается сразу после рождения. По S28 в 1-2-е сутки стул представлен меконием, с 3-го дня появляется переходный стул, а с 5-го дня характер стула зависит от типа вскармливания [S28].

Педиатр оценивает ЖКТ-адаптацию вместе с кормлением, массой, животом, рвотой, мочой и общим состоянием. Отхождение мекония и изменение стула не должны сопровождаться вздутием живота, желчной рвотой, выраженной вялостью, отказом от питания или признаками обезвоживания.

2.6. Микробиота

После рождения происходит заселение кожи, кишечника и слизистых микроорганизмами. В этой версии пособия микробиота описывается только как общий фон адаптации. Доступные источники не позволяют использовать этот раздел для утверждений о назначении пробиотиков, "укреплении иммунитета" или коррекции микробиоты у здорового ребёнка.

[ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА ДЛЯ РАЗВЁРНУТОГО РАЗДЕЛА О МИКРОБИОТЕ]

2.7. Билирубиновый обмен

Желтуха - клиническое проявление повышения билирубина с желтым окрашиванием кожи и/или склер [S02]. По S02 желтуха встречается более чем у 60% доношенных и более чем у 80% поздних недоношенных новорождённых [S02].

При этом "часто встречается" не означает "всегда безопасно". S02 связывает тактику с временем появления, нарастанием, рисками, билирубиновыми показателями и состоянием ребёнка [S02]. Желтуха на фоне кефалогематомы, кровоподтёков, кровотечений, недостаточного потребления молока, прогрессивного снижения гемоглобина или изменений неврологического статуса требует не бытового наблюдения, а оценки по профильной главе о неонатальной желтухе [S02].

3. Физиологическая убыль массы тела

Физиологическая убыль массы - это не самостоятельный диагноз и не разрешение ничего не делать. Это динамический показатель адаптации, который интерпретируется вместе с кормлением, мочой, стулом, желтухой и осмотром.

S01 использует максимальную убыль массы менее 10% как один из критериев готовности к выписке вместе с активным сосанием, усвоением питания и нормальной температурой тела [S01]. Это не означает, что "до 10% всегда норма" в любой день и при любом ребёнке.

S34, ссылаясь на почасовые номограммы, указывает, что первоначальная потеря массы у здоровых новорождённых не должна превышать 75-й центиль: ориентировочно 5-6% через одни сутки, 7-8% через двое суток, 9-10% через трое суток и более [S34]. Эти проценты - повод смотреть динамику и контекст, а не механически назначать докорм.

ABM Protocol #3 указывает, что потеря массы 8-10% на 5-е сутки жизни, то есть 120 часов и позже, или потеря выше 75-го перцентиля для возраста требует внимательной оценки и, возможно, помощи с грудным вскармливанием. При этом сам диапазон 8-10% может оставаться в пределах нормы, если остальное благополучно, а решение о докорме требует полноценной оценки до автоматического назначения [S35].

ABM Protocol #2 формулирует для доношенного новорождённого: чрезмерная потеря массы, например выше 75-го перцентиля по Newborn Early Weight Loss Tool или более 10% массы при рождении, а также менее одного мочеиспускания и стула за сутки жизни должны побудить к тщательной оценке грудного вскармливания [S36].

Восстановление массы тела также оценивается в динамике. S34 указывает среднее восстановление к 8-м суткам и нежелательность затягивания более 10-14 дней [S34]. S36 указывает, что многие, но не все, новорождённые восстанавливают массу рождения в течение 7-14 дней; у части детей, особенно после кесарева сечения, это может занять более 14 дней [S36].

Что делать участковому педиатру

1. Сверить массу при рождении, минимальную массу, массу при выписке и текущую массу.
2. Узнать возраст в часах или сутках, способ родоразрешения, тип вскармливания, частоту и эффективность кормлений.

3. Оценить мочу, стул, желтуху, активность, слизистые, тургор, родничок.
4. Не считать процент убыли единственным решением. Процент - триггер оценки, а не диагноз.
5. При неблагополучном осмотре, плохом сосании, вялости, признаках обезвоживания, нарастающей желтухе или чрезмерной убыли массы действовать по главам о вскармливании, желтухе и красных флагах.

4. Переходные изменения кожи

Переходные кожные состояния можно описывать семье только после оценки общего состояния ребёнка. У ребёнка 0-3 месяцев с лихорадкой, гипотермией, вялостью, плохим кормлением, быстро распространяющейся сыпью, пузырями, гноем или болезненностью сыпь не считается "просто младенческой".

4.1. Простая эритема и изменение окраски кожи

Покраснение кожи, мраморность, акроцианоз после плача, охлаждения или переодевания могут встречаться при адаптации, но врач оценивает ребёнка целиком: температуру тела, дыхание, перфузию, питание и неврологический статус. Генерализованная бледность, серость, центральный цианоз или пятнистость на фоне плохого состояния требуют срочной оценки, а не наблюдения дома [S01; S04].

4.2. Токсическая эритема новорождённых

Токсическая эритема новорождённых - распространённое доброкачественное высыпание у новорождённых; DermNet описывает его как частую и доброкачественную неонатальную сыпь [S49]. При хорошем общем состоянии лечение обычно не требуется; задача врача - распознать типичную картину и убедиться, что нет инфекции, пузырей, гноя, лихорадки или ухудшения состояния.

4.3. Шелушение кожи

Шелушение в первые дни и недели может быть вариантом адаптации кожи. Тактика - щадящий уход, мягкое очищение и избегание агрессивных средств. S48 поддерживает мягкие средства очищения и уход за кожным барьером; S01 рекомендует купание в тёплой водопроводной воде без антисептиков, дезинфицирующих средств и настоев трав [S01; S48].

Если шелушение сопровождается мокнутием, трещинами, распространённым воспалением, болезненностью, пузырями, гноем или нарушением общего состояния, это не закрывается разделом о переходных состояниях.

4.4. Милии

Милии - мелкие белые кисты/папулы, часто на лице. DermNet указывает, что milia встречаются примерно у 40-50% новорождённых и обычно проходят самостоятельно [S49]. Их не нужно выдавливать, прокалывать, подсушивать спиртом или лечить антибактериальными мазями без показаний.

4.5. Неонатальное акне / неонатальный цефалический пустулёз

DermNet рассматривает neonatal cephalic pustulosis как вариант неонатального акне с папулами и пустулами на лице и верхней части грудной клетки [S49]. Этот раздел не даёт схемы лечения. Если ребёнок благополучен, сыпь ограниченная и типичная, врач может объяснить доброкачественный характер и наблюдение. Если элементы выглядят как распространённые пустулы, пузыри, есть гной, болезненность, лихорадка или плохое состояние, нужна оценка на инфекцию.

4.6. Потница

Потница связана с перегревом и закупоркой потовых протоков; DermNet относит miliaria к частым неонатальным кожным состояниям [S49]. Практическая тактика - убрать перегрев, подобрать одежду и среду, не закрывать ребёнка лишними слоями. Если сыпь быстро распространяется, инфицируется, появляется гной или ухудшается состояние, это уже не бытовая потница.

□ КРАСНЫЕ ФЛАГИ ПРИ СЫПИ У РЕБЁНКА 0-3 МЕСЯЦЕВ
- лихорадка или гипотермия;
- вялость, плохое сосание, отказ от питания;
- боль, выраженное беспокойство при касании;
- быстрое распространение покраснения;
- пузыри, гной, мокнутие с воспалением;
- выраженная припухлость, инфильтрация кожи;
- признаки токсикоза, шока или нарушения перфузии;
- сочетание с дыхательными, неврологическими или температурными красными флагами [S04; S27; S49].

5. Изменения головы после родов

После родов врач часто видит изменение формы головы или припухлость мягких тканей. Главная задача - отличить доброкачественные варианты от кровоизлияния с риском кровопотери и шока.

5.1. Молдинг / конфигурация головы

Молдинг - временное изменение формы головы после прохождения через родовые пути. Он не должен сопровождаться нарастающей диффузной припухлостью, бледностью, тахикардией, нарушением сознания или ухудшением состояния. Если форма головы меняется быстро или ребёнок выглядит больным, это уже не "голова после родов".

5.2. Родовая опухоль и кефалогематома

Признак	Родовая опухоль / caput succedaneum	Кефалогематома
Где находится	Отёк мягких тканей волосистой части головы	Кровоизлияние под надкостницу
Линии швов	Может переходить через швы	Ограничена одной костью, не переходит через швы
Время появления	Часто заметна сразу после родов	Может становиться заметнее после рождения
Динамика	Обычно уменьшается самостоятельно	Рассасывается медленнее
Главный риск	Обычно доброкачественная припухлость	Может повышать риск желтухи; при значительном объёме нужна оценка анемии/кровопотери
Источник	S50, "Caput succedaneum"; S53, "Head shape/caput"	S50, "Cephalhematoma"; S53, "Cephalohematoma"; S02, с. 12

Кефалогематому не нужно пунктировать или "разминать" в рамках домашнего ухода. В этой главе нет рекомендаций по процедурам: врач оценивает размер, динамику, кожу, желтуху и общее состояние.

5.3. Субгалеальное кровоизлияние

Субгалеальное кровоизлияние - редкое, но потенциально жизнеугрожающее состояние, потому что кровь может распространяться в большом подапоневротическом пространстве. S50 описывает его как кровоизлияние, требующее поддерживающего лечения с инфузией физиологического раствора и эритроцитарной массы при необходимости [S50]. S51 подчёркивает риск после вакуум-экстракции или щипцов и необходимость активного наблюдения [S51].

□ ЭКСТРЕННЫЕ ПРИЗНАКИ СО СТОРОНЫ ГОЛОВЫ
- диффузная мягкая припухлость волосистой части головы, которая нарастает;
- припухлость, переходящая через швы и распространяющаяся зависимо;
- бледность, тахикардия, плохая перфузия, признаки шока;
- вялость, ухудшение сосания, изменение сознания;
- ухудшение после вакуум-экстракции или наложения щипцов;
- быстрое увеличение окружности головы или клиническое ухудшение [S50; S51].

При подозрении на субгалеальное кровоизлияние ребёнок не остаётся на домашнем наблюдении.

6. Половой криз

Половой криз связан с гормональным влиянием конца беременности и раннего неонатального периода. Эти проявления можно считать физиологическими только у ребёнка с хорошим общим состоянием и без воспалительных признаков.

6.1. Нагрубание молочных желез

У мальчиков и девочек может быть увеличение молочных желёз. Seattle Children's описывает swollen breasts/breast buds у новорождённых как частый вариант внешнего вида [S53]. Врач объясняет семье, что грудь нельзя массировать, греть, давить или "расцеживать".

6.2. Выделения из молочных желёз

Небольшие выделения из сосков у новорождённого могут быть физиологическими. Seattle Children's отдельно предупреждает не выдавливать выделения и не массировать область [S53].

Красные флаги: покраснение кожи, болезненность, выраженная асимметрия с воспалением, гной, лихорадка, ухудшение общего состояния.

6.3. Влагалищные выделения и псевдоменструация

У девочки возможны белые или слизистые влагалищные выделения. Seattle Children's также указывает, что у новорождённых девочек может быть небольшое кровянистое или розовое отделяемое, которое не должно длиться более 3-4 дней [S53].

Обильное кровотечение, нарастание, неприятный запах, гной, травма, ухудшение состояния или длительность за пределами описанного источником требуют очного осмотра.

6.4. Отёк наружных половых органов

Отёк наружных половых органов может быть вариантом послеродовой адаптации [S53]. Но эта формулировка не исключает паховую грыжу, инфекцию, травму или аномалии развития. Если есть асимметричное выбухание, боль, изменение цвета кожи, невозможность вправления припухлости, лихорадка, нарушение мочеиспускания или сомнение в строении наружных половых органов, ребёнка нужно осмотреть очно.

7. Переходные состояния мочевыделительной системы

7.1. Первое мочеиспускание и становление диуреза

S28 указывает, что у нормально развитого плода при рождении обычно выделяется моча; после этого возможна задержка мочеиспускания на 12 часов, а первые трое суток жизни для новорождённых характерна транзиторная олигурия [S28].

Это не означает, что отсутствие мочи можно игнорировать. Участковый педиатр оценивает возраст ребёнка, кормление, массу, желтуху, стул, слизистые, тургор, родничок и общее состояние. S36 использует менее одного мочеиспускания и стула за сутки жизни как повод к тщательной оценке грудного вскармливания у доношенного новорождённого [S36].

7.2. Ураты и "кирпичная пыль"

S28 описывает мочекислый "инфаркт почек" на первой неделе, чаще на 3-5-й день жизни: моча может быть мутноватой, красновато-кирпичного цвета и оставлять пятна на пелёнке [S28]. S28 также указывает, что на первой неделе моча может иметь розоватый оттенок из-за уратов и давать "кирпичную пыль" [S28]. HealthyChildren.org описывает розовое или кирпично-красное пятно в подгузнике в первую неделю как часто ошибочно принимаемое за кровь [S52].

Ураты не позволяют надёжно "на глаз" исключить кровь. Если окрашивание сохраняется, появляется истинная кровь, ребёнок вялый, плохо ест, мало мочится, теряет массу, есть лихорадка, обезвоживание или боль, нужна очная оценка.

8. Переходный стул

S28 описывает возрастную динамику стула: 1-2-е сутки - меконий, густая вязкая масса тёмно-оливкового цвета без запаха; с 3-го дня - переходный стул; с 5-го дня характер стула зависит от типа вскармливания [S28].

У ребёнка на грудном вскармливании стул часто мягкий, кашицеобразный, жёлтый, с кисловатым запахом; S28 указывает частоту в первом полугодии до 5 раз в сутки [S28]. На искусственном вскармливании стул может быть более плотным и иметь другой цвет и запах. S34 отдельно отмечает, что зелёный цвет стула при нормальной консистенции и отсутствии слизи сам по себе не служит показанием для замены смеси [S34].

HealthyChildren.org подчёркивает вариабельность стула и то, что после 3-6 недель у части детей на грудном вскармливании стул может быть значительно реже, вплоть до одного раза в неделю, оставаясь вариантом нормы при хорошем самочувствии, кормлении и прибавке [S52].

Задержка отхождения мекония требует оценки в клиническом контексте. В этой главе не ставятся хирургические диагнозы и не строится алгоритм "нет стула"; при вздутии живота, желчной рвоте, плохом кормлении, вялости, крови в стуле, обезвоживании или задержке мекония ребёнок идёт по профильным разделам.

9. Первый день ребёнка дома

Первый день дома - это не "проверить, спит ли ребёнок". Это сверка выписки, состояния и условий ухода.

WHO S46 рассматривает постнатальный уход как сочетание наблюдения, консультирования семьи и распознавания опасных признаков у новорождённого; для этой главы S46 используется именно как международная рамка postnatal care, а не как российский норматив патронажа [S46].

Практический чек-лист

1. Документы: выписка, масса при рождении и выписке, максимальная убыль, скрининги, вакцинация, витамин K, особенности родов [S01].
2. Кормление: грудь/смесь/смешанное, частота кормлений, эффективность сосания, срыгивания, трудности прикладывания.
3. Масса: день жизни, динамика, процент убыли и план контроля.
4. Моча: были ли мочеиспускания, есть ли уратные пятна, нет ли стойкого отсутствия мочи [S28; S52].
5. Стул: был ли меконий, меняется ли стул по возрасту, нет ли крови, вздутия, желчной рвоты [S28].
6. Желтуха: когда появилась, нарастает ли, есть ли факторы риска; при сомнении - профильная глава VI [S02].
7. Температура и дыхание: нет ли лихорадки/гипотермии, втяжений, стона, апноэ, цианоза.
8. Кожа и голова: нет ли красных флагов сыпи, нарастающей припухлости головы, признаков кровопотери.
9. Пупок: не переписывать здесь; свериться с отдельной главой 11.
10. Сон и безопасность: место сна, положение на спине, отсутствие мягких предметов, отсутствие курения/никотина, автокресло, купание, падения [S45; S54; S55; S57].
11. Контакт: родители знают, куда обращаться днём, ночью и при экстренной ситуации.

10. Уход за кожей

10.1. Купание

S01 рекомендует купать ребёнка в тёплой водопроводной воде, не добавляя антисептики, дезинфицирующие средства и настои трав [S01]. S01 не даёт числовую температуру воды для ванны. S48 приводит стационарный ориентир 37-37,5 °C для первого купания/ухода за новорождённым, но это не российская домашняя норма для всех ситуаций; поэтому в этой главе не вводится универсальный диапазон "36-37 °C" или иной бытовой норматив [S48].

Практически: вода должна быть тёплой и проверенной взрослым до контакта с кожей ребёнка; ребёнка нельзя оставлять одного в воде. S55 указывает, что младенца нельзя оставлять одного в ванне даже на мгновение, а для профилактики ожогов AAP рекомендует ограничить самую горячую воду из крана 120 °F; это значение относится к водонагревателю/крану, а не к норме температуры ванны [S55].

10.2. Моющие средства

S01 допускает шампуни, пену для ванн и другие моющие средства не более 1-2 раз в неделю [S01]. S48 поддерживает мягкое очищение и использование щадящих очищающих средств, когда они нужны [S48]. У здорового новорождённого не требуется ежедневное использование мыла, антисептиков, травяных настоев, спиртовых растворов или дезинфицирующих средств.

10.3. Складки и сухость кожи

Складки осматривают и мягко очищают, затем кожу аккуратно высушивают. Если кожа сухая или раздражённая, источник уровня RCH допускает эмоленты для поддержки кожного барьера, но это не превращается в обязательную универсальную рекомендацию всем детям [S48].

10.4. Подгузники и зона подгузника

S01 рекомендует менять подгузник при наполнении, сразу после дефекации и организовывать воздушные ванны в течение дня [S01]. RCH указывает, что область подгузника нужно оценивать при смене подгузника для раннего выявления раздражения и кандидозной инфекции; при раздражении важны щадящее очищение, высушивание и барьерная защита [S48].

Эта глава не даёт схем лечения кандидозного или выраженного пелёночного дерматита.

11. Уход за пуповинным остатком и омфалит

Эта глава отвечает на практический вопрос участкового педиатра: перед врачом нормальное заживление пуповинного остатка, фунгус/гранулёма или начало пупочной инфекции. Основные источники: S01 "Здоровый новорождённый, рождённый в условиях стационара", 2025; S27 "Омфалит у новорождённых", 2026.

Главная граница раздела: здоровый пуповинный остаток требует сухого чистого ведения, а признаки омфалита требуют маршрутизации как инфекционного процесса. S16 в этой главе не используется, потому что его бытовые рекомендации по обработке пупочной ранки противоречат более современным S01 и S27.

11.1. Нормальная мумификация

В норме пуповинный остаток высыхает и мумифицируется при воздействии воздуха. По S01 это естественный процесс: остаток высыхает, меняет вид, затем отпадает; для ухода не нужно создавать стерильные условия [S01].

S27 описывает тот же принцип профилактики омфалита: пуповинный остаток достаточно содержать сухим и чистым, защищать от загрязнения мочой и калом и от травмирования [S27].

Нормальное заживление не должно сопровождаться отёком, инфильтрацией, гнойным отделяемым, распространением покраснения на кожу живота, лихорадкой, отказом от питания или ухудшением общего состояния. Эти признаки уже относятся к подозрению на омфалит или генерализацию процесса [S27].

11.2. Сроки отпадения

S01 указывает, что пуповинный остаток отпадает на первой-второй неделе жизни [S01]. S27 формулирует близко: естественная мумификация и самостоятельное отделение происходят в течение 2 недель, а окончательная эпителизация пупочной ранки - в течение 3-4 недель после рождения [S27].

Эти сроки не нужно превращать в автоматическую границу патологии. Если остаток ещё не отпал, врач оценивает не только календарный день, но и вид пупочной области: сухой ли остаток, есть ли гной, запах, отёк, инфильтрация, кровотечение, признаки воспаления или ухудшение состояния [S27].

Если есть омфалит и задержка отделения пуповинного остатка, S27 требует исключать врождённые аномалии: открытый урахус, омфаломезентериальный проток, урахальную кисту и другие состояния, которые могут имитировать инфекцию или давать постоянное отделяемое из пупка [S27].

11.3. Сухое ведение

Сухое ведение - это не "ничего не смотреть", а чистое и нетравматичное ведение пуповинного остатка без плановой профилактической обработки антисептиками. S01 прямо указывает, что не следует обрабатывать пуповинный остаток антисептиками и дезинфицирующими средствами; при загрязнении культю пуповины следует промыть водой и осушить чистой пелёнкой или марлевой салфеткой [S01].

S27 повторяет профилактический принцип: стерильные условия не нужны, достаточно держать остаток сухим и чистым; при загрязнении мочой или калом пуповинный остаток и кожу вокруг пупочного кольца нужно промыть водой с жидким мылом, используемым в отделении, и осушить чистой марлевой салфеткой [S27].

Важно разделять профилактику и лечение. Для здорового пуповинного остатка профилактическая обработка антисептиками не требуется [S01; S27]. При установленном омфалите S27 уже описывает лечение пупочной ранки с применением антисептика в медицинском контексте; это не является основанием для домашней профилактической обработки здорового остатка [S27].

11.4. Можно ли мочить пуповинный остаток или пупочную ранку

S01 рекомендует купать ребёнка в тёплой водопроводной воде, не добавляя антисептики, дезинфицирующие средства и настои трав [S01]. S01 не даёт числовую температуру воды для купания; в приложении для родителей источник отдельно советует проверить температуру воды до контакта с кожей новорождённого [S01].

Поэтому практическая формулировка такая: пуповинный остаток не нужно специально изолировать стерильным режимом и не нужно обрабатывать после каждого контакта с водой; если он загрязнился, его промывают водой и осушают [S01]. Это не означает, что его нужно специально размачивать или тереть.

Если после купания или подмывания область пупка стала влажной, её следует аккуратно осушить. В главе не указывается конкретная температура воды, потому что S01 даёт только формулировку "тёплая водопроводная вода" [S01].

11.5. Незначительное кровотечение

S27 кодирует омфалит как "омфалит новорождённого с небольшим кровотечением или без него" и указывает, что при гнойном омфалите кровотечение из пупочной культи может возникать потому, что инфекция задерживает тромбоз пупочных сосудов [S27].

Для участкового педиатра это означает: кровь вместе с гиперемией, отёком, инфильтрацией, гнойным отделяемым, неприятным запахом, мокнущим изменённым остатком или ухудшением состояния ребёнка не считается бытовой мелочью; это подозрение на пупочную инфекцию [S27].

Отдельной тактики для единичного доброкачественного кратковременного кровотечения без воспалительных признаков в S01 и S27 не найдено. Поэтому в этой версии главы нельзя писать домашний алгоритм "приложить/обработать/наблюдать столько-то минут" без дополнительного источника.

[ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО НЕЗНАЧИТЕЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ]

11.6. Гранулёма / фунгус

S27 определяет фунгус как грибовидное разрастание грануляционной ткани при затянувшемся заживлении ранки [S27]. В клинической картине гнойного омфалита S27 указывает, что избыточное разрастание гранулирующей ткани может приводить к формированию фунгуса, при этом общее состояние ребёнка может не страдать [S27].

Фунгус или гранулёма не равны автоматически омфалиту. На осмотре врач отделяет саму грануляционную ткань от признаков инфекции: отёка, инфильтрации, гнойного или серозно-гнойного отделяемого, неприятного запаха, распространения воспаления на ткани вокруг пупка и симптомов инфекционного токсикоза [S27].

S27 также включает пупочную гранулёму в дифференциальную диагностику омфалита: видимая гранулёма на основании пупка должна быть отличена от омфалита и от врождённых аномалий, таких как остатки желточно-кишечного протока или открытый урахус [S27].

В S01 и S27 не найден самостоятельный амбулаторный алгоритм лечения изолированной пупочной гранулёмы: прижигание, нитрат серебра, повязки и другие процедуры в эту главу не вводятся.

[ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННОГО ФУНГУСА]

11.7. Омфалит: признаки тревоги

Омфалит по S27 - воспалительный процесс дна пупочной ранки, кожи и подкожной клетчатки вокруг пупка, пупочных сосудов, возникающий преимущественно в неонатальном периоде [S27].

Патогенетически пуповинная культя уязвима: некротическая ткань быстро заселяется бактериями, а тромбированные сосуды пуповинного остатка могут стать путём распространения инфекции в кровоток. S27 подчёркивает риск генерализации инфекционно-воспалительного процесса и сепсиса [S27].

S27 выделяет клинические формы омфалита: гнойный, или простой, флегмонозный, или диффузно-гнойный, и некротический омфалит [S27]. По стадиям тяжести S27 описывает фунизит с гнойными выделениями и неприятным запахом, далее присоединение флегмоны брюшной стенки, генерализации инфекции, сепсиса, шока, ДВС-синдрома, полиорганной недостаточности, экхимозов и поражения фасций и мышц передней брюшной стенки [S27].

В приложении для пациента S27 отдельно описывает катаральную форму как прозрачные слизистые выделения, медленное заживление после отпадения культи более двух недель, умеренное покраснение пупочного кольца без инфекционного токсикоза и нормальную температуру [S27]. Для участкового педиатра приоритетом остаётся не название формы, а исключение гноя, отёка, инфильтрации, распространения воспаления и системных признаков.

□ КРАСНЫЕ ФЛАГИ ПУПОЧНОЙ ИНФЕКЦИИ
- локальная гиперемия пупочного кольца в сочетании с другими воспалительными признаками [S27];
- отёк пупочного кольца [S27];
- инфильтрация подкожно-жировой клетчатки вокруг пупочного кольца [S27];
- длительно не заживающая ранка с коркой и серозно-гнойным или гнойным отделяемым [S27];
- неприятный запах от пуповинного остатка или отделяемого из пупочной ранки, особенно вместе с воспалением [S27];
- кровотечение из пупочной культи на фоне признаков инфекции [S27];
- распространение воспаления на окружающие ткани, флегмона передней брюшной стенки [S27];
- изъязвление пупочной ранки, фибринозные наложения, плотный кожный валик, выделение гноя при надавливании [S27];
- влажный грязно-бурый пуповинный остаток, неприятный гнилостный запах, некроз кожи или подкожной клетчатки [S27];

- угнетение или выраженная возбудимость, гиперестезия, лихорадка, отказ от питания, потеря массы тела, срыгивания как признаки инфекционного токсикоза и генерализации [S27];
- признаки генерализации: сепсис, шок, ДВС-синдром, полиорганная недостаточность [S27].

Небольшие выделения из пупочной культи без воспалительных признаков могут быть нормальным явлением, даже если есть некоторый запах [S27]. Поэтому запах или отделяемое оцениваются не отдельно, а вместе с гиперемией, отёком, инфильтрацией, гноем, состоянием ребёнка и динамикой.

Дифференциальная диагностика

На первом осмотре нужно отделить:

- нормальную мумификацию и отделение пуповинного остатка [S01; S27];
- пупочную ранку после отпадения остатка без воспалительных признаков [S01; S27];
- загрязнение мочой или калом, при котором источник рекомендует промыть и осушить область [S01; S27];
- фунгус/пупочную гранулёму как разрастание грануляционной ткани [S27];
- гнойный омфалит [S27];
- флегмонозный и некротический омфалит [S27];
- врождённые аномалии, которые могут имитировать инфекцию или давать постоянное отделяемое: открытый урахус, омфаломезентериальный проток, урахальная киста, остатки желточно-кишечного протока [S27].

Что проверить при подозрении на омфалит

S27 устанавливает диагноз по совокупности анамнеза, физикального обследования, лабораторных исследований, инструментального обследования при показаниях и заключения профильного специалиста при наличии показаний [S27].

Минимальный клинический осмотр при подозрении на омфалит включает осмотр кожи и слизистых, аускультацию лёгких, сердца и брюшной полости, пальпацию живота и околопупочной области, термометрию и оценку неврологического статуса [S27].

Лабораторно S27 рекомендует при подозрении на омфалит развёрнутый общий клинический анализ крови и С-реактивный белок. При омфалите для выбора антибактериальной терапии рекомендуется микробиологическое культуральное исследование гнойного отделяемого из пупочной ранки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с определением чувствительности [S27].

При признаках флегмонозного или некротического омфалита S27 рекомендует УЗИ органов брюшной полости, почек и надпочечников. При подозрении на врождённые аномалии развития источник указывает консультацию детского хирурга и генетика [S27].

Когда нужна госпитализация

S27 формулирует это прямо: лечение омфалита новорождённого проводится в стационарных условиях, а регистрация признаков омфалита является показанием для госпитализации в отделение патологии новорождённых [S27].

Для участкового педиатра это значит: при гиперемии с отёком или инфильтрацией, гнойном/серозно-гнойном отделяемом, неприятном запахе с воспалением, кровотечении на фоне инфекции, ухудшении общего состояния или признаках инфекционного токсикоза ребёнок не остаётся на домашнем наблюдении как "пупок заживает" [S27].

При флегмонозной или некротической форме показана консультация детского хирурга для подтверждения диагноза и госпитализации в детское хирургическое отделение. К тяжёлым признакам относятся распространение воспаления на ткани вокруг пупка, флегмона, некроз,

гнилостный запах, признаки генерализации, сепсиса, шока, ДВС-синдрома или полиорганной недостаточности [S27].

Практический блок: «Проблема с пупком»: что делать участковому педиатру

Что спросить у родителей

- На какой день жизни появился вопрос с пупком.
- Отпал ли пуповинный остаток; если да, когда.
- Что именно беспокоит: влажность, запах, отделяемое, кровь, разрастание ткани, покраснение, отёк.
- Есть ли лихорадка, вялость, повышенная возбудимость, отказ от питания, потеря массы, срыгивания [S27].
- Чем обрабатывали пупок дома и не было ли попыток ускорить отпадение остатка.
- Было ли загрязнение мочой или калом и как область очищали [S01; S27].

Что проверить при осмотре

- Сухой ли остаток, идёт ли мумификация.
- Есть ли отделяемое; если есть, оно серозное, слизистое, серозно-гнойное или гнойное.
- Есть ли гиперемия, отёк, инфильтрация, распространение на кожу живота [S27].
- Есть ли фунгус/грануляционная ткань [S27].
- Есть ли кровотечение и сочетается ли оно с воспалением [S27].
- Каково общее состояние ребёнка: температура, активность, питание, масса, признаки токсикоза [S27].
- Есть ли постоянное отделяемое или картина, заставляющая думать об урахусе или омфаломезентериальном протоке [S27].

Состояние	Как выглядит	Что делать	Срочность
Нормальный пуповинный остаток	Сухой, мумифицируется, без отёка, инфильтрации, гноя и ухудшения состояния [S01; S27]	Сухое чистое ведение, не обрабатывать профилактически антисептиками [S01; S27]	Планово
Пупочная ранка после отделения	Заживает без гноя, отёка, инфильтрации и системных признаков [S27]	Осмотр, объяснить сухой уход и признаки тревоги [S01; S27]	Планово, если нет красных флагов
Загрязнение мочой или калом	Загрязнение без признаков воспаления	Промыть водой; по S27 - водой с жидким мылом, используемым в отделении; осушить чистой салфеткой [S01; S27]	Планово, если после очищения нет воспаления
Фунгус/гранулёма	Грибовидное разрастание грануляционной ткани, возможно без нарушения общего состояния [S27]	Исключить омфалит и врождённые аномалии; не придумывать амбулаторное лечение без источника [S27]	Не экстренно при отсутствии красных флагов; срочно при признаках инфекции
Подозрение на омфалит	Гиперемия, отёк, инфильтрация, серозно-гнойное/гнойное отделяемое, запах, кровотечение на фоне инфекции [S27]	Осмотр ребёнка целиком, ОАК, СРБ, культура отделяемого в медицинском маршруте; госпитализация в отделение патологии новорождённых [S27]	Срочно
Тяжёлый омфалит / генерализация	Распространение воспаления, флегмона, некроз, грязно-бурый влажный остаток, гнилостный запах, лихорадка, отказ от питания, угнетение, шок/сепсис [S27]	Срочная госпитализация; детский хирург при флегмонозной/некротической форме [S27]	Экстренно

Алгоритм «Проблема с пупком»

1. Осмотреть ребёнка целиком: температура, активность, кормление, масса, дыхание, цвет кожи, неврологический статус [S27].
2. Осмотреть пупочную область: сухой остаток, ранка, отделяемое, запах, гиперемия, отёк, инфильтрация, грануляционная ткань, кровотечение [S27].
3. Если картина соответствует нормальной мумификации и ребёнок клинически благополучен, объяснить сухое чистое ведение [S01; S27].
4. Если было загрязнение мочой или калом, промыть и осушить по источнику; после очищения повторно оценить воспалительные признаки [S01; S27].
5. Если есть только грануляционная ткань без признаков инфекции, не называть это автоматически омфалитом; отметить необходимость профильной оценки и не назначать неподтверждённое лечение [S27].
6. Если есть гиперемия с отёком/инфильтрацией, гной, неприятный запах с воспалением, кровотечение на фоне инфекции или ухудшение состояния, вести как подозрение на омфалит и направлять в стационар [S27].
7. Если есть распространение воспаления, флегмона, некроз, системные признаки, подозрение на сепсис или шок, маршрутизация экстренная; при флегмонозной/некротической форме нужен детский хирург [S27].

Когда можно наблюдать амбулаторно

Амбулаторно можно наблюдать только ситуацию, которая укладывается в нормальное сухое заживление: ребёнок активен, кормится, нет лихорадки и признаков токсикоза; пуповинный остаток сухой, без отёка, инфильтрации, гноя, распространения покраснения и кровотечения на фоне инфекции [S01; S27].

Небольшие выделения без воспалительных признаков могут быть вариантом нормального процесса, даже при некотором запахе [S27]. Но это не должно подменять осмотр: врач обязан убедиться, что нет отёка, инфильтрации, гноя, флегмоны, некроза и ухудшения общего состояния [S27].

Что объяснить родителям

- Пуповинный остаток должен подсыхать и отделиться самостоятельно; обычно это происходит в течение первой-второй недели или до 2 недель по S27 [S01; S27].
- Окончательная эпителизация пупочной ранки может занимать 3-4 недели [S27].
- Ежедневно "заливать" здоровый пупок антисептиками не требуется [S01; S27].
- Купать ребёнка можно в тёплой водопроводной воде без антисептиков и настоев трав; после контакта с водой пупочную область аккуратно осушают [S01].
- Если остаток загрязнился мочой или калом, его промывают водой и осушают; S27 уточняет промывание водой с жидким мылом, используемым в отделении [S01; S27].
- Остаток нельзя отрывать или ускорять его отпадение [S27].
- Подгузник и пеленание не должны травмировать или туго фиксировать область пупка [S27].
- Срочно показать ребёнка врачу нужно при нарастающем покраснении, отёке, уплотнении, гное, неприятном запахе вместе с воспалением, кровотечении на фоне воспаления, лихорадке, вялости, отказе от питания или ухудшении состояния [S27].

Чего делать не нужно

- Не вводить профилактическую ежедневную обработку здорового пуповинного остатка антисептиками или дезинфицирующими средствами [S01; S27].
- Не описывать бриллиантовую зелень, спирт, перекись, марганцовку, красители или порошки как стандарт ухода: в S01/S27 стандартом для здорового остатка является сухое чистое ведение, а не профилактическая обработка [S01; S27].

- Не ускорять отпадение остатка ниткой, перевязкой, отсечением или отрыванием; S27 прямо не рекомендует дополнительное наложение нити и насильственное удаление остатка [S27].
- Не закрывать проблему с пупком формулой "это нормально", если есть отёк, инфильтрация, гной, распространение воспаления или системные признаки [S27].
- Не прижигать и не лечить изолированный фунгус по неподтверждённому бытовому алгоритму; в доступных источниках нет самостоятельной амбулаторной схемы лечения изолированной гранулёмы.
- Не оставлять ребёнка с подозрением на омфалит на домашнем наблюдении без маршрутизации: S27 указывает стационарные условия лечения омфалита [S27].

Источники

- S01. Клинические рекомендации "Здоровый новорождённый, рождённый в условиях стационара", 2025.
- S27. Клинические рекомендации "Омфалит у новорождённых", 2026.

12. Гигиена

12.1. Глаза

NHS рекомендует при очищении лица протирать область вокруг глаз влажной ватой от носа наружу, используя отдельный кусочек для каждого глаза [S47]. Нельзя промывать глаза чаем, ромашкой, антисептиками или каплями без назначения.

Гной, выраженное покраснение, отёк век, ухудшение состояния или нарастание выделений требуют оценки.

12.2. Нос

Нос очищают только снаружи или при видимых выделениях. NHS предупреждает не вводить ничего внутрь носа и ушей ребёнка [S47]. Физиологические носовые звуки у младенца не являются поводом для глубокой санации ватными палочками.

12.3. Уши

Очищают только наружную часть уха. Нельзя вводить ватные палочки в слуховой проход [S47]. Выделения, неприятный запах, выраженное беспокойство при касании, лихорадка или ухудшение состояния требуют осмотра.

12.4. Ногти

NHS допускает специальные детские кусачки/ножницы или пилочку и подчёркивает осторожность при уходе за ногтями [S47]. Практически ногти удобнее обрабатывать, когда ребёнок спокоен или спит; нельзя срезать слишком глубоко или травмировать кожу.

12.5. Наружные половые органы

Наружные половые органы моют мягко, без агрессивного трения и введения средств внутрь. NHS указывает, что у мальчика не нужно оттягивать крайнюю плоть для очищения [S47]. У девочек очищение должно быть наружным и щадящим; влагалищные физиологические выделения не нужно "вымывать" изнутри.

13. Прогулки и температурный режим

В доступных источниках не найден надёжный универсальный режим прогулок по дням жизни: "с какого дня гулять", "первая прогулка 10 минут", "прибавлять по 5 минут", точные пороги температуры улицы. Поэтому такие схемы в пособие не включаются.

[НЕ НАЙДЕНО В ДОСТУПНЫХ ИСТОЧНИКАХ: УНИВЕРСАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРОГУЛОК ДЛЯ 0-3 МЕСЯЦЕВ]

Что можно писать безопасно:

- ребёнка защищают от перегрева, переохлаждения, ветра, прямого солнца и сырости;
- одежду подбирают слоями и по состоянию ребёнка, а не только по календарю;
- в холод S58 даёт правило для older babies and young children: один слой больше, чем у взрослого в тех же условиях; для младенца это можно использовать только как ориентир, а не абсолютную формулу для любой погоды [S58];
- в автокресле не используют объёмную зимнюю одежду под ремнями, потому что она может сжиматься при аварии и оставлять ремни слишком свободными [S54; S58];
- в жару важны тень, вентиляция, свободная одежда и наблюдение за признаками теплового стресса; младенцев младше 6 месяцев следует защищать от прямого солнца [S59].

Если ребёнок болен, вопрос прогулки решается по состоянию, дыханию, температуре тела, кормлению и маршрутизации, а не по тому, "разрешён" ли день жизни.

14. Безопасный сон

S45 - основной современный источник для этого раздела. Он является рекомендацией AAP и не является российским нормативным документом, но даёт авторитетный современный чек-лист safe sleep.

14.1. Чек-лист безопасного сна

- Укладывать ребёнка на спину при каждом сне [S21; S45].
- Использовать твёрдую, ровную, ненаклонную поверхность для сна [S45].
- Ребёнок спит на отдельной поверхности, а не в одной кровати со взрослым [S01; S45].
- Рекомендуется сон в одной комнате с родителями на отдельной поверхности без сна на одной поверхности со взрослым: ребёнок в комнате родителей, но на собственной поверхности [S45].
- В зоне сна нет подушек, мягких игрушек, бортиков, свободных одеял, мягкого постельного белья и других мягких предметов [S45].
- Избегать перегрева и покрытия головы во время сна [S45].
- Не использовать автокресло, шезлонг, качели и другие сидячие устройства как место рутинного сна [S45].
- Избегать воздействия табачного дыма и никотина [S45].
- Если используется пустышка, AAP относит её к мерам снижения риска во время сна; при грудном вскармливании важно не нарушать становление кормления и обсуждать индивидуально [S45].
- Пеленание само по себе не снижает риск SIDS. Если пеленание используется, ребёнок всё равно спит на спине; пеленание прекращают при первых признаках попыток переворота [S45].

15. SIDS и SUID

SUID - более широкий термин для внезапной неожиданной смерти младенца; он включает разные категории, в том числе SIDS, неизвестные причины и случайное удушение/странгуляцию в среде сна. SIDS - отдельная категория после оценки обстоятельств и исключения других причин [S45].

Для практического пособия важнее не спорить о терминологии, а не смешивать разные механизмы: SIDS не равен каждому случаю удушения в кровати, но меры безопасного сна

снижают риск sleep-related deaths в целом [S45]. Российский источник S21 поддерживает направление профилактики сна на спине, но он старше и менее подробен, поэтому S45 используется как основной современный checklist, а S21 - как российский фоновый источник [S21].

Ключевая профилактика в этой главе уже перечислена в разделе 14: сон на спине, твёрдая ровная поверхность, отдельное место сна, отсутствие мягких предметов, отсутствие сна на одной поверхности со взрослым как безопасной нормы, отсутствие перегрева и покрытия головы, отсутствие табака/никотина и перенос ребёнка из сидячих устройств на безопасную поверхность сна.

16. Другие бытовые опасности

Этот раздел даёт базовую профилактику, а не полный справочник по травмам.

16.1. Встряхивание и abusive head trauma

CDC описывает abusive head trauma, включая shaken baby syndrome, как тяжёлую форму насилия, приводящую к повреждению головного мозга. Встряхивание, бросание или удар ребёнка никогда не являются допустимой реакцией на плач; если взрослый чувствует, что теряет контроль, CDC советует положить ребёнка в безопасное место и отойти, чтобы успокоиться [S56].

Практически семье нужно сказать заранее: плач младенца может быть тяжёлым для взрослых, но ребёнка нельзя трясти. Безопаснее положить его на спину в кроватку/другое безопасное место и позвать другого взрослого или обратиться за помощью.

16.2. Падения

Нельзя оставлять ребёнка одного на пеленальном столе, кровати, диване или другой высокой поверхности. HealthyChildren.org по пеленальному столику указывает: ремень безопасности не заменяет присмотр; ребёнка нельзя оставлять без присмотра даже на мгновение, а все принадлежности должны быть в пределах досягаемости взрослого [S57].

Нельзя говорить: "он ещё не переворачивается, значит не упадёт". Движения новорождённого непредсказуемы, а падение с высоты может произойти до появления стабильного навыка переворота.

16.3. Купание, утопление и ожоги

При купании младенца нельзя оставлять одного даже на мгновение [S55]. Сиденье для купания или поддерживающее устройство не заменяет руку и присутствие взрослого; AAP указывает, что bath seats не являются заменой взрослому наблюдению [S55].

Для профилактики ожогов S55 указывает рекомендацию AAP: самая горячая вода из крана должна быть не более 120 °F [S55]. Это не температура воды для купания и не российская норма ванны; в разделе ухода за кожей используется только формулировка "тёплая вода".

16.4. Автокресло

AAP/HealthyChildren.org рекомендует перевозить младенцев и детей в rear-facing car seat как можно дольше, до достижения пределов роста/массы, указанных производителем [S54]. Автокресло используется для поездки, а не как место для сна, кормления или бытового пребывания вне автомобиля [S45; S54].

Ремни должны прилегать правильно; объёмная зимняя одежда под ремнями недопустима, потому что при аварии она сжимается и делает фиксацию слишком свободной [S54; S58].

16.5. Курение, никотин, вейпы

S45 рекомендует избегать воздействия дыма и никотина в окружении младенца как части профилактики sleep-related deaths [S45]. Практически это означает: не курить в доме, машине, рядом с ребёнком и не считать вейпы безопасным фоном для младенца.

Что объяснить семье перед выпиской / на первом визите

- Как ребёнок ест: частота кормлений, признаки эффективного сосания, когда обращаться.
- Как отслеживать массу: дата рождения, масса рождения, выписка, текущая масса, план контроля.
- Моча и стул: мочеиспускания, ураты, меконий, переходный стул, связь с кормлением.
- Желтуха: когда появилась, нарастает ли, когда нужен осмотр.
- Температура тела и дыхание: лихорадка, гипотермия, втяжения, стон, апноэ, цианоз.
- Кожа: какие высыпания могут быть переходными и какие признаки не являются нормой.
- Пупок: использовать отдельные правила главы 11; не обрабатывать здоровый остаток антисептиками "для профилактики".
- Сон: на спине, отдельная твёрдая ровная поверхность, без мягких предметов, без сна на одной поверхности со взрослым как безопасной нормы.
- Купание: тёплая вода, без трав/антисептиков, ребёнка нельзя оставлять одного.
- Падения: не оставлять на высоте ни на секунду.
- Автокресло: rear-facing, правильные ремни, без объёмной одежды, не место рутинного сна.
- Курение/никотин: не рядом с ребёнком, не в доме и не в машине.
- Куда звонить: дневной контакт, неотложная помощь, скорая помощь при экстренных признаках.

Чего не делать

- Не писать "убыль до 10% - это норма" без дня жизни, кормления, мочи, стула, желтухи и осмотра [S01; S35; S36].
- Не назначать докорм только по одному проценту убыли без оценки грудного вскармливания и состояния ребёнка [S35].
- Не выдавливать милии, не массировать молочные железы, не "расцеживать" выделения из сосков [S49; S53].
- Не использовать антисептики, дезинфицирующие средства и настои трав для обычного купания здорового ребёнка [S01].
- Не указывать числовую температуру воды для купания как универсальную домашнюю норму: S01 даёт "тёплую воду", S55 - проверку воды на ощупь и ограничение температуры крана для профилактики ожогов, а S48 - стационарный ориентир первого купания, не российский домашний норматив [S01; S48; S55].
- Не вводить ватные палочки внутрь носа или уха [S47].
- Не оттягивать крайнюю плоть мальчику для гигиены [S47].
- Не давать универсальный календарь прогулок по дням жизни: такого источника в рабочем наборе нет.
- Не укладывать ребёнка для сна на живот или бок как обычную практику [S45].
- Не класть в зону сна подушки, бортики, мягкие игрушки, свободные одеяла и другие мягкие предметы [S45].
- Не представлять совместный сон в одной кровати как безопасную норму [S01; S45].

- Не использовать автокресло, качели или шезлонг как место рутинного сна [S45; S54].
- Не оставлять ребёнка одного в воде, на пеленальном столе, кровати или диване [S55; S57].
- Никогда не встряхивать ребёнка в ответ на плач [S56].

Ограничения источников

- Общая физиология адаптации описана частично: достаточно для практического амбулаторного текста, но не для глубокого учебного раздела по физиологии дыхания, кровообращения и обмена воды.
- Микробиота закрыта только как краткое нейтральное упоминание; пробиотики, иммунитет и коррекция микробиоты не описываются.
- Патологическая сыпь у ребёнка 0-3 месяцев не закрыта единым алгоритмом; раздел кожи ограничен переходными состояниями и красными флагами.
- Отёк наружных половых органов описан только как возможный физиологический вариант при хорошем состоянии; дифференциальная диагностика грыжи, инфекции и аномалий требует отдельного источника.
- Жалоба "мало мочится" не закрыта полноценным алгоритмом; в этой главе приведены только переходные состояния и поводы для оценки.
- Патологический стул, диарея, кровь в стуле и "нет стула" требуют отдельных жалобных алгоритмов.
- Первый день дома написан как клинический синтез из S01/S36/S45/S46/S52, а не как отдельный российский стандарт патронажа.
- Температура воды для купания не имеет подтверждённого российского домашнего числового диапазона в используемых источниках; S48 даёт 37-37,5 °C в стационарном контексте первого купания, но это не переносится в пособие как универсальная домашняя норма.
- Пелёночный дерматит и кандидозная инфекция зоны подгузника не имеют в этой главе схемы лечения.
- Режим прогулок по дням жизни, длительности и температурным порогам не найден.
- Полный спектр бытовых травм не закрыт; описаны только встряхивание, падения, купание/ожоги, автокресло и дым/никотин.

Источники

- S01. Клинические рекомендации "Здоровый новорождённый, рождённый в условиях стационара", 2025.
- S02. Клинические рекомендации "Неонатальная желтуха", 2025.
- S04. Клинические рекомендации "Сепсис новорождённых", 2025.
- S21. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи при синдроме внезапной смерти младенцев, 2015.
- S28. "Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребёнка", 2026.
- S34. "Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации", 2019.
- S35. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, 2017.
- S36. ABM Clinical Protocol #2: Guidelines for Birth Hospitalization Discharge of Breastfeeding Dyads, 2022.
- S45. AAP. Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment, 2022.
- S46. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience, 2022.
- S47. NHS. Washing and bathing your baby.
- S48. Royal Children's Hospital Melbourne. Neonatal & infant skin care.
- S49. DermNet NZ. Skin conditions in newborn babies.

- S50. Merck Manual Professional Edition. Birth Injuries.
- S51. Child and Adolescent Health Service / Government of Western Australia. Subgaleal Haemorrhage Detection and Management in the Newborn.
- S52. AAP HealthyChildren.org. Baby's First Days: Bowel Movements & Urination.
- S53. Seattle Children's. Newborn Appearance Questions.
- S54. AAP HealthyChildren.org. Car Seats: Information for Families.
- S55. AAP HealthyChildren.org. Bathing Your Baby.
- S56. CDC. About Abusive Head Trauma.
- S57. AAP HealthyChildren.org. Changing Table Safety.
- S58. AAP HealthyChildren.org. Cold Weather Safety for Children.
- S59. AAP HealthyChildren.org. Extreme Heat: Tips to Keep Kids Safe When Temperatures Soar.

II. Вскармливание

Эта глава описывает практическую оценку питания ребёнка первых 3 месяцев жизни: как организовать грудное вскармливание, как понять, получает ли ребёнок достаточно молока, когда нужна оценка прибавки массы, когда докорм медицински обоснован, как хранить сцеженное молоко и как безопасно готовить смесь. Главная рамка: не один бытовой признак, а совокупность возраста, состояния ребёнка, динамики массы, мочи/стула и наблюдения кормления.

Основные источники главы: S01 и S34 как российская основа; S35 и S36 как профильные протоколы ABM по докорму и выписке dyad "мать-ребёнок"; S38 как базовая система хранения сцеженного молока; S37 как базовый safety клиническое руководство по порошковой смеси. S13 используется только для практической техники прикладывания, где она согласуется с S34/S35.

17. Физиология лактации

17.1. Молозиво

Молозиво - первое молоко первых дней жизни. Его практическая ценность не в большом объёме, а в том, что ребёнок получает питание и защитные компоненты в период, когда желудок мал, лактация только устанавливается, а частое прикладывание запускает дальнейшую выработку молока. Российская КР по здоровому новорождённому описывает первые капли молозива как питание первых суток и подчёркивает раннее прикладывание к груди в первый час после рождения при стабильном состоянии ребёнка [S01]. S34 также связывает раннее начало грудного вскармливания и контакт кожа-к-коже с поддержкой грудного вскармливания [S34].

У молозива не нужно "измерять достаточность" бытовой меркой объёма сцеженного молока. На практике важнее, что ребёнок прикладывается, сосёт, глотает как часть переноса молока, имеет приемлемую динамику массы, мочи и стула, а мать получает помощь с прикладыванием.

17.2. Переходное молоко

Переходное молоко - короткий этап между молозивом и зрелым молоком. В текущем комплекте источников этот этап закрыт частично: есть общее описание становления молока в первые дни, но нет сильной развернутой таблицы по каждому дню. Поэтому в пособии его достаточно описывать кратко: в первые дни после родов объём молока увеличивается, состав меняется, а грудь и ребёнок постепенно переходят от малых объёмов молозива к более устойчивому ритму кормлений [S01; S13; S34].

Практический вывод: если на этом этапе возникают боль, неэффективное сосание, нарастающая потеря массы, мало мочи/стула, выраженная желтуха или вялость, это не "нормальный переход" сам по себе, а повод оценить кормление и состояние ребёнка.

17.3. Зрелое молоко

Зрелое молоко появляется через несколько дней после рождения; S01 формулирует это именно как появление зрелого молока "через несколько дней", без необходимости задавать семье точный обязательный день [S01]. S34 подчёркивает, что грудное молоко не является статичным продуктом: его состав адаптируется к потребностям ребёнка, меняется в процессе лактации, в течение суток и даже в пределах одного кормления [S34].

Поэтому в реальной оценке питания нельзя опираться только на внешний вид молока, ощущение "мягкой груди" или объём, который удалось сцедить один раз. Эти признаки могут быть полезными для разговора с семьёй, но не заменяют клиническую оценку ребёнка.

17.4. Регуляция лактации

Лактация поддерживается двумя практическими механизмами.

Первый - частое и эффективное опорожнение груди. S34 указывает, что свободное вскармливание по требованию после рождения даёт большую лактацию, чем режимное кормление [S34]. S13 объясняет это через принцип "спрос-предложение": чем чаще ребёнок эффективно сосёт и чем лучше удаляется молоко, тем сильнее поддерживается его выработка [S13].

Второй - гормональная регуляция. Пролактин поддерживает секрецию молока, а окситоцин обеспечивает выброс молока из груди; стимуляция соска при сосании запускает эти рефлексы [S13]. Ночные кормления важны в период становления лактации: S13 указывает более интенсивную ночную секрецию пролактина, а S34 прямо связывает ночные прикладывания с поддержкой синтеза молока [S13; S34].

Практический смысл: при подозрении на недостаток молока сначала оценивают частоту и эффективность прикладываний, технику, боль, состояние матери и ребёнка, а не сразу заменяют грудное вскармливание смесью.

18. Организация грудного вскармливания

18.1. Кормление по требованию

Базовый принцип - кормить по сигналам ребёнка, а не автоматически по схеме "каждые 3 часа". S01 описывает вскармливание здорового новорождённого по желанию ребёнка, без ограничения частоты и длительности, и отдельно указывает, что грудному ребёнку не требуется допаивание водой [S01]. S34 также поддерживает свободное вскармливание по требованию с первых суток [S34].

У S34 есть практический ориентир периода становления лактации: в первые недели ребёнка прикладывают к груди не реже чем каждые 1,5-2 часа днём и каждые 3-4 часа ночью; позже, когда лактация установилась, дневные интервалы часто становятся 2,5-3,5 часа, а ночной интервал может увеличиваться [S34]. Это не универсальное расписание для каждого ребёнка 0-90 суток. Это ориентир, который помогает не пропустить слишком редкое кормление в начале и одновременно не превращать грудное вскармливание в штрафной режим.

Ребёнка оценивают по ранним признакам готовности к кормлению: пробуждение, поисковые движения, повороты головы, попытки сосать руки. Плач - поздний и неспецифический сигнал: S13 рекомендует кормить по ранним признакам голода, а S34 отдельно предупреждает, что плач не всегда означает голод [S13; S34].

18.2. Ночные кормления

В первые недели ночные кормления поддерживают лактацию и помогают ребёнку получать достаточный объём питания. Это связано с ночной секрецией пролактина и частотой опорожнения груди [S13; S34].

Но эту мысль нельзя превращать в автоматическое правило "каждого ребёнка всегда будить ровно через 3 часа". Если ребёнок стабилен, активно сосёт, прибавляет массу, моча и стул соответствуют возрасту, а лактация установлена, ритм индивидуализируется. Если есть потеря массы, сонливость, желтуха, плохое сосание, мало мочи/стула или недоношенность, вопрос частоты кормления решается уже как медицинская задача, а не как бытовое удобство.

18.3. Положение ребёнка

Хорошее положение делает сосание менее травматичным для матери и более эффективным для ребёнка. Практический чек-лист по S13:

- ребёнок расположен близко к матери;

- голова и туловище находятся на одной линии;
- ребёнку не приходится поворачивать голову или тянуться к соску;
- нос расположен напротив соска перед захватом;
- мать поддерживает ребёнка так, чтобы он мог широко открыть рот и приблизиться к груди [S13].

S34 отдельно подчёркивает необходимость обучения правильному прикладыванию и указывает, что неправильная техника является доказанным фактором риска трещин сосков [S34].

18.4. Правильный захват

Признаки хорошего захвата:

- рот открыт широко;
- ребёнок захватывает не только сосок, но и ареолу; больше ареолы видно над верхней губой, а большая часть ареолы закрыта нижней губой;
- нижняя губа вывернута наружу;
- подбородок близко к груди;
- щёки и нос близко прилегают к груди, без необходимости ребёнку тянуться к соску;
- мать не испытывает выраженную боль;
- после кормления нет признаков травмы соска [S13; S34].

Если кормление болезненно, это не нужно терпеть как "норму первых месяцев". S13 рекомендует прервать неправильный захват, осторожно разрушив вакуум, и приложить ребёнка снова [S13]. Врач оценивает не только форму захвата, но и перенос молока.

18.5. Признаки эффективного сосания

Эффективность кормления - это не один признак. Врач смотрит:

- ребёнок берёт грудь и удерживает захват;
- сосание не ограничивается быстрыми поверхностными движениями;
- есть периоды более глубокого ритмичного сосания;
- глотание может быть одним из признаков переноса молока, но не единственным критерием;
- ребёнок отпускает грудь или расслабляется после эффективного кормления;
- мать не испытывает нарастающую боль;
- динамика массы, мочи и стула подтверждает поступление питания [S13; S35].

Нельзя писать "слышное глотание обязательно" как самостоятельную норму. У части кормлений глотание слышно лучше, у части - хуже; значение имеет вся картина.

18.6. Продолжительность кормления

У здорового доношенного новорождённого S01 не требует ограничивать длительность сосания [S01]. S13 приводит 15-30 минут как учебный ориентир длительности кормления, но для практического пособия это нельзя превращать в универсальную норму или лимит [S13].

Оценивать нужно не минуты сами по себе, а:

- правильный ли захват;
- есть ли эффективное сосание и перенос молока;
- не засыпает ли ребёнок сразу без питания;
- есть ли боль, трещины, травма соска;
- как меняется масса;
- достаточно ли мочи и стула в возрастном контексте;

• есть ли желтуха, обезвоживание, вялость или другие красные флаги.

Долгое "висение на груди" без эффективного сосания и плохая прибавка массы - не вариант нормы только потому, что ребёнок находится у груди.

18.7. Смена груди

В первые недели цель - обеспечить эффективное опорожнение груди и перенос молока. S13 рекомендует предлагать вторую грудь после того, как первая была достаточно опорожнена, а не менять грудь механически через одинаковое число минут [S13]. Это особенно важно, если ребёнок сосёт вяло или быстро засыпает: частая смена груди по таймеру может выглядеть "активной", но не решать проблему переноса молока.

Перед назначением докорма клинически стабильному ребёнку нужно оценить положение, захват и перенос молока. S35 прямо требует формальной оценки положения, захвата и эффективного переноса молока до назначения докорма; цель докорма, если он нужен, - накормить ребёнка и одновременно сохранить или восстановить лактацию, пока выясняется причина проблемы [S35].

19. Как понять, хватает ли ребёнку молока

Главная идея: нет одного бытового признака, который сам по себе доказывает, что молока достаточно или недостаточно. Частый плач, частые прикладывания, мягкая грудь, желание снова сосать, небольшой объём однократного сцеживания или тревога семьи не равны диагнозу "мало молока". S34 отдельно указывает, что плач не всегда связан с голодом, а S35 требует оценивать кормление и состояние ребёнка до решения о докорме [S34; S35].

19.1. Что оценивают вместе

При вопросе "хватает ли молока?" врач собирает одну картину:

- возраст ребёнка в часах/сутках/неделях;
- тип вскармливания;
- частоту и организацию кормлений;
- наблюдение одного кормления;
- положение, захват, перенос молока;
- массу рождения, минимальную массу и текущую массу;
- процент первоначальной убыли;
- срок восстановления массы рождения;
- прибавку за неделю/месяц в возрастном контексте;
- мочеиспускание;
- стул;
- желтуху;
- признаки обезвоживания;
- активность, сонливость, дыхание, температуру и общее состояние [S34; S35; S36].

19.2. Мочеиспускание

Моча - важная часть оценки поступления питания и гидратации, но не самостоятельный тест лактации. В текущем наборе сильных источников нет достаточной таблицы "1 мокрый подгузник в 1-й день, 2 во 2-й..." в форме, пригодной для пособия. Поэтому такую таблицу здесь не создаём.

Подтверждённый критерий из ABM #2: у доношенного новорождённого чрезмерная потеря массы, например выше 75-го перцентиля по NEWT или более 10% массы рождения, а также менее 1 мочеиспускания и стула на каждый день жизни должны побудить к тщательной

оценке грудного вскармливания [S36]. S35 также включает снижение мочеиспускания и признаки обезвоживания в оценку недостаточного intake [S35].

Практически это значит: если мочи мало, особенно вместе с сонливостью, плохим сосанием, потерей массы, сухими слизистыми, желтухой или рвотой, ребёнка оценивают очно. Но один подсчёт подгузников без возраста, массы и состояния ребёнка не даёт безопасного вывода.

19.3. Стул

В первые дни жизни задержка перехода стула может быть признаком недостаточного поступления молока. S35 указывает, что менее 4 стулов на 4-е сутки или сохранение мекония на 5-е сутки являются поводом оценить поступление молока и грудное вскармливание [S35]. S34 приводит те же ориентиры в контексте показаний к докорму в раннем неонатальном периоде [S34].

Эти критерии относятся к первым дням. Их нельзя переносить автоматически на ребёнка 1-3 месяцев: в этом возрасте частота и вид стула зависят от типа вскармливания, индивидуального ритма и других симптомов. Если стул меняется вместе с плохой прибавкой, рвотой, кровью, выраженным вздутием, лихорадкой или нарушением состояния, это уже не вопрос "мало молока" в изоляции.

19.4. Первоначальная убыль массы

Первоначальная убыль массы не равна автоматическому назначению смеси. S34 указывает, что исходная потеря 8-10% от массы рождения не является абсолютным показанием к докорму смесью; при этом источник даёт практические ориентиры по номограмме: потеря не должна превышать 75-й перцентиль, ориентировочно 5-6% после 1 дня, 7-8% после 2 дней, 9-10% после 3 дней и более [S34].

ABM #3 формулирует иначе, но в том же осторожном направлении: потеря 8-10% на 5-е сутки жизни или позже либо потеря выше 75-го перцентиля требует тщательной оценки; сама по себе потеря 8-10% может быть вариантом при нормальном осмотре, но требует помощи с грудным вскармливанием и исключения недостаточного переноса молока [S35]. ABM #2 также указывает, что потеря более 10% массы рождения или выше 75-го перцентиля по NEWT должна побуждать к тщательной оценке грудного вскармливания [S36].

S01 использует потерю массы менее 10% как один из критериев выписки здорового новорождённого из стационара [S01]. Это не то же самое, что универсальное правило "до 10% всегда норма дома".

19.5. Восстановление массы рождения

S34 указывает, что масса рождения в среднем восстанавливается примерно к 8-м суткам и обычно не должна восстанавливаться позже 10-14 суток [S34]. ABM #2 формулирует мягче: многие, но не все новорождённые восстанавливают массу рождения за 7-14 дней; после кесарева сечения некоторым детям требуется более 14 дней [S36].

Практический вывод: 14 суток - важная контрольная точка, но не механическая граница болезни. Если ребёнок клинически благополучен, сосёт эффективно и прибавляет, оценка одна; если есть вялость, мало мочи, желтуха, плохое сосание или продолжающаяся потеря массы, ожидание небезопасно.

19.6. Дальнейшая прибавка в первый месяц

S34 даёт количественные ориентиры именно для первого месяца. В источнике указана медиана прибавки за первый месяц: 1023 г у мальчиков и 879 г у девочек; значения в пределах 1 стандартного отклонения составляют не менее 694 г у мальчиков и 611 г у девочек, а прибавка менее 600 г за первый месяц должна вызывать опасения [S34].

Для недель 2-4 S34 указывает: если масса рождения восстановлена поздно, ключевой становится 3-я неделя, где ожидается прибавка не менее 200 г; независимо от срока

восстановления массы рождения, прибавка менее 150 г/нед на 2-4-й неделе без положительной динамики требует докорма [S34].

Эти цифры нельзя превращать в универсальное "норма 30 г/сут" и нельзя автоматически переносить на 2-й и 3-й месяцы. Для 61-90 суток в текущем комплекте всё ещё нужен отдельный сильный источник норм прибавки массы.

19.7. Ложные признаки "мало молока"

Следующие признаки сами по себе не доказывают недостаток молока:

- ребёнок часто прикладывается;
- ребёнок плачет;
- грудь стала мягче;
- после кормления ребёнок иногда снова ищет грудь;
- мать сцедила мало молока однократно;
- кормления идут дольше, чем ожидала семья.

Эти наблюдения важны для разговора, но они становятся медицински значимыми только в связке с массой, мочой/стулом, техникой кормления, активностью ребёнка, желтухой, обезвоживанием и общим состоянием [S34; S35].

20. Недостаточная прибавка массы

Этот раздел не является полным дифференциальным диагнозом "плохо ест" или "плохо набирает массу". Его задача - разобрать feeding-focused часть: технику кормления, лактацию, медицински обоснованный докорм и контроль эффективности. Если плохая прибавка сочетается с системными симптомами, ребёнка нельзя вести как простую лактационную проблему.

20.1. Ошибки техники кормления

Частые причины недостаточного переноса молока:

- редкие прикладывания в период становления лактации;
- поверхностный захват;
- боль и травма сосков, из-за которых кормление прерывается;
- ребёнок быстро засыпает у груди и сосёт неэффективно;
- частая смена груди по таймеру без эффективного опорожнения;
- позднее распознавание сигналов голода;
- отсутствие ночных кормлений при ещё неустановленной лактации.

Перед докормом S35 требует оценить положение, захват и эффективный перенос молока [S35]. S34 также связывает успешную лактацию с ранним прикладыванием, кормлением по требованию, обучением правильному захвату и профилактикой травм соска [S34].

20.2. Недостаточная лактация

Недостаточная лактация может быть первичной или вторичной. S35 указывает, что первичная железистая недостаточность встречается редко, менее чем у 5% женщин; также возможны причины, связанные с патологией или операциями на груди, задержкой секреторной активации, тяжёлым состоянием матери, временной невозможностью кормить или некупируемой болью при кормлении [S35].

На практике чаще сначала ищут исправимые причины: редкое или неэффективное опорожнение груди, боль, неверный захват, раздельное пребывание, отсутствие сцеживания при невозможности прикладывания, ошибочный ранний докорм без поддержки лактации.

20.3. Когда думать о заболевании ребёнка

Если недостаточная прибавка массы сочетается с вялостью, трудным пробуждением, отказом от еды, слабым сосанием, лихорадкой, гипотермией, желтухой, повторной рвотой, рвотой желчью, дыхательной недостаточностью, обезвоживанием, редким мочеиспусканием или нарушением общего состояния, проблему нельзя сводить к лактации [S34; S35].

Куда смотреть дальше:

- желтуха и билирубиновые риски - разделы 23-31;
- срыгивания, рвота, пилоростеноз и функциональные ЖКТ-расстройства - разделы 32-39;
- инфекция и лихорадка 0-28 дней - разделы 50-52;
- лихорадка 29-90 дней - раздел 53;
- мочевые симптомы и ИМП - раздел 54;
- дыхательные признаки и бронхиолит - разделы 55-62;
- общие красные флаги - разделы 76-87.

20.4. Когда нужен докорм

Докорм не назначают из-за одного плача, ощущения "пустой груди" или желания семьи "для спокойствия". По S35 и S34 показания должны быть клиническими.

Показания со стороны ребёнка:

Ситуация	Как понимать	Источник
Симптомная гипогликемия или глюкоза ниже 1,4 ммоль/л в первые 4 часа либо ниже 2,0 ммоль/л после 4 часов	Это не ситуация для самостоятельного увеличения докорма дома: S35 указывает внутривенную глюкозу, грудное вскармливание продолжают по возможности	[S35]
Клинически или лабораторно значимое обезвоживание, включая гипернатриемию, плохое кормление или вялость	Докорм рассматривают после квалифицированной оценки и коррекции грудного вскармливания, если состояние не улучшается	[S34; S35]
Потеря массы выше 75-го перцентиля, 8-10% на 5-е сутки или позже, либо более 10% в контексте ABM #2	Требует тщательной оценки кормления, гидратации и общего состояния; не равно автоматическому назначению смеси без оценки	[S34; S35; S36]
Гипербилирубинемия из-за недостаточного поступления молока	Особенно если начинается на 2-5-е сутки и сочетается с продолжающейся потерей массы, задержкой стула или недостаточным мочеиспусканием	[S34; S35]
Менее 4 стулов к 4-м суткам или сохранение мекония на 5-е сутки	Повод оценить intake и грудное вскармливание; не самостоятельный диагноз	[S34; S35]
Позднее восстановление массы рождения или низкая прибавка в первые недели	При позднем восстановлении массы ключевой контроль на 3-й неделе - не менее 200 г; прибавка менее 150 г/нед на 2-4-й неделе без положительной динамики требует докорма	[S34]

Показания со стороны матери:

Ситуация	Как понимать	Источник
Задержка секреторной активации на 3-5-е сутки или позже с недостаточным intake у ребёнка	Требует поддержки лактации и временного питания ребёнка по показаниям	[S35]
Первичная железистая недостаточность	Редкая причина, менее 5% женщин; диагноз не ставят по одному ощущению "мало молока"	[S35]
Патология/операции на груди, влияющие на продукцию молока	Оценивать индивидуально	[S35]
Временная невозможность кормить или отсутствие доступного сцеженного молока	Докорм может быть нужен, параллельно поддерживают лактацию, если грудное вскармливание планируется сохранять	[S35]
Невыносимая боль при кормлении, не устраняемая коррекцией	Сначала оценить захват, травму, состояние груди; при необходимости временно обеспечить ребёнка питанием	[S35]

20.5. Приоритет докорма

Если докорм медицински нужен, приоритет такой:

1. сцеженное молоко матери;
2. донорское женское молоко, если оно доступно и организационно возможно;
3. смесь, если первые варианты недоступны или не подходят [S34; S35; S36].

Донорское молоко нельзя обещать каждой семье в амбулаторной российской практике: это зависит от организации помощи. В обычной ситуации врач честно объясняет доступные варианты и одновременно работает над сохранением лактации, если мать хочет продолжать грудное вскармливание.

20.6. Объём докорма в первые 4 суток

ABM #3 даёт ориентиры физиологических объёмов молозива на одно кормление в первые 4 суток жизни. Это не норма "сколько ребёнок должен съедать" и не формула для 1-3 месяцев; это ориентир для медицински обоснованного докорма новорождённого.

Возраст	Ориентировочный объём на одно кормление
0-24 часа	2-10 мл
24-48 часов	5-15 мл
48-72 часа	15-30 мл
72-96 часов	30-60 мл

[S35]

S34 отдельно обсуждает докорм при потере массы 10% и более: стартовый суточный объём может составлять 50 мл/кг/сут, а при адекватности докорма должны прекратиться дальнейшая потеря массы и затем появиться прибавка 26-30 г/сут; отмену докорма рассматривают после устойчивой прибавки 20-30 г/сут в течение нескольких дней [S34]. Эти цифры относятся к клиническому ведению ситуации с потерей массы и докормом, а не к

домашнему универсальному расчёту питания.

20.7. Контроль эффективности

Цель докорма - не "побольше налить", а безопасно накормить ребёнка, устранить причину недостаточного intake и сохранить грудное вскармливание, если это возможно. Контролируют:

- массу;
- дальнейшую потерю или прибавку;
- признаки гидратации;
- мочеиспускание;
- стул;
- желтуху;
- эффективность сосания;
- состояние матери;
- боль и травму сосков;
- необходимость продолжать, уменьшать или отменять докорм [S34; S35].

Самодельные сроки отмены докорма задавать нельзя: решение зависит от причины, динамики массы и наблюдения кормления.

21. Сцеживание и хранение молока

21.1. Когда нужно сцеживание

Сцеживание не назначают всем после каждого кормления. Оно нужно, когда ребёнок временно не может эффективно сосать, мать и ребёнок разлучены, требуется поддержать лактацию, есть медицински обоснованный докорм собственным молоком матери или нужно облегчить ситуацию с кормлением при сохранении грудного вскармливания [S34; S36].

Если ребёнок получает сцеженное молоко вместо прикладывания, S34 рекомендует регулярное максимально полное сцеживание из обеих грудей не реже чем каждые 3-3,5 часа [S34]. При раздельном пребывании или болезни ребёнка источник рекомендует сцеживание каждые 3 часа, включая ночь, по 15 минут с каждой груди, а также при чувстве наполнения груди [S34].

Эти интервалы не означают, что здоровой кормящей матери всегда нужно сцеживаться по расписанию. Это режим поддержки лактации в ситуации, когда ребёнок не обеспечивает достаточное опорожнение груди.

21.2. Как сцеживать

Можно использовать ручное сцеживание или молокоотсос. В этой главе не даётся инструкция к конкретному устройству: техника зависит от модели, состояния груди, цели сцеживания и обучения матери. Врач проверяет, не усиливает ли сцеживание боль, нет ли травмы соска и не используется ли оно вместо помощи с прикладыванием там, где ребёнок может кормиться у груди.

21.3. Основная таблица хранения сцеженного молока

В данном пособии базовая таблица - ABM Protocol #8. Она относится к домашнему использованию сцеженного молока для доношенных детей.

Условия хранения	Оптимальный срок	Допустимый срок при очень чистых условиях
Комнатная температура 16-29 °C	4 часа	6-8 часов
Холодильник около 4 °C	4 суток	5-8 суток
Морозильник ниже -4 °C	6 месяцев	12 месяцев

[S38]

Практически лучше хранить молоко небольшими порциями. S38 предлагает 15, 30 или 60 мл как способ уменьшить потери [S38].

21.4. Российское примечание: S34 строже по холодильнику

S34, ссылаясь на ABM #8, предлагает более консервативный российский вариант: при комнатной температуре - 4 часа; в холодильнике 4 +/- 2 °C - не более 24 часов; в морозильной камере при -18 °C - 3-12 месяцев, оптимально не более 3 месяцев [S34].

В этом пособии таблица выше остаётся базовой системой ABM #8, но различие нужно честно проговаривать: если организация или медицинская команда придерживается российской программы S34, срок хранения в холодильнике будет короче.

21.5. Добавление новых порций

S34 допускает собирать охлаждённые порции в холодильнике до общего объёма 150 мл в течение 24 часов от первого сцеживания; новую порцию добавляют только после предварительного охлаждения [S34]. Это правило не нужно использовать, если семье проще и безопаснее хранить каждое сцеживание отдельной маленькой порцией.

21.6. Размораживание и подогрев

S38 указывает несколько способов размораживания: в холодильнике, под тёплой проточной водой, в ёмкости с тёплой водой или в специальном подогревателе без воды [S38]. Подогрев до температуры тела лучше проводить в тёплой воде не выше 40 °C; нагрев выше 40 °C не рекомендован как бытовая практика, а микроволновое размораживание/подогрев нежелательно из-за неравномерного нагрева и снижения иммунологических факторов [S38].

Ранее замороженное молоко после размораживания не следует оставлять при комнатной температуре более 2 часов; размороженное, но не подогретое молоко можно хранить в холодильнике до 24 часов [S34; S38].

S38 не даёт рекомендации по повторному замораживанию из-за недостатка данных [S38]. Поэтому в пособии не нужно придумывать собственное правило.

21.7. Остаток после кормления сцеженным молоком

После того как ребёнок начал пить из ёмкости, молоко контактирует с микрофлорой рта. S38 указывает, что исследований недостаточно, но разумно выбросить остаток в течение 1-2 часов после окончания кормления [S38]. Поскольку доказательность этого пункта ниже, чем у основной таблицы хранения, лучшая практическая защита - предлагать небольшие порции и добавлять при необходимости.

22. Смешанное и искусственное вскармливание

22.1. Смешанное вскармливание

Смешанное вскармливание у ребёнка первых месяцев жизни должно иметь понятную причину: недостаточный intake, подтверждённая недостаточная прибавка, временная невозможность полноценного грудного вскармливания или другое медицинское основание. S34 подчёркивает, что введение смеси и полный переход на искусственное вскармливание должны быть строго обоснованы, а объективная необходимость должна сохраняться после мер по стимуляции лактации [S34].

Если цель - сохранить грудное вскармливание, практическая последовательность обычно такая:

1. сначала предложить грудь;
2. оценить эффективность сосания;
3. дать назначенный докорм;
4. поддерживать лактацию прикладыванием и/или сцеживанием;
5. регулярно пересматривать объём докорма по массе, гидратации, моче/стулу и состоянию ребёнка [S34; S35].

Жёсткий универсальный режим здесь не нужен: режим зависит от возраста, причины докорма, состояния ребёнка и цели - временная поддержка или устойчивое смешанное вскармливание.

22.2. Искусственное вскармливание

Для здорового доношенного младенца используют стандартную адаптированную молочную смесь по возрасту. S34 описывает адаптированные смеси как основу искусственного вскармливания и подчёркивает индивидуальный выбор по состоянию здоровья и динамике роста [S34].

Не нужно перечислять бренды. Не нужно назначать лечебные смеси без показаний. AR-смеси, гидролизаты, безлактозные и другие специальные продукты относятся к профильным ситуациям: рефлюкс/срыгивания, аллергия, функциональные расстройства, лактазная недостаточность и т.д. Их нельзя использовать как "более сильную" или "более безопасную" смесь для здорового ребёнка без диагноза; для здорового доношенного ребёнка основой остаётся стандартная адаптированная смесь по возрасту [S34].

Важно не смешивать два разных вопроса:

- объём докорма в первые 4 суток у новорождённого по ABM #3 [S35];
- расчёт полного суточного питания при искусственном вскармливании по S34 [S34].

22.3. Объём смеси

S34 приводит расчётный подход для искусственного вскармливания: калорийный метод 115 ккал/кг для первых 6 месяцев; для верхней границы внутри диапазона этого пособия источник указывает, что суточный объём питания в 3 месяца не должен превышать 850 мл/сут [S34].

В этом пособии эти цифры используются как врачебный ориентир, а не как домашний калькулятор. Объём смеси нельзя назначать только по возрасту без массы, состояния ребёнка, прибавки, переносимости, частоты кормлений и оценки риска перекорма.

S34 предлагает оценивать правильность выбора смеси по переносимости и развитию ребёнка: отсутствие диспепсических расстройств, таких как срыгивания/рвота, диарея, запор, слизь в стуле; отсутствие аллергической сыпи; адекватные показатели физического и психомоторного развития [S34]. Зелёный стул нормальной консистенции без патологических примесей сам по себе не является показанием к смене смеси [S34].

22.4. Безопасное приготовление порошковой смеси

Порошковая детская смесь не стерильна. Правило воды не ниже 70 °C нужно не "для лучшего растворения", а для снижения микробиологического риска: WHO/FAO указывает, что разведение порошка водой не ниже 70 °C резко снижает риск за счёт уничтожения Enterobacter sakazakii в порошке [S37].

Пошаговая инструкция WHO/FAO для домашнего приготовления:

1. очистить и продезинфицировать поверхность для приготовления;
2. вымыть руки водой с мылом и высушить;
3. использовать чистую и стерилизованную бутылочку или чашку;
4. вскипятить безопасную воду;
5. дать воде остыть, но не дольше 30 минут после кипячения, чтобы при разведении температура оставалась не ниже 70 °C;
6. сначала налить в бутылочку нужный объём воды;
7. добавить точное количество порошка по инструкции производителя;
8. перемешать;
9. быстро охладить до температуры кормления под проточной водой или в ёмкости с холодной/ледяной водой, не допуская попадания воды внутрь бутылочки;
10. проверить температуру смеси перед кормлением;
11. не использовать микроволновую печь для приготовления или подогрева [S37].

Слишком много или слишком мало порошка опасно: S37 прямо указывает, что неправильное количество порошка может сделать ребёнка больным [S37].

22.5. Бутылированная вода

S37 подчёркивает: бутилированная вода не является стерильной. Если её используют для приготовления порошковой смеси, её также нужно кипятить и дальше соблюдать ту же безопасную процедуру приготовления [S37]. Поэтому фраза "детскую воду можно не кипятить" в этом пособии не используется без отдельного надёжного источника.

22.6. Хранение готовой смеси

Лучший вариант - готовить смесь непосредственно перед кормлением [S37]. Если смесь приготовлена заранее, она должна быть быстро охлаждена и храниться в холодильнике при температуре не выше 5 °C до 24 часов [S37].

Смесь, не использованную в течение 2 часов после приготовления, выбрасывают, если она не была правильно охлаждена и помещена в холодильник [S37]. Разогретую смесь не подогревают дольше 15 минут; микроволновку не используют; разогретую смесь, не выпитую в течение 2 часов, выбрасывают [S37].

Остатки после кормления не хранят повторно и не возвращают в холодильник [S37].

22.7. Транспортировка готовой смеси

Если смесь нужно взять с собой, WHO/FAO рекомендует сначала охладить её до температуры не выше 5 °C, перевозить в охлаждающей сумке и использовать в течение 2 часов; если место назначения достигнуто в пределах 2 часов, смесь можно поставить в холодильник и хранить до 24 часов от момента приготовления [S37]. Более безопасная альтернатива - взять сухой порошок порциями и приготовить смесь на месте с горячей водой не ниже 70 °C [S37].

Красные флаги кормления

Эта таблица не заменяет будущие алгоритмы жалоб 87, 88 и 99. Она нужна, чтобы в блоке вскармливания не пропустить ситуацию, где проблема питания может быть проявлением болезни.

Признак	Почему важен	Что делать	Куда смотреть
Вялость, трудно разбудить, угнетение сознания	У новорождённого может быть проявлением сепсиса или тяжёлого состояния	Срочная/экстренная оценка по состоянию; не объяснять только лактацией	Разделы 50-52; разделы 76-87 [S04]
Отказ от еды, вялое или слабое сосание	Входит в признаки неблагополучия у новорождённого и в оценку поступления питания	Оценить температуру, дыхание, перфузию, мочу, массу, признаки инфекции и обезвоживания	Разделы 50-52; разделы 76-87 [S04; S35]
Признаки обезвоживания, сухие слизистые, плохое кормление, гипернатриемия	S35 относит это к возможным показаниям к докорму после оценки ГВ; при тяжёлом состоянии нужна срочная помощь	Оценить ребёнка очно; не решать только увеличением смеси	Разделы 32-39; разделы 76-87 [S34; S35]
Мало мочи вместе с плохим кормлением, потерей массы или вялостью	Может отражать недостаточное поступление питания или тяжёлое состояние	Оценить массу, гидратацию, перфузию, кормление и возраст	Разделы 76-87 [S35; S36]
Значимая потеря массы или прибавка ниже возрастного контекста	Может быть проблемой техники, лактации, докорма или заболеванием ребёнка	Оценить кормление, гидратацию, мочу/стул, желтуху и красные флаги	Этот раздел; разделы 76-87 [S34; S35]
Рвота, особенно повторная, с потерей массы или обезвоживанием	Не является физиологическим срыгиванием	Оценить характер рвоты, массу, диурез, состояние; маршрутизировать по тяжести	Раздел 33; раздел 81; при подозрении на пилоростеноз - S26 [S26]
Желчная рвота	Красный флаг органической/хирургической патологии	Срочная маршрутизация; не вести как рефлюкс или переедание	Раздел 33.2; раздел 81
Рвота фонтаном в типичном возрасте 2-8 недель	Возможный пилоростеноз	Срочная хирургическая оценка	Глава 7, раздел 33.1; S26 [S26]
Выраженная или нарастающая желтуха вместе с плохим поступлением питания	Может быть связана с недостаточным поступлением молока или патологической желтухой	Оценить билирубин, массу, мочу/стул и состояние	Разделы 23-31 [S34; S35]
Дыхательная недостаточность, апноэ, цианоз, втяжения, стонущее дыхание	При дыхательной проблеме ребёнок может не питаться безопасно; это не лактационная жалоба	Срочная/экстренная оценка дыхания	Разделы 55-62; разделы 76-87 [S04; S33]
Температура >=38,0 °C у 29-90 суток или температурная нестабильность у новорождённого	Требует возрастной оценки риска инфекции; алгоритмы низкого риска не применяются к ребёнку с нарушенным общим состоянием	Оценить по возрастному алгоритму лихорадки и общему состоянию	Разделы 50-52; раздел 53 [S04; S30]

Признак	Почему важен	Что делать	Куда смотреть
Гипотермия, особенно с вялостью или плохим кормлением	У новорождённого может быть признаком тяжёлого состояния; у 29-90 суток требует осторожной оценки	Срочная оценка по возрасту и состоянию	Разделы 50-52; раздел 53; разделы 76-87 [S04; S30]

Ребёнок получает достаточно питания?

Это чек-лист оценки, а не отдельный алгоритм жалобы.

1. Уточнить возраст: часы жизни, сутки, недели, месяцы.
2. Уточнить тип вскармливания: грудное, смешанное, искусственное, сцеженное молоко.
3. Описать организацию кормлений: частота, ночные кормления, длительность без превращения в норму по минутам.
4. Наблюдать одно кормление, если возможно.
5. Оценить положение, захват и эффективный перенос молока до решения о докорме [S35].
6. Записать массу рождения.
7. Записать минимальную массу после рождения.
8. Записать текущую массу и возраст на момент взвешивания.
9. Рассчитать процент потери или прибавку в точном возрастном контексте.
10. Оценить мочеиспускание как часть общей картины, без самодельной таблицы подгузников [S36].
11. Оценить стул: в первые дни особенно <4 стула к 4-м суткам или меконий на 5-е сутки [S35].
12. Проверить желтуху.
13. Проверить обезвоживание.
14. Проверить активность, пробуждение, дыхание, температуру и другие красные флаги.
15. Решить: нужна ли помощь с техникой, сцеживание, контроль веса, докорм, профильная оценка болезни или срочная маршрутизация.

Чего не делать

- Не назначать смесь только из-за плача: S34 предупреждает, что плач не всегда означает голод [S34].
- Не использовать один мокрый подгузник или один эпизод стула как единственный критерий достаточности питания [S35; S36].
- Не считать потерю массы менее 10% автоматической нормой дома: в S01 это критерий выписки, а S35/S36 требуют возрастной и клинической оценки [S01; S35; S36].
- Не считать потерю массы более 10% автоматическим показанием только к смеси без оценки захвата, переноса молока, гидратации и состояния ребёнка [S35; S36].
- Не вводить жёсткий режим "каждые 3 часа" всем детям 0-90 суток [S01; S34].
- Не ограничивать кормление одной универсальной длительностью: у здорового новорождённого S01 не требует ограничения сосания [S01].
- Не смешивать таблицу хранения молока ABM #8 и более строгий вариант S34 в одну "среднюю" таблицу [S34; S38].
- Не назначать лечебную смесь без показаний и профильного диагноза [S34].
- Не разводить порошковую смесь произвольным количеством порошка: S37 предупреждает, что неверное количество может навредить ребёнку [S37].
- Не использовать микроволновку для приготовления или подогрева смеси [S37].
- Не хранить повторно остаток смеси после кормления [S37].

Остаточные ограничения источников

- Нет идеальной сильной таблицы мокрых подгузников по каждому дню жизни, поэтому она не создаётся.

- Нет единой универсальной максимальной длительности кормления; оценка строится по эффективности, боли, состоянию ребёнка и динамике массы.
- Количественные ориентиры массы из S34 хорошо закрывают первый месяц, но не дают полноценную норму для 61-90 суток.
- S34 и S38 различаются по хранению грудного молока: особенно по сроку в холодильнике.
- S37 WHO/FAO 2007 старый, но в текущем наборе является базовым safety клиническое руководство по порошковой смеси.
- Полный дифференциал плохого кормления выходит за рамки блока 17-22 и должен оставаться в профильных главах и будущих алгоритмах 87, 88, 99.

III. Желтуха

Эта глава отвечает на практический вопрос: что должен сделать участковый педиатр, если у новорождённого появилась желтуха. Основной источник - клинические рекомендации S02 "Неонатальная желтуха", 2025, локальный PDF локальная копия источника. В тексте не используется единый "опасный билирубин" для всех детей: решение всегда зависит от гестационного возраста, постнатального возраста в часах или сутках, факторов риска и общего состояния ребёнка [S02].

23. Билирубиновый обмен у новорождённого

Желтуха - это клиническое проявление повышения билирубина в сыворотке крови: кожа и/или склеры окрашиваются в жёлтый цвет. По S02 желтуха может быть частью физиологического повышения билирубина в период ранней неонатальной адаптации, но может быть и проявлением врождённых, перинатальных или постнатальных заболеваний [S02].

У новорождённого билирубин повышается легче, чем у ребёнка старшего возраста. Свободный билирубин образуется в основном из гемоглобина эритроцитов: 75-80% - при разрушении стареющих эритроцитов, ещё 20-25% - из незрелых форм эритроцитов в костном мозге и гемсодержащих белков [S02]. У детей периода новорождённости скорость образования свободного билирубина примерно в 2 раза выше, чем у взрослых; содержание альбумина ниже; активность печёночной УДФГТФ после рождения крайне низкая и в течение первого месяца жизни повышается только до 30-50% активности взрослого фермента [S02].

Для врача важны не биохимические детали, а клинический вывод: неконъюгированный билирубин липофилен, связан с риском проникновения через гематоэнцефалический барьер и поражения ЦНС, особенно если нарушено связывание с альбумином или есть неблагоприятные факторы. S02 отдельно указывает, что прочность связи билирубина с альбумином снижается при гипоксемии, гиперкапнии и метаболическом ацидозе [S02].

Поэтому билирубин нельзя оценивать без возраста. Один и тот же уровень общего билирубина может иметь разный смысл у ребёнка разного гестационного возраста и в разные часы жизни. В S02 пороги фототерапии и операции заменного переливания крови задаются по таблицам с учётом гестационного и постнатального возраста, а не одной универсальной цифрой [S02].

24. Физиологическое повышение билирубина

S02 разделяет сам факт желтухи и её причину. Физиологическое повышение концентрации билирубина возможно в период ранней неонатальной адаптации, но диагноз "всё физиологично" нельзя ставить только по цвету кожи [S02].

Практически физиологичный вариант возможен только как вывод после проверки:

- желтуха появилась не в первые 24 часа жизни [S02];
- ребёнок в удовлетворительном состоянии;
- нет быстрого нарастания или усиления после 3-4 суток жизни [S02];
- нет выраженного прокрашивания туловища и конечностей, особенно ладоней и стоп;
- нет признаков гемолиза, анемии, полицитемии, кровоподтёков, кефалгематомы, кровотечений, инфекции, воздействия лекарств/токсинов или заглатывания материнской крови;
- общий, свободный и связанный билирубин при необходимости оценены по возрасту ребёнка и не достигают порогов лечения по S02 [S02].

Осмотр "на глаз" годится только как стартовая оценка. S02 описывает, что желтизна сначала появляется на лице и туловище, а при дальнейшем нарастании билирубина распространяется на конечности; прокрашивание ладоней и стоп сопровождает повышение билирубина более 255-306 мкмоль/л [S022]. Это не заменяет измерение билирубина, потому что тяжесть нельзя надёжно определить только визуально.

Кормление имеет профилактическое значение. S02 указывает, что здоровые и условно здоровые новорождённые нуждаются в раннем, начиная с первого часа жизни, и регулярном грудном вскармливании; при противопоказаниях к раннему прикладыванию или избыточной убыли первоначальной массы к 3-4 дню жизни требуется организовать докорм адаптированной смесью с учётом гестационного возраста [S02].

Если ребёнок выглядит удовлетворительно, желтуха появилась после первых 24 часов [S02], нет красных флагов, а билирубин по ТсВ/сыворотке ниже порогов лечения для конкретного возраста и гестации, возможно амбулаторное наблюдение с повторной оценкой по S02. Если есть сомнение в сроке появления, скорости нарастания, общем состоянии или доступности контроля билирубина, тактика должна быть более активной.

Таблица 1. Норма vs патология

Признак	Скорее физиологично	Настораживает
Время появления	После первых 24 часов жизни и без других тревожных признаков [S02]	До 24 часов жизни [S02]
Динамика	Не усиливается после 3-4 суток жизни [S02]	Нарастает после 3-4 суток жизни [S02]
Распространённость окраски	Ограниченная желтизна без прокрашивания ладоней и стоп	Выраженное прокрашивание туловища и конечностей; ладони/стопы соответствуют уровню более 255-306 мкмоль/л [S02]
Длительность	Постепенно уменьшается и не сохраняется длительно	Сохраняется более 3 недель жизни [S02]
Общее состояние	Удовлетворительное, кормление сохранено	Вялость, отказ от кормления или другие изменения неврологического статуса [S02]
Анемия/полицитемия	Нет признаков гемолиза	Нарастание желтухи на фоне снижения гемоглобина/гематокрита или при полицитемии [S02]
Стул и моча	Нет данных за нарушение выведения связанного билирубина	Ахоличный стул и тёмная моча требуют отдельной оценки на холестаз; S02 требует оценивать связанный билирубин, но не даёт отдельного амбулаторного алгоритма для этих признаков [S02]

25. Когда желтуха становится патологической

По S02 патологическая желтуха, обусловленная накоплением непрямого билирубина и не связанная с изоиммунизацией или рождением на сроке 34 недели и менее, вероятна при наличии хотя бы одного из следующих признаков: появление до 24 часов жизни; выраженное прокрашивание туловища и конечностей; общий билирубин более 256 мкмоль/л; нарастание после 3-4 суток; сохранение более 3 недель жизни [S026].

Отдельно нужно помнить терминологию. Гипербилирубинемия у доношенных и поздних недоношенных детей, родившихся на сроке 35/0 недель и более, в S02 определяется как повышение общего билирубина сыворотки крови более 256 мкмоль/л [S02]. Но это не значит, что фототерапия всегда начинается только с этой цифры: лечебные пороги определяются по приложению А3.3 с учётом постнатального возраста в часах и гестационного возраста [S02].

□ КРАСНЫЕ ФЛАГИ ЖЕЛТУХИ

- появление желтухи до 24 часов жизни [S02];
- быстрое нарастание желтухи, особенно на фоне анемии или полицитемии [S02];
- усиление желтухи после 3-4 суток жизни [S02];
- выраженное прокрашивание туловища и конечностей [S02];
- прокрашивание ладоней и стоп, потому что оно сопровождает уровень билирубина более 255-306 мкмоль/л [S02];
- сохранение желтухи более 3 недель жизни [S02];
- признаки гемолиза: нарастание желтухи вместе с прогрессивным снижением гемоглобина или гематокрита [S02];
- желтуха на фоне кровоподтёков, кефалгематомы, кровотечения, врождённой или приобретённой инфекции, воздействия лекарств/токсинов, подозрения на заглатывание материнской крови [S02];
- сочетание появления или нарастания желтухи с изменением неврологического статуса, включая вялость и отказ от кормления [S02];
- неврологическая симптоматика, судороги, мышечный гипертонус, опистотонус, лихорадка, "мозговой" крик [S02].

25.1. Появление до 24 часов

Желтуха в первые 24 часа жизни - патологическая до доказательства обратного. S02 прямо указывает раннее появление до 24 часов как признак патологической желтухи и как показание к стандартному лабораторному исследованию общего, свободного и связанного билирубина [S026;3].

Действие врача: не наблюдать "до завтра" без объективной оценки. Нужно оценить состояние ребёнка, факторы риска гемолиза/инфекции/кровотечения, выполнить или организовать сывороточный билирубин с фракциями и решить вопрос о срочной маршрутизации, если билирубин достигает порогов лечения или есть изменение состояния [S02].

25.2. Быстрое нарастание

S02 выделяет детей с интенсивным нарастанием желтухи в группу высокого риска. Быстрое нарастание или усиление после 4 суток на фоне анемии или полицитемии с высокой вероятностью указывает на чрезмерный гемолиз [S02].

Действие врача: оценить гемоглобин, гематокрит, эритроциты, признаки кровоподтёков, кефалгематомы, кровотечения, инфекции и данные о возможном заглатывании материнской крови. Если есть показания к фототерапии по S02 или неврологические изменения, ребёнок нуждается в госпитализации [S02].

25.3. Длительная желтуха

Сохранение желтухи более 3 недель жизни в S02 относится к признакам патологической желтухи [S02]. Это не диагноз, а повод для повторной оценки причины и фракций билирубина.

Действие врача: оценить общее состояние, динамику окраски, кормление, прибавку массы, данные выписки, наличие факторов риска и выполнить исследование общего, свободного и связанного билирубина. Если желтуха длительная, но ребёнок клинически стабилен, всё равно нельзя ограничиться визуальным наблюдением без фракций билирубина [S02].

25.4. Анемия

Анемия важна не как изолированная строка анализа, а как признак возможного чрезмерного гемолиза. S02 требует выполнить общий клинический анализ крови при неонатальной желтухе для выявления анемии и причины гемолиза; в нём оценивают эритроциты, общий гемоглобин, гематокрит, а при геморрагическом синдроме - тромбоциты [S02].

Действие врача: при желтухе, которая усиливается одновременно со снижением гемоглобина или гематокрита, ребёнок относится к группе высокого риска. Нужно оценивать билирубин объективно и маршрутизировать по порогам лечения и состоянию [S02].

25.5. Ахоличный стул

Ахоличный стул не является типичным признаком непрямой гипербилирубинемии. В S02 основная клиническая логика главы сосредоточена на непрямом билирубине, гемолизе и риске билирубиновой энцефалопатии. При этом S02 требует исследовать не только общий, но и свободный и связанный билирубин у ребёнка с проявлениями неонатальной желтухи для дифференциальной диагностики и определения тактики [S02].

Действие врача: при жалобе на обесцвеченный стул нельзя успокаиваться тем, что ребёнок "просто желтоватый". Нужно проверить фракции билирубина и искать причину связанной гипербилирубинемии/холестаза. Детальный алгоритм для ахоличного стула S02 не содержит, поэтому для финальной версии этого подраздела нужен дополнительный профильный источник по неонатальному холестазу или билиарной атрезии. [ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА]

25.6. Тёмная моча

Тёмная моча, как и ахоличный стул, не должна автоматически относиться к "обычной желтухе новорождённого". S02 требует оценивать свободный и связанный билирубин, но в доступном тексте S02 нет отдельного амбулаторного алгоритма для тёмной мочи как признака холестаза [S02].

Действие врача: уточнить цвет мочи, стула, общее состояние, кормление, массу, длительность желтухи; выполнить билирубин с фракциями. Если подтверждается повышение связанного билирубина или есть нарушение состояния, ребёнок требует профильной маршрутизации. Детальные критерии для тёмной мочи нужно закрыть дополнительным источником. [ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА]

25.7. Нарушение состояния ребёнка

S02 прямо указывает госпитализацию при сочетании появления или нарастания желтухи с изменением неврологического статуса: вялостью, отказом от кормления и другими изменениями [S02]. Это не ситуация для домашнего ожидания.

Действие врача: оценить сознание/активность, сосание, мышечный тонус, крик, наличие судорог, температуру, признаки инфекции и дыхательных/гемодинамических нарушений. При неврологической симптоматике S02 рекомендует первичный осмотр невролога для диагностики нарушений функции ЦНС и определения дальнейшей тактики, но амбулаторный врач прежде всего должен организовать срочную маршрутизацию [S02].

26. Обследование ребёнка с желтухой

Первый вопрос - не "какой препарат дать", а "какой это ребёнок и сколько ему часов". Врач должен определить гестационный возраст, постнатальный возраст, время появления желтухи, скорость нарастания, распространённость окраски, общее состояние и факторы риска [S02].

Таблица 2. Что оценить врачу

Шаг	Что проверить	Зачем
1	Гестационный возраст, особенно 35/0 недель и более или меньший срок	S02 применяет определения и таблицы для доношенных и поздних недоношенных детей; пороги зависят от гестации [S02]
2	Постнатальный возраст в часах/сутках	Пороги лечения и оценка патологичности зависят от возраста; желтуха до 24 часов - красный флаг [S02]
3	Время появления и динамика желтухи	Раннее появление, быстрое нарастание, усиление после 3-4 суток и длительность более 3 недель указывают на патологию [S02]
4	Распространённость окраски	Выраженное прокрашивание туловища/конечностей и ладоней/стоп требует объективной оценки билирубина [S02]
5	Общее состояние, активность, сосание, неврологический статус	Вялость, отказ от кормления и неврологические симптомы меняют срочность маршрутизации [S02]
6	Данные о кровоподтёках, кефалгематоме, кровотечении, инфекции, лекарствах/токсинах, заглатывании крови	Это факторы риска патологического прироста непрямого билирубина [S02]
7	Печень, селезёнка, живот, кожа и слизистые	S02 включает пальпацию селезёнки, печени и желчевыводящих путей в физикальное обследование при желтухе [S02]
8	Билирубин: ТсВ или сывороточный общий, свободный, связанный	Нужно подтвердить степень и тип гипербилирубинемии и сопоставить с порогами S02 [S02]

Физикальное обследование по S02 включает осмотр кожи и слизистых, пальпацию селезёнки, печени и области желчевыводящих путей [S02]. Если есть геморрагический синдром, кровоподтёки, кефалгематома или подозрение на внутреннее кровотечение, обследование расширяется по показаниям.

27. Транскутанная билирубинометрия

Транскутанное определение билирубина (ТсВ, ТБИ) используется для динамического наблюдения и уменьшения флеботомических потерь [S02]. Это удобный скрининговый инструмент, но не окончательная замена сывороточному билирубину.

S02 указывает, что у доношенных и недоношенных новорождённых с гестационным возрастом более 35 недель линейная связь между ТсВ и сывороточным билирубином сохраняется в диапазоне общего билирубина 100-255/280 мкмоль/л [S024]. При ТсВ более 255 мкмоль/л эта связь уменьшается, поэтому уровень билирубина нужно перепроверить стандартным лабораторным методом [S024].

Сывороточный билирубин с фракциями нужен:

- при желтухе в первые 24 часа жизни [S02];
- при признаках гемолиза или других известных факторах риска патологической желтухи [S02];
- у доношенных и поздних недоношенных детей при ТсВ более 140 мкмоль/л в 24-48 часов жизни [S02];
- при ТсВ более 200 мкмоль/л в 48-72 часа жизни [S02];
- при ТсВ более 250 мкмоль/л в возрасте старше 72 часов [S02];
- при ТсВ более 255 мкмоль/л из-за снижения надёжности линейной зависимости [S02];

- если ребёнок уже получает фототерапию: во время фототерапии нельзя ориентироваться на цвет кожи и показатели чрескожного измерения билирубина [S02].

Для оценки риска патологической гипербилирубинемии по ТсВ S02 предлагает использовать перцентильные кривые приложения А3.2. Первое исследование проводится в возрасте 24-36 часов жизни. При 2 зоне риска повторное исследование показано через 24 часа; при 3 зоне - через 12 часов; при 4 зоне - через 4-6 часов [S024;2; visual check performed].

Если фототерапия уже проводилась, ТсВ корректно применять только через 30 минут после окончания фототерапии и только на закрытых участках кожи, например на лбу [S02]. В практической амбулаторной логике это значит: если ребёнок недавно лечился фототерапией и вновь желтеет, лучше опираться на лабораторный билирубин и выписные данные, а не на цвет кожи.

28. Лабораторная диагностика

Лабораторная диагностика должна быть достаточной для решения тактики, но не превращаться в бессистемную панель анализов.

Обязательно/первично

Общий, свободный и связанный билирубин. S02 рекомендует биохимическое исследование крови с общим, свободным и связанным билирубином ребёнку с проявлениями неонатальной желтухи для дифференциальной диагностики и определения тактики [S02]. Это ключевой анализ: он показывает степень гипербилирубинемии, тип фракции и позволяет сопоставить общий билирубин с порогами фототерапии/ОЗПК по возрасту и гестации [S02].

Общий клинический анализ крови. Нужен для выявления анемии и причины гемолиза. Врач оценивает количество эритроцитов, общий гемоглобин и гематокрит; при геморрагическом синдроме - тромбоциты [S02].

Группа крови АВ0, RhD и прямая проба Кумбса. S02 рекомендует определение группы крови, резус-фактора и прямого антиглобулинового теста ребёнку с гипербилирубинемией для исключения изоиммунизации [S02].

По показаниям

Коагулограмма. Выполняется при желтухе, связанной с экхимозами или кровотечениями, чтобы диагностировать нарушения гемостаза при геморрагическом синдроме. В S02 перечислены фибриноген, протромбиновое время, МНО и АЧТВ [S02].

Нейросонография. Показана при подозрении на внутричерепное кровоизлияние как возможный фактор патологического прироста билирубина и ухудшения состояния [S02].

УЗИ органов брюшной полости, почек и надпочечников. Проводится по показаниям для выявления патологии органов брюшной полости и исключения внутренних кровотечений [S02].

Осмотр невролога. Нужен при неврологической симптоматике у ребёнка с неонатальной желтухой для оценки нарушений функции ЦНС и дальнейшей тактики [S02].

Отоакустическая эмиссия после фототерапии. S02 указывает, что гипербилирубинемия является значимым фактором тугоухости, поэтому детям после фототерапии проводится исследование слуха с помощью отоакустической эмиссии [S02].

29. Фототерапия

Фототерапия - стандартный метод лечения непрямой гипербилирубинемии: свет синего или сине-зелёного спектра превращает билирубин в более безопасные формы, которые могут выводиться из организма [S02].

Главное правило: порог фототерапии не равен одной универсальной цифре. У доношенных и поздних недоношенных детей гестационного возраста 35 недель и более S02 рекомендует начинать фототерапию при патологически высоких концентрациях неконъюгированного билирубина, а пороговые значения общего билирубина определять по постнатальному возрасту в часах и гестационному возрасту [S021; 35, appendix A3.3; visual check performed].

Если общий билирубин в сыворотке находится менее чем на 50 мкмоль/л ниже порога операции заменного переливания крови, S02 указывает показание к интенсивной, в том числе комбинированной, фототерапии [S021]. Если фототерапия неэффективна или появляются клинические признаки острой билирубиновой энцефалопатии, требуется решение вопроса об операции заменного переливания крови; при клинических признаках острой билирубиновой энцефалопатии ОЗПК проводится независимо от лабораторного уровня общего билирубина [S022].

Контроль во время фототерапии также привязан к риску. Билирубин с фракциями нужно исследовать не позднее 24 часов от начала фототерапии, а при показаниях к интенсивной терапии - не позднее 12 часов [S02]. Если общий билирубин близок к порогу ОЗПК, контроль проводится не реже 1 раза в 12 часов, то есть 2-3 раза в сутки; в остальных случаях - не реже 1 раза в сутки [S02]. Прекратить фототерапию можно, когда общий билирубин стал ниже значений, являющихся основанием для фототерапии, с учётом постнатального и гестационного/скорректированного возраста [S02].

Что важно объяснить родителям: фототерапия не "просто лампа", а лечение с контролем билирубина, температуры, кормления и состояния. Во время фототерапии нельзя ориентироваться на цвет кожи или чрескожный билирубин как на основной показатель эффективности [S02]. Дополнительные жидкости во время фототерапии S02 предлагает рассматривать только при ежедневной потере веса более 5% или недостатке грудного молока для полноценного кормления [S02].

30. Билирубиновая энцефалопатия

Билирубиновая энцефалопатия - токсико-метаболическое поражение головного мозга, вызванное повышением билирубина крови, преимущественно непрямой фракции. У доношенных и поздних недоношенных детей S02 описывает её как острое состояние при выраженной гипербилирубинемии более 340 мкмоль/л, с быстрым угнетением функции ЦНС, специфической неврологической симптоматикой и/или судорогами [S02].

Это неотложное состояние, потому что речь идёт о токсическом воздействии билирубина на головной мозг. Клинические признаки острой билирубиновой энцефалопатии, прямо перечисленные в S02: мышечный гипертонус, опистотонус, лихорадка, "мозговой" крик [S02]. Также S02 относит к показаниям для госпитализации сочетание появления или нарастания желтухи с изменением неврологического статуса, включая вялость ребёнка и отказ от кормления [S02].

Действие амбулаторного врача: не лечить дома и не ждать повторного осмотра в плановом порядке. При желтухе с вялостью, отказом от кормления, судорогами, выраженным изменением тонуса, опистотонусом, "мозговым" криком или другой неврологической симптоматикой нужна срочная госпитализация. Если есть клинические признаки острой билирубиновой энцефалопатии, дальнейшее лечение определяется стационаром; S02 указывает, что ОЗПК при таких признаках проводится независимо от уровня общего билирубина [S02].

31. Когда нужна госпитализация

S02 формулирует два ключевых основания для госпитализации при неонатальной желтухе: желтуха, требующая фототерапии, и сочетание появления/нарастания желтухи с изменением неврологического статуса, включая вялость и отказ от кормления [S02].

Срочная госпитализация

Срочно маршрутизировать ребёнка в медицинскую организацию нужно, если:

- билирубин достигает порога фототерапии по таблице S02 с учётом гестационного возраста и постнатального возраста в часах [S02];
- билирубин приближается к порогу ОЗПК или есть неэффективность фототерапии по данным стационара [S02];
- желтуха появилась до 24 часов жизни и нет возможности быстро выполнить объективную оценку и безопасно определить тактику [S02];
- желтуха появляется или нарастает вместе с вялостью, отказом от кормления или другим изменением неврологического статуса [S02];
- есть неврологическая симптоматика, судороги, мышечный гипертонус, опистотонус, лихорадка, "мозговой" крик [S02];
- есть быстрое нарастание желтухи на фоне анемии/полицитемии, кровотечения, кефалгематомы, инфекции или другого фактора высокого риска [S02].

Можно продолжать амбулаторное наблюдение

Амбулаторное наблюдение допустимо только при одновременном выполнении условий, вытекающих из S02:

- ребёнок клинически стабилен, без вялости, отказа от кормления и неврологической симптоматики;
- желтуха появилась не в первые 24 часа жизни [S02];
- нет интенсивного нарастания, усиления после 3-4 суток жизни и длительного сохранения более 3 недель жизни [S02];
- нет выраженного прокрашивания туловища и конечностей, прокрашивания ладоней/стоп, признаков анемии, полицитемии, кровотечений, инфекции или других факторов высокого риска;
- билирубин объективно оценён, а результат сопоставлен с гестационным и постнатальным возрастом и находится ниже порогов лечения по S02;
- есть возможность повторной оценки в сроки, зависящие от зоны риска TcB или клинической динамики [S02].

Если хотя бы одно из этих условий не выполняется, формулировка "наблюдаем дома" небезопасна.

Таблица 3. Маршрутизация

Ситуация	Действие
Желтуха до 24 часов жизни	Сывороточный общий, свободный и связанный билирубин; оценка факторов риска; срочная маршрутизация при невозможности немедленно определить безопасную тактику [S02]
ТсВ выше возрастного порога для лабораторной проверки	Подтвердить сывороточным билирубином с фракциями: более 140 мкмоль/л в 24-48 часов, более 200 мкмоль/л в 48-72 часа, более 250 мкмоль/л после 72 часов [S02]
ТсВ более 255 мкмоль/л	Перепроверить билирубин стандартным лабораторным методом [S02]
Общий билирубин выше порога фототерапии	Госпитализация/лечение фототерапией по таблице S02 с учётом гестационного и постнатального возраста [S02]
Общий билирубин близок к порогу ОЗПК	Интенсивная фототерапия; стационарная тактика, контроль не реже 1 раза в 12 часов, 2-3 раза в сутки [S02]
Желтуха плюс вялость, отказ от кормления или неврологические признаки	Срочная госпитализация [S02]
Длительная желтуха более 3 недель	Исследовать общий, свободный и связанный билирубин; искать причину, не ограничиваться визуальным наблюдением [S02]
Ахоличный стул или тёмная моча	Проверить фракции билирубина и маршрутизировать для исключения холестаза; нужен дополнительный профильный источник для детального алгоритма

Алгоритм: «Ребёнок пожелтел»

Желтуха

↓

Уточнить гестационный возраст и возраст ребёнка в часах/сутках

↓

Появилась до 24 часов жизни? [S02]

↓

Да -> патологическая до доказательства обратного: сывороточный билирубин с фракциями, оценка факторов риска, срочная маршрутизация при невозможности немедленно определить безопасную тактику [S02]

↓

Нет

↓

Оценить состояние, кормление, активность, сосание, тонус, крик, наличие судорог, температуру, стул и мочу

↓

Есть красные флаги?

↓

Да -> срочная маршрутизация, особенно при изменении неврологического статуса или показаниях к фототерапии [S02]

↓

Нет

↓

Оценить билирубин: TcB как скрининг/динамика или сывороточный общий, свободный и связанный билирубин при показаниях

↓

Сопоставить результат с гестационным возрастом, постнатальным возрастом и таблицами S02

↓

Ниже порогов лечения и ребёнок стабилен -> амбулаторное наблюдение с повторной оценкой по зоне риска/динамике [S02]

↓

Достигнут порог фототерапии или есть неврологические изменения -> госпитализация [S02]

Что объяснить родителям

Кожа желтеет из-за накопления билирубина. У новорождённых билирубин образуется быстрее, а печёночные механизмы его переработки ещё незрелые, поэтому умеренное повышение может быть частью ранней адаптации [S02].

Возраст появления очень важен. Желтуха в первые 24 часа жизни не считается обычной адаптацией и требует объективной оценки [S02].

По цвету кожи нельзя надёжно определить степень опасности. Визуальный осмотр помогает заметить желтуху, но решение принимается по возрасту ребёнка, факторам риска и измерению билирубина. При высоком транскутанном билирубине нужен контроль венозного билирубина лабораторным методом [S02].

Срочно обращаться нужно, если желтуха появилась в первые 24 часа, быстро усиливается, ребёнок вялый, хуже сосёт или отказывается от кормления, необычно кричит, меняется мышечный тонус, появляются судороги, желтеют ладони и стопы или желтуха сохраняется более 3 недель [S02]. Обесцвеченный стул или тёмная моча не закрыты S02 как самостоятельные критерии, но в этой версии главы рассматриваются как повод для внеплановой оценки фракций билирубина и профильной маршрутизации. [ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА]

Фототерапия - стандарт лечения при показаниях. Это не косметическая процедура, а способ снизить патологически высокий неконъюгированный билирубин. Показания определяются не "на глаз", а по таблицам S02 с учётом возраста и гестации [S02].

Домашние методы не заменяют оценку билирубина и фототерапию при показаниях. В этой главе не рекомендуется солнечный свет, прогулки как лечение, допаивание водой или глюкозой, сорбенты и "средства для выведения билирубина", потому что S02 не использует их как лечение неонатальной желтухи.

Что требует дополнительного источника

S02 достаточно закрывает непрямую неонатальную гипербилирубинемию, билирубинометрию, лабораторную диагностику, фототерапию, признаки билирубиновой энцефалопатии и госпитализацию. Но для полноценного практического алгоритма при ахоличном стуле и тёмной моче нужен отдельный современный источник по неонатальному холестазу/билиарной атрезии, потому что S02 требует оценивать связанный билирубин, но не даёт детальной амбулаторной маршрутизации по этим двум симптомам.

Источники

- [S02] Клинические рекомендации "Неонатальная желтуха", 2025.2 и А3.3: 35 для А3.3.

IV. ЖКТ: срыгивания, рвота, функциональные расстройства

Эта глава отвечает на практический вопрос: перед врачом физиологическое срыгивание или симптом заболевания. Основные источники - S03 "Срыгивание и руминация новорожденного", 2025; S05 "Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей", 2025; S12 "Функциональные расстройства органов пищеварения у детей", 2021; S26 "Врожденный гипертрофический пилоростеноз", 2016. S26 используется только для пилоростеноза и учитывается как профильный, но старый источник.

Главная логика блока: оценить общее состояние, кормление, прибавку массы и красные флаги. Если ребёнок хорошо выглядит, нормально кормится, прибавляет массу и не имеет тревожных признаков, срыгивания чаще относятся к физиологическому спектру и не требуют автоматического обследования или кислотосупрессивной терапии [S03].

Термины

Срыгивание, или регургитация - ретроградный заброс содержимого желудка за пределы желудка: в глотку, ротовую полость или из ротовой полости. В S03 эти термины употребляются как одно определение, но важно не смешивать их с рвотой [S03].

Рвота - активное, мощное поступление желудочного и/или кишечного содержимого в ротовую полость и наружу с участием мышц живота и грудной клетки; её нужно отличать от регургитации и руминации [S12].

Гастроэзофагеальный рефлюкс, ГЭР - ретроградный заброс желудочного содержимого в пищевод, который может сопровождаться срыгиванием и/или рвотой [S03; S05].

ГЭРБ - состояние, при котором гастроэзофагеальный рефлюкс вызывает причиняющие беспокойство симптомы и/или осложнения [S03; S05].

Руминация - повторяющиеся, не требующие усилий срыгивания пищи во время или вскоре после еды с последующим пережёвыванием, глотанием или выплёвыванием. S03 подчёркивает, что руминацию часто ошибочно принимают за ГЭРБ или рвоту, что ведёт к лишним обследованиям и лечению [S03].

32. Срыгивания у здорового ребёнка

Срыгивание у младенца само по себе не равно ГЭРБ. В первые месяцы жизни оно часто связано с анатомо-функциональной незрелостью верхних отделов ЖКТ: слабостью мышечного слоя пищевода, рыхлостью связочного аппарата, особенностями перехода пищевода в желудок, хорошим развитием пилорического отдела при более слабом кардиальном отделе, практически отсутствующей зоной повышенного давления над нижним пищеводным сфинктером и незрелостью нервно-гуморальной регуляции моторики [S03].

S03 описывает срыгивание как физиологическое явление, связанное с сосанием и отхождением заглоченного воздуха. Формирование нижнего пищеводного сфинктера завершается к 6 месяцам жизни, поэтому у ребёнка первых месяцев жизни сама склонность к регургитации ожидаема [S03].

Срыгивание становится практической проблемой не потому, что оно "неприятно выглядит", а если оно частое, обильное, влияет на кормление, рост, состояние ребёнка или сопровождается красными флагами. S03 указывает, что частые и обильные срыгивания могут приводить к потере массы и обезвоживанию [S03].

Если у ребёнка нет настораживающих признаков, симптомы не влияют на кормление, рост и достижение этапов развития, диагностические тесты и лечение, включая подавление

кислотности, не требуются [S03].

32.1. Почему младенцы срыгивают

Физиологическое срыгивание чаще усиливают факторы, повышающие внутрибрюшное давление или объём содержимого желудка: перекорм, аэрофагия из-за техники кормления, длительный плач, повышенное газообразование, запор, тугое пеленание [S03].

Поэтому первый практический шаг - не лекарство, а проверка кормления:

- как часто ребёнок ест;
- какой разовый объём получает;
- нет ли перекорма;
- правильно ли приложен к груди или подобрана техника кормления из бутылочки;
- нет ли выраженного заглатывания воздуха;
- как меняется срыгивание после кормления и в течение ближайших минут.

При грудном вскармливании S03 рекомендует спокойную обстановку, сохранение лактации, нормализацию режима кормления, исключение перекорма и контроль правильного прикладывания для профилактики аэрофагии [S03]. При искусственном вскармливании источник рекомендует увеличить частоту кормлений с уменьшением разового объёма смеси [S03].

32.2. Срыгивание vs рвота

Признак	Срыгивание	Рвота
Усилие	Пассивный заброс без напряжения брюшного пресса и диафрагмы [S03]	Активное, мощное выведение содержимого с участием мышц живота и грудной клетки [S12]
Характер	Чаще происходит сразу после кормления; материал похож на проглоченную пищу [S03]	Может быть повторной, упорной, "фонтаном", ночной, с желчью или кровью; такие варианты являются тревожными признаками [S03; S05]
Состояние ребёнка	При физиологическом варианте ребёнок хорошо выглядит, кормится и растёт [S03]	Вялость, лихорадка, отказ от кормления, обезвоживание или потеря массы требуют поиска патологии [S03; S05]
Примеси	Для физиологического срыгивания примеси крови или желчи не характерны	Кровь или желчь в рвотных массах - красные флаги [S03; S05]
Влияние на рост	Не должно нарушать прибавку массы и развитие [S03]	Плохая прибавка, потеря массы или обезвоживание меняют тактику [S03; S05]
Диагностический смысл	Без тревожных признаков не требует автоматических тестов и кислотосупрессии [S03]	При красных флагах нельзя называть состояние функциональным до оценки причины [S03; S05]

32.3. Оценка частоты и объёма

Оценивать нужно не только "есть/нет", а частоту, объём, связь с кормлением и влияние на ребёнка. S03 приводит шкалу ESPGHAN для выраженности срыгиваний [S03].

Балл	Характеристика
0	Срыгиваний нет [S03]
1	Более 5 срыгиваний в сутки, объём не более 3 мл [S03]
2	Более 5 срыгиваний в сутки, объём более 3 мл [S03]
3	Более 5 срыгиваний в сутки, объём до половины одного кормления, не чаще чем в половине кормлений [S03]
4	Срыгивания небольшого объёма в течение 30 минут и более после каждого кормления [S03]

Балл	Характеристика
5	Срыгивания более половины полного объёма одного кормления не менее чем в половине кормлений [S03]

S05 даёт близкую практическую градацию тяжести: лёгкое течение - до 3-5 срыгиваний в день объёмом 2,5-5,0 мл; среднетяжёлое - в половине кормлений или чаще, до 1/2 объёма кормления; тяжёлое - более чем в половине кормлений, объём более 1/2 кормления и/или отставание в физическом развитии [S05].

33. Красные флаги при срыгиваниях и рвоте

□ КРАСНЫЕ ФЛАГИ ПРИ СРЫГИВАНИИ/РВОТЕ
- появление регургитации на 1-2-й неделе жизни [S03];
- вялость или лихорадка [S03; S05];
- позывы к рвоте с отказом от кормления [S03];
- рвота фонтаном [S03; S05; S26];
- кровь или желчь в рвотных массах [S03; S05];
- плохая прибавка массы, отставание физического развития, потеря массы [S03; S05];
- признаки обезвоживания или электролитных/обменных нарушений [S03];
- затруднение кормления или глотания, дисфагия, одинофагия [S03; S05];
- аспирация желудочного содержимого, длительный кашель, хрипы, свистящее дыхание, рецидивирующие бронхиты/пневмонии [S03; S05];
- апноэ или тяжёлые респираторные нарушения [S03; S05];
- чрезмерная раздражительность или боль [S03];
- синдром Сандифера: дистоническое положение шеи/тела на фоне подозрения на ГЭРБ [S03];
- выбухающий родничок, быстрый темп прибавки окружности головы, судороги [S03];
- дизурия [S03];
- патологические изменения стула, диарея или запор [S03];
- увеличение живота, патологические находки при осмотре со стороны ЖКТ, дыхательной, сердечно-сосудистой или нервной системы [S05];
- нарушение психомоторного развития [S05].

Наличие красного флага не доказывает один конкретный диагноз, но запрещает успокаивающую формулу "это просто срыгивания". S03 рекомендует при тревожных признаках исключать органическую патологию: инфекцию, врождённые пороки, метаболические нарушения, ГЭРБ и другие причины [S03].

33.1. Рвота фонтаном

Рвота фонтаном особенно важна в возрасте, типичном для врождённого гипертрофического пилоростеноза. S26 описывает пилоростеноз как заболевание, обычно возникающее у детей 3-8 недель жизни; клинические симптомы чаще проявляются в 2-4 недели жизни, но возможна и более поздняя манифестация [S26].

Для пилоростеноза характерны прогрессирующие срыгивания, которые переходят в рвоту большим объёмом через 1-2 часа после кормления; рвотные массы без желчи, могут иметь вид и запах створоженного молока, иногда с прожилками "старой" крови [S26].

33.2. Желчь

Желчь в рвотных массах - красный флаг по S03 и S05 [S03; S05]. У ребёнка с желчной рвотой нельзя продолжать вести ситуацию как физиологическое срыгивание или функциональный ГЭР.

33.3. Кровь

Кровь в рвотных массах - тревожный признак по S03 и S05 [S03; S05]. В контексте пилоростеноза S26 допускает прожилки "старой" крови в рвотных массах, но это не делает симптом безопасным для амбулаторного наблюдения без оценки [S26].

33.4. Отказ от кормления

Отказ от кормления вместе с позывами к рвоте входит в список тревожных признаков S03 [S03]. S05 также относит к симптомам ГЭРБ у детей первого года проблемы с приёмом пищи: снижение аппетита, отказ от еды или затруднение глотания [S05].

33.5. Лихорадка и вялость

Вялость и подъём температуры указаны в S03 как красные флаги при срыгивании/рвоте [S03]. S05 также включает лихорадку в симптомы тревоги при подозрении на ГЭРБ и сходные состояния [S05].

33.6. Потеря массы

Плохая прибавка, потеря массы и обезвоживание переводят ситуацию из физиологического спектра в диагностический поиск. S03 указывает, что частые и обильные срыгивания могут приводить к значительной потере веса и обезвоживанию, а S05 выделяет плохую прибавку массы при тяжёлых случаях ГЭРБ у детей первого года жизни [S03; S05].

33.7. Неврологические симптомы

Выбухающий родничок, быстрый рост окружности головы и судороги входят в красные флаги S03 [S03]. При таких признаках рвота или срыгивание не должны объясняться функциональным расстройством до оценки неврологической и другой органической причины.

34. Гастроэзофагеальный рефлюкс

ГЭР - это сам факт заброса желудочного содержимого в пищевод; он может сопровождаться срыгиванием и/или рвотой [S03; S05]. У младенца первых месяцев жизни ГЭР часто находится в физиологическом спектре, потому что сфинктерный аппарат и моторика ЖКТ ещё созревают [S03].

Главная мысль: ГЭР не равен ГЭРБ. ГЭР становится болезнью только тогда, когда вызывает причиняющие беспокойство симптомы, осложнения, нарушение кормления, роста или развития [S03; S05].

S05 указывает, что срыгивания у детей первого года жизни встречаются часто: 50-66% в первом полугодии и 5-10% к концу первого года [S05]. При этом патологический ГЭР у детей первого года жизни, по данным S05, встречается с частотой 8-11% [S05]. Эти цифры помогают объяснить родителям важное различие: срыгивания распространены, но патологический рефлюкс есть не у каждого ребёнка со срыгиванием.

Тактика при функциональном ГЭР и срыгиваниях у грудного ребёнка начинается с немедикаментозных мер: кормление под углом 45-60° только во время кормления, удерживание бодрствующего ребёнка после кормления, профилактика аэрофагии, исключение перекорма, при необходимости коррекция частоты и разового объёма кормлений [S03; S05]. Это не рекомендация наклонять поверхность сна: S03 предупреждает, что вынужденное положение во время сна, включая приподнятый головной конец кровати и

горизонтальное положение на животе, не рекомендуется из-за риска синдрома внезапной детской смерти [S03].

35. ГЭРБ

ГЭРБ у ребёнка первых месяцев жизни нужно подозревать не по одному факту срыгиваний, а по сочетанию симптомов и последствий. S05 подчёркивает, что у детей первого года жизни симптомы неспецифичны, и по клиническим проявлениям невозможно надёжно судить о наличии и выраженности эзофагита [S05].

По S05 у детей первого года жизни и раннего возраста симптомы ГЭРБ могут включать:

- персистирующие срыгивания и рвоту [S05];
- беспокойство и плач, усиливающиеся во время кормления [S05];
- снижение аппетита, отказ от еды или затруднение глотания [S05];
- плохую прибавку массы в тяжёлых случаях [S05];
- персистирующий кашель, стридор, шумное дыхание, в тяжёлых случаях апноэ и аспирационную пневмонию [S05];
- персистирующую икоту [S05].

Диагноз ГЭРБ устанавливают только при стойкой клинической пищеводной симптоматике или при чёткой связи симптомов с эпизодами рефлюкса после исключения альтернативных диагнозов [S05].

Обследование показано не всем детям со срыгиваниями, а при клинических признаках ГЭРБ, симптомах тревоги, плохой прибавке массы, повторной рвоте или необходимости дифференциальной диагностики [S03; S05]. S05 перечисляет инструментальные методы, которые применяют при необходимости: рентгеноскопию пищевода с контрастированием, УЗИ/эндосонографию верхних отделов ЖКТ, ЭГДС, внутрипищеводную pH-метрию, pH-импедансметрию и пищеводную манометрию [S05]. Эти методы нельзя превращать в рутинное подтверждение ГЭРБ у ребёнка, который хорошо кормится, растёт и не имеет симптомов тревоги [S03; S05].

Лечение у грудных детей строится ступенчато:

- коррекция положения при кормлении и исключение перекорма [S03; S05];
- при искусственном вскармливании и неэффективности первичных мер - антирефлюксная смесь по показаниям, как лечебный продукт, назначаемый врачом, с индивидуальным подбором объёма [S03; S05];
- при отсутствии эффекта и плохой прибавке массы - смесь на основе глубокого гидролиза белка или аминокислотная смесь, особенно если есть признаки аллергии к белку коровьего молока; отсутствие улучшения за 2 недели по S05 или за 2-4 недели по S03 говорит о неэффективности выбранной тактики [S03; S05].

Рутинная медикаментозная терапия грудным детям с неосложнённым ГЭР не рекомендована, потому что в большинстве случаев симптоматика у младенцев исчезает самостоятельно после 6 месяцев [S05]. ИПП не назначают просто из-за срыгиваний: S05 рекомендует ИПП детям старше 1 года при выраженных симптомах ГЭРБ и эзофагите среднетяжёлой или тяжёлой степени после неэффективности немедикаментозного лечения [S05].

36. Пилоростеноз и другие органические причины рвоты

36.1. Врожденный гипертрофический пилоростеноз

S26 - профильная клиническая рекомендация по врождённому гипертрофическому пилоростенозу, но документ утверждён в 2016 году; в этой главе он используется только для пилоростеноза [S26].

Пилоростеноз - заболевание, при котором циркулярный слой гладкой мускулатуры привратника гипертрофируется, сужает пилорический канал и приводит к желудочной обструкции. Обычно он возникает у детей 3-8 недель жизни; симптомы чаще проявляются в 2-4 недели жизни, но возможна более поздняя манифестация [S26].

Когда заподозрить:

- срыгивания становятся прогрессирующими и переходят в рвоту большим объёмом [S26];
- рвота возникает через 1-2 часа после кормления [S26];
- рвота "фонтаном", большим объёмом и на большое расстояние [S26];
- рвотные массы без желчи, с запахом/консистенцией створоженного молока; возможны прожилки "старой" крови [S26];
- аппетит может быть сохранён, но прибавки массы нет [S26];
- уменьшается объём мочи, мочеиспускания становятся редкими, моча может быть концентрированной [S26];
- стул редкий и скудный [S26];
- появляется потеря массы и нарастают признаки обезвоживания [S26].

При осмотре S26 описывает вздутие эпигастральной области и видимую сегментирующую перистальтику в виде "песочных часов"; при этом в начале заболевания живот может выглядеть как у здорового ребёнка [S26]. Пальпация обычно безболезненная, живот мягкий; иногда справа в эпигастральной области определяется образование в форме "оливы", чаще у пациентов с признаками гипотрофии [S26].

Тактика участкового врача: при подозрении на пилоростеноз ребёнок нуждается в срочной хирургической оценке. S26 рекомендует УЗИ пилорического отдела желудка при картине срыгиваний и рвоты; диагностически значимыми признаками источник называет толщину стенки пилорического канала более 4 мм, длину канала более 14 мм и сужение канала до 1-2 мм [S26].

Если клиническая и УЗИ-картина неясны, S26 допускает рентгеноконтрастное исследование желудка; при невозможности УЗИ или рентгенологического обследования возможно ФЭГДС специалистом с опытом обследования новорождённых [S26]. Консервативное лечение при врождённом гипертрофическом пилоростенозе не рекомендовано; лечение хирургическое [S26].

36.2. Другие хирургические причины рвоты

Для других хирургических причин рвоты в текущем комплекте источников нет достаточного профильного документа. Поэтому здесь нельзя писать полноценный раздел по мальротации, завороту, атрезиям, стенозам и другим видам кишечной непроходимости.

Разрешённый объём по имеющимся источникам: S03 указывает, что при упорных, обильных срыгиваниях, дебютирующих на первой неделе жизни и не реагирующих на традиционные методы, рентгеноконтрастное исследование может использоваться для исключения врождённых пороков и анатомических причин, включая скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, мальротацию, стеноз привратника, мембрану/перепонку, стеноз двенадцатиперстной кишки, антральную перепонку, сужение пищевода, кольца Шацкого, ахалазию, стриктуры и внешние поражения пищевода [S03].

Практический вывод для этого пособия: желчная рвота, кровь, рвота фонтаном, нарушение состояния, потеря массы, обезвоживание, выраженное вздутие живота или неврологические признаки требуют срочной оценки; их нельзя описывать как вариант нормы или функциональное состояние [S03; S05].

[ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ ПРИЧИНАМ РВОТЫ]

37. Младенческие колики

Младенческие колики - регулярные эпизоды повышенной раздражительности, беспокойства и/или плача, которые начинаются и заканчиваются без очевидной причины [S12]. S12 указывает, что колики характерны для детей младше 5 месяцев и типичны для детей без нарушения роста и развития, лихорадки или проявлений других заболеваний [S12].

Обычно колики появляются в первые недели жизни, достигают максимума в 2-3 месяца и постепенно уменьшаются, исчезая к 5 месяцам; вечерние часы наиболее типичны для эпизодов [S12]. Во время колики ребёнок может громко и упорно плакать, быть возбуждённым, раздражённым и беспокойным, сучить ножками; могут отмечаться покраснение лица и урчание в животе [S12].

Колики - функциональный диагноз, а не универсальное объяснение любого плача. Первый шаг по S12 - искать симптомы тревоги [S12].

□ Что не похоже на обычные младенческие колики
- упорный крик с изменением тональности [S12];
- повторные рвоты [S12];
- рвота с кровью [S12];
- кровь в стуле [S12];
- отсутствие набора массы тела и/или потеря массы [S12];
- замедление линейного роста [S12];
- необъяснимая лихорадка [S12].

При симптомах тревоги S12 рекомендует исключать заболевания, которые могут сопровождаться коликоподобным плачем: гастроинтестинальную форму пищевой аллергии, лактазную недостаточность, патологию ЦНС; при тревожных признаках - острую хирургическую патологию, включая инвагинацию, ущемлённую грыжу, кишечную непроходимость и аномалии развития [S12].

Тактика при типичных коликах включает разъяснение родителям, психологическую поддержку, профилактику перекорма и индивидуальную коррекцию питания с учётом вида вскармливания [S12]. S12 подчёркивает, что однозначных данных об эффективности медикаментозной терапии нет; симетикон и Lactobacillus reuteri могут использоваться индивидуально, но рутинное применение не рекомендуется из-за противоречивых результатов исследований [S12].

38. Младенческая дисхезия

Младенческая дисхезия - не запор. Это нарушенная дефекация из-за неспособности ребёнка координировать повышение внутрибрюшного давления с расслаблением мышц тазового дна [S12].

S12 даёт критерии для детей младше 9 месяцев: напряжение и плач не менее 10 минут перед успешной или неуспешной дефекацией мягким стулом, а также отсутствие другой патологии [S12]. Клинически ребёнок кричит и плачет перед дефекацией, лицо может резко

краснеть, эпизод обычно длится 10-20 минут, кал мягкий и без примесей, а после дефекации ребёнок успокаивается [S12].

У большинства младенцев симптомы начинаются в первые 2-3 месяца жизни и разрешаются самостоятельно к 9 месяцам [S12]. Лабораторные и инструментальные исследования не требуются, если нет симптомов тревоги [S12].

Симптомы тревоги при дисхезии: кровь в стуле, необъяснимая лихорадка, отсутствие набора массы и/или потеря массы, замедление линейного роста [S12].

Что делать: объяснить родителям, что при типичной картине нет патологического процесса, требующего вмешательства [S12]. Не рекомендуется прибегать к стимуляции прямой кишки, потому что ребёнок может начать ждать стимуляции перед актом дефекации; S12 допускает периодическую стимуляцию перианальной зоны, но это не равно рутинной ректальной стимуляции [S12]. Слабительные при дисхезии не назначаются [S12].

39. Функциональный запор

Функциональный запор - это не просто "стула не было сегодня". S12 определяет его как увеличение интервалов между дефекациями и/или систематически неполное опорожнение кишечника, изменение плотности стула и необходимость усилий для опорожнения [S12].

У детей первого года жизни функциональному запору могут способствовать недостаточный объём питания, смена питания, переход на искусственное вскармливание или замена смеси, инфекции и анальные трещины [S12]. При этом диагноз функционального запора устанавливается по анамнезу и объективному обследованию [S12].

По Римским критериям IV в изложении S12 нужны 2 симптома или более в течение 1 месяца: 2 дефекации или менее в неделю, чрезмерная задержка стула в анамнезе, дефекации с болью и натуживанием, большой диаметр оформленных каловых масс в анамнезе, большое количество каловых масс в прямой кишке [S12]. Для детей с туалетными навыками есть дополнительные критерии, но они не применимы к ребёнку 0-3 месяцев как практический инструмент [S12].

Дополнительные признаки: раздражительность, снижение аппетита и/или раннее насыщение, исчезновение симптомов сразу после дефекации [S12].

Красные флаги, при которых функциональный диагноз нельзя ставить автоматически:

- начало запора в возрасте младше 1 месяца [S12];
- выделение мекония более чем через 48 часов после рождения у доношенного новорождённого [S12];
- семейный анамнез болезни Гиршпрунга [S12];
- лентовидный стул [S12];
- кровь в стуле без анальных трещин [S12];
- задержка развития [S12];
- лихорадка [S12];
- рвота желчью [S12];
- выраженное вздутие живота [S12];
- аномалия щитовидной железы [S12];
- перианальная фистула, аномальное положение ануса, рубцы в области анального отверстия [S12];
- отсутствие анального или кремастерного рефлекса [S12];
- снижение мышечной силы, тонуса или рефлексов нижних конечностей [S12];
- пучок волос над позвоночником, впадина в области крестца, отклонение межъягодичной борозды как косвенные признаки spina bifida [S12].

У ребёнка без туалетных навыков лечение включает диетотерапию и при необходимости медикаментозное лечение [S12]. При грудном вскармливании S12 рекомендует нормализовать режим питания, исключить недокорм и перекорм; функциональный запор у ребёнка на грудном вскармливании не является показанием к переводу на смешанное или искусственное вскармливание [S12]. При искусственном вскармливании нужно уточнить объём питания для исключения перекорма; могут использоваться смеси серии "Комфорт" или адаптированные кисломолочные смеси, а при аллергии к белкам коровьего молока - смеси на основе высокогидролизованного белка или аминокислот [S12].

Таблица дифференциальной диагностики

Состояние	Типичная картина	Что настораживает	Действие
Физиологическое срыгивание	Пассивное срыгивание после кормления, ребёнок ест, растёт и развивается без тревожных признаков [S03]	Обильность, потеря массы, обезвоживание, кровь, желчь, рвота фонтаном, нарушение состояния [S03]	Обучение родителей, коррекция кормления, наблюдение; без автоматических тестов и кислотосупрессии при отсутствии влияния на кормление/рост/развитие [S03]
ГЭР	Заброс желудочного содержимого в пищевод, может сопровождаться срыгиванием и/или рвотой [S03; S05]	Симптомы становятся стойкими, нарушают кормление, рост или связаны с респираторными проявлениями [S05]	Немедикаментозная коррекция, оценка кормления и красных флагов [S03; S05]
ГЭРБ	Стойкие симптомы или осложнения: персистирующие срыгивания/рвота, отказ от еды, плохая прибавка массы, кашель/стридор/аспирация [S05]	Симптомы тревоги: желчь, кровь, упорная рвота, лихорадка, потеря массы, патологический осмотр [S05]	Дифференциальная диагностика и обследование по показаниям; ИПП не назначать просто за срыгивание [S05]
Пилоростеноз	Возраст чаще 3-8 недель, прогрессирующая рвота фонтаном без желчи, редкое мочеиспускание, скудный стул, потеря массы [S26]	Обезвоживание, отсутствие прибавки массы, видимая перистальтика, пальпируемая "олива" [S26]	Срочная хирургическая оценка; УЗИ пилорического отдела желудка [S26]
Младенческие колики	Эпизоды плача/беспокойства без очевидной причины у ребёнка младше 5 месяцев, нормальный рост и развитие [S12]	Изменение тональности крика, повторная рвота, кровь в рвоте или стуле, потеря массы, лихорадка [S12]	Исключить тревожные признаки; поддержка родителей, профилактика перекорма, индивидуальная коррекция питания [S12]
Младенческая дисхезия	Напряжение и плач перед дефекацией мягким стулом, ребёнок успокаивается после стула [S12]	Кровь в стуле, лихорадка, отсутствие набора массы, замедление роста [S12]	Объяснение родителям; без слабительных и рутинной ректальной стимуляции [S12]
Функциональный запор	Сочетание критериев: редкий стул, задержка, болезненное натуживание, плотный/крупный стул или каловые массы в прямой кишке [S12]	Начало младше 1 месяца, меконий позже 48 часов, желчная рвота, выраженное вздутие, нарушения роста/развития, аномалии ануса, неврологические признаки [S12]	Осмотр, исключение красных флагов, коррекция питания; при тревожных признаках дополнительное обследование и возможная консультация хирурга [S12]

Алгоритм: «Ребёнок срыгивает»

1. Подтвердить, что это именно срыгивание: пассивный заброс без напряжения, чаще после кормления [S03].
2. Оценить общее состояние: активность, цвет кожи, дыхание, наличие вялости или лихорадки [S03; S05].
3. Проверить немедленные красные флаги: кровь, желчь, рвота фонтаном [S03; S05].
4. Если кровь/желчь/рвота фонтаном есть - не считать состояние физиологическим; организовать срочную оценку причины, при рвоте фонтаном помнить о пилоростенозе [S03; S05; S26].
5. Если немедленных красных флагов нет - оценить кормление: техника, частота, разовый объём, перекорм, аэрофагия [S03].
6. Оценить прибавку массы и развитие [S03; S05].
7. Если есть нарушение кормления, плохая прибавка, потеря массы, обезвоживание или респираторные симптомы - обследовать и маршрутизировать по S03/S05 [S03; S05].
8. Если кормление, рост и развитие сохранены, а красных флагов нет - вероятно физиологическое срыгивание; объяснить родителям, скорректировать кормление и наблюдать [S03].

Алгоритм: «Рвота»

1. Рвота с желчью? Если да - красный флаг, не функциональное состояние [S03; S05].
2. Рвота с кровью? Если да - красный флаг [S03; S05].
3. Рвота фонтаном? Если да - оценивать пилоростеноз и другие органические причины [S03; S26].
4. Нарушено состояние: вялость, лихорадка, апноэ, выраженная раздражительность, патологический осмотр? Если да - диагностический поиск и маршрутизация [S03; S05].
5. Есть потеря массы, плохая прибавка, обезвоживание, редкое мочеиспускание? Если да - не считать физиологией [S03; S05; S26].
6. Есть неврологические признаки: выбухающий родничок, быстрый рост окружности головы, судороги? Если да - срочная оценка [S03].
7. Если красных флагов нет, ребёнок хорошо ест и растёт, вернуться к алгоритму срыгивания и оценке кормления [S03].

Что объяснить родителям

При физиологическом срыгивании и ГЭР

Срыгивания очень часто связаны с возрастной незрелостью верхних отделов ЖКТ и обычно не означают болезнь, если ребёнок активен, ест, прибавляет массу и не имеет красных флагов [S03; S05]. Главная домашняя задача - не "остановить любое срыгивание", а кормить так, чтобы не было перекорма и заглатывания воздуха [S03].

Не нужно самостоятельно загущать питание или менять смесь. Антирефлюксные смеси являются лечебными продуктами, применяются по показаниям и не должны использоваться бесконтрольно как замена обычной адаптированной смеси [S03; S05].

При коликах

Колики - частое функциональное состояние, но только у ребёнка без нарушения роста, развития, лихорадки и признаков другой болезни [S12]. Плач ребёнка может быть очень тяжёлым для семьи; S12 отдельно подчёркивает необходимость поддержки родителей и предупреждения об опасности синдрома детского сотрясения [S12].

При дисхезии

Если ребёнок тужится и плачет, а затем выделяет мягкий стул и успокаивается, это может быть дисхезия, а не запор [S12]. Помогать прямой кишке каждый раз не нужно: рутинная стимуляция может мешать формированию самостоятельного акта дефекации [S12].

При функциональном запоре

Отсутствие ежедневного стула само по себе не равно запору. Важно смотреть на плотность стула, болезненность дефекации, задержку, аппетит, живот, прибавку массы и красные флаги [S12].

Когда обращаться срочно

Срочно нужна медицинская оценка, если есть желчь или кровь в рвоте, рвота фонтаном, вялость, лихорадка, отказ от кормления, плохая прибавка или потеря массы, признаки обезвоживания, апноэ, судороги, выбухающий родничок, быстрое увеличение окружности головы, кровь в стуле, выраженное вздутие живота или подозрение на аномалию ануса [S03; S05; S12; S26].

Чего делать не нужно

- Не назначать диагностические тесты и лечение, включая подавление кислотности, ребёнку со срыгиваниями без красных флагов и без влияния на кормление, рост и развитие [S03].
- Не назначать ИПП или другие кислотосупрессивные препараты просто из-за факта срыгивания: у грудных детей с неосложнённым ГЭР рутинная медикаментозная терапия не рекомендована [S05].
- Не использовать антирефлюксные смеси бесконтрольно как обычную смесь: это лечебные продукты, применяемые по показаниям и с подбором объёма [S03; S05].
- Не считать желчную рвоту, кровь в рвоте или рвоту фонтаном вариантом нормы [S03; S05; S26].
- Не называть любой плач "коликами" без проверки красных флагов [S12].
- Не называть дисхезию запором, если после натуживания выделяется мягкий стул и нет другой патологии [S12].
- Не применять слабительные при дисхезии [S12].
- Не прибегать к рутинной стимуляции прямой кишки при дисхезии [S12].
- Не использовать газоотводную трубку как универсальное лечение дисхезии: S12 описывает её только как возможную помощь при колике в ряде случаев, а не как метод лечения дисхезии [S12].
- Не переводить ребёнка на грудном вскармливании на смешанное или искусственное вскармливание только из-за функционального запора [S12].

V. Неврологический статус и развитие

Эта глава отвечает на практический вопрос участкового педиатра: что в неврологическом статусе и развитии ребёнка 0-3 месяцев ожидаемо, что только формируется, а что требует повторной или срочной оценки.

контрольные точки развития в этой главе не являются экзаменом ребёнка. Один навык в один день не ставит диагноз и не снимает диагноз. Врач оценивает возраст, гестационный возраст, скорректированный возраст у недоношенного ребёнка, динамику, несколько сфер развития, зрение, слух, тонус, симметрию, общее состояние и окружность головы.

Основные источники главы: S01 для неврологического осмотра новорождённого; S22 для помесячных ориентиров 1-3 месяцев; S39 для современных ориентиров развития CDC; S40 для скорректированного возраста у недоношенных; S41 для окружности головы; S42 для принципов раннего выявления моторной задержки. Для красных флагов состояния используются S02, S04 и S43. S44 используется только как вспомогательная семиотика джиттеринга, а не как современное руководство.

Возрастные точки в источниках имеют разный смысл. S01, S04 и S43 относятся прежде всего к неонатальному периоду. S22 даёт учебные помесячные ориентиры, а не диагностические дедлайны. S39 описывает ориентиры развития, которые выполняет большинство детей к указанному возрасту; 4-месячные пункты CDC используются только как следующая контрольная точка после диапазона 0-90 суток.

40. Неврологический статус новорождённого

У новорождённого неврологический осмотр начинается не с поиска "сложных" диагнозов, а с базовой клинической оценки: как ребёнок реагирует на осмотр, насколько он активен, какова поза, есть ли симметрия движений, какой мышечный тонус и вызываются ли физиологические рефлексы. S01 включает в первичный осмотр неврологический статус, спонтанную двигательную активность, позу, мышечный тонус и физиологические рефлексы [S01].

Практически врач оценивает:

- состояние сознания и реакцию на осмотр;
- спонтанную двигательную активность;
- позу ребёнка;
- мышечный тонус;
- симметрию позы, движений и рефлексов;
- физиологические рефлексы новорождённого;
- характер крика;
- голову и шею;
- окружность головы.

Это не новая шкала. Это клинический каркас, который помогает не пропустить ребёнка с нарушением общего состояния.

Поза и тонус

S01 позволяет говорить о позе и тонусе как об обязательной части осмотра новорождённого [S01]. В тексте пособия важно не смешивать три разных понятия:

- физиологическая поза новорождённого;
- мышечный тонус как предмет осмотра;
- патологический гипертонус или гипотония.

Нельзя писать упрощённо: "гипертонус до 3 месяцев - норма". В доступных источниках нет точной современной нормы тонуса для каждого возраста 1-3 месяцев, поэтому в этой главе тонус описывается клинически: симметричный или асимметричный, выраженно сниженный или повышенный, сочетается ли изменение тонуса с вялостью, нарушением кормления, судорогами, желтухой или признаками инфекции.

S04 указывает, что при неонатальном сепсисе возможны изменения со стороны нервной системы: выраженное беспокойство или крик, угнетение сознания, мышечная гипотония, гипорефлексия и судороги [S04]. S02 описывает мышечный гипертонус, опистотонус, лихорадку и "мозговой" крик как признаки острой билирубиновой энцефалопатии [S02]. Поэтому тонус оценивают не изолированно, а вместе с состоянием ребёнка.

Окружность головы

S01 включает окружность головы в антропометрическую оценку здорового новорождённого и приводит для новорождённого ориентир 31-36 см [S01]. Этот диапазон относится к контексту рождения и первичного осмотра. После выписки важнее не одна цифра, а динамика по кривой роста.

Для последующей оценки окружности головы нужно использовать стандарты WHO по полу и возрасту. S41 содержит таблицы и кривые head circumference-for-age, включая интервалы от рождения до 13 недель и далее до 2 и 5 лет [S41]. Не нужно вводить правило "голова должна расти на X см в месяц", если оно не подтверждено источником для этого раздела.

Что настораживает

Настораживают не "отклонения от красивой картинки", а признаки, которые могут отражать нарушение общего или неврологического состояния:

- выраженная вялость;
- угнетение сознания;
- резкое снижение или отсутствие обычной спонтанной активности;
- выраженная гипотония, особенно вместе с нарушением состояния;
- судороги;
- стойкая выраженная асимметрия движений, позы или рефлексов;
- выраженное беспокойство или необычный крик в контексте болезни;
- неврологические симптомы при желтухе;
- признаки инфекции или сепсиса с неврологическими проявлениями.

Эти признаки опираются не на одну таблицу развития, а на источники по опасным состояниям: S04 для сепсиса новорождённых, S02 для желтухи и билирубиновой энцефалопатии, S43 для неонатальных судорог [S02; S04; S43].

41. Безусловные рефлексы

S01 включает в физиологические рефлексы новорождённого Moro, верхний и нижний хватательный, поисковый, сосательный, автоматическую ходьбу, Babinski, Babkin и Bauer [S01].

Для практической главы врачу важны не все технические детали каждого рефлекса, а три вопроса:

- вызываются ли основные физиологические реакции новорождённого;
- симметричны ли они;
- есть ли другие неврологические или соматические нарушения.

Evidence status этого раздела - PARTIAL. В имеющейся базе достаточно источников, чтобы перечислить рефлексы и объяснить принцип оценки, но недостаточно современной

доказательной базы для подробной техники каждого рефлекса, точных сроков угасания и самостоятельной диагностики по одному изменённому рефлексу.

S18 отдельно подчёркивает две важные вещи. Во-первых, рефлексы у здорового доношенного ребёнка должны быть симметричны; асимметрия ответа требует консультации педиатра [S18]. Во-вторых, изменение одного рефлекса без других неврологических нарушений не является патологией само по себе [S18].

Moro

Рефлекс Moro входит в перечень физиологических рефлексов новорождённого по S01 [S01]. В практическом осмотре важно оценить не "идеальность" ответа, а симметрию и общий контекст. Выраженная стойкая асимметрия Moro не является диагнозом сама по себе, но требует оценки вместе с движениями конечностей, тонусом, позой, травматическим анамнезом и общим состоянием.

Не нужно строить самодельный дифференциальный диагноз асимметричного Moro в этой главе. Если есть асимметрия или сомнение, задача участкового врача - не назвать конкретную неврологическую причину, а организовать очную оценку.

42. Развитие зрения

Зрительное развитие первых 3 месяцев лучше описывать как постепенное формирование зрительной фиксации, слежения и интереса к лицу/предмету. Нельзя писать: "нет фиксации ровно в 1 месяц - патология". Важны возраст, динамика, сочетание с другими навыками и общее состояние.

По S22 в 1 месяц ребёнок кратковременно фиксирует взгляд на предмете и следит за ним при движении [S22]. Это учебный помесячный ориентир, а не строгая диагностическая граница.

В 2 месяца S22 описывает рассматривание висящих игрушек и слежение за движущейся перед глазами игрушкой [S22]. CDC для 2 месяцев использует другой тип данных: ориентиры развития, которые выполняет большинство детей, то есть 75% или более детей к определённому возрасту. Для 2 месяцев CDC указывает, что ребёнок смотрит на лицо, следит за движением взрослого и смотрит на игрушку несколько секунд [S39].

В 3 месяца S22 описывает сосредоточение в вертикальном положении на лице говорящего взрослого или на игрушке [S22].

Стойкое отсутствие ожидаемой зрительной реакции, особенно если оно сочетается с отсутствием реакции на звук, выраженной вялостью, асимметрией, нарушением тонуса или отсутствием динамики, требует повторной и при необходимости профильной оценки. Но изолированное наблюдение "сегодня не посмотрел на игрушку" не равно диагнозу.

43. Развитие слуха

В разделе слуха нужно разделять две разные вещи:

- аудиологический скрининг;
- поведенческие реакции на звук и голос.

Аудиологический скрининг

S01 включает неонатальный слуховой скрининг с использованием отоакустической эмиссии или регистрации слуховых вызванных потенциалов [S01]. S02 дополнительно рекомендует исследование слуха с помощью отоакустической эмиссии у новорождённого после фототерапии, потому что гипербилирубинемия является фактором риска тугоухости [S02].

Нормальный скрининг важен, но он не означает, что жалобу "не реагирует на звук" можно игнорировать в дальнейшем. Скрининг и наблюдение за поведением ребёнка дополняют друг

друга.

Поведенческие реакции

По S22 в 1 месяц ребёнок прислушивается к звуку [S22]. В 2 месяца он поворачивает голову в сторону источника звука [S22]. В 3 месяца реакция на речь взрослого проявляется не только слухом как таковым: S22 описывает оживлённые движения рук и ног и звуки в ответ на разговор взрослого [S22].

CDC для 2 месяцев указывает "реагирует на громкие звуки" как ориентир развития большинства детей [S39]. Это не заменяет российскую помесячную таблицу S22 и не является самостоятельным тестом слуха.

Если родители говорят, что ребёнок не реагирует на звук, врач уточняет: был ли скрининг, какой результат, реагирует ли ребёнок на громкие и бытовые звуки, меняется ли поведение при голосе, есть ли зрительный контакт и другие вехи. Но отдельный аудиологический алгоритм в этой главе не создаётся.

44. Двигательное развитие

Двигательное развитие первых месяцев - это не один тест "держит голову или нет". Врач смотрит на спонтанные движения, симметрию, положение на животе, движения конечностей, постепенное улучшение контроля головы и реакцию ребёнка во время бодрствования.

По S01 у новорождённого спонтанная двигательная активность является частью неврологического осмотра [S01]. По S22 уже в 1 месяц ребёнок пытается поднимать и удерживать голову, лёжа на животе [S22]. В 2 месяца S22 описывает удержание головы прямо [S22]. В 3 месяца ребёнок лежит на животе несколько минут, опирается на предплечья, хорошо удерживает голову, а при вертикальном положении с поддержкой под мышки также хорошо удерживает голову [S22].

CDC для 2 месяцев подтверждает важные моторные ориентиры другого типа: большинство детей к 2 месяцам удерживают голову на животе, двигают обеими руками и обеими ногами, кратко раскрывают кисти [S39]. Это полезно для оценки симметрии, но не превращает каждый навык в обязательный тест.

Стойкая асимметрия движений, явно сниженная активность одной конечности, выраженная гипотония или гипертонус, а также утрата уже появившегося навыка требуют медицинской оценки. S42 подчёркивает раннее выявление моторных задержек, оценку мышечного тонуса и необходимость диагностической оценки/направления при моторной задержке [S42].

45. Формирование контроля головы

Контроль головы формируется постепенно. CDC 4 months можно использовать только как следующую контрольную точку после диапазона 0-90 суток: к 4 месяцам большинство детей удерживают голову устойчиво без поддержки, когда их держат [S39]. Нельзя переносить это как требование к ребёнку ровно в 3 месяца.

Возраст	Что обычно формируется	Как интерпретировать
1 месяц	Пытается поднимать и удерживать голову, лёжа на животе [S22]	Учебный помесячный ориентир. Оценивать вместе с бодрствованием, тонусом и симметрией.
2 месяца	Лучше удерживает голову; S22 формулирует "держит прямо голову" [S22]	Не превращать в бинарный тест. Важно, есть ли динамика и симметрия.

Возраст	Что обычно формируется	Как интерпретировать
3 месяца	Лежит на животе несколько минут, опирается на предплечья, хорошо удерживает голову; удерживает голову вертикально при поддержке под мышки [S22]	Ориентир для 3 месяцев. У недоношенного ребёнка читать по скорректированному возрасту.
4 месяца как сравнение	Устойчиво держит голову без поддержки, когда его держат; поднимается на локти/предплечья на животе [S39]	Это не норма 3 месяцев, а следующая контрольная точка CDC.

S28 дополнительно связывает появление шейного лордоза с моментом удерживания головы после 2 месяцев [S28]. Это подтверждает постепенный характер формирования контроля головы, но не заменяет клиническую оценку моторики.

46. Социальная улыбка

Социальная улыбка - хороший пример того, как разные источники описывают не конфликт, а разные типы данных.

S22 в таблице развития указывает первую улыбку в ответ на разговор взрослого в 1 месяц [S22]. В таблице эмоциональных реакций S22 описывает улыбку как реакцию на взрослого в 1,5-2 месяца и "комплекс оживления" в 3 месяца [S22].

CDC для 2 месяцев говорит об ориентире развития большинства детей: ребёнок улыбается, когда с ним говорят или улыбаются ему [S39].

Поэтому правильная практическая формулировка такая: улыбка на общение может появляться в конце первого - начале второго месяца, более устойчивая социальная реакция ожидается к 2 месяцам, а к 3 месяцам может проявляться комплекс оживления. Отсутствие улыбки ровно в 1 месяц без других нарушений не является самостоятельным диагнозом.

47. Реакция на голос и лицо

Реакция на лицо и голос складывается из нескольких компонентов: зрительной фиксации, слуховой реакции, изменения поведения, движений, улыбки и ранней вокализации. Эти признаки нельзя использовать как самостоятельный тест слуха или зрения.

По S22:

- в 1 месяц ребёнок кратковременно фиксирует взгляд на предмете, следит за ним при движении, прислушивается к звуку и издаёт отдельные звуки [S22];
- в 2 месяца он поворачивает голову в сторону источника звука, улыбается или отвечает случайной улыбкой на разговор/улыбающееся лицо, повторно издаёт звуки - гулит [S22];
- в 3 месяца сосредотачивается на лице говорящего взрослого или игрушке, узнаёт грудь или бутылочку, отвечает оживлёнными движениями рук и ног и звуками на разговор взрослого, гулит [S22].

CDC для 2 месяцев поддерживает эти наблюдения в другом формате: смотрит на лицо, улыбается при общении, издаёт звуки кроме плача, реагирует на громкие звуки [S39].

Если реакции нет, врач не ставит диагноз по одному признаку. Он проверяет бодрствование, кормление, слуховой скрининг, зрительный контакт, симметрию движений, тонус, окружность головы и динамику.

48. Развитие по месяцам

> Для недоношенного ребёнка ориентиры развития оценивают по скорректированному возрасту.

S40 объясняет принцип AAP/HealthyChildren: при оценке развития нужно учитывать дату рождения и предполагаемую дату родов; скорректированный возраст рассчитывают как фактический возраст в неделях минус число недель недоношенности [S40]. Число недель недоношенности рассчитывают как 40 недель минус гестационный возраст при рождении [S40]. В первые 2 года использование скорректированного возраста лучше отражает, когда ребёнок должен достигать распространённых developmental goals [S40].

Это правило в этой главе не выдаётся за российский норматив. Это практическая оговорка по AAP/HealthyChildren, необходимая для корректной интерпретации ориентиров развития у недоношенных детей.

Пример из S40: если ребёнок родился на 32-й неделе, он родился на 8 недель раньше условного 40-недельного срока. Если сейчас ему 4 месяца, то есть 16 недель от рождения, его скорректированный возраст - 8 недель, или примерно 2 месяца. Поэтому ожидать нужно навыки ребёнка скорректированного возраста около 2 месяцев, а не полного 4-месячного набора [S40].

Таблица 48. Ориентиры развития 1-3 месяцев

Навык	1 месяц	2 месяца	3 месяца	Тип данных / источник
Зрение	Кратковременно фиксирует взгляд на предмете и следит за ним при движении	Рассматривает висящие игрушки, следит за движущейся игрушкой	Сосредотачивается на лице говорящего взрослого или игрушке	Учебный помесячный ориентир S22 [S22]
Зрение, CDC-сверка	-	Смотрит на лицо, следит за движением взрослого, смотрит на игрушку несколько секунд	Не отдельная 3-месячная точка CDC	контрольная точка развития большинства детей к 2 месяцам S39 [S39]
Слух	Прислушивается к звуку	Поворачивает голову в сторону источника звука	Реагирует на разговор взрослого движениями и звуками	Учебный помесячный ориентир S22 [S22]
Слух, CDC-сверка	-	Реагирует на громкие звуки	Не отдельная 3-месячная точка CDC	контрольная точка развития большинства детей к 2 месяцам S39 [S39]
Моторика	Пытается поднимать и удерживать голову на животе	Держит голову прямо	Лежит на животе несколько минут, опираясь на предплечья; хорошо удерживает голову	Учебный помесячный ориентир S22 [S22]
Моторика, CDC-сверка	-	Удерживает голову на животе, двигает обеими руками и ногами, кратко раскрывает кисти	Не требовать 4-месячных ориентиров CDC в 3 месяца	Ориентир развития большинства детей к 2 месяцам S39 [S39]
Контроль головы	Попытки подъёма/удержания	Улучшается удержание головы	Хорошее удержание головы на животе и вертикально при поддержке	Учебный помесячный ориентир S22; анатомическая динамика S28 [S22; S28]
Социальная реакция	Первая улыбка в ответ на разговор взрослого	Улыбка/ответ на разговор или улыбающееся лицо	"Комплекс оживления" - улыбка, движения, звуки	Учебный помесячный ориентир S22 [S22]
Социальная реакция, CDC-сверка	-	Улыбается, когда с ним говорят или улыбаются ему; выглядит радостным при появлении взрослого	Не отдельная 3-месячная точка CDC	контрольная точка развития большинства детей к 2 месяцам S39 [S39]
Ранняя вокализация	Отдельные звуки, "горловые шумы"	Повторно издаёт звуки - гуление	Гулит	Учебный помесячный ориентир S22 [S22]

Как читать таблицу

S22 - это учебный помесячный ориентир. S39 - это ориентир CDC для большинства детей к определённому возрасту. Эти источники нельзя механически усреднять. Если S22 говорит о появлении навыка около 1-2 месяцев, а CDC фиксирует его как 2-месячный ориентир большинства детей, это не конфликт, а разные способы описания развития.

49. Красные флаги развития

Этот раздел частично готов по источникам: основные опасные признаки подтверждены, но нет единого современного российского алгоритма неврологических красных флагов для 0-3 месяцев. Поэтому задача раздела - не закрыть всю детскую неврологию, а помочь врачу понять, когда нельзя ждать планового срока.

Срочные красные флаги

Срочной оценки требуют:

- судороги или эпизоды, похожие на судороги;
- угнетение сознания;
- выраженная вялость;
- резкое снижение активности;
- выраженная гипотония вместе с нарушением состояния;
- выраженное беспокойство или необычный крик у новорождённого с признаками болезни;
- неврологические признаки при подозрении на неонатальный сепсис;
- неврологические признаки при желтухе: вялость, отказ от кормления, судороги, мышечный гипертонус, опистотонус, лихорадка, "мозговой" крик.

S04 описывает при сепсисе апноэ, летаргию, лабильность температуры, проблемы вскармливания и изменения нервной системы, включая выраженное беспокойство/крик или угнетение сознания, гипотонию, гипорефлексию и судороги [S04]. S02 требует неврологической оценки при желтухе с неврологической симптоматикой и отдельно выделяет признаки билирубиновой энцефалопатии [S02]. S43 указывает, что неонатальные судороги - частое неврологическое событие у новорождённых и предназначает руководство для специалистов, которые контактируют с младенцами с судорогами в первые 28 дней жизни [S43].

Требуют плановой или ускоренной оценки

Не всегда ситуация экстренная, но нельзя оставлять без оценки:

- стойкая выраженная асимметрия движений, позы или использования конечностей;
- выраженная асимметрия рефлексов, включая Moro;
- стойкое отсутствие ожидаемой зрительной реакции в сочетании с другими отклонениями;
- отсутствие реакции на звук/голос, особенно при сомнительном или неизвестном слуховом скрининге;
- отсутствие динамики развития в нескольких сферах;
- потеря уже приобретённого навыка;
- выраженное изменение тонуса без понятного объяснения;
- окружность головы, которая уходит с прежней траектории по кривой WHO.

CDC прямо предлагает не ждать, если ребёнок не достигает ориентиров развития, потерял навыки или у родителей есть другие опасения; нужно обсудить это с врачом и спросить о скрининге развития [S39]. S42 подчёркивает важность раннего выявления моторных задержек, оценки тонуса и направления на диагностику/вмешательство при моторной задержке [S42].

Регресс

Потеря уже приобретённого навыка - отдельный красный флаг. Формулировка для пособия: если ребёнок перестал делать то, что уже устойчиво делал раньше, это требует медицинской оценки без ожидания следующего планового срока.

Не нужно придумывать российскую маршрутизацию, которой нет в источниках этой главы. Достаточно указать, что регресс нельзя списывать на "характер", "погоду" или "ленится", особенно если он сочетается с вялостью, изменением кормления, судорогами, изменением тонуса, окружности головы, зрения или слуха.

Асимметрия

Стойкая выраженная асимметрия движений, позы, использования конечностей или Moro не должна объявляться диагнозом. Она должна стать поводом для очной оценки. S18 указывает, что асимметрия рефлексов требует консультации педиатра [S18]. S42 поддерживает принцип раннего выявления моторной задержки и оценки тонуса [S42].

Судороги и дрожательные движения

Судороги - симптом высокого риска. Эта глава не даёт алгоритм лечения судорог и не учит родителей самостоятельно отличать все варианты необычных движений.

S44 можно использовать только как вспомогательную семиотику: для неэпилептического тремор/дрожательные движения в пользу говорят провокация стимулом, прекращение при мягком удержании/сгибании конечности и отсутствие глазных феноменов или значимых автономных изменений, таких как апноэ [S44]. Но S44 - старый обзор, не современный клиническое руководство.

Практическая формулировка для врача: необычные повторные движения, особенно если они сопровождаются нарушением сознания, изменением цвета кожи, нарушением дыхания, глазными феноменами, апноэ, вялостью или изменением состояния, требуют срочной медицинской оценки. Нельзя объяснять такие эпизоды "обычным тремором" без очной оценки.

Родничок

Родничок не является центральной темой раздела 49, и полный алгоритм жалобы "выбухает родничок" здесь не пишется. Но врач должен помнить: стойкое выбухание родничка в сочетании с лихорадкой, вялостью, рвотой, судорогами, нарушением сознания или быстрым ухудшением - опасная ситуация.

S28 описывает, что при повышении внутричерепного давления края большого родничка расходятся, он увеличивается, мембранозная часть становится плотной, возможна пульсация и негативная реакция на пальпацию [S28]. Для самостоятельного алгоритма 104 этого недостаточно, поэтому раздел 104 остаётся отдельной будущей задачей.

наблюдение за развитием: практический принцип

Одна точка наблюдения не равна диагнозу. Врач оценивает:

- динамику;
- несколько domains развития;
- скорректированный возраст у недоношенного ребёнка;
- медицинский и перинатальный анамнез;
- зрение и слух;
- мышечный тонус;
- симметрию;

- состояние бодрствования;
- кормление и общее состояние;
- окружность головы по кривой;
- наличие регресса;
- красные флаги.

Быстрая оценка развития 0-3 месяцев

Это чек-лист, а не новая диагностическая шкала.

1. Возраст.
2. Гестационный возраст.
3. Нужен ли скорректированный возраст.
4. Бодрствование и реакция на осмотр.
5. Спонтанные движения.
6. Симметрия.
7. Тонус.
8. Основные рефлексы у новорождённого.
9. Реакция на лицо.
10. Зрительная фиксация.
11. Реакция на звук/голос.
12. Положение на животе.
13. Контроль головы.
14. Социальная реакция.
15. Окружность головы.
16. Регресс.
17. Красные флаги.

Чего не делать

- Не ставить диагноз по одному ориентиру развития.
- Не сравнивать недоношенного ребёнка только по хронологическому возрасту, если нужен скорректированный возраст.
- Не объявлять отсутствие улыбки ровно в 1 месяц патологией.
- Не требовать 4-месячный ориентир CDC в 3 месяца.
- Не диагностировать неврологическое заболевание по одному рефлексу.
- Не использовать один показатель окружности головы без динамики по кривой.
- Не считать нормальный hearing screen гарантией нормального слуха навсегда.
- Не объяснять судороги или необычные повторные движения "обычным тремором" без оценки.

Ограничения источников

- Возрастные нормы тонуса для 29-90 суток остаются неполными; нельзя писать "гипертонус до 3 месяцев - норма".
- Техника и сроки угасания безусловных рефлексов остаются PARTIAL.

- Изолированное отсутствие зрительной фиксации или реакции на звук требует отдельного офтальмологического/аудиологического алгоритма; эта глава даёт только наблюдение за развитием.
- Регресс и маршрутизация: нет единого российского алгоритма для 0-3 месяцев в использованной базе.
- дрожательные движения vs seizure: S44 полезен только как вспомогательная семиотика; современный профильный источник для полноценного алгоритма неполный.
- Жалоба "выбухает родничок": норма и семиотика частично закрыты, но отдельный алгоритм 104 не написан и требует усиления.
- Полный алгоритм неврологических красных флагов для 29-90 суток отсутствует как единый источник.

VI. Инфекция и лихорадка

Эта глава отвечает на практический вопрос: как участковому педиатру не пропустить тяжёлую инфекцию у ребёнка первых 28 суток жизни. Основной источник - S04 "Сепсис новорождённых", 2025, оригинальный PDF локальная копия источника. Разделы 50-51 написаны только в пределах сведений S04 о неонатальном сепсисе и не закрывают всю инфекционную патологию возраста 0-3 месяцев.

Главная развилка проста: новорождённого оценивают не только по температуре, а по внешнему виду, активности, кормлению, дыханию, кровообращению, неврологическому статусу, возможному очагу инфекции и факторам риска. Практический вывод из S04 основан на том, что источник прямо указывает отсутствие специфических клинических признаков, перечисляет неспецифические проявления и задаёт физикальные критерии оценки при подозрении на неонатальный сепсис [S04].

50. Особенности инфекции у ребёнка первых 3 месяцев

В этом разделе речь идёт прежде всего о ребёнке первых 28 суток жизни, потому что S04 определяет сепсис новорождённых как подтверждённое или подозреваемое угрожающее жизни заболевание в первые 28 суток жизни [S04]. Расширять эти выводы на весь период 29-90 дней без отдельного источника нельзя.

S04 подчёркивает ключевую особенность: специфических клинических признаков неонатального сепсиса не существует [S04]. Поэтому инфекция у новорождённого может начинаться не с очевидного очага, а с неспецифического ухудшения состояния.

Что особенно важно в первые 28 суток:

- изменение активности: летаргия, угнетение сознания, выраженное беспокойство или необычный крик [S04];
- нарушение кормления: проблемы со вскармливанием, вялое сосание, отказ от груди [S04];
- дыхательные нарушения: апноэ, изменение частоты и ритма дыхания, признаки респираторного дистресса, десатурация, потребность в кислороде или респираторной поддержке [S04];
- изменение цвета кожи: бледность, иктеричность, мраморность и/или цианоз [S04];
- температурные нарушения: лабильность температуры тела, температура ядра тела >38,0 °C или <36,0 °C [S04];
- неврологические симптомы: мышечная гипотония, гипорефлексия, судороги [S04];
- признаки нарушения перфузии и кровообращения: выраженная тахи- или брадикардия, артериальная гипотензия, время наполнения капилляров >3 секунд, уменьшение почасового темпа диуреза менее 1 мл/кг/час [S04];
- желудочно-кишечные проявления: увеличение живота, ослабление или отсутствие перистальтики; диарея указана S04 в клинической картине септического шока [S04];
- локальные инфекционные очаги, которые S04 приводит в шаблоне обоснования диагноза: пневмония, некротизирующий энтероколит, конъюнктивит, омфалит, менингит, инфекция мочевыводящих путей [S043].

Факторы риска помогают поднять настороженность, но не заменяют осмотр. Для раннего сепсиса S04 перечисляет колонизацию матери стрептококком группы B, преждевременный разрыв оболочек, безводный период >12 часов, недоношенность, инфекции урогенитального тракта матери, хориоамнионит, температуру тела матери >38 °C за сутки до родов, Апгар <6 баллов на 1-й и 5-й минутах, низкую массу при рождении, трудности при родоразрешении, асфиксию, аспирацию мекония и врождённые аномалии развития. Для позднего сепсиса важны недоношенность, длительные центральные венозные катетеры >10 дней, катетеризация мочевого пузыря, длительная ИВЛ, трудности расширения энтерального

питания, CPAP/назальные канюли, применение H2-блокаторов или ингибиторов протонной помпы и заболевания ЖКТ [S04].

Таблица 1. Признак → почему настораживает

Признак	Почему настораживает
Летаргия, угнетение сознания, необычный крик	S04 относит это к неспецифическим проявлениям и изменениям нервной системы при диагностике неонатального сепсиса [S04]
Вялое сосание, отказ от груди	Входит в изменения со стороны ЖКТ и отражает нарушение общего состояния [S04]
Апноэ, изменение частоты/ритма дыхания, десатурация	Дыхательные нарушения указаны в клинической картине и физикальном обследовании [S04]
Бледность, мраморность, цианоз	Указаны S04 как изменения кожи при общем осмотре и как часть тяжёлого нарушения состояния [S04]
Температурная лабильность, >38,0 °C или <36,0 °C	S04 включает эти значения в критерии физикального обследования при диагностике сепсиса [S04]
Время наполнения капилляров >3 секунд, гипотензия, олигурия	Признаки нарушения кровообращения и перфузии при сепсисе/септическом шоке [S04]
Геморрагическая сыпь, склерема	Указаны S04 среди кожных проявлений при общем осмотре [S04]
Увеличение живота, ослабление перистальтики	Указаны S04 среди изменений ЖКТ [S04]
Судороги, гипотония, гипорефлексия	Указаны S04 среди изменений нервной системы [S04]

51. Почему отсутствие температуры не исключает тяжёлую инфекцию

Нормальная температура сама по себе не исключает тяжёлую инфекцию у новорождённого. S04 описывает сепсис как состояние без специфических клинических признаков и включает в критерии не только температуру ядра тела >38,0 °C, но и <36,0 °C, а также лабильность температуры тела [S04].

Практический вывод из S04: если ребёнку 0-28 суток, он вялый, плохо сосёт, отказывается от кормления, имеет апноэ, дыхательные нарушения, цианоз, признаки плохой перфузии, судороги, геморрагическую сыпь, олигурию или другой красный флаг, нельзя успокаиваться нормальной температурой. Это inference из отсутствия специфических признаков, перечня нетемпературных симптомов и физикальных критериев S04 [S04].

Не нужно вводить здесь "нормальный температурный диапазон" для домашнего наблюдения: в использованных источниках для этой главы есть пороги S04 для подозрения на сепсис (>38,0 °C и <36,0 °C как температура ядра тела), но нет полноценного амбулаторного диапазона нормы для всех детей 0-28 суток [S04].

52. Лихорадка 0-28 дней

Для этой главы порог температуры берётся из S04: при диагностике неонатального сепсиса учитывается температура ядра тела >38,0 °C или <36,0 °C, а также лабильность температуры тела [S04].

S04 делит неонатальный сепсис не на 0-7 и 8-28 суток, а на ранний и поздний:

- ранний неонатальный сепсис манифестирует в первые 72 часа жизни; у 85% новорождённых симптомы появляются в первые 24 часа, у 5% - в течение 24-48 часов,

примерно у 10% - на вторые-третьи сутки [S04];

• поздний неонатальный сепсис может проявиться от 72 часов до 28 суток жизни [S04].

Поэтому искусственно разделять тактику на 0-7 и 8-28 суток в этой главе не нужно: S04 использует границы раннего и позднего неонатального сепсиса, а не такое деление [S04]. Для участкового врача важнее возраст в сутках, наличие температуры или температурной нестабильности, общее состояние и красные флаги.

52.1. Неонатальный сепсис

Сепсис новорождённых - подтверждённое или подозреваемое угрожающее жизни заболевание, связанное с генерализацией инфекции и прогрессированием системной воспалительной реакции на фоне дисрегуляции иммунного ответа, приводящее к полиорганной дисфункции в первые 28 суток жизни [S04].

Диагноз обычно подтверждается положительным посевом крови, но отрицательный результат посева не исключает неонатальный сепсис, особенно если до забора крови уже применялись системные антибактериальные препараты [S04].

Амбулаторная задача - не доказать сепсис в поликлинике, а заподозрить тяжёлую инфекцию и не задерживать ребёнка вне стационара.

52.2. Факторы риска

Факторы риска раннего сепсиса связаны с матерью, беременностью, родами и состоянием ребёнка после рождения: стрептококк группы B у матери, инфекции урогенитального тракта, хориоамнионит, преждевременный разрыв оболочек, безводный период >12 часов, температура тела матери >38 °C за сутки до родов, недоношенность, Апгар <6 баллов на 1-й и 5-й минутах, низкая масса при рождении, асфиксия, аспирация мекония, врождённые аномалии развития [S04].

Факторы риска позднего сепсиса включают недоношенность, длительное использование центральных венозных катетеров >10 дней, катетеризацию мочевого пузыря, длительную ИВЛ, трудности расширения энтерального питания, CPAP/назальные канюли, применение H2-блокаторов или ингибиторов протонной помпы и заболевания ЖКТ [S04].

52.3. Клинические признаки

□ КРАСНЫЕ ФЛАГИ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЁННОГО
- вялость, летаргия, угнетение сознания [S04];
- выраженное беспокойство или необычный крик [S04];
- ухудшение кормления, вялое сосание, отказ от груди [S04];
- лабильность температуры тела, температура ядра тела >38,0 °C или <36,0 °C [S04];
- апноэ, изменение частоты и ритма дыхания [S04];
- респираторный дистресс, участие вспомогательной мускулатуры, десатурация [S04];
- потребность в дополнительной дотации кислорода или респираторной поддержке [S04];
- бледность, иктеричность, мраморность и/или цианоз кожи [S04];
- геморрагическая сыпь, склерема [S04];
- выраженная тахи- или брадикардия [S04];
- артериальная гипотензия [S04];
- время наполнения капилляров >3 секунд [S04];
- уменьшение почасового темпа диуреза менее 1 мл/кг/час [S04];
- мышечная гипотония, гипорефлексия [S04];

- судороги [S04];
- увеличение живота, ослабление или отсутствие перистальтики [S04];
- диарея на фоне картины септического шока [S04];
- подозрение на очаг инфекции: пневмония, НЭК, конъюнктивит, омфалит, менингит, инфекция мочевыводящих путей [S043].

S04 указывает числовые критерии для ряда нарушений: FiO2 >0,3; pvCO2 >60 мм рт. ст.; время наполнения капилляров >3 секунд; диурез менее 1 мл/кг/час [S04]. Эти цифры не являются "домашними нормами", а относятся к критериям оценки новорождённого с подозрением на сепсис.

□□ Примечание
В оригинальном PDF S04 на 14 визуально напечатаны формулы `35 < ЧД > 70` и `110 < ЧСС >180`. Их нельзя однозначно интерпретировать как диапазон или порог без риска ошибки. Поэтому в клиническом тексте этой главы они не используются как числовые критерии; остаётся качественная формулировка S04: изменение частоты и ритма дыхания, выраженная тахи- или брадикардия.

52.4. Лабораторная диагностика

Не нужно создавать собственную амбулаторную панель анализов. S04 описывает обследование новорождённого с подозрением на сепсис как стационарную задачу, включающую клиническую, лабораторную, микробиологическую и инструментальную оценку [S04].

Исследования при подозрении на сепсис

По S04 новорождённому с подозрением на сепсис рекомендуются:

- общий клинический анализ крови развёрнутый [S04];
- общий клинический анализ мочи [S04];
- биохимический анализ крови с оценкой натрия, калия, общего и ионизированного кальция, общего белка, мочевины, креатинина, общего билирубина, глюкозы, АЛТ и АСТ [S04];
- С-реактивный белок [S04];
- при сепсисе и септическом шоке - коагулограмма [S04];
- кислотно-основное состояние, газы крови и лактат при сепсисе и септическом шоке [S04];
- микробиологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам [S04];
- микробиологическое исследование материала из предполагаемого очага: мокроты, лаважной жидкости, спинномозговой жидкости, мочи, плевральной или перикардиальной жидкости и других материалов по клинической ситуации [S04];
- при подозрении на инфекцию ЦНС - посев крови и ликвора; при критическом состоянии люмбальная пункция может быть отложена до стабилизации [S04].

S04 приводит лабораторные критерии, которые могут поддерживать диагноз: лейкоцитоз >30 x 10^9/л; лейкопения <5 x 10^9/л; тромбоцитопения с гестационно-зависимыми порогами; прокальцитонин >=2,5 нг/мл при раннем сепсисе и >=2,0 нг/мл при позднем; СРБ >10 мг/л; пресепсин >800 пг/мл; нейтрофильный индекс >0,2; гипогликемия <2,6 ммоль/л или гипергликемия >10 ммоль/л; лактат >2 ммоль/л; положительный посев крови [S04].

Практический вывод из S04: амбулаторные обследования не должны задерживать госпитализацию, если есть подозрение на сепсис или ребёнок клинически неблагополучен. В S04 прямо указана экстренная госпитализация всех новорождённых с подтверждённым или подозреваемым сепсисом [S04].

52.5. Госпитализация

Когда новорождённому нужна срочная госпитализация

По S04 все новорождённые с подтверждённым или подозреваемым сепсисом нуждаются в экстренной госпитализации в специализированный стационар III уровня, имеющий возможности для экстренной диагностики очага инфекции и лечения различной патологии [S04].

Септический шок является абсолютным показанием для госпитализации. Новорождённый с явными признаками сепсиса или подозрением на него должен быть переведён в ОРИТ; S04 отдельно указывает, что все пациенты с подозрением на сепсис должны быть госпитализированы в ОРИТ, поскольку диагноз сепсиса у новорождённых предусматривает органную дисфункцию [S04].

Медицинская эвакуация новорождённых с сепсисом и септическим шоком проводится специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации, авиамедицинскими выездными бригадами или выездными экстренными консультативными бригадами; конкретные региональные правила маршрутизации должны разрабатываться с учётом местных условий [S04].

Антибактериальная терапия при сепсисе, септическом шоке или подозрении на них должна быть начата в максимально ранние сроки; оптимальный вариант по S04 - в течение 1 часа после установления диагноза. В комментарии S04 отдельно указано, что введение антибактериальных препаратов в первые 3 часа после диагностики сепсиса связано с лучшими исходами [S04]. Для участкового пособия дозировки стационарных схем не переносятся: антибактериальная терапия проводится по S04 в стационаре.

Что спросить

- Возраст ребёнка в сутках: S04 различает ранний сепсис в первые 72 часа и поздний от 72 часов до 28 суток [S04].
- Максимальную температуру и была ли температурная нестабильность: S04 учитывает лабильность температуры, >38,0 °C и <36,0 °C [S04].
- Где и как измерялась температура: S04 использует температуру ядра тела, поэтому способ измерения важен для интерпретации [S04].
- Когда появились симптомы: для раннего сепсиса симптомы часто возникают в первые часы или сутки жизни, а поздний проявляется после 72 часов до 28 суток [S04].
- Как ребёнок сосёт, есть ли вялое сосание или отказ от груди [S04].
- Изменилась ли активность, реакция, крик, сознание [S04].
- Есть ли апноэ, изменение дыхания, цианоз, десатурация, потребность в кислороде [S04].
- Было ли уменьшение мочеиспускания: S04 выделяет диурез менее 1 мл/кг/час как признак нарушения сердечно-сосудистой системы/перфузии [S04].
- Есть ли увеличение живота, диарея, ослабление перистальтики, рвота как возможные проявления органной дисфункции или дифференциальные состояния [S04].
- Были ли у матери инфекции урогенитального тракта, хориоамнионит, температура >38 °C за сутки до родов, колонизация стрептококком группы B [S04].
- Были ли преждевременный разрыв оболочек, безводный период >12 часов, преждевременные или тяжёлые роды, асфиксия, аспирация мекония [S04].
- Есть ли данные выписки о недоношенности, низкой массе, Апгар <6 на 1-й и 5-й минутах, врождённых аномалиях [S04].
- Были ли инвазивные вмешательства: центральный венозный катетер >10 дней, катетеризация мочевого пузыря, длительная ИВЛ, CPAP/назальные канюли [S04].

- Есть ли локальные признаки инфекции: дыхательный очаг, живот/НЭК, конъюнктивит, омфалит, признаки менингита, инфекция мочевыводящих путей [S043].

Что осмотреть

Таблица 2. Что проверить при первичном осмотре

Зона оценки	Что проверить	Основание
Общее состояние	Внешний вид, реакцию, активность, угнетение или выраженное беспокойство	Неспецифические признаки сепсиса и изменения нервной системы [S04]
Сознание/крик	Угнетение сознания, необычный крик, судороги	Неврологические изменения при сепсисе [S04]
Тонус и рефлексы	Гипотонию, гипорефлексию	Неврологические изменения при сепсисе [S04]
Кожа	Бледность, иктеричность, мраморность, цианоз, геморрагическую сыпь, склерему	Общий осмотр по S04 [S04]
Перфузия	Время наполнения капилляров, признаки плохого кровообращения, диурез	Сердечно-сосудистые критерии S04 [S04]
Дыхание	Апноэ, частоту/ритм дыхания, респираторный дистресс, десатурацию, потребность в кислороде	Дыхательные изменения при сепсисе [S04]
ЧДД, ЧСС, SpO2	Считать ЧД и ЧСС, оценивать SpO2 при неблагополучии; сомнительные числовые записи ЧД/ЧСС из S04 не интерпретировать как пороги	S04 указывает изменение частоты/ритма дыхания, выраженную тахи-/брадикардию и мониторинг жизненных функций [S04]
Родничок	Оценить в рамках неврологического осмотра и подозрения на инфекцию ЦНС	S04 выделяет инфекцию ЦНС/менингит как возможный очаг [S043]
Рот и зев	Слизистые, признаки местной инфекции, данные для очага	S04 рекомендует микробиологию материала в зависимости от очага [S04]
Пупок	Признаки омфалита	Омфалит указан S04 как возможный инфекционный очаг [S043]
Живот	Увеличение объёма, перистальтику, признаки НЭК	ЖКТ-признаки и НЭК как очаг в S04 [S04]
Суставы и кожа/подкожная клетчатка	Локальные воспалительные изменения, если есть	S04 допускает исследование материала из очага и не рекомендует посевы кожи без клинических признаков локальной инфекции кожи/мягких тканей [S04]
Мочеполовая система	Диурез, признаки возможной ИМП	ИМП указана S04 как возможный инфекционный очаг; ОАМ и микробиология мочи входят в обследование [S04]

Алгоритм: «Новорождённый с температурой / выглядит больным»

Возраст 0-28 суток [S04]

↓

Оценить общее состояние, кормление, дыхание, кожу, перфузию, неврологический статус [S04]

↓

Есть температура ядра тела >38,0 °C или <36,0 °C, температурная лабильность или ребёнок выглядит больным? [S04]

↓

Есть вялость, плохое кормление, апноэ, дыхательные нарушения, цианоз, плохая перфузия, судороги, геморрагическая сыпь, олигурия, увеличение живота или подозрение на очаг инфекции? [S04]

↓

Да

↓

Подозрение на тяжёлую инфекцию / неонатальный сепсис [S04]

↓

Срочная госпитализация; при подозрении на сепсис - ОРИТ и обследование/лечение по S04 [S04]

Отдельная ветка:

Температура нормальная

↓

Но ребёнок вялый, плохо ест, имеет апноэ, плохую перфузию, судороги, геморрагическую сыпь, олигурию или другой красный флаг [S04]

↓

Нормальная температура не исключает инфекцию у новорождённого [S04]

↓

Срочная оценка и маршрутизация как при подозрении на тяжёлую инфекцию [S04]

Таблица 3. Ситуация → действие участкового педиатра

Ситуация	Действие
Ребёнку 0-28 суток, температура ядра тела >38,0 °C или <36,0 °C	Оценить красные флаги и рассматривать как возможную тяжёлую инфекцию; при подозрении на сепсис - экстренная госпитализация [S04]
Температура нормальная, но есть вялость, плохое кормление, апноэ, цианоз, плохая перфузия или судороги	Не исключать инфекцию; срочная оценка и маршрутизация [S04]
Есть признаки септического шока	Абсолютное показание к госпитализации; требуется стационар с возможностями специализированной помощи [S04]
Есть подозрение на сепсис	Экстренная госпитализация, перевод в ОРИТ; амбулаторное обследование не должно задерживать маршрут [S04]
Есть локальный очаг: омфалит, пневмония, менингит, НЭК, ИМП, конъюнктивит	Рассматривать в контексте общего состояния и риска генерализации; обследование материала из очага по S04 в стационаре [S04]
Нет катаральных симптомов при высокой температуре	Не считать это доказательством отсутствия инфекции: старый вспомогательный источник S25 описывает ЛБОИ у детей до 3 месяцев как температуру >38 °C без других признаков заболевания [S25]

Что объяснить родителям

У новорождённого тяжёлая инфекция может выглядеть не как "обычная простуда". Важны не только градусник, но и то, как ребёнок сосёт, просыпается, реагирует, дышит, какого цвета кожа, есть ли необычный крик, судороги, сыпь, уменьшение мочи или вздутие живота [S04].

Отсутствие высокой температуры не гарантирует, что тяжёлой инфекции нет: S04 указывает не только повышение температуры ядра тела >38,0 °C, но и снижение <36,0 °C, температурную лабильность и другие неспецифические признаки [S04].

При красных флагах нельзя ждать "до утра" или наблюдать дома. Новорождённые с подозрением на сепсис нуждаются в экстренной госпитализации, а с явными признаками сепсиса или подозрением на него - в переводе в ОРИТ [S04].

Чего делать не нужно

- Не ориентироваться только на температуру: S04 описывает температурную лабильность, гипертермию, гипотермию и множество нетемпературных признаков сепсиса [S04].
- Не считать нормальную температуру доказательством отсутствия тяжёлой инфекции у новорождённого [S04].
- Не задерживать маршрутизацию ради полного амбулаторного обследования при подозрении на сепсис: S04 требует экстренной госпитализации [S04].
- Не начинать самостоятельное домашнее лечение антибиотиками: S04 описывает антибактериальную терапию при сепсисе/подозрении на него как неотложное лечение с микробиологической диагностикой и стационарной маршрутизацией [S04].
- Не считать отсутствие катаральных симптомов доказательством отсутствия инфекции: S25 описывает лихорадку без очага у детей до 3 месяцев как ситуацию с температурой >38 °C без других признаков заболевания; источник старый и используется здесь только как вспомогательное предупреждение, не как современный алгоритм для 29-90 дней [S25].

Что требует дополнительного источника

- Нормальный амбулаторный диапазон температуры у детей 0-28 суток: S04 даёт пороги для подозрения на сепсис, но не полную шкалу нормы.
- Детальная амбулаторная маршрутизация из поликлиники/дома в конкретной региональной системе: S04 говорит о необходимости региональных протоколов.
- Инфекция и лихорадка после периода новорождённости до конца третьего месяца: этот возраст не закрывается данной главой и должен быть отдельным разделом.
- Инфекция мочевых путей у младенцев: S04 упоминает ИМП как очаг и включает мочу в обследование при сепсисе, но профильный раздел ИМП нужно писать отдельно.

53. Лихорадка у ребёнка 29–90 суток

Этот раздел отвечает на практический вопрос: как участковому педиатру действовать при документированной лихорадке у ребёнка 29–90 суток жизни и не пропустить invasive bacterial infection (IBI: бактериемия или бактериальный менингит) и serious bacterial infection (SBI: ИМП, бактериемия, бактериальный менингит).

Основной источник для алгоритма 29–90 суток - S30 Canadian Paediatric Society "Management of клинически благополучный младенцы раннего возраста с лихорадкой aged <=90 days" (официальная страница: posted 2023-10-27, updated 2026-05-27; локальный snapshot онлайн-источник). Российские КР по инфекции мочевых путей S06 используются только для ИМП-ветви: анализ мочи, посев, критерии бактериурии и госпитализация при ИМП. S29 AAP

2021 не используется в этой главе для самостоятельных новых решений, потому что оригинал не был локально сохранён полностью; его нельзя распространять на 61–90 суток. S31 NICE не заменяет специализированный S30.

К кому применим этот алгоритм

Алгоритм S30 предназначен прежде всего для клинически благополучных младенцев до 90 суток включительно с документированной лихорадкой: ректальная температура >=38,0 °C, измеренная дома или в медицинской организации [S30].

В этой главе "клинически благополучный" означает, что ребёнок при очной оценке не выглядит токсичным или тяжело больным, не имеет нарушения дыхательных путей, дыхания, кровообращения, выраженного нарушения сознания, перфузии, дыхания или неврологических признаков. Даже клинически благополучный ребёнок этого возраста может быстро ухудшиться, поэтому алгоритм не является разрешением на домашнее наблюдение без обследования и контроля [S30].

Алгоритм низкого риска не должен автоматически применяться, если есть факторы, которые S30 выделяет как часто исключаемые из исследований младенцев с лихорадкой [S30]:

- недоношенность <37 недель;
- предшествующая госпитализация или prolonged newborn nursery course;
- хроническое заболевание, хромосомная аномалия или зависимость от медицинской технологии;
- известный или предполагаемый иммунодефицит;
- недавняя антибиотикотерапия;
- фокальная бактериальная инфекция.

При этих факторах нужна индивидуальная, обычно более консервативная тактика, а не автоматическое отнесение к низкому риску [S30].

РЕБЁНОК ВЫГЛЯДИТ БОЛЬНЫМ
Алгоритм низкого риска не применяется. Сначала оценивают и поддерживают дыхательные пути, дыхание, кровообращение, получают посевы крови и мочи, рассматривают LP после стабилизации, если она показана, и не задерживают эмпирическую антибактериальную терапию попыткой завершить амбулаторную шкалу риска [S30].

Определение лихорадки

S30 использует ректальную температуру >=38,0 °C как reference standard и критерий включения в данный алгоритм [S30]. Это не надо превращать в универсальную российскую рекомендацию "всем измерять температуру ректально": метод измерения температуры в российской амбулаторной практике требует отдельного нормативного контекста.

Если ректальная температура >=38,0 °C была зафиксирована дома или медицинским работником, но на момент осмотра нормальная, S30 всё равно относит ребёнка к группе, требующей дальнейшей оценки: история документированной лихорадки не считается заведомо менее рискованной [S30].

Если была только субъективная или тактильная "горячая кожа" без документированного значения, S30 отмечает возможный риск SBI/IBI, но это уже не тот же самый строгий критерий включения в алгоритм; тактика определяется очным состоянием ребёнка, возрастом и доступностью обследования [S30].

Почему это важно

У большинства клинически благополучных младенцев с лихорадкой заболевание может быть вирусным, но именно в этом возрасте важно не пропустить ИМП, бактериемию и бактериальный менингит. S30 указывает, что при возрасте 29–60 суток риск ниже, чем у новорождённых, но всё ещё клинически значим: бактериемия оценивается около 1,6%, бактериальный менингит - около 0,4% [S30]. Для 61–90 суток оценки менее точны, но сообщаются как <1,5% для бактериемии и <0,25% для бактериального менингита [S30].

Практический вывод: у ребёнка 29–90 суток с температурой >=38,0 °C нельзя ограничиваться назначением жаропонижающего и советом "понаблюдать", пока не оценены внешний вид, возрастная группа, факторы исключения, моча и условия повторной медицинской оценки [S30].

53.1. Возраст 29–60 суток

Базовая оценка

S30 рекомендует всем младенцам с лихорадкой 29–60 суток выполнить диагностическое обследование [S30]:

- общий анализ крови с лейкоцитарной формулой;
- inflammatory markers: CRP или PCT;
- посев крови с определением чувствительности;
- общий анализ мочи;
- посев мочи с определением чувствительности.

Дополнительные исследования - вирусное тестирование, рентгенография грудной клетки, ALT и другие - рассматриваются по клинической ситуации, а не как обязательный одинаковый набор всем детям [S30].

Зачем нужны исследования

Исследование	Зачем нужно	Как влияет на ветку
ОАМ	ИМП - частая SBI в этом возрасте; S30 требует мочу всем младенцам с лихорадкой [S30]	Положительный ОАМ при нормальных воспалительных маркерах не делает ребёнка высокого риска по IBI сам по себе, но требует лечения ИМП [S30]
Посев мочи	Подтверждает ИМП и позволяет определить чувствительность [S06; S30]	Влияет на этиологическое лечение и последующую маршрутизацию
ОАК с лейкоцитарной формулой	Нужен для оценки воспалительного ответа и ANC как части валидированных правил риска [S30]	Сам по себе не создаёт диагноз; используется вместе с UA, PCT/CRP и клиникой
CRP или PCT	Улучшают стратификацию риска IBI; PCT в S30 назван предпочтительным тестом, когда доступен [S30]	Нормальные показатели поддерживают ветку низкого риска; аномальные воспалительные маркеры переводят в ветку высокого риска [S30]
Посев крови	Нужен для выявления бактериемии до начала антимикробной терапии [S30]	Результаты культур определяют длительность наблюдения/лечения; положительная культура меняет тактику

Низкий и высокий риск

В этой главе низкий риск не означает "хорошо выглядит на глаз". Низкий риск означает: ребёнок клинически благополучен, нет факторов исключения из S30 Table 2, выполнена возрастная оценка и он соответствует одному выбранному валидированному правилу риска из S30 Table 1. Нельзя смешивать пороги разных правил в собственную гибридную шкалу [S30].

Правило	Параметры	Низкий риск критерии	Ограничения
PECARN	OAM, ANC, PCT	OAM отрицательный на leukocyte esterase, nitrite и pyuria <=5 WBC/hpf; ANC <=4000/μL; PCT <=0,5 ng/mL [S30]	Требует PCT; положительный OAM выводит из PECARN-низкого риска, хотя в S30 для 29–60 при нормальных IM положительный OAM сам по себе не считается высокого риска по IBI
Step-by-Step	Внешний вид, возраст, OAM, PCT, CRP, ANC	клинически благополучный; возраст 22-90 суток; OAM отрицательный на лейкоциты; PCT <0,5 ng/mL; CRP <=20 mg/L; ANC <=10 000/μL [S30]	Требует PCT; правило нельзя смешивать с PECARN-порогами
Aronson	Возраст, температура в ED, ANC, OAM	низкого риска при сумме <=1 point; используется, когда PCT недоступен [S30]	S30 прямо указывает, что при Aronson разумно сохранять более низкий порог для LP и госпитализации даже у низкого риска [S30]

Высокий риск в практическом смысле для 29–60 суток - это ребёнок с аномальными воспалительными маркерами по выбранному правилу риска, ребёнок с неврологическими признаками или ребёнок, к которому алгоритм низкого риска не применим из-за общего состояния или факторов исключения [S30].

Моча

Анализ мочи

S30 требует общий анализ мочи всем младенцам с лихорадкой до 90 суток [S30]. Российские КР S06 уточняют, что для подтверждения лейкоцитурии обязателен общий анализ мочи; лейкоцитурией считается >10 лейкоцитов в поле зрения или >25 в 1 мкл мочи в образце, полученном при спонтанном мочеиспускании [S06].

S06 отдельно предупреждает: отсутствие нитритов не исключает ИМП, а наличие нитритов без лейкоцитурии не является признаком ИМП [S06]. Поэтому тест-полоска не заменяет корректный анализ и клиническую оценку.

Посев мочи

S30 требует посев мочи с определением чувствительности всем младенцам с лихорадкой [S30]. S06 рекомендует бактериологическое исследование мочи при подозрении на ИМП до начала антибактериальной терапии, чтобы подтвердить диагноз и определить чувствительность возбудителя [S06].

Диагностически значимая бактериурия по S06 [S06]:

- >100 000 КОЕ/мл при заборе средней струи;
- 50 000 КОЕ/мл при катетеризации;
- любой рост при надлобковой пункции.

Как получить мочу

S30 предпочитает катетеризацию мочевого пузыря или надлобковую аспирацию, а не мочеприёмник; сбор чистой порции мочи допустим, но может быть трудным [S30]. S06 описывает несколько способов: средняя порция мочи у детей с произвольным мочеиспусканием, мочеприёмник у новорождённых и детей младшего возраста после гигиенической обработки, катетеризация у тяжело больных маленьких детей при необходимости срочной диагностики, надлобковая пункция чаще у тяжело больных мальчиков младшего возраста [S06].

Практически это означает: мочеприёмник не следует выдавать за оптимальный способ получения материала для посева. Если нужен надёжный посев у младенца с лихорадкой, особенно при решении вопроса об антибиотиках и госпитализации, предпочтительны методы, которые источник считает пригодными для культуры: катетеризация или надлобковая пункция по показаниям; сбор чистой порции мочи возможен, если реально получить качественный образец [S06; S30].

Люмбальная пункция

LP нельзя описывать как "всем 29–60 суток" и нельзя описывать как "никому низкого риска". Решение зависит от клиники, неврологические признаки, выбранного правила риска, inflammatory markers и результата CSF, если LP выполнена [S30].

Неврологические признаки / нарушенное общее состояние

При неврологических признаках LP не должна задерживаться, если её можно выполнить безопасно; HSV testing и лечение начинают эмпирически, когда оно показано [S30]. Если ребёнок гемодинамически нестабилен или выглядит больным, приоритет - ABC, посевы крови/мочи и эмпирическая терапия без задержки; LP можно рассмотреть после стабилизации [S30].

Клинически благополучный ребёнок низкого риска

У клинически благополучного младенца 29–60 суток, который соответствует критериям низкого риска, LP не обязательна. Если LP всё же выполнена и выявлен плеоцитоз ликвора, ребёнка госпитализируют и лечат как при подозрении на менингит [S30]. Для детей >28 суток S30 использует порог плеоцитоза ликвора >9 cells/mm3 [S30].

Аномальные воспалительные маркеры / высокий риск

При аномальных воспалительных маркерах по S30 ребёнок 29–60 суток относится к высокому риску IBI: нужно выполнить LP для подсчёта клеток, белка, глюкозы и бактериального посева/чувствительности, начать эмпирическую антимикробную терапию и госпитализировать до отрицательных культур 36 h [S30].

Антибиотики

В этой главе не приводятся дозировки из S30 Table 3: задача участкового пособия - определить, кому терапия нужна и где она проводится.

По S30:

- высокого риска infants получают эмпирические антибиотики [S30];
- ребёнку с нарушенным общим состоянием лечение не задерживают ради завершения амбулаторной шкалы [S30];
- низкого риска 29–60 суток с положительным OAM и нормальными inflammatory markers может получать эмпирическую терапию ИМП PO или IV по клинической ситуации и маршруту [S30].

S06 для российской ИМП-ветви рекомендует начинать эмпирическую антибактериальную терапию при ИМП, не дожидаясь результата посева; невозможность выполнить посев не должна задерживать терапию, если она показана [S06]. В этом разделе это относится только к ИМП, а не заменяет весь алгоритм младенца с лихорадкой.

Госпитализация и амбулаторный маршрут 29–60

Для 29–60 суток S30 разделяет тактику по риску [S30]:

Ситуация	Тактика по S30
Низкий риск по выбранному правилу; ребёнок клинически благополучен	LP не требуется; возможна выписка домой с контролем 24–48 h или госпитальное наблюдение до отрицательных бактериальных культур 24 h

Ситуация	Тактика по S30
Низкий риск, positive UA, нормальных воспалительных маркерах	Положительный OAM сам по себе не считается высокого риска по IBI; лечить presumed UTI PO или IV, далее решать амбулаторное лечение или наблюдение по состоянию и контроль
Высокий риск / аномальные воспалительные маркеры	LP, эмпирическая антимикробная терапия, госпитализация и наблюдение до отрицательных бактериальных культур 36 h
LP выполнена и есть CSF pleocytosis	Госпитализация и лечение как suspected meningitis
Нет надёжного контроль	Амбулаторный маршрут небезопасен; выбирать наблюдение/госпитализацию по риску и доступности медицинской оценки

Амбулаторный маршрут - это не "низкий риск → домой". Для выписки непосредственно из ED или амбулаторной клиники S30 требует организовать контроль с медицинским работником в течение 24–48 h и дать родителям anticipatory guidance: какие признаки ухудшения требуют неотложной помощи [S30].

53.2. Возраст 61–90 суток

Что отличается от 29–60

61–90 суток нельзя писать как "тот же AAP 29–60 плюс ещё месяц". AAP S29 не покрывает 61–90 суток; для этой возрастной группы в этой главе используется S30 [S30].

S30 указывает, что оценки IBI prevalence у 61–90 суток менее точны, но reported prevalence составляет <1,5% для бактериемии и <0,25% для бактериального менингита [S30].

Минимальная оценка 61–90

S30 формулирует минимум для 61–90 суток так: диагностическое обследование должно включать как минимум общий анализ мочи и посев мочи [S30].

Это важно: CBC, blood culture, CRP/PCT и LP не становятся автоматически обязательными всем детям 61–90 суток только потому, что они обязательны или часто нужны в другой возрастной группе. S30 допускает, что clinicians may choose to perform investigations and follow risk stratification described for infants 29–60 days, но это "may choose", а не "must" [S30].

Когда оценку расширяют

Расширенную оценку 61–90 суток можно выбрать, если клиническая ситуация, доступность исследований, риск-толерантность, отсутствие надёжного контроль или состояние ребёнка делают минимальную оценку недостаточной. В этом случае можно использовать исследования и risk stratification 29–60 суток, но с тем же запретом на гибридные шкалы: выбранное правило риска должно применяться целиком [S30].

Госпитализация и амбулаторный маршрут 61–90

По S30 дети 61–90 суток, которые соответствуют критериям низкого риска, а также клинически благополучные дети с изолированной ИМП, не требуют госпитализации, если контроль в течение 24–48 h может быть организован [S30].

Обратное тоже важно: если ребёнок клинически неблагополучен, есть факторы исключения, аномальные воспалительные маркеры при расширенной оценке, подозрение на менингит, невозможность контроля или родители не смогут быстро вернуться при ухудшении, амбулаторный маршрут нельзя считать безопасным [S30].

Нарушенное общее состояние 29–90

РЕБЁНОК ВЫГЛЯДИТ БОЛЬНЫМ
- не применять алгоритм низкого риска;
- немедленно оценить дыхательные пути, дыхание, кровообращение;

- получить кровь и мочу на посев, если это не задерживает стабилизацию;
- LP рассматривать после стабилизации, если есть показания или подозрение на менингит;
- эмпирическую антибактериальную терапию не задерживать;
- маршрутизировать в стационар/экстренную оценку по тяжести состояния [S30].

Для участкового педиатра это означает: при вялости, нарушении сознания, плохой перфузии, дыхательной недостаточности, судорогах, выраженной раздражительности, подозрении на менингит или другом тяжёлом состоянии нельзя пытаться "дособрать" амбулаторный алгоритм в поликлинике.

HSV

HSV не скринируется всем детям 29–90 суток. S30 обсуждает HSV как отдельный риск, особенно при подозрении на менингит/энцефалит или иных клинических факторах. При неврологических признаках LP не должна задерживаться; HSV testing и лечение начинают эмпирически, когда ребёнок расценивается как at risk [S30].

Для этой главы достаточно практического правила: если есть судороги, нарушение общего состояния, неврологические признаки, подозрение на менингит, transaminitis или значимый анамнез maternal HSV, это не "обычная лихорадка", а повод для стационарной оценки и HSV-ветви по профильному источнику [S30].

Респираторные вирусы

Положительный вирусный тест не должен автоматически отменять оценку бактериальной инфекции. S30 использует вирусную информацию осторожно: лабораторно подтверждённый respiratory virus other than rhinovirus поддерживает решение о выписке у hospitalized низкого риска infants после отрицательных bacterial cultures за 24 h, но это не равно правилу "вирус положительный → ребёнок низкого риска" [S30].

При выраженных респираторных симптомах S30 предлагает рассмотреть CXR, если симптомы сохраняются после санации носа, есть increased work of breathing или SpO2 <=96%, особенно когда бронхиолит не является наиболее вероятным диагнозом [S30]. Это не создаёт отдельный алгоритм бронхиолита; он должен писаться по профильному источнику.

ИМП в алгоритме младенца с лихорадкой

ИМП - часть алгоритм лихорадки, но эта глава не заменяет будущий раздел 54 "Инфекция мочевых путей".

По S30 ОАМ и посев мочи нужны всем младенцам с лихорадкой до 90 суток; у 61–90 суток это минимальный набор обследования [S30]. По S06 у детей грудного и раннего возраста ИМП является самой частой тяжёлой бактериальной инфекцией и наблюдается у 10–15% госпитализируемых с лихорадкой пациентов этого возраста [S06].

S06 описывает неспецифичность ИМП у новорождённых и детей первого года жизни: лихорадка без видимого очага может быть единственным симптомом; возможны раздражительность, снижение аппетита, рвота, изменение количества мокрых подгузников, запах мочи и беспокойство при мочеиспускании [S06].

При этом положительный ОАМ у 29–60 суток при нормальных inflammatory markers не равен высокого риска по IBI в S30; это, прежде всего, presumed UTI-ветвь с лечением и решением о наблюдении/госпитализации по состоянию, возрасту и контроль [S30].

Российский контекст для маршрутизации при ИМП: S06 указывает госпитализацию для детей до 6 месяцев жизни с фебрильной лихорадкой, а также при остром пиелонефрите с интоксикацией и рвотой, невозможности оральной регидратации при обезвоживании, бактериемии/сепсисе и острой задержке мочи [S06]. Это не вся маршрутизация младенца с лихорадкой, а именно ИМП-ветвь.

Практический алгоритм 29–60

```
Лихорадка по S30: документированная ректальная температура >=38.0 °C дома или в
    медицинской организации
↓
Ребёнку 29–60 суток?
↓
Оценить внешний вид и ABC
├── Выглядит больным / нарушение ABC / неврологические признаки
│   → не применять алгоритм низкого риска; срочная стационарная оценка, кровь + моча
    на посев, LP после стабилизации по показаниям, empiric antimicrobials без задержки
     [S30]
└── Клинически благополучен
    ↓
    Проверить факторы исключения S30 Table 2
    ├── Есть фактор исключения
    │   → индивидуальная, более консервативная тактика; не автоматический низкого
    риска [S30]
    └── Нет факторов исключения
        ↓
        Выполнить: ОАК с лейкоцитарной формулой, CRP или PCT, посев крови с
    определением чувствительности, ОАМ, посев мочи с определением чувствительности
    [S30]
        ↓
        Выбрать одно правило риска из S30 Table 1; не смешивать пороги
        ↓
        Аномальные воспалительные маркеры / высокий риск?
        ├── ДА
        │   → LP, empiric antimicrobials, госпитализация до отрицательных культур 36 h
     [S30]
        └── НЕТ
            ↓
            Низкий риск
            ↓
            UA positive?
            ├── ДА
            │   → presumed UTI: лечить PO или IV по маршруту; положительный UA сам по
    себе не высокого риска по IBI при нормальных воспалительных маркерах [S30]
            └── НЕТ
                → LP не требуется рутинно [S30]
            ↓
            Есть возможность контроль с медицинским работником 24–48 h и родители
    понимают признаки ухудшения?
            ├── ДА → возможно амбулаторное ведение [S30]
            └── НЕТ → госпитальное наблюдение; амбулаторный маршрут небезопасен
```

Практический алгоритм 61–90

```
Лихорадка по S30: документированная ректальная температура >=38.0 °C
↓
Ребёнку 61–90 суток?
↓
Оценить внешний вид и ABC
├── Выглядит больным / нарушение ABC / неврологические признаки
│   → срочная стационарная оценка; алгоритм низкого риска не применять [S30]
└── Клинически благополучен
    ↓
    Проверить факторы исключения S30 Table 2
    ↓
    Минимум: ОАМ + посев мочи [S30]
    ↓
    Нужна расширенная оценка как у 29–60?
    ├── ДА, по клиническому решению
    │   → CBC, inflammatory markers, blood culture и risk stratification 29–60 как
    допустимый вариант, не как обязательный минимум [S30]
    └── НЕТ
        → продолжить по минимальной оценке мочи, состоянию ребёнка и контроль
```

```
    ↓
Низкий риск или изолированная ИМП, ребёнок клинически благополучен?
    ├── ДА + контроль 24–48 h организован
    │     → госпитализация не требуется по S30 [S30]
    └── НЕТ / контроль нет / состояние сомнительно
          → наблюдение или госпитализация по риску и доступности безопасной медицинской
оценки
```

Сравнение 29–60 и 61–90 суток

Параметр	29–60 суток	61–90 суток
Определение fever	Ректальная температура >=38,0 °C дома или в клинике по S30 [S30]	То же [S30]
Основной источник	S30, age-based 29–60; AAP не используется для новых утверждений без полного локального текста	S30; AAP не применять
Обязательная моча	OAM + посев мочи всем [S30]	Минимум OAM + посев мочи [S30]
Blood culture	Всем 29–60 [S30]	Не минимально всем; можно выполнить при расширенной оценке как 29–60 [S30]
CBC	Всем 29–60 [S30]	Опционально при выбранной расширенной оценке [S30]
PCT/CRP	Всем 29–60 как inflammatory markers; использовать в составе правила риска [S30]	Опционально при расширенной оценке как 29–60; "may choose", не "must" [S30]
LP	Не всем: низкого риска LP not required; высокого риска/аномальных воспалительных маркерах - perform LP; neurological signs - не задерживать [S30]	Не рутинно всем; по клинике, подозрению на менингит или при расширенной высокого риска оценке [S30]
Антибиотики	Высокий риск - эмпирическая терапия; положительный OAM + нормальные воспалительные маркеры - лечение предполагаемой ИМП перорально или внутривенно; дозировки не переносятся [S30]	При изолированной ИМП и клинически благополучном состоянии возможно амбулаторное ведение; схемы лечения ИМП - не тема этой главы [S30]
Госпитализация	Высокий риск - госпитализация до отрицательных культур 36 h; низкий риск - домой с контролем 24–48 h или наблюдение до отрицательных культур 24 h [S30]	Низкий риск или изолированная ИМП не требуют госпитализации, если ребёнок клинически благополучен и контроль 24–48 h организован [S30]
Амбулаторный маршрут	Только при клинически благополучном ребёнке низкого риска, понятных родителям красных флагах и контроле 24–48 h [S30]	То же; особенно важно не превращать минимальную оценку в "домой без контроля" [S30]
Контроль	24–48 h с медицинским работником при direct discharge [S30]	24–48 h; если не организован, амбулаторное ведение небезопасно [S30]

Что делать участковому педиатру

1. Подтвердить возраст: 29–60 или 61–90 суток.
2. Уточнить факт температуры: значение, способ измерения, время, была ли ректальная температура >=38,0 °C дома или в клинике по S30.
3. Оценить внешний вид и ABC: активность, сознание, дыхание, цвет кожи, перфузию, кормление, признаки обезвоживания, судороги/неврологические симптомы.
4. Проверить факторы исключения S30 Table 2: недоношенность <37 недель, prolonged nursery course, хронические заболевания, иммунодефицит, недавние антибиотики, фокальный бактериальный очаг.

5. Понять, где реально выполнить нужное обследование. S30 требует вести младенцев с лихорадкой <=90 суток там, где можно провести надлежащую оценку и обследования [S30].
6. Для 29–60 суток организовать мочу, кровь и inflammatory markers по S30; если это невозможно в поликлинике, не изображать "амбулаторный CPS workup", а маршрутизировать туда, где он доступен.
7. Для 61–90 суток минимум организовать ОАМ и посев мочи; расширенную оценку как 29–60 выбирать по состоянию, риску и доступности контроль.
8. При ребёнке с нарушенным общим состоянием не задерживать стационарную маршрутизацию ради полного амбулаторного алгоритма.
9. Если выбран амбулаторный маршрут, заранее организовать контроль 24–48 h и объяснить родителям признаки срочного обращения.

Когда можно наблюдать амбулаторно

Амбулаторное наблюдение возможно только как организованный амбулаторный маршрут, а не как "наблюдать дома".

Минимальные условия [S30]:

- ребёнок клинически благополучен;
- нет факторов исключения, которые требуют консервативной индивидуальной тактики;
- для 29–60 суток выполнена базовая оценка S30 и ребёнок низкого риска по выбранному правилу;
- для 61–90 суток выполнена как минимум моча + посев мочи; при необходимости выполнена расширенная оценка;
- нет неврологических признаков, подозрения на менингит, нарушения перфузии, дыхания или обезвоживания;
- родители понимают признаки ухудшения и могут быстро обратиться за помощью;
- контроль с медицинским работником организован в течение 24–48 h.

Если контроль нельзя реально организовать, амбулаторный маршрут нельзя считать безопасным.

Когда нужна срочная госпитализация или стационарная оценка

КРАСНЫЕ ФЛАГИ
- ребёнок выглядит больным, вялым, токсичным или быстро ухудшается [S30];
- нарушение ABC, плохая перфузия, дыхательная недостаточность, выраженное обезвоживание;
- судороги, нарушение сознания, неврологические признаки, подозрение на менингит [S30];
- аномальные воспалительные маркеры у ребёнка 29–60 суток или при расширенной оценке 61–90 суток [S30];
- CSF pleocytosis, если LP выполнена [S30];
- невозможность организовать обследование, наблюдение или контроль 24–48 h;
- ИМП-ветвь с показаниями к госпитализации по S06: возраст до 6 месяцев с фебрильной лихорадкой, острый пиелонефрит с интоксикацией и рвотой, невозможность оральной регидратации при обезвоживании, бактериемия/сепсис, острая задержка мочи [S06].

Российский контекст

В текущем наборе источников не найден современный российский единый алгоритм оценки клинически благополучного младенца с лихорадкой 29–90 суток.

Поэтому доказательная схема этого раздела основана преимущественно на CPS S30, с честным указанием, что CPS не является российским приказом Минздрава и не задаёт региональную маршрутизацию. Российские КР используются для отдельных профильных состояний, прежде всего ИМП: сбор мочи, ОАМ, посев, критерии бактериурии и госпитализация при ИМП [S06].

Конкретная российская маршрутизация зависит от локальной доступности: где можно быстро выполнить посевы, PCT/CRP, LP, наблюдение до результатов культур и повторную медицинскую оценку 24–48 h.

Ограничения источников

- Нет современного цельного российского алгоритма для клинически благополучного младенца с лихорадкой 29–90 суток.
- Организация конкретного российского амбулаторного/стационарного маршрута зависит от региона, доступности лабораторий, стационара и повторного осмотра.
- Метод измерения температуры требует адаптации к российской практике: S30 использует rectal temperature как reference standard, но это не оформлено здесь как российская нормативная рекомендация.
- S29 AAP и S31 NICE не сохранены локально полностью, поэтому в этой главе не используются для самостоятельных клинических решений.

Что объяснить родителям

У ребёнка 29–90 суток температура >=38,0 °C требует медицинской оценки не потому, что любая температура означает тяжёлую болезнь, а потому что в этом возрасте часть серьёзных бактериальных инфекций может начинаться без явного очага. Важны не только цифры, но и внешний вид, кормление, дыхание, мочеиспускание, активность и возможность повторного осмотра [S30].

Если ребёнок стал вялым, плохо ест, трудно просыпается, тяжело дышит, синеет, имеет судороги, необычно кричит, редко мочится, выглядит хуже или родители не могут быстро попасть на повторный осмотр, нужно обращаться за неотложной помощью, а не ждать планового контроля.

Чего делать не нужно

- Не применять алгоритм низкого риска к ребёнку с нарушенным общим состоянием.
- Не считать положительный вирусный тест автоматической отменой оценки SBI/IBI.
- Не распространять AAP 29–60 на возраст 61–90 суток.
- Не смешивать PECARN, Step-by-Step и Aronson в самодельную шкалу.
- Не назначать LP всем детям 29–60 суток только по возрасту.
- Не писать "LP никому низкого риска" без условий применимости и без учёта неврологические признаки, аномальных воспалительных маркерах и доступности наблюдения.
- Не считать положительный ОАМ у 29–60 суток с нормальных воспалительных маркерах автоматическим высокого риска по IBI; это presumed UTI-ветвь [S30].
- Не выписывать ребёнка "под наблюдение родителей", если контроль 24–48 h не организован.
- Не переносить зарубежный CPS алгоритм как приказ Минздрава РФ.
- Не приводить в участковом пособии дозировки стационарных антибиотиков из S30 Table 3 без отдельной задачи и адаптации.

Источники

- S30. Canadian Paediatric Society. Management of клинически благополучный младенцы раннего возраста с лихорадкой aged <=90 days. Official page posted 2023-10-27, updated 2026-05-27; локальный snapshot онлайн-источник. Использовано: Text box 1, Table 1, Table 2, General principles, Infants 29 to 60 days old, Infants 61 to 90 days old, Accuracy and threshold of temperature measurement, HSV section. Детальный HSV score не переносился, потому что локальный snapshot обрывается внутри Table 4.
- S06. Клинические рекомендации "Инфекция мочевых путей"; локальный PDF локальная копия источника. Использовано: physical PDF pages 8-13, 18, 34 для клинической картины ИМП у младенцев, ОАМ, посева, способов забора мочи, критериев бактериурии и госпитализации при ИМП.
- S29. AAP Clinical Practice клиническое руководство, 2021. Учитывался только как источник, который не покрывает 61–90 суток; детальные KAS не перенесены в текст без полного локального оригинала.
- S31. NICE NG143. Не использован для самостоятельных решений этого раздела; S30 является профильным источником.

54. Инфекция мочевых путей у ребёнка первых 3 месяцев жизни

Эта глава отвечает на практический вопрос: когда у младенца первых 3 месяцев подозревать инфекцию мочевых путей (ИМП), как правильно получить мочу, какие исследования назначить, когда диагноз считается подтверждённым и когда ребёнка нужно госпитализировать.

Основной источник - локальный PDF S06 российских клинических рекомендаций "Инфекция мочевых путей" (локальная копия источника). Локальный артефакт S32 является HTML-каркасом официальной карточки и сам по себе не содержит медицинского текста, поэтому медицинские детали в этой главе проверены по оригинальному PDF S06. S30 используется только для места ОАМ и посева мочи в алгоритме младенца с лихорадкой 29-90 суток. Для новорождённых 0-28 суток S04 используется только как контекст неонатального сепсиса.

Что это

ИМП - воспалительный процесс уротелия в различных отделах мочевого тракта в ответ на появление патогенных микроорганизмов в мочевыводящих путях [S06].

S06 классифицирует ИМП по наличию структурных аномалий, локализации, стадии и течению. По локализации выделяются пиелонефрит, цистит, уретрит, уросепсис и ИМП без установленной локализации [S06]. У ребёнка первых 3 месяцев локализацию не всегда можно уверенно определить по симптомам, поэтому приоритет - безопасная оценка, правильный образец мочи и маршрутизация.

Почему это важно в возрасте 0-3 месяцев

У детей грудного и раннего возраста ИМП - самая частая тяжёлая бактериальная инфекция; S06 указывает, что она наблюдается у 10-15% госпитализируемых с лихорадкой пациентов этого возраста [S06].

У новорождённых с ИМП высока вероятность бактериемии; может развиться сепсис и, крайне редко, септический шок [S06]. S06 также указывает, что бактериемия развивается редко, в 5,6% случаев ИМП, а факторами риска бактериемии могут быть недоношенность и ранний возраст, прежде всего первый год жизни [S06].

Клиническая картина

Новорождённые

В неонатальном периоде проявления ИМП обычно неспецифичны. S06 перечисляет нестабильность температуры тела, гипотензию, нарушения периферического кровообращения, вялость, раздражительность, апноэ, обезвоживание, озноб, судороги, метаболический ацидоз, анорексию, плохое сосание и рвоту [S06].

Зловонная моча описана S06 как редкий, но специфический симптом ИМП [S06]. Важно: "специфический" не означает "достаточный для диагноза".

Дети первого года жизни

S06 подчёркивает, что симптомы ИМП остаются неспецифическими у детей первого года жизни. Необъяснимая лихорадка или лихорадка без видимого очага инфекции является наиболее частым проявлением у детей первых двух лет жизни и фактически может быть единственным симптомом ИМП [S06].

По S06 ИМП, а именно пиелонефрит, с большей долей вероятности следует предположить у младенцев с температурой >=39 °C, чем у детей с температурой <39 °C [S06]. Это не означает, что температура ниже 39 °C исключает ИМП.

Другие проявления по S06 [S06]:

- раздражительность;
- снижение или отсутствие аппетита;
- рвота;
- боли в животе;
- увеличение или уменьшение количества мокрых подгузников;
- неприятный запах мочи;
- беспокойство при мочеиспускании.

Плохая прибавка массы как самостоятельный симптом ИМП в проверенных фрагментах S06 не выделена. У младенца с плохим питанием, плохой прибавкой и лихорадкой нужно оценивать состояние целиком и не подменять это одним диагнозом.

Почему отсутствие дизурии не исключает ИМП у младенца

Дизурия более характерна для инфекции нижних мочевых путей у детей старшего возраста, но у младенца ИМП может проявляться только лихорадкой без очага, плохим сосанием, раздражительностью, рвотой или изменением мокрых подгузников [S06]. Поэтому отсутствие явной дизурии или жалобы "больно писать" не исключает ИМП в возрасте 0-3 месяцев.

ИМП у ребёнка с лихорадкой

У ребёнка 29-90 суток с документированной лихорадкой ИМП рассматривается не изолированно, а внутри оценки младенца с лихорадкой. S30 требует ОАМ и посев мочи всем младенцам с лихорадкой <=90 суток; для 61-90 суток это минимальный набор оценки [S30].

Это не заменяет российские КР по ИМП. Сбор мочи, ОАМ, посев, критерии бактериурии, визуализация и госпитализация в этой главе опираются на S06. Полный алгоритм лихорадки 29-90 суток см. раздел 53.

Как получить мочу

Правильный забор мочи критичен: S06 прямо связывает правильную интерпретацию анализа с правильным сбором мочи [S06]. Неправильно собранный образец может привести к сомнительному результату и ненужному лечению; S06 не даёт проценты контаминации, поэтому такие цифры здесь не приводятся.

Для общего анализа мочи

S06 допускает следующие способы сбора мочи [S06]:

- средняя часть струи спонтанно выпущенной мочи у детей с установившимся произвольным мочеиспусканием;
- мочеприёмник у новорождённых и детей младшего возраста после предварительной гигиенической обработки гениталий и промежности;
- катетеризация мочевого пузыря, в основном у тяжело больных маленьких детей при необходимости срочной диагностики;
- надлобковая пункция, чаще у тяжелобольных мальчиков младшего возраста.

Для посева

S06 рекомендует при подозрении на ИМП выполнить бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности до начала антибактериальной терапии [S06].

S06 не называет мочеприёмник оптимальным способом для посева и не связывает с ним диагностические пороги КОЕ. Поэтому в практическом тексте нельзя писать "мочеприёмник подходит для посева" как равнозначный катетеризации или надлобковой пункции.

S30 для младенцев с лихорадкой предпочитает катетеризацию мочевого пузыря или надлобковую аспирацию, а не мочеприёмник; сбор чистой порции мочи допускает как альтернативу, но отмечает, что его бывает трудно получить [S30]. Если российская амбулаторная практика начинает с мочеприёмника для ОАМ, то при решении вопроса о подтверждающем посеве и антибиотиках нужно учитывать риск сомнительного образца и локальную возможность получить более надёжный материал.

Общий анализ мочи

S06 рекомендует ОАМ с определением удельного веса, подсчётом лейкоцитов, эритроцитов, определением белка и нитритов, в том числе с тест-полосками [S06].

Критерий лейкоцитурии по S06: более 10 лейкоцитов в поле зрения или более 25 лейкоцитов в 1 мкл мочи в образце, полученном при спонтанном мочеиспускании [S06].

Нитриты:

- отсутствие нитритов не исключает ИМП, потому что нитриты вырабатываются не всеми микроорганизмами [S06];
- наличие нитритов без лейкоцитурии не является признаком ИМП [S06];
- положительный нитритный тест свидетельствует о высокой вероятности ИМП, но S06 указывает частые ложноотрицательные результаты до 30% [S06].

У детей в период лихорадки без симптомов поражения верхних дыхательных путей S06 указывает проведение ОАМ [S06].

Посев мочи

Посев мочи нужен для подтверждения диагноза и определения возбудителя/чувствительности; по S06 его выполняют до начала антибактериальной терапии при подозрении на ИМП [S06].

Способ забора	Диагностически значимый рост	Источник
Средняя струя	>100 000 КОЕ/мл	[S06]
Катетеризация	50 000 КОЕ/мл	[S06]
Надлобковая пункция	любой рост бактерий	[S06]

Эти пороги нельзя переносить между способами забора. Отдельного порога для мочеприёмника S06 в проверенном фрагменте не даёт.

S06 не рекомендует посев мочи детям без лейкоцитурии для сокращения необоснованного обследования; изолированная бактериурия или положительный нитритный тест без лейкоцитурии не являются достоверными признаками ИМП [S06].

Диагноз

Для верификации диагноза ИМП S06 требует прежде всего подтвердить лейкоцитурию и диагностически значимую бактериурию [S06].

ИМП не должна диагностироваться только по:

- лихорадке;
- неприятному запаху мочи;
- одному положительному нитритному тесту;
- бактериурии без лейкоцитурии;
- сомнительному образцу, особенно если способ забора не соответствует критериям посева.

Если клиника сохраняется, но посев отрицательный при низком количестве колоний, S06 допускает, что это может указывать на раннюю инфекцию; при сохраняющихся жалобах и клинических проявлениях нужен контроль ОАМ или, при диагностированной ИМП, эмпирическое лечение [S06].

Цистит vs пиелонефрит

S06 разделяет цистит и пиелонефрит, но у ребёнка первых 3 месяцев симптомы часто неспецифичны, поэтому локализацию нельзя уверенно определять только по жалобам.

По таблице S06 для пиелонефрита характерны температура >38 °C, интоксикация, боли в животе/пояснице, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ, небольшая протеинурия и возможное увеличение размеров почек по УЗИ; для цистита более характерны дизурия, гематурия и утолщение стенки мочевого пузыря по УЗИ, а температура >38 °C не характерна [S06].

Для младенца первых 3 месяцев практический вывод важнее ярлыка: фебрильная ИМП, пиелонефрит, интоксикация, рвота или возраст до 6 месяцев с фебрильной лихорадкой переводят ребёнка в более осторожную маршрутизацию [S06].

Лабораторная диагностика

Исследование	Кому / когда	Источник
ОАМ	Базовый диагностический метод при подозрении на ИМП	[S06]
Посев мочи	При подозрении на ИМП до начала АБТ	[S06]
ОАК развернутый	При лихорадке и подозрении на ИМП для оценки воспалительной реакции; также по клинической необходимости в динамике	[S06]
Мочевина, креатинин, электролиты, СКФ	При осложнённых формах, пиелонефрите, выраженных изменениях УЗИ, обострении рецидивирующей ИМП, применении нефротоксичных препаратов	[S06]
CRP/PCT	Не рутинно для подтверждения ИМП; PCT целесообразен в комплексе при подозрении на уросепсис или оценке ответа при тяжёлом пиелонефрите	[S06]

S06 указывает, что лейкоцитоз >15 x 10^9/л и CRP >=30 мг/л говорят о высокой вероятности бактериальной инфекции, а PCT >1 нг/мл может свидетельствовать в пользу острого пиелонефрита и практически не встречается при инфекциях нижних отделов [S06]. Эти значения не являются самостоятельным подтверждением ИМП без мочи.

Посев крови

S06 в проверенных разделах не даёт правила "посев крови всем детям с ИМП". При бактериемии и сепсисе ребёнок подлежит госпитализации [S06]. У новорождённых с подозрением на сепсис обследование и посев крови относятся к S04, а у ребёнка 29-90 суток с лихорадкой - к алгоритму младенца с лихорадкой S30, особенно в возрасте 29-60 суток (см. раздел 53).

УЗИ мочевой системы

S06 рекомендует проводить УЗИ почек, мочевого пузыря и мочевыводящих путей всем детям во время первого эпизода ИМП, при возможности в первые 24 часа после обращения, и после первого эпизода через 1-2 недели [S06].

УЗИ помогает заподозрить аномалии строения мочевой системы, расширение чашечно-лоханочной системы, стеноз мочеточника, камни, абсцесс почки или перинефральный абсцесс, а также оценить размеры почек, кровоток, состояние ЧЛС, объём и стенку мочевого пузыря [S06].

В рамках диспансеризации всем детям первого года жизни S06 также рекомендует УЗИ почек и мочевого пузыря для раннего выявления аномалий развития почек и мочевыводящих путей [S06].

Цистография и другие исследования

Цистография после первого эпизода фебрильной ИМП рекомендуется при наличии признаков нарушения уродинамики по данным УЗИ почек и мочевого пузыря, чтобы диагностировать ПМР и его степень, а также уретероцеле, дивертикул, клапан задней уретры и другие нарушения [S06].

Цистографию не следует проводить рутинно: S06 подчёркивает инвазивность и лучевую нагрузку. После первого эпизода ИМП она не проводится, кроме ситуаций, когда есть показания; в большинстве случаев речь идёт о детях до 2 лет. В активную стадию/при обострении цистографию не проводят [S06].

Статическая нефросцинтиграфия рекомендована детям до 3 лет с атипичным течением ИМП не ранее чем через 4-6 месяцев после острого эпизода и при рецидивирующем течении ИМП [S06]. Внутривенная урография и МР-урография применяются как вспомогательные методы для выявления обструкции и аномалий после исключения ПМР [S06].

Для участкового педиатра это означает: после первого эпизода ИМП нужно не "назначить всё", а обеспечить выполнение УЗИ и дальнейшую маршрутизацию к нефрологу/урологу при показаниях.

Госпитализация

По S06 показания к госпитализации при ИМП [S06]:

1. дети до 6 месяцев жизни с фебрильной лихорадкой;
2. дети с острым пиелонефритом с симптомами интоксикации и рвотой;
3. невозможность оральной регидратации при признаках обезвоживания;
4. бактериемия и сепсис;
5. острая задержка мочи.

Поскольку пособие охватывает 0-90 суток, критерий "дети до 6 месяцев жизни с фебрильной лихорадкой" практически покрывает весь возрастной диапазон пособия при фебрильной ИМП. Смягчать эту формулировку нельзя.

S06 указывает, что длительность пребывания в стационаре при ИМП составляет не более 10-14 дней; при отсутствии показаний к госпитализации помощь может оказываться амбулаторно или в специализированном дневном стационаре [S06]. Показания к выписке: отсутствие лихорадки, отсутствие симптомов интоксикации, нормализация анализа мочи

[S06].

ИМП у новорождённого

У ребёнка 0-28 суток ИМП не должна рассматриваться как простой изолированный "цистит", если есть лихорадка, гипотермия, вялость, плохое сосание, отказ от кормления, нарушение перфузии, апноэ, судороги или другие признаки тяжёлой инфекции.

S06 указывает, что у новорождённых с ИМП высока вероятность бактериемии и может развиться сепсис [S06]. S04 определяет неонатальный сепсис как угрожающее жизни заболевание в первые 28 суток и прямо включает ИМП в перечень возможных инфекционных очагов [S04]. Все новорождённые с подтверждённым или подозреваемым сепсисом нуждаются в экстренной госпитализации [S04].

Неонатальные схемы антибиотиков в этой главе не приводятся.

ИМП 29-60 суток

У ребёнка 29-60 суток с лихорадкой >=38 °C положительный ОАМ не отменяет оценку риска бактериемии/менингита. По S30 для этого возраста оценка младенца с лихорадкой включает CBC, воспалительные маркеры, посев крови, ОАМ и посев мочи; положительный ОАМ при нормальных воспалительных маркерах сам по себе не считается высоким риском IBI, но требует лечения предполагаемой ИМП [S30].

Практически: если ребёнку 29-60 суток и есть лихорадка, идти только по "ИМП-ветке" недостаточно. См. раздел 53.

ИМП 61-90 суток

У ребёнка 61-90 суток с лихорадкой S30 требует как минимум ОАМ и посев мочи; расширенная оценка как у 29-60 суток возможна по клиническому решению [S30]. Если есть изолированная ИМП, ребёнок клинически благополучен и контроль через 24-48 часов организован, S30 допускает отсутствие госпитализации; однако S06 российским критерием госпитализации указывает детей до 6 месяцев с фебрильной лихорадкой [S06; S30].

В итоговом российском тексте приоритет для ИМП-ветви имеет S06; S30 помогает не забыть, что у младенца с лихорадкой 61-90 суток моча входит в обязательную оценку, а решение о расширении обследования зависит от состояния и возможности последующего контроля.

Лечение

S06 рекомендует безотлагательное назначение системных антибактериальных препаратов пациентам с ИМП, не дожидаясь результатов посева [S06]. При этом посев мочи по возможности нужно взять до начала антибактериальной терапии [S06].

В этой главе не приводятся дозировки препаратов. Для участкового врача принципиальны решения:

- подозревать ИМП по возрасту, клинике и лихорадке;
- получить корректный образец мочи;
- взять посев до антибиотика, если это возможно без задержки помощи;
- не задерживать терапию, если ИМП диагностирована или терапия показана по состоянию;
- решить вопрос о госпитализации, особенно при фебрильной лихорадке у ребёнка до 6 месяцев [S06].

У госпитализированных пациентов, особенно грудного возраста, которым трудно принимать и усваивать препарат внутрь, S06 рекомендует обычно начинать АБТ с парентерального пути в первые 24-72 часа с последующим переходом на пероральный при возможности [S06].

Контроль после лечения

S06 рекомендует динамическое наблюдение после перенесённой ИМП; объём помощи зависит от состояния пациента [S06].

После острого пиелонефрита наблюдение должно проводиться не менее 3 лет; после острого цистита - не менее 1 года [S06].

Контроль ОАМ после острого пиелонефрита: 1 раз в месяц в течение 3 месяцев, затем 1 раз в 3 месяца в течение года, далее при эпизодах лихорадки и/или дизурии и других симптомах поражения мочевых путей [S06]. После цистита динамический ОАМ в большинстве случаев не требуется, проводится только при симптомах и у детей с дисфункцией мочеиспускания [S06].

Контрольный посев мочи проводится при появлении лейкоцитурии и/или при немотивированных подъёмах температуры без катаральных явлений [S06]. Поэтому формулировка "контрольный посев всем после лечения" неверна.

Рецидивирующая ИМП

S06 указывает, что в 30% случаев в течение 6-12 месяцев после первого эпизода ИМП у младенцев и детей раннего возраста наблюдается рецидивирующее течение [S06]. Короткого формального определения "рецидивирующая ИМП = ..." в проверенных фрагментах S06 не найдено, поэтому собственное определение в этой главе не создаётся.

При рецидивирующем течении важны поиск аномалий мочевой системы, контроль протеинурии в рамках ОАМ, оценка почечных функций, УЗИ в динамике и при каждом рецидиве, а также повторные инструментальные обследования по показаниям [S06]. Длительная антимикробная профилактика в большинстве случаев не рекомендуется; S06 допускает её рассмотрение у детей до 1 года при часто рецидивирующих ИМП и аномалиях строения мочевой системы [S06].

Красные флаги

Признак	Почему опасен	Действие	Источник
Новорождённый с лихорадкой, гипотермией, вялостью, плохим сосанием, апноэ, нарушением перфузии или судорогами	ИМП может быть очагом неонатального сепсиса	Не вести как изолированный цистит; срочная стационарная оценка	[S04; S06]
Ребёнок до 6 месяцев с фебрильной лихорадкой и ИМП	Прямое показание к госпитализации по S06	Госпитализация	[S06]
Острый пиелонефрит с интоксикацией и рвотой	Риск тяжёлого течения, обезвоживания, бактериемии	Госпитализация	[S06]
Невозможность оральной регидратации при обезвоживании	Нельзя безопасно лечить амбулаторно	Госпитализация	[S06]
Бактериемия или сепсис	Системная инфекция	Госпитализация; для новорождённого - экстренная	[S04; S06]
Острая задержка мочи	Отдельное показание к госпитализации	Срочная стационарная/урологическая оценка	[S06]
Уменьшение количества мокрых подгузников	Может быть симптомом ИМП или обезвоживания	Оценить состояние, ОАМ/посев, регидратацию и госпитализацию по показаниям	[S06]

Подозрение на ИМП у ребёнка 0-3 месяцев

```
Лихорадка без очага, неспецифическое ухудшение состояния или мочевые признаки
↓
Определить возраст: 0-28 / 29-60 / 61-90 суток
↓
Есть документированная лихорадка у ребёнка 29-90 суток?
├── ДА
│   → идти по разделу 53: оценка младенца с лихорадкой, а не по изолированной ИМП-ветке
│   → взять ОАМ и посев мочи по S30 всем младенцам с лихорадкой, включая случаи без лейкоцитурии
│   → 29-60 суток: ОАК, воспалительные маркеры, посев крови, ОАМ и посев мочи [S30]
│   → 61-90 суток: минимум ОАМ и посев мочи; расширение обследования по состоянию и маршруту [S30]
│   → если ОАМ/посев подтверждают ИМП, лечение и урологическая тактика дальше сверяются с S06
└── НЕТ
    ↓
Ребёнок выглядит больным, есть признаки сепсиса, нарушение дыхания/перфузии, судороги, вялость?
├── ДА
│   → 0-28 суток: вести как возможный неонатальный сепсис/очаг ИМП; экстренная госпитализация [S04]
│   → 29-90 суток без документированной лихорадки: срочная оценка по состоянию; при появлении/анамнезе лихорадке >=38 °C перейти в алгоритм младенца с лихорадкой [S30]
└── НЕТ
    ↓
    Ветка диагностики ИМП по S06 вне обязательного алгоритм младенца с лихорадкой
    ↓
    Получить корректный образец мочи
    ↓
    Выполнить ОАМ: лейкоциты, эритроциты, белок, нитриты, удельный вес [S06]
    ↓
    Есть лейкоцитурия?
    ├── ДА
    │   → взять посев мочи до АБТ, если это возможно без задержки помощи [S06]
    │   → сопоставить способ забора и порог КОЕ [S06]
    └── НЕТ
        → не подтверждать ИМП только по запаху, нитритам или сомнительной бактериурии [S06]
        → при сохраняющихся жалобах/клинических проявлениях переоценить состояние, повторить ОАМ или искать другую причину; если появляется лихорадка 29-90 суток, перейти к S30
    ↓
    Вероятная/подтверждённая ИМП?
    ├── ДА
    │   → не задерживать системную АБТ ожиданием посева, если лечение показано [S06]
    │   → оценить показания к госпитализации: до 6 мес с фебрильной лихорадкой, пиелонефрит с интоксикацией/рвотой, обезвоживание, бактериемия/сепсис, задержка мочи [S06]
    │   → УЗИ почек/мочевого пузыря/мочевых путей во время эпизода и через 1-2 недели после первого эпизода [S06]
    └── НЕТ
        → искать другой источник симптомов; при младенце с лихорадкой продолжить возрастной алгоритм лихорадки
```

Что объяснить родителям

У младенца ИМП может проявляться не как "больно писать", а только температурой, плохим сосанием, раздражительностью, рвотой или изменением мокрых подгузников [S06]. Неприятный запах мочи может насторожить, но не подтверждает диагноз без анализа и посева.

Мочу важно собрать правильно. Мочеприёмник может использоваться для сбора у маленьких детей после гигиены, но для подтверждающего посева и выбора антибиотика врач может

направить на более надёжный способ получения материала [S06; S30].

Антибиотик не следует начинать самостоятельно. Если врач подозревает ИМП, посев желательно взять до антибиотика, но при показаниях лечение не должно необоснованно задерживаться ожиданием результата [S06].

Чего делать не нужно

- Не диагностировать ИМП только по запаху мочи.
- Не считать отрицательные нитриты исключением ИМП [S06].
- Не считать нитриты без лейкоцитурии подтверждением ИМП [S06].
- Не переносить пороги посева между средней струёй, катетеризацией и надлобковой пункцией [S06].
- Не объявлять мочеприёмник надёжным способом для посева с теми же порогами КОЕ, что для средней струи или катетеризации.
- Не ждать посев, если ребёнку уже показана антибактериальная терапия [S06].
- Не оставлять больного новорождённого в обычной амбулаторной ветке [S04].
- Не считать положительный ОАМ у младенца с лихорадкой 29-60 суток доказательством отсутствия бактериемии или менингита [S30].
- Не назначать самодельный график УЗИ, цистографии или нефросцинтиграфии вне S06.
- Не переносить в участковое пособие дозировки антибиотиков без отдельной задачи.

Связи с другими главами

- Лихорадка 0-28 суток и неонатальный сепсис: раздел 52.
- Лихорадка 29-90 суток: раздел 53.
- Мочеиспускание в первом патронаже: раздел 66.
- Красные флаги: разделы 76-87.

Ограничения источников

- S06 не даёт в проверенных фрагментах короткого формального определения рецидивирующей ИМП; термин и тактика рецидивов описаны, но определение не добавлялось.
- S06 допускает мочеприёмник для сбора мочи у новорождённых и детей младшего возраста, но не задаёт для него диагностический порог посева; это нужно учитывать в локальном маршруте.
- Организация забора катетерной мочи/надлобковой пункции, срочного посева, PCT/CRP и госпитализации зависит от региональных возможностей.
- Детальная нефроурологическая тактика при ПМР, аномалиях и рецидивах выходит за рамки участкового раздела.

Источники

- S06. Клинические рекомендации "Инфекция мочевых путей"; локальный PDF локальная копия источника. S32 хранится как локальный HTML-каркас официальной карточки и не использовался как exact-source для медицинских утверждений.
- S30. Canadian Paediatric Society. Management of клинически благополучный младенцы раннего возраста с лихорадкой aged ≤90 days. Использовано только для места ОАМ и посева мочи в оценке младенца с лихорадкой 29-90 суток.
- S04. Клинические рекомендации "Сепсис новорождённых". Использовано только для контекста 0-28 суток и подозрения на неонатальный сепсис.

VII. Дыхание

Эта глава отвечает на практический вопрос участкового педиатра: где заканчиваются нормальные особенности дыхания младенца и где начинаются дыхательная недостаточность, апноэ, центральный цианоз или бронхиолит.

Основные источники: S01 "Здоровый новорожденный, рожденный в условиях стационара", 2025; S04 "Сепсис новорожденных", 2025; S28 "Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка", 2026; S33 "Острый бронхиолит", ID 360_3, актуальная российская КР, официальное применение с 01.01.2025. S07 в этой главе не используется как актуальный источник.

55. Нормальное дыхание младенца

У новорожденного допустимые ориентиры ЧДД в источниках даны не одинаково, потому что источники решают разные задачи. S01 в разделе осмотра здорового новорожденного указывает частоту дыхания 30-60 дыхательных движений в минуту [S01]. S28 как учебный ориентир пишет, что у новорожденного частота дыхания 40-60 в минуту [S28].

Эти числа нельзя превращать в одну "идеальную" универсальную норму для всех детей 0-3 месяцев. Для возраста 29-90 суток в текущем комплекте источников нет отдельной современной таблицы норм ЧДД здорового младенца. Поэтому для практической оценки дыхания важны не только цифры, но и дыхательная работа:

- ребёнок дышит без втяжений уступчивых мест грудной клетки;
- нет стонущего или кряхтящего дыхания;
- нет эпизодов апноэ;
- нет центрального цианоза;
- ребёнок сохраняет обычное для себя поведение, тонус и способность кормиться;
- дыхание оценивается вместе с возрастом, температурой, цветом кожи, сознанием, кормлением и общим состоянием.

S28 подчёркивает, что при осмотре органов дыхания нужно оценивать характер дыхания, частоту дыхания, шумное дыхание, участие дополнительной мускулатуры и втяжение уступчивых мест грудной клетки; подсчёт ЧД проводят в спокойном состоянии ребёнка, можно во сне [S28]. В проверенных источниках нет указания на универсальную длительность подсчёта ЧДД для этой главы, поэтому самодельное правило "считать строго N секунд" здесь не вводится.

Важно: в этой главе не задаётся универсальная "норма SpO2 здорового младенца 0-3 месяцев". S01 использует SpO2 >=95% и разницу <3% в контексте неонатального скрининга критических и цианотичных ВПС, а не как общую норму для любого амбулаторного ребёнка [S01].

[ОГРАНИЧЕНИЕ ИСТОЧНИКОВ: НОРМАЛЬНАЯ ЧДД И УНИВЕРСАЛЬНАЯ SpO2 У ЗДОРОВОГО МЛАДЕНЦА 29-90 СУТОК]

56. Периодическое дыхание

S28 описывает периодическое дыхание в контексте дыхания новорожденных: короткие дыхательные паузы, которые не сопровождаются изменением цвета кожи или ЧСС, и сразу противопоставляет его апноэ [S28].

Практически это означает: периодическое дыхание нельзя оценивать только секундомером. Важны сопутствующие признаки. Нельзя писать, что "любые паузы меньше 20 секунд безопасны". Пауза становится опасной, если сопровождается изменением цвета, снижением

тонуса, брадикардией, ухудшением состояния или повторяется как клинический эпизод.

Для доношенного ребёнка 29-90 суток отдельный современный источник с границами нормы периодического дыхания в текущем комплекте не найден. Поэтому в разделе для родителей и врачей формулировка должна быть осторожной: короткие паузы без изменения цвета, ЧСС и состояния могут соответствовать периодическому дыханию новорожденного, но апноэ, цианоз, бледность, изменение тонуса или вялость - это красные флаги.

[ОГРАНИЧЕНИЕ ИСТОЧНИКОВ: ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ДЫХАНИЕ У ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА 29-90 СУТОК]

57. Тахипноэ

Норма

Для новорожденного S01 даёт ЧДД 30-60/мин, а S28 - 40-60/мин [S01; S28]. Эти ориентиры относятся к новорожденным и не дают готовой универсальной нормы для всех детей до 90 суток.

Патологический порог

S33 приводит пороги тахипноэ в таблице симптомов дыхательной недостаточности у детей:

Возраст	Порог тахипноэ	Контекст	Источник
0-2 месяца	>60/мин	симптом дыхательной недостаточности	S33, PDF p. 4, Table 1
2-12 месяцев	>50/мин	симптом дыхательной недостаточности	S33, PDF p. 4, Table 1

Это патологические пороги в контексте дыхательной недостаточности, а не "верхняя граница нормы здорового ребёнка" [S33].

Тахипноэ особенно настораживает, если есть втяжения, стонущее дыхание, раздувание крыльев носа, апноэ, нарушение сознания, плохое кормление, признаки обезвоживания, лихорадка или гипотермия. У новорожденного дыхательные нарушения могут быть проявлением сепсиса: S04 перечисляет апноэ, тахипноэ, участие вспомогательной мускулатуры, десатурацию и патологическую окраску кожи как возможные проявления неонатального сепсиса [S04].

58. Апноэ

S28 определяет апноэ как длительную остановку дыхания, которую нужно отличать от периодического дыхания. В учебном определении апноэ обычно указывается как остановка дыхания продолжительностью >=20 секунд или <20 секунд, если она сопровождается изменением мышечного тонуса, бледностью, цианозом или брадикардией <80-100 уд/мин [S28].

Это определение помогает распознать красный флаг, но не является полноценным современным BRUE/ALTE-алгоритмом. В этой главе не решаются все причины внезапного эпизода остановки дыхания.

Апноэ - красный флаг

Апноэ требует срочной оценки, особенно у ребёнка первых 3 месяцев. Возможные опасные контексты:

- инфекция или сепсис у новорожденного 0-28 суток [S04];

- бронхиолит, особенно у новорожденных и недоношенных [S33];
- дыхательная недостаточность [S33];
- неврологические, метаболические, кардиальные и другие причины, которые не закрываются этой главой.

Апноэ при бронхиолите

S33 отдельно указывает, что у новорожденных, особенно недоношенных, апноэ центрального генеза может появиться в самом начале бронхиолита до классических симптомов [S33]. У недоношенных детей первым клиническим проявлением бронхиолита может быть апноэ [S33]. При бронхиолите апноэ является показанием к госпитализации [S33].

[ОГРАНИЧЕНИЕ ИСТОЧНИКОВ: BRUE / ALTE И ПОЛНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АПНОЭ]

59. Втяжения грудной клетки

Втяжения - это признак повышенной дыхательной работы, а не диагноз. У младенца нужно смотреть межреберные втяжения, подреберные втяжения, втяжение уступчивых мест грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры и раздувание крыльев носа.

S33 включает втяжение межреберных промежутков и/или подреберий, раздувание крыльев носа и кряхтящее дыхание в симптомокомплекс бронхиолита [S33]. В таблице симптомов дыхательной недостаточности S33 отдельно указывает втяжения уступчивых мест грудной клетки на вдохе [S33]. S28 описывает, что у маленького ребёнка одышка клинически оценивается по участию вспомогательной мускулатуры и втяжению уступчивых мест грудной клетки [S28].

Практический вывод: если есть втяжения, особенно вместе с тахипноэ, стонущим дыханием, цианозом, плохим кормлением или вялостью, ребёнок не должен оставаться в ветке "просто шумно дышит носом".

60. Стонущее дыхание

Стонущее, кряхтящее дыхание - это неблагоприятный дыхательный признак. Он не равен диагнозу "бронхиолит": такой звук может быть при разных состояниях с дыхательной недостаточностью.

S33 включает кряхтящее/стонущее дыхание в признаки дыхательной недостаточности и клинику бронхиолита [S33]. S04 указывает стонущее дыхание среди признаков тяжёлого состояния у новорожденного с сепсисом/септическим шоком и в родительском приложении описывает его как один из ранних симптомов сепсиса [S04].

У новорожденного стонущее дыхание нельзя объяснять только "нос забит" без оценки цвета, ЧДД, втяжений, температуры, перфузии, кормления и общего состояния.

61. Цианоз

Центральный цианоз

S28 описывает центральный цианоз как синюшность, связанную с накоплением дезоксигемоглобина в артериальной крови; он может отражать дыхательную или сердечную недостаточность [S28]. В этой главе центральный цианоз губ, языка или слизистых, особенно вместе с нарушением состояния, апноэ, втяжениями, тахипноэ или плохим кормлением, рассматривается как экстренный красный флаг.

Периферический цианоз / акроцианоз

S28 указывает, что периферический цианоз, или акроцианоз, обусловлен замедлением периферического кровотока [S28]. Изолированная синюшность кистей или стоп без нарушения дыхания и общего состояния не равна центральному цианозу. Но у ребёнка первых 3 месяцев нельзя успокаиваться только словом "акроцианоз", если есть вялость, апноэ, плохое кормление, стонущее дыхание, втяжения или лихорадка/гипотермия.

SpO2 и скрининг ВПС

S01 использует SpO2 >=95% пре- и постдуктально и разницу <3% как критерии прохождения неонатального скрининга критических и цианотичных ВПС [S01]. Это не универсальная "норма SpO2 здорового младенца" для любой ситуации.

Полный алгоритм жалобы "посинел" пока не пишется: он должен включать BRUE/ALTE, кардиологическую, дыхательную, инфекционную, неврологическую и метаболическую дифференциальную диагностику.

[ОГРАНИЧЕНИЕ ИСТОЧНИКОВ: BRUE / ПОЛНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЦИАНОЗА]

62. Острый бронхиолит

62.1. Что такое бронхиолит

По S33 острый бронхиолит - воспалительное заболевание нижних дыхательных путей с преимущественным поражением мелких бронхов и бронхиол. Он развивается у детей до 2 лет, наиболее часто - до 1 года [S33]. Для этого пособия важна самая уязвимая часть этой группы: дети первых 3 месяцев жизни.

Клинический комплекс бронхиолита включает обструкцию нижних дыхательных путей на фоне ОРИ и сопровождается кашлем и признаками дыхательной недостаточности: затруднённым кряхтящим дыханием, тахипноэ, втяжением межреберных промежутков и/или подреберий, раздуванием крыльев носа и двусторонними хрипами [S33].

62.2. Кто в группе риска тяжёлого течения

S33 перечисляет факторы риска тяжёлого течения бронхиолита [S33]:

Фактор	Практический смысл
Возраст младше 3 месяцев	Для пособия это ключевой фактор: весь возрастной диапазон уязвим.
Недоношенность <35 недель гестации	Особенно важно при раннем возрасте и апноэ.
Бронхолёгочная дисплазия	Риск тяжёлого течения и кислородозависимости.
Другие хронические поражения дыхательной системы	Включая врождённые пороки развития.
Гемодинамически значимые сердечно-сосудистые нарушения	Не смешивать с обычным шумом сердца без оценки.
Иммунодефициты	Более осторожная маршрутизация.
Нейромышечные заболевания	Риск нарушений вентиляции и очищения дыхательных путей.
Курение матери во время беременности, пассивное курение	Фактор риска тяжёлого течения.
РС-инфекция и другие факторы	Уточняются по клинической ситуации.

Фактор риска - это не автоматическое показание к ОРИТ. Он означает, что ребёнка нельзя оценивать так же легко, как старшего ребёнка без преморбидного фона.

62.3. Клиническая картина

По S33 заболевание обычно развивается на 2-5 день острой инфекции верхних дыхательных путей, чаще с субфебрильной температурой, нарастающим кашлем и экспираторной или смешанной одышкой [S33].

Типичные признаки:

- кашель;
- тахипноэ, для бронхиолита описано 50-70/мин [S33];
- мелкопузырчатые хрипы и/или крепитация с обеих сторон;
- сухие свистящие хрипы;
- вздутие грудной клетки;
- втяжение межреберий;
- раздувание крыльев носа;
- ухудшение питья/кормления;
- признаки дегидратации при тяжёлом течении.

У недоношенных и новорожденных апноэ может быть первым проявлением до типичной картины бронхиолита [S33].

62.4. Диагностика

Бронхиолит - клинический диагноз. S33 прямо указывает, что диагноз для определения тактики лечения рекомендуется устанавливать на основании клинических данных; для постановки диагноза, как правило, не требуются лабораторные исследования [S33].

Что не нужно делать всем автоматически:

- ОАК только "чтобы подтвердить бронхиолит": S33 пишет, что общий анализ крови малоинформативен для установления диагноза [S33];
- CRP/PCT всем: для острого вирусного бронхиолита повышение CRP и PCT не характерно [S33];
- вирусный тест всем: S33 допускает селективное использование быстрой детекции респираторных вирусов, но рутинная идентификация вирусов редко необходима [S33];
- рентген всем: рентгенография лёгких при бронхиолите не проводится рутинно [S33].

Дифференциально S33 напоминает о других состояниях с бронхиальной обструкцией и дыхательными симптомами: обструктивный бронхит, пневмония, хронические заболевания бронхов/лёгких, аспирация инородного тела, аспирационная пневмония, врождённые пороки сердца и крупных сосудов с сердечной недостаточностью [S33].

Рентгенография

Рентген не нужен каждому ребёнку с типичной картиной бронхиолита. В критериях качества S33 указывает рентгенографию при температуре выше 38 °C более 3 дней, симптомах токсикоза, укорочении перкуторного звука или асимметрии хрипов [S33]. Практически это означает: рентген рассматривается при сомнении в диагнозе, подозрении на пневмонию или осложнение, а не как способ "подтвердить бронхиолит".

62.5. Оценка тяжести

S33 пишет, что чётких критериев степени тяжести бронхиолита до настоящего времени не разработано; ориентироваться нужно на признаки дыхательной недостаточности [S33].

Ключевые признаки тяжести:

Признак	Что означает	Источник
Тахипноэ >60/мин у детей 0-2 мес	Признак ДН в таблице S33	S33, PDF p. 4
Тахипноэ >50/мин у детей 2-12 мес	Признак ДН в таблице S33	S33, PDF p. 4
Втяжения уступчивых мест грудной клетки	Повышенная дыхательная работа	S33, PDF p. 4
Кряхтящее/стонущее дыхание	Признак ДН	S33, PDF p. 4
Раздувание крыльев носа	Признак ДН/дыхательной работы	S33, PDF p. 2, p. 5
Апноэ	Опасный признак и показание к госпитализации	S33, PDF p. 4, p. 13
Нарушение сознания	Признак ДН	S33, PDF p. 4
Плохое кормление, дегидратация, сонливость	Показания к госпитализации	S33, PDF p. 13

SpO2: не смешивать контексты

Контекст	Порог SpO2	Что означает	Источник
Скрининг критических/цианотичных ВПС у новорожденного	>=95% пре- и постдуктально, разница <3%	Критерий скрининга ВПС, не универсальная норма	S01, PDF p. 14, p. 46
Таблица симптомов ДН при бронхиолите/ДН	<90% на комнатном воздухе	Признак дыхательной недостаточности	S33, PDF p. 4
Оценка степени ДН	I степень 90-95%; II степень <90%; III степень <<90%	Оценка тяжести ДН, а не домашний порог	S33, PDF p. 4
Начало кислородотерапии при бронхиолите	SpO2 <=92-94%	S33 отмечает, что единого точного значения нет	S33, PDF p. 9
Критерий качества помощи	при исходной сатурации <92% оксигенотерапия до >=92%	Показатель качества специализированной помощи	S33, PDF p. 15
Перевод в ОРИТ	невозможность поддержать >92% на фоне кислородотерапии	Критерий перевода в ОРИТ	S33, PDF p. 13
Выписка после бронхиолита	стабильная сатурация >94% на воздухе	Критерий выписки после госпитализации, не норма здорового ребёнка	S33, PDF p. 14

62.6. Кормление и гидратация

При бронхиолите ребёнок может обезвоживаться из-за лихорадки, тахипноэ, отказа пить, дыхательной недостаточности и/или рвоты [S33]. Поэтому участковому врачу важно оценить не только хрипы, но и способность ребёнка безопасно сосать, пить и удерживать жидкость.

S33 рекомендует обеспечить ребёнку адекватную гидратацию; основной путь - пероральный. Если оральная гидратация невозможна, жидкость вводится через назогастральный зонд или внутривенно [S33]. Самодельные объёмы жидкости в этой главе не приводятся.

Затруднение кормления, дегидратация и сонливость входят в показания к госпитализации при бронхиолите [S33].

62.7. Лечение

Современный принцип: лечение бронхиолита в основном поддерживающее. Для участкового врача главное - оценить тяжесть, не пропустить гипоксемию/ДН, обеспечить безопасную маршрутизацию и не назначать рутинно вмешательства без пользы.

Что может быть нужно по S33:

- обеспечить проходимость верхних дыхательных путей; очистка верхних дыхательных путей может облегчить состояние, но глубокое введение аспирационного катетера в носоглотку не следует применять рутинно [S33];
- адекватная гидратация, при невозможности пить - зондовая или внутривенная гидратация в медицинской организации [S33];
- кислород при соответствующей сатурации и клиническом контексте [S33];
- при отсутствии эффекта стандартной оксигенотерапии в стационаре может применяться высокопоточная назальная оксигенация [S33];
- при наличии показаний в стационаре используются методы респираторной поддержки, включая nCPAP/NIPPV, по возможностям и показаниям [S33].

Параметры устройств, FiO2 и режимы респираторной поддержки в участковую главу не переносятся как инструкция для амбулаторной помощи.

62.8. Госпитализация

Показания к госпитализации при бронхиолите по S33 [S33]:

Показание	Источник
Апноэ	S33, PDF p. 13
Признаки дыхательной недостаточности 2-3 степени	S33, PDF p. 13
Возраст до 6 месяцев у недоношенных детей	S33, PDF p. 13
Пониженное питание	S33, PDF p. 13
Дегидратация	S33, PDF p. 13
Затруднение в кормлении	S33, PDF p. 13
Сонливость	S33, PDF p. 13
Потребность в постоянной санации верхних дыхательных путей в клинических условиях	S33, PDF p. 13
Отягощённый преморбидный фон	S33, PDF p. 13
Социальные показания	S33, PDF p. 13

Для ребёнка первых 3 месяцев нужно особенно осторожно относиться к сочетанию бронхиолита с возрастом <3 месяцев, недоношенностью, плохим кормлением, апноэ или нарушением цвета.

62.9. ОРИТ

Показания для перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии по S33 [S33]:

Показание	Источник
Невозможность поддержания сатурации >92% на фоне оксигенотерапии	S33, PDF p. 13
Выраженное утомление дыхательной мускулатуры	S33, PDF p. 13
Рецидивирующие апноэ	S33, PDF p. 13

Показания к CPAP в S33 включают тяжёлый респираторный дистресс, апноэ, поверхностное дыхание, снижение болевой реакции, гипоксемию с сохранением цианоза при дыхании 40% O2, PaO2 <60 мм рт. ст., PaCO2 >55 мм рт. ст. и потребность в FiO2 >0,5 [S33]. Это стационарная специализированная тактика.

62.10. Выписка

Критерии выписки после госпитализации по поводу бронхиолита по S33 [S33]:

Критерий	Что важно помнить
Стабильная сатурация >94% при дыхании комнатным воздухом	Это критерий выписки после бронхиолита, а не универсальная норма здорового младенца.
Отсутствие респираторного дистресса	Нет клинически значимой дыхательной работы.
Адекватное питание: возможность перорального приёма не менее 75% обычной дневной потребности	Это критерий восстановления безопасности питания после эпизода.

62.11. Что не делать рутинно

Вмешательство	Позиция S33	Источник
Антибиотики	Не рекомендованы при остром бронхиолите, кроме сопутствующей бактериальной инфекции или серьёзного подозрения на неё	S33, PDF p. 8-9
Системные противовирусные	Не рекомендованы рутинно из-за отсутствия данных об эффективности	S33, PDF p. 9
Бронходилататоры, включая сальбутамол как возможный препарат пробной терапии	Не рекомендованы рутинно; если проводится пробная ингаляция, продолжение оправдано только при объективном улучшении, при отсутствии эффекта дальнейшие ингаляции не имеют смысла	S33, PDF p. 9-10
Гипертонический 3% NaCl через небулайзер	Не следует использовать рутинно; возможно развитие бронхоспазма; не применяется детям до 3 месяцев	S33, PDF p. 10
Ингаляционные глюкокортикостероиды	Не рекомендованы рутинно из-за отсутствия доказательств клинического эффекта	S33, PDF p. 10
Системные кортикостероиды	Не рекомендованы при бронхиолите вследствие неэффективности	S33, PDF p. 10
Вибрационный/перкуссионный массаж	Не рекомендован рутинно, так как обычно не оказывает выраженного эффекта	S33, PDF p. 10-11
Рентгенография	Не проводится рутинно	S33, PDF p. 6-7
Лабораторные исследования	Обычно не требуются для постановки диагноза; объём в стационаре определяется клинической ситуацией	S33, PDF p. 6
Рутинное вирусологическое тестирование	Селективно; рутинная идентификация вирусов редко необходима	S33, PDF p. 6

Младенец тяжело дышит

Это внутриглавный дыхательный triage, а не отдельный жалобный алгоритм 100.

```
Младенец 0-3 месяцев с изменением дыхания
↓
Определить возраст: 0-28 / 29-90 суток
↓
Оценить:
- сознание и контакт
- цвет губ/языка/кожи
- ЧДД
- апноэ
- втяжения
- стонущее/кряхтящее дыхание
- раздувание крыльев носа
- SpO2, если измеряется в медицинском контексте
- способность кормиться
- признаки обезвоживания
↓
Есть апноэ, центральный цианоз, нарушение сознания, выраженные втяжения,
стонущее дыхание, невозможность кормления или тяжёлая ДН?
├── ДА → экстренная маршрутизация; у 0-28 суток помнить о сепсисе [S04]
└── НЕТ
    ↓
```

```
Есть картина бронхиолита: ОРИ + кашель + тахипноэ/одышка + хрипы/крепитация
или втяжения/раздувание крыльев носа?
├── ДА → оценить тяжесть по разделу 62: возраст, апноэ, SpO2-контекст,
│        кормление, дегидратация, факторы риска, показания к госпитализации [S33]
└── НЕТ → искать другую причину дыхательных симптомов
```

[НЕ ЗАКРЫТО ЭТИМ РАЗДЕЛОМ: ПНЕВМОНИЯ / ВПС / АСПИРАЦИЯ / ИНОРОДНОЕ ТЕЛО / МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ]

Когда срочно обращаться

Родителям нужно объяснять простыми словами: срочно обращаться за медицинской помощью, если у ребёнка первых 3 месяцев:

- был эпизод, когда ребёнок перестал дышать;
- синеют губы или язык;
- грудная клетка заметно втягивается при вдохе;
- ребёнок стонет или кряхтит при дыхании;
- ребёнок вялый, необычно сонливый или трудно разбудить;
- ребёнок не может есть или пить;
- дыхание резко учащено;
- повторяются эпизоды апноэ;
- есть плохое кормление, сонливость или признаки обезвоживания на фоне бронхиолита.

Эти признаки соответствуют опасным проявлениям дыхательной недостаточности, апноэ, цианоза, неонатального сепсиса или тяжёлого бронхиолита в S04, S28 и S33 [S04; S28; S33].

Ограничения источников

- Нормальная ЧДД именно для здорового ребёнка 29-90 суток.
- Универсальная SpO2 здорового младенца вне контекста ВПС-скрининга, ДН и бронхиолита.
- Периодическое дыхание у доношенного ребёнка 29-90 суток.
- Полный BRUE/ALTE-алгоритм.
- Полный алгоритм цианоза у младенца.
- Другие причины тяжёлого дыхания, кроме бронхиолита: пневмония, ВПС, аспирация, инородное тело, метаболические и неврологические причины.

Источники

- S01. Клинические рекомендации "Здоровый новорожденный, рожденный в условиях стационара", 2025.
- S04. Клинические рекомендации "Сепсис новорожденных", 2025.
- S28. "Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка", 2026.
- S33. Клинические рекомендации "Острый бронхиолит", ID 360_3, актуальная редакция; локальный файл онлайн-источник.

VIII. Патронаж, скрининги, профилактика

Эта глава отвечает на практический вопрос: врач пришёл к ребёнку после выписки, что делать последовательно. Основной сценарий - новорождённый после роддома. Для ребёнка старше периода новорождённости отдельные элементы осмотра остаются полезными, но маршрутизация 29-90 дней не должна автоматически переноситься из неонатальных источников.

S01 подтверждает, что при выписке медицинская организация оформляет документацию новорождённого и передаёт информацию в медицинскую организацию по месту фактического проживания для патронажа на дому [S01]. Однако точный нормативный срок первого домашнего патронажа в текущем комплекте источников не найден. S09 регулирует профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, но не используется здесь как источник сроков первого патронажа на дому [S09].

[ТРЕБУЕТ НОРМАТИВНОГО ИСТОЧНИКА: СРОКИ ПЕРВОГО ПАТРОНАЖА НОВОРОЖДЁННОГО]

Внутренние клинические переходы: желтуха - разделы 23-31 и приложение 9; срыгивания и рвота - разделы 32-39 и приложение 8; инфекция - разделы 50-52; пупок - разделы 11.1-11.7; скрининги - разделы 70-75.4; красные флаги - разделы 76-87 и приложение 3; жалобные алгоритмы - разделы 88-105.

63. Первый патронаж

Что подготовить перед патронажем

Перед визитом врач собирает только те данные, которые помогают оценить ребёнка и не задерживают помощь при неблагополучии:

- дата и время рождения;
- гестационный возраст;
- сведения о беременности и родах, включая факторы риска инфекции, если они есть в выписке [S04];
- оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах, если она указана [S01; S04];
- масса, длина тела, окружность головы при рождении [S01];
- максимальная убыль массы и масса при выписке; S01 использует убыль менее 10% как критерий готовности к выписке, но не даёт полного амбулаторного графика восстановления массы [S01];
- данные осмотра перед выпиской и указание, что ребёнок активно сосёт из груди и/или бутылочки и усваивает питание [S01];
- выполнены ли витамин K, вакцинация против гепатита B, вакцинация против туберкулёза, неонатальный скрининг, расширенный неонатальный скрининг, аудиологический скрининг, скрининг критических ВПС [S01; S09];
- есть ли невыполненные назначения, отклонения скринингов, противопоказания, отказы или переносы профилактических вмешательств [S01; S09].

Это подготовка к клиническому осмотру, а не самостоятельный нормативный чек-лист. Если в выписке нет сведений о сроке первого патронажа, частоте посещений или обязательных полях записи, эти данные не дописываются "по памяти".

Первичная оценка состояния

Первые 30-60 секунд до подробного анамнеза нужны для сортировки. Врач смотрит:

- просыпается ли ребёнок, как реагирует на голос, прикосновение и осмотр;

- активен ли ребёнок или вялый, летаргичный, угнетённый;
- как он дышит: есть ли апноэ, стонущее дыхание, выраженная одышка, втяжения, изменение ритма;
- цвет кожи: бледность, мраморность, цианоз, выраженная желтуха;
- характер крика: обычный для ребёнка, слабый, необычный, "мозговой" при желтухе;
- есть ли тяжёлое нарушение состояния.

Если есть красные флаги, плановый осмотр не должен задерживать срочную помощь. Для 0-28 суток S04 поддерживает экстренную маршрутизацию при подозрении на сепсис: вялость, отказ от кормления, апноэ, дыхательные нарушения, цианоз, плохая перфузия, температурная лабильность, температура ядра >38,0 °C или <36,0 °C, судороги, олигурия или локальный очаг инфекции [S04].

Структурированный анамнез

Беременность и роды

- Срок гестации, течение беременности, инфекции у матери, хориоамнионит, температура матери >38 °C за сутки до родов, колонизация стрептококком группы B, безводный период >12 часов, преждевременный разрыв оболочек, асфиксия, аспирация мекония, врождённые аномалии - как факторы настороженности по S04 [S04].
- Способ родоразрешения и осложнения, если они указаны в выписке.
- Апгар на 1-й и 5-й минутах, если есть запись [S01; S04].

Выписка из роддома

- Возраст при выписке и состояние ребёнка.
- Масса при рождении, максимальная убыль, масса при выписке, текущая масса при возможности взвешивания.
- Отметки о витамине K, вакцинации, скринингах и передаче информации для патронажа [S01].
- Невыполненные исследования, ожидаемые результаты, рекомендации роддома.

Состояние после выписки

- Как ребёнок просыпается и реагирует.
- Изменились ли крик, активность, цвет кожи, дыхание.
- Есть ли лихорадка, гипотермия, температурная лабильность или ребёнок выглядит больным [S04].
- Есть ли желтуха, когда появилась, усиливается ли, какого цвета стул и моча [S02].
- Есть ли рвота, срыгивания, кровь или желчь, рвота "фонтаном" [S03; S05; S26].
- Есть ли проблемы с пупком: гной, запах с воспалением, отёк, инфильтрация, кровотечение на фоне воспаления [S27].

Кормление

- Вид вскармливания: грудное, смешанное, искусственное.
- Как часто ребёнок ест, но без навязывания универсального интервала, если он не подтверждён источником.
- Как сосёт: активно или вяло, засыпает ли сразу, не отказывается ли от груди/бутылочки.
- Есть ли докорм и чем он назначен.
- Есть ли срыгивания, активная рвота, связь с кормлением.
- Динамика массы и мочеиспусканий как косвенные признаки достаточности питания, без самодельных числовых норм докорма.

Мочеиспускание и стул

- Было ли первое мочеиспускание; S28 допускает задержку до 12 часов после рождения и транзиторную олигурию первых 3 суток, но это не оправдывает снижение диуреза у больного ребёнка [S28].
- Меняется ли количество мочи после выписки; есть ли признаки обезвоживания, вялости, плохого кормления или рвоты [S03; S26; S28].
- Был ли меконий; S28 описывает меконий в 1-2 сутки, переходный стул с 3-го дня, а с 5-го дня - становление стула по типу вскармливания [S28].
- Есть ли кровь в стуле, выраженное вздутие, поздний меконий, желчная рвота или другие красные флаги органической патологии [S12].

Сон и уход

- Где спит ребёнок, есть ли отдельное спальное место; S01 в информации для родителей указывает использование отдельной кроватки после выписки [S01].
- Как родители укладывают ребёнка и что находится в спальном месте. Современный чек-лист безопасного сна закрывается S45 как международным AAP-источником; это не российский нормативный документ [S45].
- Как ухаживают за пупком, купают ли, чем обрабатывают, не добавляют ли в воду антисептики, дезинфицирующие средства или настои трав [S01].
- Как одевают ребёнка, как оценивают перегрев/охлаждение. Температура комнаты и числовая температура воды в текущих источниках не закрыты.

Жалобы родителей

Завершить открытым вопросом: "Что вас сейчас беспокоит больше всего?" После этого перевести жалобу в профильный алгоритм: желтуха, срыгивания/рвота, пупок, стул, мочеиспускание, температура, дыхание, плач или питание.

Основная таблица патронажа

Этап	Что сделать	Что зафиксировать	Красный флаг	Источник
1. Первичная оценка	Посмотреть ребёнка до подробного опроса	Сознание, активность, дыхание, цвет, крик, тяжесть состояния	Вялость, апноэ, цианоз, судороги, тяжёлое нарушение состояния	S04, приложение 3
2. Документы	Проверить выписку и результаты роддома	Гестация, Апгар, масса, скрининги, витамин K, вакцинация, состояние к выписке	Нет сведений о важном скрининге или есть патологический результат без маршрута	S01, S09
3. Анамнез	Коротко собрать беременность, роды, выписку, состояние дома	Факторы риска, динамика симптомов, жалобы	Факторы риска сепсиса плюс ухудшение состояния	S04
4. Кормление	Оценить вид вскармливания, сосание, срыгивания, массу	ГВ/ИВ/СВ, эффективность сосания, докорм, рвота	Отказ от кормления, вялое сосание, рвота с желчью/кровью, плохая прибавка	S01, S03, S05, S26, S34-S36
5. Антропометрия	Сопоставить массу, длину, окружность головы и динамику	При рождении, при выписке, текущие показатели, гестационный возраст	Потеря массы с неблагополучием, обезвоживание, рвота, инфекция	S01, S28, S34-S36
6. Физикальный осмотр	Последовательно осмотреть системы	Общее состояние, кожа, голова, дыхание, сердце, живот, пупок, неврология	Любой системный красный флаг	S01, S04, S27, S28
7. Моча/стул	Сверить возрастной контекст	Первое мочеиспускание, диурез, меконий, переходный стул, кровь, вздутие	Олигурия при подозрении на сепсис, кровь в стуле, поздний меконий, желчная рвота	S04, S12, S28
8. Условия ухода	Проверить пупок, купание, кожу, сон	Что делают дома; подтверждённые правила пупка, кожи и безопасного сна	Омфалит, небезопасное место сна, риск перегрева или мягких предметов в зоне сна	S01, S27, S45
9. Скрининги	Сверить выполненное и план	НС/РНС, аудио, ВПС, витамин K, прививки, профосмотры	Потерянный скрининг, патологический результат без маршрута	S01, S09
10. Рекомендации	Объяснить только подтверждённые правила	Кормление, пупок, желтуха, срыгивания, безопасный сон, красные флаги	Родитель не понимает, когда обращаться срочно	S01, S02, S03, S04, S27, S34-S36, S45
11. План наблюдения	Сформулировать дальнейшую тактику	Клинически благополучен/проблема/срочно/экстренно	Нужна срочная помощь - плановый контроль не назначать вместо маршрута	S04, S09

64. Чек-лист физикального осмотра

Осмотр проводят после первичной сортировки. Если на любом этапе появляется экстренный красный флаг, врач прекращает плановый чек-лист и переходит к срочной маршрутизации.

Блок	Что смотреть	Что может соответствовать норме	Что настораживает	Куда перейти	Источник
1. Общее состояние	Реакция на осмотр, активность, крик, поза, пробуждение	Удовлетворительное состояние, адекватная реакция гестационному возрасту, громкий эмоциональный крик [S01]	Вялость, трудно разбудить, угнетение, необычный крик	Красные флаги / инфекция	S01, S04
2. Кожа и слизистые	Цвет, желтуха, бледность, мраморность, цианоз, сыпь, тургор, слизистые	У здорового новорождённого нет признаков тяжёлого состояния; пупочная область без особенностей [S01]	Цианоз, мраморность, геморрагическая сыпь, выраженная желтуха, сухость/эксикоз	Главы 06, 09, 13	S01, S02, S04, S28
3. Голова и роднички	Форма головы, окружность головы, швы, передний/задний родничок, напряжение	Окружность головы у здорового доношенного новорождённого 31-36 см как ориентир S01; оценивать по центилям и гестации [S01]	Выбухающий родничок, быстрый рост окружности головы при рвоте/срыгиваниях	Красные флаги рвоты/неврологии	S01, S03, S28
4. Глаза	Видимые пороки, отделяемое, цвет склер, реакция на осмотр	Нет видимых пороков и отклонений при нормальном осмотре [S01]	Гнойное отделяемое, выраженная желтуха склер, нарушение состояния	Инфекция/желтуха	S01, S02, S04
5. Ротовая полость	Слизистые, сосание, видимые аномалии, признаки обезвоживания	Активное сосание к выписке как условие готовности [S01]	Вялое сосание, отказ, сухость слизистых, невозможность кормления	Питание/инфекция/обезвоживание	S01, S04, S28
6. Дыхание	ЧДД в покое, ритм, втяжения, стон, апноэ, хрипы, симметрия грудной клетки	У новорождённого по S01 ЧДД 30-60/мин, ритмичное дыхание, отсутствие хрипов [S01]	Апноэ, стонущее дыхание, респираторный дистресс, десатурация в медицинском контексте	Экстренная оценка	S01, S04, S28, S33
7. Сердечно-сосудистая система	ЧСС, ритм, тоны, шумы, капиллярное наполнение, цвет, периферическая пульсация	У новорождённого в покое ЧСС 110-160/мин, ритм правильный, тоны ясные [S01]	Капиллярное наполнение >3 секунд, гипотензия, выраженная тахи-/брадикардия при подозрении на сепсис	Шок/сепсис	S01, S04
8. Живот	Форма, мягкость, вздутие, печень, селезёнка, перистальтика, анус	Живот обычной формы и мягкий; печень +1 см или не пальпируется, селезёнка не увеличена [S01]	Выраженное вздутие, желчная рвота, ослабление перистальтики, поздний меконий	Рвота/стул/инфекция	S01, S04, S12

Блок	Что смотреть	Что может соответствовать норме	Что настораживает	Куда перейти	Источник
9. Пупочная область	Остаток/ранка, сухость, мумификация, отделяемое, запах, гиперемия, отёк, инфильтрация, грануляции	Сухое чистое ведение; остаток отпадает на первой-второй неделе [S01]	Отёк, инфильтрация, гной, запах с воспалением, кровотечение на фоне инфекции, некроз	Разделы 11.1-11.7 / приложение 3	S01, S27
10. Наружные половые органы	Сформированность, положение яичек у мальчика, большие/малые губы у девочки, анус	У девочек большие губы прикрывают малые, у мальчиков яички опущены [S01]	Неправильное формирование, отсутствие сформированного ануса, свищи	Профильная оценка	S01
11. Опорно-двигательная система	Симметрия движений, конечности, тазобедренные суставы, складки, отведение	Движения симметричные, участвуют все конечности [S01]	Ограничение отведения, симптом щелчка/соскальзывания, асимметрия складок, разная длина ног	Профилактический осмотр/ортопед	S01, S09, S20
12. Неврологический статус	Тонус, симметрия, рефлексы, судороги, необычный крик	Флексорная поза, симметричный тонус, рефлексы новорождённого по S01 [S01]	Судороги, гипотония, гипорефлексия, опистотонус, "мозговой" крик	Инфекция/желтуха/неврология	S01, S02, S04
13. Антропометрия	Масса, длина, окружность головы, динамика от рождения и выписки	Масса 2300-4100 г, длина 45-53 см, окружность головы 31-36 см как ориентиры S01 для здорового доношенного новорождённого [S01]	Потеря массы/плохая прибавка вместе с рвотой, плохим кормлением, желтухой, обезвоживанием или инфекцией	Питание/рвота/инфекция	S01, S03, S04, S26, S28

65. Оценка питания

Цель - понять, получает ли ребёнок питание безопасно и нет ли признаков, которые требуют перехода к профильному алгоритму. S34-S36 закрывают практическую оценку ГВ/докорма через захват, перенос молока, динамику массы, мочу и стул. Эта глава не вводит универсальный разовый объём, норму докорма или обязательную продолжительность кормления: такие решения должны опираться на отдельный профильный раздел вскармливания и клинический контекст [S34; S35; S36].

Что спросить и осмотреть:

- вид вскармливания: грудное, смешанное, искусственное;
- кто и почему назначил докорм;
- как ребёнок берёт грудь или бутылочку, не захлёбывается ли, не засыпает ли сразу;
- есть ли активное сосание; к моменту выписки S01 ожидает, что ребёнок активно сосёт из груди и/или бутылочки и усваивает питание [S01];
- есть ли признаки эффективного переноса молока и достаточности питания: динамика массы, мочеиспускания и стул; S34-S36 используют эти признаки вместе, а не по одному [S34; S35; S36];
- частота кормлений и ночные кормления как факт, без введения неподтверждённой нормы;
- длительность кормлений как характеристика текущей ситуации, без обязательного "должно длиться столько-то";
- срыгивания: пассивные или активная рвота, есть ли кровь, желчь, рвота фонтаном [S03; S05; S26];
- поведение после кормления: успокаивается ли, остаётся ли вялым, есть ли повторная рвота;
- масса при рождении, при выписке и текущая масса;
- мочеиспускание и стул в возрастном контексте.

Когда питание становится красным флагом:

- вялое сосание или отказ от кормления у новорождённого 0-28 суток [S04];
- кормление ухудшается вместе с вялостью, температурной нестабильностью, дыхательными нарушениями, плохой перфузией или олигурией [S04];
- срыгивание перестаёт быть физиологичным из-за крови, желчи, рвоты фонтаном, потери массы, обезвоживания или нарушения состояния [S03; S05; S26];
- функциональный диагноз ЖКТ нельзя ставить, если есть кровь в стуле, лихорадка, отсутствие набора массы или потеря массы [S12].

[ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА: НЕ УНИВЕРСАЛЬНАЯ ДОМАШНЯЯ НОРМА ОБЪЁМОВ, А ПОЛНЫЙ АЛГОРИТМ ЖАЛОБЫ "ПЛОХО ЕСТ" С УЧЁТОМ ИНФЕКЦИИ, РВОТЫ, ЖЕЛТУХИ, ДЫХАНИЯ И ОБЕЗВОЖИВАНИЯ]

66. Оценка мочеиспускания и стула

Мочеиспускание

Разделять три разные ситуации:

1. Первое мочеиспускание. S28 указывает, что после рождения обычно выделяется моча, но возможна задержка мочеиспускания до 12 часов [S28].
2. Транзиторная олигурия. Для первых 3 суток жизни S28 описывает транзиторную олигурию, связанную с малым поступлением жидкости и особенностями гемодинамики [S28].

3. Снижение диуреза у неблагополучного ребёнка. Это уже не физиологическое описание: при подозрении на сепсис S04 использует уменьшение почасового темпа диуреза менее 1 мл/кг/час как признак нарушения перфузии/органной дисфункции [S04].

S28 даёт учебные ориентиры для детей до 6 месяцев: суточное количество мочи 300-500 мл, разовое количество 20-25 мл и 20-25 мочеиспусканий в сутки [S28]. В этой главе эти данные не превращаются в домашнюю норму мокрых подгузников и не становятся самостоятельным порогом госпитализации.

На патронаже зафиксировать:

- было ли первое мочеиспускание и когда;
- сколько суток ребёнку;
- стало ли мочи заметно меньше после выписки;
- есть ли плохое кормление, рвота, вялость, сухость слизистых, потеря массы или признаки плохой перфузии;
- есть ли температурная нестабильность или другие признаки инфекции [S04].

Стул

S28 описывает становление стула:

- 1-2 сутки - меконий: густая вязкая тёмно-оливковая масса без запаха [S28];
- с 3-го дня - переходный стул [S28];
- с 5-го дня в первом полугодии: при грудном вскармливании кал золотисто-жёлтый, гомогенный, кашицеобразный, с кисловатым запахом; при искусственном вскармливании - пастообразный, светло-жёлтый или сероватый [S28].

У детей младше 1 года S28 указывает количество стула 30-100 (150) г/сут; также источник приводит частоту стула для первого полугодия в зависимости от вскармливания. Эти данные используются как учебный ориентир, а не как автоматический диагноз без оценки состояния [S28].

Что уточнить:

- был ли меконий и в какие сутки;
- сменился ли стул на переходный;
- тип вскармливания;
- есть ли кровь, чёрный дегтеобразный стул, выраженное вздутие, желчная рвота, лихорадка, плохая прибавка, потеря массы;
- при натуживании - мягкий ли стул и успокаивается ли ребёнок после дефекации; типичная младенческая дисхезия описана в S12 и не равна запору [S12].

Красные флаги:

- меконий позже 48 часов у доношенного ребёнка [S12];
- кровь в стуле без очевидной безопасной причины, лихорадка, отсутствие набора массы или потеря массы [S12];
- желчная рвота или выраженное вздутие живота [S12];
- диарея вместе с картиной септического шока у новорождённого [S04].

67. Оценка физического развития

Оценка физического развития на первом патронаже - это не расчёт "нормы прибавки" из памяти. Врач сопоставляет документы, ребёнка и динамику.

Проверить:

- массу при рождении [S01];

- максимальную убыль массы; S01 использует менее 10% от массы при рождении как критерий готовности к выписке [S01];
- массу при выписке [S01];
- текущую массу, если есть возможность надёжного взвешивания;
- восстановление массы рождения и ранняя динамика массы оцениваются вместе с кормлением, мочой и стулом; S34-S36 закрывают эту часть оценки, но не заменяют осмотр ребёнка с красными флагами [S34; S35; S36];
- длину тела и окружность головы при рождении [S01];
- гестационный возраст и соответствие антропометрии центильным таблицам международных стандартов роста, как указывает S01 [S01];
- текущие жалобы: плохое сосание, рвота, желтуха, снижение мочи, вялость.

Ориентиры S01 для здорового доношенного новорождённого: масса 2300-4100 г, длина 45-53 см, окружность головы 31-36 см [S01]. Это не абсолютные диагностические границы и не заменяют центильную оценку с учётом гестационного возраста.

Что считать небезопасным:

- потеря массы или отсутствие прибавки вместе с плохим кормлением, рвотой, желтухой, обезвоживанием или признаками инфекции [S02; S03; S04; S12; S26; S28];
- признаки эксикоза: сухость кожи/слизистых, снижение тургора, вялость, тахикардия, потеря массы в контексте рвоты/диареи или неблагополучия [S28];
- плохая динамика массы при рвоте "фонтаном" и снижении мочеиспускания, что поддерживает подозрение на пилоростеноз в типичном возрасте [S26].

[ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА: ПОЛНЫЕ НОРМЫ ПРИБАВКИ 0-3 МЕСЯЦА И АМБУЛАТОРНЫЙ АЛГОРИТМ НАРУШЕНИЯ ПРИБАВКИ МАССЫ ПОСЛЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПРОБЛЕМ ВСКАРМЛИВАНИЯ]

68. Оценка условий ухода и сна

Этот раздел намеренно ограничен. S45 закрывает современный чек-лист безопасного сна как международный AAP-источник, а S01 закрывает отдельную кроватку, купание, кожу и пуповинный остаток. При этом глава не вводит температуру комнаты, числовую температуру воды или полный алгоритм ухода за носом, глазами, ушами и ногтями без отдельных источников [S01; S45].

Что можно безопасно проверить:

- есть ли отдельное спальное место; S01 в информации для родителей указывает отдельную кроватку после выписки [S01];
- сон на спине при каждом сне, твёрдую ровную ненаклонную поверхность, отсутствие мягких предметов, подушек, свободных одеял, бортиков и игрушек в зоне сна; это рекомендации S45 [S45];
- сон в комнате родителей на отдельной поверхности без совместного сна в одной кровати; S01 отдельно предупреждает о риске сна в одной кровати с матерью, S45 расширяет это до сон в одной комнате с родителями на отдельной поверхности без сна на одной поверхности со взрослым [S01; S45];
- риск перегрева, покрытия головы, табачного/никотинового дыма и использование автокресел или других сидячих устройств как места рутинного сна; эти элементы закрывает S45 [S45];
- как купают ребёнка: S01 рекомендует тёплую водопроводную воду и не добавлять антисептики, дезинфицирующие средства и настои трав [S01];
- используют ли моющие средства слишком часто; S01 допускает шампуни, пенки и другие моющие средства не чаще 1-2 раз в неделю [S01];

- как ухаживают за пупком: сухое чистое ведение, не обрабатывать профилактически антисептиками; при загрязнении промыть водой и осушить [S01];
- не пытаются ли ускорить отпадение пуповинного остатка; S27 не рекомендует насильственное удаление и дополнительные вмешательства [S27];
- не травмирует ли подгузник область пупка [S27].

Что нельзя додумывать без источника:

- числовую температуру воды;
- числовую температуру комнаты;
- подробную инструкцию по подгузникам, опрелостям, уходу за носом, глазами, ушами и ногтями;
- домашнюю схему лечения кожных проблем.

Если при осмотре есть пупочная инфекция, уход перестаёт быть бытовым вопросом: признаки омфалита у новорождённого являются показанием к госпитализации в отделение патологии новорождённых [S27].

69. Что обязательно объяснить родителям

Кормление

- Ребёнок к выписке должен активно сосать из груди и/или бутылочки и усваивать питание; если дома сосание стало вялым или ребёнок отказывается от кормления, это повод для медицинской оценки [S01; S04].
- Универсальные объёмы, нормы докорма и обязательная длительность кормления в этой главе не приводятся; оценка достаточности питания опирается на S34-S36 и профильный раздел вскармливания, а при красных флагах - на соответствующий клинический алгоритм [S34; S35; S36].

Срыгивания

- Пассивные срыгивания без влияния на состояние, кормление и рост отличаются от активной рвоты [S03; S12].
- Желчь, кровь, рвота "фонтаном", потеря массы, обезвоживание, вялость или отказ от кормления - не физиологическое срыгивание [S03; S05; S26].

Мочеиспускание

- В первые часы возможна задержка мочеиспускания до 12 часов, а в первые 3 суток - транзиторная олигурия, но это описание здорового раннего переходного периода [S28].
- Если мочи стало меньше вместе с плохим кормлением, вялостью, рвотой, сухостью слизистых или признаками инфекции, нужна оценка врача [S04; S28].

Стул

- Меконий ожидается в 1-2 сутки, переходный стул - с 3-го дня, затем стул меняется в зависимости от вскармливания [S28].
- Натуживание и плач перед мягким стулом могут соответствовать младенческой дисхезии, но кровь в стуле, лихорадка, потеря массы, желчная рвота или выраженное вздутие требуют оценки [S12].

Уход за пупком

- Здоровый пуповинный остаток ведут сухо и чисто, без профилактической обработки антисептиками и дезинфицирующими средствами [S01; S27].

- Остаток обычно отпадает на первой-второй неделе жизни; окончательная эпителизация может занимать 3-4 недели [S01; S27].
- При загрязнении область промывают водой и осушают; после купания пупочную область аккуратно осушают [S01; S27].
- Отёк, инфильтрация, гной, запах вместе с воспалением, кровотечение на фоне воспаления, распространение покраснения или ухудшение состояния требуют срочной оценки [S27].

Желтуха

- Желтуха в первые 24 часа жизни не считается физиологической без обследования [S02].
- Опасность желтухи нельзя оценивать только "на глаз": учитывают возраст в часах, гестационный возраст, состояние, кормление, билирубин и факторы риска [S02].
- Ахоличный стул или тёмная моча требуют оценки фракций билирубина и отдельного источника по холестазу; детальная маршрутизация пока не закрыта [S02].

Сон и уход

- В текущих источниках подтверждено использование отдельной кроватки после выписки и отдельные фрагменты ухода S01 [S01].
- S45 как международный источник AAP подтверждает сон на спине, твёрдую ровную ненаклонную поверхность, отсутствие мягких предметов и свободного постельного белья, сон в комнате родителей без сна на одной поверхности со взрослым, избегание перегрева, покрытия головы и дыма/никотина [S45].
- Температура комнаты и воды в градусах, а также подробная домашняя гигиена требуют отдельного источника; в этой главе они не формулируются как числовые правила.

Профилактические осмотры, скрининги, вакцинация

- Скрининги нужны ребёнку без жалоб; отсутствие симптомов не заменяет неонатальный, расширенный неонатальный, аудиологический и ВПС-скрининг [S01; S09].
- В 1 месяц по S09 предусмотрены педиатр, детский хирург, офтальмолог и набор инструментальных исследований, включая УЗИ тазобедренных суставов [S09].
- В 2 месяца S09 предусматривает осмотр педиатра [S09].
- В 3 месяца S09 предусматривает педиатра, невролога, травматолога-ортопеда, общий клинический анализ крови и общий анализ мочи [S09].
- Полный актуальный календарь прививок 0-3 месяцев в этой главе не пересказывается без отдельного источника.

Когда обращаться за неотложной помощью

Для ребёнка 0-28 суток срочно или экстренно обращаться при:

- вялости, летаргии, угнетении сознания, трудности разбудить ребёнка [S04];
- отказе от кормления или вялом сосании [S04];
- апноэ, стонущем дыхании, выраженных дыхательных нарушениях, цианозе [S04];
- температуре ядра >38,0 °C, <36,0 °C или температурной лабильности [S04];
- судорогах, выраженной гипотонии, необычном крике [S04];
- плохой перфузии, капиллярном наполнении >3 секунд, признаках шока, резком снижении диуреза при подозрении на сепсис [S04];
- желтухе с неврологическими признаками или желтухе в первые 24 часа жизни [S02];
- желчной рвоте, крови в рвоте, рвоте "фонтаном", выраженном вздутии живота, обезвоживании [S03; S05; S12; S26];

- признаках омфалита: отёк, инфильтрация, гной, запах с воспалением, распространение воспаления, некроз, ухудшение состояния [S27].

Итоговая тактика после патронажа

А. Ребёнок клинически благополучен

Условия: активен, кормится, нет красных флагов, дыхание и кровообращение без тревожных признаков, пупок без воспаления, желтуха не имеет признаков опасности, документы проверены.

Действие: завершить осмотр, объяснить подтверждённые правила ухода, проверить скрининги и профилактические осмотры, зафиксировать план дальнейшего наблюдения по действующему порядку. Не устанавливать срок повторного осмотра без нормативного источника.

Источник: S01, S09.

Б. Есть проблема без немедленных красных флагов

Примеры: неясность с документами, нет результата скрининга, вопрос по кормлению без нарушения состояния, изолированная грануляционная ткань пупка без инфекции, сомнительная динамика массы без тяжёлого состояния.

Действие: очная оценка и профильный маршрут по проблеме, без самодельных схем лечения. Если источника для домашней тактики нет, указать это в записи и организовать профильную оценку.

Источник: S01, S09, S27; в зависимости от жалобы - S02/S03/S12/S26/S28.

В. Есть признаки, требующие срочной оценки

Примеры: желтуха до 24 часов, высокий ТсВ по порогам лабораторного подтверждения, желчная рвота, кровь в рвоте, рвота "фонтаном", кровь в стуле, выраженное вздутие, подозрение на омфалит без шока.

Действие: не вести как плановое наблюдение; перейти к профильному алгоритму и срочной маршрутизации.

Источник: S02, S03, S05, S12, S26, S27.

Г. Есть признаки жизнеугрожающего состояния

Примеры: подозрение на сепсис у новорождённого, шок, судороги, апноэ, тяжёлые дыхательные нарушения, центральный цианоз, желтуха с неврологическими признаками, тяжёлый омфалит с флегмоной/некрозом/генерализацией.

Действие: экстренная маршрутизация. Полный плановый осмотр, домашние советы и амбулаторные анализы не должны задерживать помощь.

Источник: S02, S04, S27.

Минимальная запись патронажа

Это шаблон документации, а не самостоятельный нормативный акт. Не объявлять поля обязательными по приказу, если приказ этого не устанавливает.

- дата и место осмотра;
- возраст ребёнка в часах/сутках или месяцах;
- гестационный возраст;

- данные выписки: роды, Апгар, масса/длина/окружность головы, масса при выписке, осложнения;
- жалобы родителей;
- вид вскармливания, сосание, докорм, срыгивания/рвота;
- антропометрия на момент визита, если выполнена;
- общее состояние, реакция, крик, активность;
- дыхание, кровообращение, кожа, желтуха;
- осмотр головы, родничков, рта, живота, наружных половых органов, опорно-двигательной системы, неврологического статуса;
- пупочная область;
- мочеиспускание и стул;
- скрининги, витамин K, вакцинация, профилактические осмотры;
- выявленные красные флаги или их отсутствие;
- рекомендации, строго с опорой на источники;
- итоговая тактика и план наблюдения/маршрутизации.

Первый патронаж: от входа до решения

```
НАЧАЛО
↓
Оценить ребёнка визуально: сознание, активность, дыхание, цвет, крик
↓
Есть экстренные красные флаги?
├── ДА → экстренная маршрутизация; плановый осмотр не задерживает помощь.
└── НЕТ
↓
Проверить выписку: гестация, роды, Апгар, масса, скрининги, витамин K, вакцинация
↓
Собрать анамнез: беременность/роды, выписка, состояние дома, кормление, моча/стул,
    сон/уход, жалобы
↓
Оценить кормление: вид вскармливания, сосание, докорм, срыгивания/рвота, масса
↓
Оценить массу и антропометрию в динамике
↓
Провести физикальный осмотр по системам
↓
Оценить мочеиспускание и стул с учётом возраста
↓
Осмотреть условия ухода: пупок, купание, кожа, сон; использовать S45 для safe sleep и
    не придумывать числовые нормы без источника
↓
Проверить скрининги и профилактику
↓
Выявлены отклонения?
├── ДА → профильная оценка или срочная маршрутизация по самому опасному признаку
└── НЕТ → дальнейшее наблюдение по действующему порядку.
```

После каждой значимой находки заново проверить красные флаги. Если появилась необходимость экстренной помощи, плановый алгоритм прекращается.

Что требует дополнительного источника

- Нормативные сроки первого патронажа новорождённого и частота домашних посещений.
- Полный жалобный алгоритм "плохо ест" с учётом инфекции, желтухи, дыхательных проблем, рвоты, обезвоживания и нарушений вскармливания.

- Полные нормы прибавки 0-3 месяцев и алгоритм нарушения прибавки массы после раннего периода восстановления birth weight.
- Домашняя гигиена: температура воды, температура комнаты, уход за кожей, подгузники, опрелости, нос, глаза, уши, ногти.
- Детальная возрастная тактика для 29-90 дней, особенно лихорадка, дыхательные симптомы и общая срочная маршрутизация.
- Полный актуальный Национальный календарь профилактических прививок 0-3 месяцев.
- Амбулаторная тактика при изолированной пупочной гранулёме и доброкачественном незначительном кровотечении без воспаления.

Источники

- S01. Клинические рекомендации "Здоровый новорождённый, рождённый в условиях стационара", 2025.
- S02. Клинические рекомендации "Неонатальная желтуха", 2025.
- S03. Клинические рекомендации "Срыгивание и руминация новорожденного", 2025.
- S04. Клинические рекомендации "Сепсис новорождённых", 2025.
- S05. Клинические рекомендации "Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей", 2025.
- S09. Приказ Минздрава РФ от 14.04.2025 N 211н "О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних".
- S12. "Функциональные расстройства органов пищеварения у детей", 2021.
- S20. "Дисплазия тазобедренного сустава у детей", 2021.
- S26. Клинические рекомендации "Врожденный гипертрофический пилоростеноз", 2016.
- S27. Клинические рекомендации "Омфалит у новорожденных", 2026.
- S28. Учебник РНИМУ "Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка", 2026.
- S33. Клинические рекомендации "Острый бронхиолит", 2025.
- S34. "Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации", 2019.
- S35. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, 2017.
- S36. ABM Clinical Protocol #2: Guidelines for Birth Hospitalization Discharge of Breastfeeding Dyads, 2022.
- S45. American Academy of Pediatrics. "Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment", 2022.

Этот блок отвечает на практический вопрос участкового педиатра: что уже должно быть выполнено ребёнку в роддоме, что нужно проверить по выписке и что предстоит в 1, 2 и 3 месяца. Основные источники: S01 "Здоровый новорождённый, рождённый в условиях стационара", 2025; S09 Приказ Минздрава РФ от 14.04.2025 N 211н; S20 используется только для тазобедренных суставов и маршрутизации при подозрении на дисплазию.

Важно не смешивать разные задачи: неонатальный скрининг, аудиологический скрининг, скрининг критических ВПС, вакцинация и профилактический осмотр - это разные элементы наблюдения. Отсутствие жалоб не заменяет выполнение скринингов и профилактических осмотров.

70. Неонатальный скрининг

По S01 неонатальный скрининг и расширенный неонатальный скрининг проводятся для раннего выявления врождённых и наследственных заболеваний, своевременного лечения, профилактики инвалидности, тяжёлых клинических последствий и снижения летальности [S01]. Полный перечень заболеваний в проверенном фрагменте S01 не перечислен; он определяется действующей программой скрининга и отдельным нормативным порядком [S01].

Для доношенного новорождённого S01 указывает забор крови из пятки в возрасте 24-48 часов жизни, через 3 часа после кормления. Для недоношенного новорождённого указан срок на 7-е сутки жизни, то есть 144-168 часов. Забор выполняют на 2 фильтровальных бумажных

тест-бланка, исследование образцов проводится в медико-генетической консультации или центре в срок до 10 дней после забора [S01].

Врач-неонатолог фиксирует забор крови на неонатальный скрининг в истории развития новорождённого и выписном эпикризе [S01]. Для участкового педиатра главная задача после выписки - не переписать перечень заболеваний из памяти, а убедиться, что скрининг выполнен, результат отслеживается и нет потерянного результата.

S09 дополнительно задаёт нормативную логику: в периоде новорождённости профилактический осмотр включает врача-педиатра, неонатальный скрининг на врождённые и/или наследственные заболевания, расширенный неонатальный скрининг и аудиологический скрининг. Если нет данных о проведении базового или расширенного неонатального скрининга, он проводится не позднее 28 дней жизни [S09].

71. Аудиологический скрининг

По S01 аудиологический скрининг проводится для раннего выявления врождённой тугоухости и предупреждения тяжёлой инвалидизации. Источник указывает методы: регистрация вызванной отоакустической эмиссии или исследование коротколатентных вызванных потенциалов [S01].

В родильном доме исследование проводится всем новорождённым детям в возрасте 3-4 дней с помощью регистрации вызванной отоакустической эмиссии. Результат вносится в историю развития новорождённого и выписную справку [S01].

Если ребёнок относится к группе риска по тугоухости или отнесён к этой группе по результатам исследования, S01 указывает направление в сурдологический центр в возрасте до 3 месяцев для дополнительного исследования с помощью ВОАЭ и КСВП [S01].

Если в документации при поступлении под наблюдение в поликлинику нет отметки о проведённом исследовании, S01 указывает проведение этого исследования в детской поликлинике [S01]. S09 формулирует шире: аудиологический скрининг в периоде новорождённости представляет собой исследование слуха с помощью вызванной отоакустической эмиссии и проводится в течение первого года жизни в любое время, если нет данных о его проведении [S09].

Для участкового педиатра это значит: отсутствие записи в выписке нельзя считать нормой; нужно организовать выполнение или уточнение результата по действующему порядку.

72. Скрининг критических врождённых пороков сердца

S01 описывает скрининг критических и цианотичных ВПС как комплекс исследований для раннего выявления риска критических и цианотичных врождённых пороков сердца, не выявленных на этапе пренатальной диагностики [S01].

Скрининг проводится в 36-48 часов жизни. Ребёнок должен быть сыт и согрет, находиться в состоянии спокойного бодрствования или сна. Комплекс включает оценку цвета кожи и слизистых, а также пре- и постдуктальное определение на правой руке и любой ноге: периферической пульсации, пульсоксиметрии и, при необходимости при ослабленной периферической пульсации, систолического артериального давления [S01].

Первичный скрининг считается пройденным при удовлетворительной симметричной периферической пульсации, розовом цвете кожи и слизистых, SpO2 пре- и постдуктально 95% и более и разнице сатурации пре- и постдуктально менее 3%. При пройденном скрининге ребёнок может быть выписан с отметкой "скрининг на критические ВПС пройден" [S01].

Если первичный скрининг не пройден, S01 указывает расширенный скрининг: трёхкратное ежечасное пре- и постдуктальное измерение пульсоксиметрии и САД, оценку периферической пульсации, цвета кожи и слизистых, а также темпов диуреза. Расширенный

скрининг считается пройденным при сохранении критериев по пульсации, цвету, диурезу, SpO2 95% и более, разнице SpO2 менее 3% и разнице САД пре- и постдуктально 10 мм рт. ст. и менее [S01].

Если комплекс исследований для диагностики ВПС не пройден, S01 указывает дополнительное исследование - эхокардиографию для исключения критического ВПС [S01].

SpO2 из этого раздела нельзя переносить в пособии как универсальную домашнюю норму младенца. Здесь это показатель скрининга критических ВПС у ребёнка 36-48 часов жизни в заданных условиях [S01].

73. Вакцинация

Раздел вакцинации остаётся частичным: в текущем наборе источников есть данные S01 по роддому и отдельные сведения о вакцинации против вирусного гепатита B, но нет полного актуального текста Национального календаря профилактических прививок для уверенного описания всех прививок 1-3 месяцев.

В роддоме

S01 указывает вакцинацию против туберкулёза при отсутствии противопоказаний и при согласии родителя или законного представителя. Вакцинация новорождённых осуществляется в медицинских организациях, имеющих соответствующую лицензию; при отсутствии противопоказаний вакцинация для профилактики туберкулёза может проводиться с третьих суток жизни, а выписка возможна в тот же день при отсутствии реакции на неё [S01].

S01 также указывает вакцинацию против вирусного гепатита B при отсутствии противопоказаний и при согласии родителей или законного представителя. Первое введение вакцины против вирусного гепатита B проводится всем новорождённым в первые 24 часа жизни [S01].

Для вирусного гепатита B S01 приводит схему 0, 1, 6 месяцев, а для новорождённых от матерей-носителей вируса и больных гепатитом B - схему 0, 1, 2 и 12 месяцев. Для отдельных детей особо высокого риска S01 указывает активно-пассивную иммунизацию: вакцину против гепатита B и иммуноглобулин человека против гепатита B [S01].

При вакцинации против туберкулёза S01 отдельно указывает, что в день вакцинации не проводят другие парентеральные манипуляции, включая неонатальный скрининг [S01].

Что проверить участковому врачу после выписки

Участковый врач проверяет не "делали ли вообще какие-то прививки", а конкретные записи:

- есть ли отметка о вакцинации против вирусного гепатита B в первые 24 часа жизни [S01];
- есть ли отметка о вакцинации против туберкулёза или причина, почему она не выполнена [S01];
- есть ли противопоказание, отказ или отложенная вакцинация;
- относится ли ребёнок к группе риска по гепатиту B по данным матери и выписки [S01];
- есть ли план продолжения вакцинации, который должен сверяться с действующим Национальным календарём.

[ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА: АКТУАЛЬНЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК]

74. Витамин K

По S01 витамин K вводится для предупреждения геморрагической болезни новорождённого. В информации для пациента S01 поясняет, что профилактика нужна, потому что геморрагическая болезнь опасна кровотечениями и кровоизлияниями [S01].

S01 рекомендует введение витамина K в первые часы после рождения. Введение проводится после письменного согласия матери и/или законного представителя [S01].

Основной препарат в S01 - фитоменадион. Дозы указаны в источнике:

Ситуация	Доза и путь	Источник
Новорождённый не менее 36 недель	1 мг внутримышечно	S01
Недоношенный менее 36 недель, масса не менее 2500 г	1 мг внутримышечно или внутривенно	S01
Недоношенный менее 36 недель, масса менее 2500 г	0,4 мг/кг внутримышечно или внутривенно	S01

S01 указывает противопоказание для фитоменадиона: повышенная чувствительность к препарату и другим компонентам; с осторожностью - при подозрении на дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы [S01].

Если фитоменадион отсутствует, S01 допускает менадиона натрия бисульфит 1% раствор, с более поздним началом действия через 8-24 часа. Дозы для этой альтернативы в S01 приведены, но для участкового педиатра после выписки практический контроль обычно сводится к проверке факта выполненной профилактики и записи в выписке, а не к назначению схемы заново [S01].

75. Профилактические осмотры

S09 - основной нормативный источник по профилактическим осмотрам. Он определяет цель профилактических осмотров: раннее выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, определение групп здоровья и выработка рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или законных представителей [S09].

По S09 профилактические осмотры проводятся в соответствии с перечнем исследований. В рамках осмотров врач-педиатр может быть врачом-педиатром участковым или врачом общей практики. Если при осмотре есть подозрение на заболевание, диагноз которого нельзя установить в рамках перечня, врач направляет ребёнка на дополнительную консультацию и/или исследование [S09].

75.1. Новорождённый

В периоде новорождённости S09 предусматривает врача-педиатра, неонатальный скрининг на врождённые и/или наследственные заболевания, расширенный неонатальный скрининг и аудиологический скрининг [S09].

На практике участковый педиатр после выписки проверяет, что эти элементы либо уже выполнены в роддоме и отражены в документах, либо организованы по действующему порядку. Для неонатального скрининга при отсутствии данных S09 задаёт предельный срок - не позднее 28 дней жизни [S09].

75.2. 1 месяц

В 1 месяц S09 предусматривает осмотр врача-педиатра, врача-детского хирурга и врача-офтальмолога [S09].

Исследования в 1 месяц по S09:

- УЗИ органов брюшной полости, комплексное [S09];
- УЗИ почек [S09];
- УЗИ тазобедренных суставов с двух сторон [S09];
- эхокардиография [S09];
- нейросонография [S09];
- офтальмоскопия в условиях мидриаза [S09].

Педиатр контролирует, что осмотры и исследования назначены, выполнены или запланированы в рамках профилактического осмотра, а результаты внесены в медицинскую документацию.

75.3. 2 месяца

В 2 месяца S09 предусматривает профилактический осмотр врача-педиатра без дополнительных обязательных лабораторных или инструментальных исследований в этой возрастной строке [S09].

Педиатр оценивает состояние ребёнка, развитие, питание, прибавку массы, результаты ранее выполненных скринингов и обследований, а также решает, нет ли показаний для дополнительной консультации или исследования по общему правилу S09 [S09].

75.4. 3 месяца

В 3 месяца S09 предусматривает осмотр врача-педиатра, врача-невролога и врача-травматолога-ортопеда [S09].

Исследования в 3 месяца по S09:

- общий клинический анализ крови [S09];
- общий клинический анализ мочи [S09].

Педиатр контролирует выполнение лабораторных исследований, наличие заключений невролога и травматолога-ортопеда, а также формирование дальнейших рекомендаций по результатам профилактического осмотра [S09].

Тазобедренные суставы

Для обязательного графика используется S09: УЗИ тазобедренных суставов с двух сторон входит в профилактический осмотр в 1 месяц, а врач-травматолог-ортопед - в профилактический осмотр в 3 месяца [S09].

S20 как профильное пособие подчёркивает значимость раннего выявления дисплазии ТБС, описывает УЗИ по методу Графа и клинические признаки: ограничение отведения в тазобедренных суставах, симптом соскальзывания/щелчка, асимметрию бедренных и ягодичных складок, заметную разницу длины ног, наружную ротацию конечности [S20].

□□ Различие источников
S09 как приказ 2025 года задаёт обязательный график профилактического осмотра: УЗИ ТБС в 1 месяц, травматолог-ортопед в 3 месяца [S09].
S20 как профильное врачебное пособие 2021 года указывает первый обязательный осмотр ортопедом ближе к концу первого месяца и УЗИ ТБС в 1 месяц и 4-6 месяцев [S20].
Для нормативного графика этой главы используется S09. S20 используется для клинических признаков и необходимости профильной оценки при подозрении на

патологию.

Основная таблица по возрастам

Возраст	Что должно быть сделано	Кто/какое исследование	Что проверить педиатру	Источник
Роддом	Витамин К, вакцинация против гепатита В и туберкулёза при отсутствии противопоказаний, неонатальный скрининг, аудиологический скрининг, скрининг критических ВПС	Врач-неонатолог; кровь из пятки; ВОАЭ/КСВП; пре- и постдуктальная пульсоксиметрия и оценка пульсации	Есть ли отметки в истории/выписке; выполнены ли скрининги и профилактика; есть ли противопоказания, отказы или патологические результаты	S01
После выписки	Проверка выписки и недостающих результатов	Участковый педиатр	Скрининг выполнен? результат получен? если нет данных о неонатальном скрининге - организовать по S09 не позднее 28 дней жизни; если нет аудиологии - организовать уточнение/исследование	S01, S09
1 месяц	Профилактический осмотр и набор исследований	Педиатр, детский хирург, офтальмолог; УЗИ брюшной полости, почек, ТБС; ЭхоКГ; НСГ; офтальмоскопия в мидриазе	Назначение, выполнение, внесение результатов; при подозрении на ДТБС - профильная маршрутизация	S09, S20
2 месяца	Профилактический осмотр	Педиатр	Состояние, развитие, питание, прибавка массы, результаты предыдущих скринингов и обследований; показания к дополнительным консультациям	S09
3 месяца	Профилактический осмотр и лабораторные исследования	Педиатр, невролог, травматолог-ортопед; ОАК, ОАМ	Заключения специалистов, результаты ОАК/ОАМ, дальнейшие рекомендации	S09

Что проверить в выписке из роддома

- Дата рождения, гестационный возраст, масса, длина тела, окружность головы и оценка антропометрии [S01].
- Максимальная убыль массы к выписке; S01 использует менее 10% как критерий готовности к выписке [S01].
- Введение витамина K или причина невыполнения [S01].
- Вакцинация против вирусного гепатита B или причина невыполнения [S01].
- Вакцинация против туберкулёза или причина невыполнения [S01].
- Забор крови на неонатальный и расширенный неонатальный скрининг [S01].
- Результат/факт аудиологического скрининга [S01].
- Результат скрининга критических и цианотичных ВПС: отметка, что скрининг пройден, или описание дальнейшей оценки [S01].
- Данные о состоянии ребёнка к выписке и передаче информации в медицинскую организацию по месту фактического проживания для патронажа [S01].

Если в выписке нет результата

Если нет данных о неонатальном или расширенном неонатальном скрининге, S09 указывает проведение скрининга не позднее 28 дней жизни [S09].

Если нет отметки об аудиологическом скрининге, S01 указывает проведение исследования в детской поликлинике, а S09 допускает выполнение исследования слуха с помощью вызванной отоакустической эмиссии в течение первого года жизни при отсутствии данных о его проведении [S01; S09].

Если нет отметки о скрининге критических ВПС, в доступных источниках нет отдельного амбулаторного алгоритма для уже выписанного ребёнка. Нужно организовать уточнение результата и дальнейшую оценку в соответствии с действующим порядком; домашняя оценка SpO2 не заменяет роддомовый скрининг 36-48 часов жизни [S01].

Если нет данных о вакцинации или витамине K, нужно уточнить причину: выполнено, противопоказание, отказ, перенос или отсутствие записи. Полный дальнейший календарь вакцинации должен сверяться с актуальным Национальным календарём, которого в текущем наборе источников недостаточно [S01].

Что объяснить родителям

- Скрининг нужен ребёнку без жалоб: часть врождённых и наследственных заболеваний, нарушений слуха и критических ВПС может не быть очевидной при обычном домашнем наблюдении.
- Результаты скринингов и профилактических осмотров нужно приносить на приём, потому что врач сверяет не только самочувствие, но и выполненные обязательные этапы.
- Если в выписке нет результата, это не повод ждать симптомов; нужно уточнить или организовать выполнение по действующему порядку.
- Профилактические осмотры в 1, 2 и 3 месяца имеют разные задачи: в 1 месяц большой блок инструментальных исследований, в 2 месяца осмотр педиатра, в 3 месяца осмотры педиатра, невролога, травматолога-ортопеда и анализы крови и мочи [S09].
- Вакцинация после выписки должна сверяться с актуальным календарём и индивидуальными противопоказаниями; старые схемы и советы "по памяти" использовать нельзя.

Чего делать не нужно

- Не считать отсутствие жалоб причиной пропустить скрининг или профилактический осмотр.
- Не дублировать исследования без показаний, если уже есть действительный результат в медицинской документации: S09 допускает учитывать результаты у детей до 2 лет, если давность не превышает 1 месяца [S09].
- Не интерпретировать отрицательный скрининг как гарантию отсутствия любых будущих заболеваний; скрининг решает конкретную задачу раннего выявления заданных состояний.
- Не использовать старый календарь вакцинации или пересказ из памяти вместо актуального Национального календаря.
- Не включать исследование "по показаниям" как обязательное всем детям.

Что требует дополнительного источника

- Полный актуальный Национальный календарь профилактических прививок для периода 0-3 месяцев.
- Маршрутизация при отсутствии результата скрининга критических ВПС после выписки.
- Подробные организационные действия при пропущенном скрининге, если ребёнок уже старше сроков, указанных в S01/S09.
- Подробный второй и последующие этапы аудиологического скрининга за пределами формулировок S01/S09.

Источники

- S01. Клинические рекомендации "Здоровый новорождённый, рождённый в условиях стационара", 2025.
- S09. Приказ Минздрава РФ от 14.04.2025 N 211н "О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних".
- S20. "Дисплазия тазобедренного сустава у детей", 2021.

IX. Красные флаги

Этот блок отвечает на один практический вопрос: какие изменения состояния ребёнка участковый педиатр не имеет права пропустить. Раздел не заменяет диагностику заболеваний и не превращает отдельный симптом в диагноз. Если источник даёт только неонатальный контекст, это прямо ограничено возрастом 0-28 суток; правила для 29-90 суток не переносятся автоматически.

Категории срочности

Категория	Как понимать
ЭКСТРЕННО	Нужна немедленная помощь и маршрутизация; обследование не должно задерживать помощь.
СРОЧНО	Нужна внеплановая медицинская оценка без необоснованного ожидания.
ПЛАНОВО	Допустимо амбулаторное наблюдение только при выполнении подтверждённых условий безопасности.
НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ	По имеющимся источникам нельзя определить безопасную тактику или возрастную маршрутизацию.

Возрастные рамки

Возраст	Что можно применять из источников	Ограничение
0-7 суток	S04 закрывает подозрение на неонатальный сепсис в первые 28 суток; внутри него отдельно важны первые 72 часа как ранний сепсис [S04]. S01 закрывает критерии здорового новорождённого и роддомовые скрининги [S01].	Это не полный справочник по всем заболеваниям первой недели.
8-28 суток	S04 закрывает поздний неонатальный сепсис до 28 суток и экстренную госпитализацию при подозрении на сепсис [S04].	Нормальная температура не исключает тяжёлую инфекцию [S04].
29-60 суток	S30 закрывает клинически благополучного младенца с лихорадкой при документированной ректальной температуре >=38,0 °C: для 29-60 суток нужны ОАК с формулой, воспалительные маркеры, посев крови, ОАМ и посев мочи [S30].	S30 не является российской КР и не закрывает все нетемпературные красные флаги 29-60 суток.
61-90 суток	S30 закрывает клинически благополучного младенца с лихорадкой при документированной ректальной температуре >=38,0 °C: минимум ОАМ и посев мочи; возможно расширение обследования как у 29-60 суток [S30].	Для ИМП-ветки у ребёнка младше 6 месяцев сохраняется приоритет российской КР S06; общий алгоритм всех нетемпературных красных флагов остаётся частичным.

Основная таблица

Признак	Возраст	Что проверить	Срочность	Источник
Ребёнок вялый, летаргичный, угнетён, трудно разбудить	0-28 суток	Сознание/реакцию, кормление, дыхание, цвет кожи, перфузию, температуру	ЭКСТРЕННО при подозрении на сепсис или тяжёлое состояние	S04
Выраженное беспокойство или необычный крик	0-28 суток	Температуру, кормление, дыхание, кожу, неврологический статус, очаг инфекции	СРОЧНО; ЭКСТРЕННО при сочетании с другими системными признаками	S04
Отказ от кормления, вялое сосание	0-28 суток	Температуру, дыхание, перфузию, диурез, массу, признаки инфекции	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО по состоянию	S04
Температура ядра тела >38,0 °C	0-28 суток	Полный осмотр на сепсис; не задерживать маршрут обследованием дома	ЭКСТРЕННО при подозрении на сепсис	S04
Температура ядра тела <36,0 °C	0-28 суток	Согревание по медицинскому маршруту, признаки сепсиса и гипоперфузии	ЭКСТРЕННО при подозрении на сепсис	S04
Температурная лабильность	0-28 суток	Повторную оценку, общее состояние, кормление, дыхание, перфузию	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО по состоянию	S04
Нормальная температура, но ребёнок выглядит больным	0-28 суток	Не исключать инфекцию; искать нетемпературные красные флаги	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО по состоянию	S04
Документированная ректальная температура >=38,0 °C	29-60 и 61-90 суток	Алгоритм младенца с лихорадкой; даже хорошо выглядящий ребёнок может быстро ухудшиться. Оценить по S30; у ребёнка с нарушенным общим состоянием - немедленная оценка ABC, культуры и эмпирическая терапия без задержки	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО по состоянию	S30
Гипотермия <36,0 °C	29-90 суток	S30 указывает повышенный риск IBI и ведение аналогично лихорадке; не вести как бытовое переохлаждение без оценки состояния	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО по состоянию	S30
Апноэ	0-28 суток; 0-3 месяца как красный флаг при рвоте/ГЭРБ	Цвет кожи, ЧСС, дыхание, неврологический статус, инфекцию	ЭКСТРЕННО	S04, S05
Изменение частоты и ритма дыхания	0-28 суток	ЧДД, ритм, апноэ, втяжения, цвет кожи, SpO2 в медицинском контексте	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S04, S28

Признак	Возраст	Что проверить	Срочность	Источник
Тахипноэ как признак дыхательной недостаточности	0-2 месяца; 2-3 месяца	Порог S33: >60/мин для 0-2 месяцев и >50/мин для 2-12 месяцев; это не верхняя граница нормы. Оценить втяжения, стонущее дыхание, раздувание крыльев носа, цвет, сознание, кормление и обезвоживание	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО по состоянию	S33
Респираторный дистресс, участие вспомогательной мускулатуры, втяжения, раздувание крыльев носа	0-3 месяца	Повышенная дыхательная работа/дыхательная недостаточность; нужна срочная оценка и маршрутизация по состоянию	ЭКСТРЕННО при нарушении состояния	S33, S28, S04
Стонущее дыхание	0-3 месяца	Признак дыхательной недостаточности/бронхиолита; у 0-28 суток также возможный признак сепсиса. Оценить дыхание, перфузию и температуру	ЭКСТРЕННО при нарушении состояния	S33, S04
Центральный цианоз	0-3 месяца	Нарушение оксигенации/дыхательная или сердечная недостаточность; оценить дыхание, сердце, перфузию; не вести как акроцианоз	ЭКСТРЕННО	S28, S33, S04
Десатурация в медицинском контексте	0-3 месяца	Значение зависит от контекста: дыхательная недостаточность, бронхиолит, кислородотерапия или скрининг критических ВПС; не превращать SpO2 <95% в универсальный домашний экстренный порог	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО по состоянию	S33, S28, S01
Время капиллярного наполнения >3 секунд	0-28 суток	Перфузию, ЧСС, АД, диурез, температуру, признаки сепсиса/шока	ЭКСТРЕННО	S04
Выраженная тахи- или брадикардия в контексте подозрения на сепсис	0-28 суток	ЧСС, перфузию, дыхание, температуру, диурез	ЭКСТРЕННО	S04
Артериальная гипотензия или признаки шока	0-28 суток	Перфузию, сознание, диурез, дыхание, кожу	ЭКСТРЕННО	S04
Желтуха до 24 часов жизни	Новорождённые	Сывороточный общий, свободный и связанный билирубин; факторы риска	СРОЧНО	S02

Признак	Возраст	Что проверить	Срочность	Источник
Желтуха с неврологическими признаками	Новорождённые; жалобный вход 0-3 месяца	Судороги, тонус, опистотонус, отказ от кормления, общий билирубин	ЭКСТРЕННО	S02
Ахоличный стул или тёмная моча при желтухе	0-3 месяца	Фракции билирубина; отдельная оценка холестаза	НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ для детальной маршрутизации	S02; [ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА]
Желчная рвота	0-3 месяца	Общее состояние, живот, обезвоживание, хирургическую патологию	СРОЧНО	S03, S05
Рвота с кровью	0-3 месяца	Общее состояние, объём кровотечения, массу, обезвоживание	СРОЧНО; ЭКСТРЕННО при тяжёлом состоянии	S03, S05
Рвота фонтаном	Преимущественно 2-8 недель; жалобный вход 0-3 месяца	Пилоростеноз: прогрессирование, рвоту через 1-2 часа после кормления, массу, диурез	СРОЧНО, хирургическая оценка	S26
Повторная рвота с потерей массы, обезвоживанием или нарушением кормления	0-3 месяца	Массу, диурез, электролитные/обменные риски по маршруту	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО по состоянию	S03, S05, S26
Позднее выделение мекония у доношенного новорождённого, более 48 часов	0-28 суток	Живот, рвоту, анус, рост/массу, признаки органической патологии	СРОЧНО	S12
Кровь в стуле	0-3 месяца	Общее состояние, живот, анальные трещины, рост/массу, рвоту	СРОЧНО	S12
Выраженное вздутие живота, особенно с рвотой	0-3 месяца	Желчную рвоту, стул, перистальтику, общее состояние	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО по состоянию	S12, S04
Уменьшение диуреза при подозрении на сепсис	0-28 суток	Почасовой темп диуреза, перфузию, ЧСС, температуру, кормление	ЭКСТРЕННО при сепсисе/шоке	S04

Признак	Возраст	Что проверить	Срочность	Источник
Нетипичное мочеиспускание вне физиологической задержки до 12 часов или транзиторной олигурии первых 3 суток	Новорождённые	Возраст в часах/сутках, кормление, массу, обезвоживание, общее состояние	СРОЧНО при неблагополучии; иначе НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ для точного алгоритма	S28
Сухость кожи/слизистых, снижение тургора, вялость, тахикардия, потеря массы на фоне рвоты/диареи	0-3 месяца	Кормление, диурез, массу, рвоту, стул, перфузию	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО по состоянию	S28, S03, S26
Судороги	0-3 месяца	Температуру, глюкозу/метаболические риски по маршруту, инфекцию, билирубин, неврологический статус	ЭКСТРЕННО	S04, S02, S03
Выбухающий родничок или быстрый рост окружности головы при рвоте/срыгиваниях	0-3 месяца	Неврологический статус, рвоту, температуру, общее состояние	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО по состоянию	S03, S28
Гипотония, гипорефлексия	0-28 суток	Инфекцию, перфузию, дыхание, температуру	ЭКСТРЕННО при подозрении на сепсис	S04
Пупок: гиперемия с отёком/инфильтрацией, гной, запах с воспалением	Новорождённые	Общее состояние, температуру, распространение воспаления	СРОЧНО, госпитализация при признаках омфалита	S27
Пупок: флегмона, некроз, распространение воспаления, сепсис/шок	Новорождённые	Системные признаки, хирургическую форму омфалита	ЭКСТРЕННО	S27
Плохая прибавка или потеря массы вместе с рвотой, плохим кормлением, желтухой, инфекцией или обезвоживанием	0-3 месяца	Кормление, диурез, рвоту, желтуху, температуру, признаки инфекции	СРОЧНО; полный алгоритм всех причин плохой прибавки - НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ	S02, S03, S05, S12, S26, S04, S34, S35, S36

Признаки, требующие немедленной помощи

К немедленной помощи относятся состояния, где источники указывают риск жизнеугрожающего процесса или необходимость экстренной госпитализации. Это не диагноз по одному симптому, а основание не задерживать ребёнка дома.

- Подозрение на сепсис у новорождённого 0-28 суток: тяжёлое нарушение состояния, летаргия/угнетение сознания, отказ от кормления, апноэ, дыхательные нарушения, цианоз, плохая перфузия, температурная лабильность, температура ядра тела >38,0 °C или <36,0 °C, судороги, олигурия, геморрагическая сыпь или локальный очаг инфекции [S04].
- Септический шок или признаки шока у новорождённого: нарушение перфузии, артериальная гипотензия, время капиллярного наполнения >3 секунд, уменьшение диуреза, нарушение сознания [S04].
- Желтуха с неврологическими признаками: судороги, мышечный гипертонус, опистотонус, лихорадка, "мозговой" крик или выраженное нарушение состояния [S02].
- Апноэ, тяжёлые дыхательные нарушения, центральный цианоз или десатурация в медицинском контексте [S04; S05; S28; S33].
- Ребёнок 29-90 суток с документированной лихорадкой и нарушенным общим состоянием по S30: немедленная оценка дыхательных путей, дыхания и кровообращения, посевы крови/мочи и эмпирическая терапия без задержки [S30].
- Рвота с тяжёлым нарушением состояния, судорогами, шоковыми признаками или выраженной неврологической симптоматикой [S03; S05].
- Тяжёлый омфалит: распространение воспаления, флегмона, некроз, грязно-бурый влажный остаток, гнилостный запах, признаки сепсиса или шока [S27].

Ребёнок выглядит больным: первичная оценка

```
НАЧАЛО
↓
Определить возраст: 0-7 суток / 8-28 суток / 29-60 суток / 61-90 суток.
↓
Оценить общее состояние: реакция, пробуждение, активность, крик.
↓
Оценить дыхание: апноэ, частота и ритм, стонущее дыхание, втяжения, цианоз,
    десатурация в медицинском контексте.
↓
Оценить кровообращение: цвет кожи, мраморность, капиллярное наполнение, ЧСС, признаки
    шока, диурез.
↓
Оценить температуру: у 0-28 суток - температура ядра >38,0 °C, <36,0 °C или
    лабильность по S04; у 29-90 суток - документированная ректальная температура
    >=38,0 °C или гипотермия <36,0 °C по S30; помнить, что нормальная температура у
    новорождённого не исключает тяжёлую инфекцию.
↓
Оценить кормление: отказ, вялое сосание, рвота, потеря массы.
↓
Оценить неврологический статус: судороги, тонус, реакция, родничок, необычный крик.
↓
Есть красные флаги?
├── ДА → Действие: срочная или экстренная маршрутизация по самому опасному признаку; у
    0-28 суток при подозрении на сепсис - экстренная госпитализация по S04.
└── НЕТ → Действие: продолжить очную оценку по возрасту и профильным алгоритмам;
    отсутствие перечисленных флагов не доказывает здоровье и не создаёт
    автоматического разрешения наблюдать дома.
```

76. Общие красные флаги

Общие красные флаги - это признаки, которые отражают не один диагноз, а нарушение состояния ребёнка. Для 0-28 суток S04 даёт наиболее надёжную опору: неонатальный сепсис не имеет специфических признаков и может проявляться изменением активности, кормления, дыхания, кожи, температуры, перфузии, диуреза и неврологического статуса [S04]. Для 29-90 суток в текущем комплекте надёжно закрыта прежде всего ветка документированной лихорадки по S30; нетемпературные красные флаги этого возраста остаются частичным синтезом по профильным разделам.

Признак	Возраст	Возможная значимость	Действие врача	Срочность	Источник
Трудно разбудить, летаргия, угнетение сознания	0-28 суток	Возможная тяжёлая инфекция/сепсис или другая органная дисфункция	Оценить дыхание, перфузию, температуру, кормление; не задерживать госпитализацию при подозрении на сепсис	ЭКСТРЕННО	S04
Выраженное беспокойство или необычный крик	0-28 суток	Неспецифический признак неблагополучия	Искать инфекцию, дыхательные и неврологические признаки	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S04
Отказ от кормления, вялое сосание	0-28 суток	Возможное проявление сепсиса или тяжёлого состояния	Оценить вместе с температурой, дыханием, перфузией, диурезом	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S04
Вялость, трудное пробуждение, отказ от кормления, нарушение сознания или выраженное нарушение состояния при лихорадке	29-90 суток	Младенец с лихорадкой и нарушенным общим состоянием не относится к алгоритму низкого риска	Немедленно оценить ABC и маршрутизировать туда, где доступны культуры и эмпирическая терапия без задержки	ЭКСТРЕННО	S30
Те же признаки без лихорадки	29-90 суток	Общий дифференциал шире имеющихся источников	Не переносить S04 автоматически; нужна очная оценка и профильный источник для полной маршрутизации	СРОЧНО/НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ для полного алгоритма	профильные источники; [ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА]

77. Температурные красные флаги

Для 0-28 суток S04 использует температуру ядра тела >38,0 °C или <36,0 °C, а также лабильность температуры тела как признаки, учитываемые при диагностике неонатального сепсиса [S04]. Нормальная температура сама по себе не исключает тяжёлую инфекцию у новорождённого [S04]. Для 29-90 суток S30 относится к клинически благополучным младенцам с документированной ректальной температурой >=38,0 °C; домашнее/аксиллярное измерение не превращается автоматически в тот же строгий критерий включения.

Признак	Возраст	Возможная значимость	Действие врача	Срочность	Источник
Температура ядра тела >38,0 °C	0-28 суток	Возможный сепсис/тяжёлая инфекция	Оценить все системные признаки; при подозрении на сепсис - экстренная госпитализация	ЭКСТРЕННО	S04
Температура ядра тела <36,0 °C	0-28 суток	Возможная тяжёлая инфекция, нарушение адаптации или перфузии	Оценить состояние и не ограничиваться домашним согреванием при красных флагах	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S04
Температурная лабильность	0-28 суток	Неспецифический признак сепсиса	Повторная оценка, поиск дыхательных/перфузионных/неврологических признаков	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S04
Нормальная температура при вялости, плохом кормлении, апноэ, цианозе, судорогах или плохой перфузии	0-28 суток	Тяжёлая инфекция не исключена	Маршрутизировать по клиническому состоянию, а не по отсутствию лихорадки	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S04
Документированная ректальная температура >=38,0 °C	29-60 суток	Алгоритм младенца с лихорадкой; нужны ОАК, воспалительные маркеры, посев крови, ОАМ и посев мочи	Организовать обследование/маршрутизацию по S30; амбулаторный маршрут низкого риска допустим только при выполнении условий наблюдения	СРОЧНО; ЭКСТРЕННО если нарушенном общем состоянии	S30
Документированная ректальная температура >=38,0 °C	61-90 суток	S30 требует как минимум ОАМ и посев мочи; можно расширить обследование как у 29-60 суток	Не отменять оценку мочи; при suspected UTI учитывать российскую S06-ветку	СРОЧНО; ЭКСТРЕННО если нарушенном общем состоянии	S30, S06
Гипотермия <36,0 °C	29-90 суток	S30 указывает повышенный риск IBI и ведение аналогично лихорадке	Оценить состояние; не ограничиваться согреванием дома	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО по состоянию	S30
Температура >=38,0 °C, измеренная не ректально дома	29-90 суток	Не идентична строгому критерию S30, но требует медицинской верификации у младенца этого возраста	Повторно оценить состояние и подтвердить температуру медицинским методом; не успокаивать семью только из-за метода измерения	СРОЧНО	S30; практическое примечание

78. Дыхательные красные флаги

Подтверждённые признаки: апноэ, изменение частоты и ритма дыхания, респираторный дистресс, участие вспомогательной мускулатуры/втяжения, раздувание крыльев носа, стонущее дыхание, центральный цианоз и десатурация в медицинском контексте [S04; S28; S33]. Пороги S33 >60/мин для 0-2 месяцев и >50/мин для 2-12 месяцев являются признаками дыхательной недостаточности, а не верхней границей нормы. SpO2 не используется как универсальная домашняя норма: показатель S01 >=95% относится к скринингу критических ВПС в 36-48 часов жизни, а S33/S28 используют SpO2 в контексте дыхательной недостаточности/бронхиолита [S01; S28; S33].

Признак	Возраст	Возможная значимость	Действие врача	Срочность	Источник
Апноэ	0-3 месяца	Возможная дыхательная недостаточность, бронхиолит, сепсис 0-28 суток или другая серьёзная причина	Оценить дыхание, цвет, ЧСС, неврологический статус; не наблюдать дома	ЭКСТРЕННО	S28, S33, S04
Тахипноэ >60/мин	0-2 месяца	Признак дыхательной недостаточности в S33	Оценить втяжения, стонущее дыхание, раздувание крыльев носа, SpO2 в медицинском контексте, сознание и кормление	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S33
Тахипноэ >50/мин	2-3 месяца	Признак дыхательной недостаточности в S33	Оценить втяжения, стонущее дыхание, раздувание крыльев носа, SpO2 в медицинском контексте, сознание и кормление	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S33
Втяжения, участие вспомогательной мускулатуры, раздувание крыльев носа	0-3 месяца	Повышенная дыхательная работа	Срочная оценка и маршрутизация по состоянию	ЭКСТРЕННО при нарушении состояния	S33, S28
Стонущее дыхание	0-3 месяца	Признак дыхательной недостаточности/бронхиолита; у новорождённого также признак тяжёлого состояния	Срочная оценка дыхания и перфузии	ЭКСТРЕННО при нарушении состояния	S33, S04
Центральный цианоз	0-3 месяца	Нарушение оксигенации; дыхательная или сердечная недостаточность	Оценить дыхание, сердце, перфузию; не приравнивать к изолированному акроцианозу	ЭКСТРЕННО	S28, S33, S04
SpO2 ниже ожидаемой в медицинском контексте	0-3 месяца	Значение зависит от контекста ДН/бронхиолита/кислородотерапии/скрининга критических ВПС	Не использовать одну цифру как универсальный домашний экстренный порог	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО по состоянию	S01, S28, S33

79. Сердечно-сосудистые красные флаги

S04 описывает нарушение перфузии и кровообращения у новорождённого через выраженную тахи- или брадикардию, артериальную гипотензию, время капиллярного наполнения >3 секунд и уменьшение почасового темпа диуреза менее 1 мл/кг/час [S04]. Неоднозначная печатная запись S04 `110 < ЧСС >180` не используется как числовой порог. Эти числа относятся к оценке новорождённого с подозрением на сепсис, а не к универсальной домашней таблице нормы.

Признак	Возраст	Возможная значимость	Действие врача	Срочность	Источник
Время капиллярного наполнения >3 секунд	0-28 суток	Гипоперфузия, возможный шок	Оценить ЧСС, АД, диурез, температуру, сознание; маршрутизировать	ЭКСТРЕННО	S04
Артериальная гипотензия	0-28 суток	Выраженное нарушение кровообращения	Не задерживать госпитализацию	ЭКСТРЕННО	S04
Выраженная тахи- или брадикардия в контексте подозрения на сепсис	0-28 суток	Сердечно-сосудистая дисфункция	Оценить перфузию, дыхание, температуру, диурез	ЭКСТРЕННО	S04
Мраморность, бледность, цианоз	0-28 суток	Нарушение перфузии/оксигенации или тяжёлое состояние	Оценить дыхание и кровообращение вместе	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S04
Непройденный скрининг критических ВПС в роддоме	36-48 часов жизни как роддомовый скрининг	Риск критического ВПС	Уточнить результат и организовать оценку по действующему порядку; не переносить скрининговую SpO2 как домашнюю норму	СРОЧНО, если есть симптомы; иначе НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ для домашнего алгоритма	S01

80. Желтуха

Для желтухи основной источник - S02. Порог фототерапии определяется только по таблицам/номограммам S02 с учётом гестационного и постнатального возраста, а не по одной универсальной цифре [S02].

Признак	Возраст	Возможная значимость	Действие врача	Срочность	Источник
Желтуха до 24 часов жизни	Новорождённые	Патологическая до доказательства обратного	Сывороточный билирубин с фракциями, оценка факторов риска	СРОЧНО	S02
Быстрое нарастание или усиление после 3-4 суток	Новорождённые	Возможный патологический прирост билирубина/гемолиз	Объективно измерить билирубин, оценить гемолиз/анемию/факторы риска	СРОЧНО	S02
Ладони/стопы или выраженное прокрашивание	Новорождённые	Возможная высокая билирубинемия	Лабораторная оценка и сопоставление с S02	СРОЧНО	S02
Вялость, отказ от кормления, судороги, гипертонус, опистотонус, "мозговой" крик	Новорождённые	Риск билирубиновой энцефалопатии	Срочная госпитализация/стационарная оценка	ЭКСТРЕННО	S02
Желтуха более 3 недель	Новорождённые и жалобный вход 0-3 месяца	Патологическая длительность, необходимость фракций билирубина	Оценить общий, свободный и связанный билирубин	СРОЧНО/НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ для холестаза	S02
Ахоличный стул или тёмная моча	0-3 месяца	Возможный холестатический процесс	Проверить фракции билирубина; нужен отдельный источник по холестазу/билиарной атрезии	НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ	S02; [ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА]

81. Рвота

Задача раздела - выделить красные флаги, а не построить полный хирургический дифференциальный ряд. Пилоростеноз закрыт S26; другие хирургические причины рвоты остаются источниковым пробелом, кроме общего правила S03/S05: желчь, кровь, рвота фонтаном и нарушение состояния не являются физиологией [S03; S05; S26].

Признак	Возраст	Возможная значимость	Действие врача	Срочность	Источник
Желчная рвота	0-3 месяца	Возможная хирургическая или другая органическая патология	Срочная маршрутизация для исключения хирургической причины; не вести как физиологию	СРОЧНО	S03, S05; [ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА]
Рвота с кровью	0-3 месяца	Симптом тревоги	Срочная оценка причины	СРОЧНО	S03, S05
Рвота фонтаном	Обычно 2-8 недель, жалобный вход 0-3 месяца	Возможный пилоростеноз	Срочная хирургическая оценка, УЗИ пилорического отдела желудка по маршруту	СРОЧНО	S26
Рвота плюс обезвоживание, плохая прибавка, потеря массы или редкое мочеиспускание	0-3 месяца	Нарушение питания/водного баланса, органическая причина	Оценить состояние, массу, диурез; решить вопрос о стационаре по тяжести	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S03, S05, S26
Рвота плюс судороги, выбухающий родничок или нарушение сознания	0-3 месяца	Неврологическая или тяжёлая органическая причина	Не объяснять рефлюксом, срочно маршрутизировать	ЭКСТРЕННО при тяжёлом состоянии	S03

82. Стул

В текущем комплекте можно выделить красные флаги стула из S12 и S04, но нельзя писать полноценный алгоритм диареи или кишечных инфекций без отдельного источника.

Признак	Возраст	Возможная значимость	Действие врача	Срочность	Источник
Меконий более чем через 48 часов у доношенного новорождённого	Новорождённые	Органическая причина запора/нарушения проходимости должна быть исключена	Оценить живот, анус, рвоту, состояние; не считать функциональным запором	СРОЧНО	S12
Кровь в стуле без очевидной анальной трещины	0-3 месяца	Органическая патология или воспаление	Оценить состояние, живот, рост, рвоту	СРОЧНО	S12
Кровь в стуле при коликоподобном плаче	0-3 месяца	Колики не закрывают симптом; нужна оценка другой причины	Не ставить функциональный диагноз без исключения тревожных признаков	СРОЧНО	S12
Выраженное вздутие живота	0-3 месяца	Красный флаг при запоре/рвоте; возможная органическая патология	Оценить рвоту, стул, общее состояние	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО по состоянию	S12
Диарея на фоне картины септического шока	0-28 суток	Возможное проявление тяжёлой инфекции/шока	Маршрутизировать как подозрение на сепсис/шок	ЭКСТРЕННО	S04
Полный алгоритм жидкого стула/кишечной инфекции	0-3 месяца	Источников недостаточно	Не создавать без профильного источника	НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ	[ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА]

83. Мочеиспускание

S28 описывает физиологическую задержку мочеиспускания до 12 часов после рождения и транзиторную олигурию первых 3 суток; это не готовый порог для диагноза или госпитализации [S28]. S04 использует уменьшение почасового темпа диуреза менее 1 мл/кг/час как признак нарушения перфузии/органной дисфункции при подозрении на сепсис [S04].

Признак	Возраст	Возможная значимость	Действие врача	Срочность	Источник
Уменьшение диуреза при подозрении на сепсис	0-28 суток	Перфузионное нарушение/органная дисфункция	Оценить ЧСС, капиллярное наполнение, АД, температуру, сознание	ЭКСТРЕННО	S04
Нет мочеиспускания вне ожидаемой задержки до 12 часов после рождения	Первые сутки	Может не укладываться в физиологическое описание	Оценить ребёнка целиком, кормление, массу, обезвоживание	СРОЧНО при неблагополучии; точный алгоритм не закрыт	S28
Снижение мочеиспусканий после первых 3 суток на фоне плохого кормления/рвоты/вялости	0-3 месяца	Возможное обезвоживание или тяжёлое состояние	Оценить массу, слизистые, тургор, перфузию, температуру	СРОЧНО	S28, S03, S26, S04
Лихорадка 29-90 суток плюс необходимость исключить ИМП	29-90 суток	S30 требует ОАМ и посев мочи у младенцев с лихорадкой; S06-правило о посеве без лейкоцитурии не отменяет S30 в этом алгоритме	Не смешивать алгоритм младенца с лихорадкой и обычную ИМП-ветку; образец мочи должен соответствовать методу забора	СРОЧНО	S30, S06
Жалоба "мало мочится" без других симптомов	0-3 месяца	Нужен отдельный амбулаторный алгоритм	Не выдавать патологический порог за норму здорового младенца	НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ	[ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА]

84. Обезвоживание

В доступных источниках признаки обезвоживания встречаются как часть других состояний: срыгивания/рвота, пилоростеноз, эксикоз, сепсис/перфузия. Полную собственную шкалу тяжести этот раздел не создаёт.

Признак	Возраст	Возможная значимость	Действие врача	Срочность	Источник
Сухость кожи и слизистых, сниженный тургор, вялость, тахикардия, потеря массы	0-3 месяца	Возможный эксикоз/нарушение водно-электролитного баланса	Оценить кормление, рвоту, стул, диурез, перфузию	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО по состоянию	S28
Обезвоживание при частых/обильных срыгиваниях или рвоте	0-3 месяца	Симптом тревоги, не физиологическое срыгивание	Срочная оценка причины	СРОЧНО	S03, S05
Обезвоживание при подозрении на пилоростеноз	Обычно 2-8 недель	Следствие желудочной обструкции	Срочная хирургическая оценка	СРОЧНО	S26
Уменьшение диуреза и плохая перфузия у новорождённого	0-28 суток	Возможный сепсис/шок	Экстренная маршрутизация	ЭКСТРЕННО	S04
Точная амбулаторная шкала обезвоживания 0-3 месяца	0-3 месяца	Источника недостаточно	Не создавать собственную шкалу	НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ	[ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА]

85. Неврологические красные флаги

Неврологические признаки в этом блоке рассматриваются как красные флаги, а не как возрастные нормы развития. Нормы психомоторного развития 0-3 месяцев требуют отдельного источника и здесь не расписываются.

Признак	Возраст	Возможная значимость	Действие врача	Срочность	Источник
Судороги	0-28 суток	Возможный сепсис/органная дисфункция; при желтухе - риск билирубиновой энцефалопатии	Экстренная маршрутизация	ЭКСТРЕННО	S04, S02
Угнетение сознания, летаргия	0-28 суток	Неспецифический признак сепсиса/тяжёлого состояния	Оценить дыхание, перфузию, температуру, кормление	ЭКСТРЕННО	S04
Выраженная гипотония или гипорефлексия	0-28 суток	Неврологическое проявление тяжёлого состояния	Срочная оценка/госпитализация при подозрении на сепсис	ЭКСТРЕННО	S04
Патологический крик, "мозговой" крик при желтухе	Новорождённые	Возможная билирубиновая энцефалопатия	Срочная стационарная оценка	ЭКСТРЕННО	S02
Выбухающий родничок, быстрый рост окружности головы, судороги на фоне рвоты/срыгиваний	0-3 месяца	Неврологическая причина симптомов должна быть исключена	Не вести как функциональное срыгивание	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S03
Нормы развития по месяцам	0-3 месяца	Отдельная тема	Не включать без профильного источника	НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ	[ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА]

86. Пупок и кожа

Пупок закрывается S01 и S27: здоровый пуповинный остаток ведётся сухо и чисто, а признаки омфалита требуют стационарной маршрутизации [S01; S27]. Кожные инфекции и другие дерматологические состояния в этом комплекте не закрыты полностью.

Признак	Возраст	Возможная значимость	Действие врача	Срочность	Источник
Гиперемия пупочного кольца вместе с отёком или инфильтрацией	Новорождённые	Подозрение на омфалит	Направить в стационарное отделение патологии новорождённых	СРОЧНО	S27
Серозно-гнойное или гнойное отделяемое, неприятный запах вместе с воспалением	Новорождённые	Гнойный омфалит	Госпитализация; обследование по S27	СРОЧНО	S27
Кровотечение на фоне признаков инфекции	Новорождённые	Омфалит с задержкой тромбоза сосудов	Госпитализация при признаках омфалита	СРОЧНО	S27
Распространение воспаления, флегмона, некроз, грязно-бурый влажный остаток, гнилостный запах	Новорождённые	Тяжёлая форма омфалита, риск генерализации	Экстренная госпитализация; детский хирург при флегмонозной/некротической форме	ЭКСТРЕННО	S27
Изолированная гранулёма/фунгус без инфекции	Первые недели жизни	Не равна автоматически омфалиту	Исключить инфекцию и врождённые аномалии; не придумывать амбулаторное лечение	НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ для лечения	S27; [ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА]
Кожные инфекции, опрелости, сыпи вне омфалита	0-3 месяца	Разные причины, не закрыты S27	Не переносить алгоритм омфалита на любую кожу	НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ	[ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА]

87. Нарушение прибавки массы

Плохая прибавка массы в текущем комплекте подтверждена как красный флаг в конкретных контекстах: срыгивания/ГЭРБ, рвота, пилоростеноз, функциональные ЖКТ-расстройства, инфекция, патологическая желтуха, обезвоживание и недостаточное поступление молока [S02; S03; S04; S05; S12; S26; S34; S35; S36]. Первоначальная убыль массы и плохая прибавка после восстановления birth weight не смешиваются: S34-S36 используют проценты потери массы как повод для оценки кормления/гидратации, а не как самостоятельную шкалу обезвоживания. Универсальная таблица норм прибавки массы здесь не создаётся.

Признак	Возраст	Возможная значимость	Действие врача	Срочность	Источник
Плохая прибавка или потеря массы при срыгиваниях/рвоте	0-3 месяца	Симптом тревоги, не физиологическое срыгивание	Оценить рвоту, кормление, обезвоживание; маршрутизировать по тяжести	СРОЧНО	S03, S05
Нет прибавки/потеря массы при рвоте фонтаном	Обычно 2-8 недель	Возможный пилоростеноз	Срочная хирургическая оценка	СРОЧНО	S26
Потеря массы, вялость, снижение диуреза	0-3 месяца	Возможное обезвоживание/тяжёлое состояние	Оценить перфузию, кормление, рвоту, стул, мочеиспускание	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S28, S04, S34, S35, S36
Потеря массы >75-го перцентиля, 8-10% на 5-е сутки или позже, >10% массы рождения либо <1 мочеиспускания и стула на день жизни	Первые дни-недели	Повод для тщательной оценки breastfeeding/intake, а не автоматический диагноз обезвоживания	Оценить кормление, перенос молока, мочу/стул, желтуху и признаки обезвоживания	СРОЧНО при неблагополучии	S34, S35, S36
Отсутствие набора массы или замедление роста при дисхезии/запоре/коликах	0-3 месяца	Функциональный диагноз нельзя ставить автоматически	Исключить органическую патологию	СРОЧНО	S12
Количественные нормы прибавки массы для всего возраста 0-3 месяца	0-3 месяца	Есть ранние feeding/intake ориентиры, но нет полного алгоритма всех причин плохой прибавки	Не создавать собственную универсальную таблицу и не сводить жалобу к лактации	НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ для полного алгоритма	S34, S35, S36; [ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА]

Что требует дополнительного источника

- Нетемпературные общие красные флаги у детей 29-90 суток: нужен цельный современный источник для общей маршрутизации вне алгоритма документированной лихорадки у младенца.
- Дыхательные жалобы и дифференциальная маршрутизация для 29-90 суток шире бронхиолита/ДН: нужен дополнительный источник, но пороги ДН >60 и >50 по S33 уже закрыты как патологические, не как нормы.
- Универсальные нормы SpO2 для домашнего/амбулаторного использования у 0-3 месяцев; S01 даёт скрининг критических ВПС 36-48 часов, а S04 - мониторинг при тяжёлом состоянии.
- Полная шкала обезвоживания для 0-3 месяцев и маршрутизация по степеням.
- Нормы диуреза и алгоритм жалобы "мало мочится" у здорового младенца 0-3 месяцев.
- Психомоторное развитие и возрастные неврологические нормы 0-3 месяцев.
- Кожные инфекции, опрелости и сыпи вне омфалита.
- Количественные нормы прибавки массы и амбулаторная маршрутизация при плохой прибавке.
- Другие хирургические причины рвоты: мальротация, заворот, кишечная непроходимость и другие состояния.
- Холестаз/билиарная атрезия при ахоличном стуле и тёмной моче.

Источники

- S01. Клинические рекомендации "Здоровый новорождённый, рождённый в условиях стационара", 2025.
- S02. Клинические рекомендации "Неонатальная желтуха", 2025.
- S03. Клинические рекомендации "Срыгивание и руминация новорожденного", 2025.
- S04. Клинические рекомендации "Сепсис новорождённых", 2025.
- S05. Клинические рекомендации "Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей", 2025.
- S12. "Функциональные расстройства органов пищеварения у детей", 2021.
- S26. Клинические рекомендации "Врожденный гипертрофический пилоростеноз", 2016.
- S27. Клинические рекомендации "Омфалит у новорожденных", 2026.
- S28. Учебник РНИМУ "Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка", 2026.
- S30. Canadian Paediatric Society. Management of клинически благополучный младенцы раннего возраста с лихорадкой aged <=90 days, updated 2026-05-27.
- S33. Клинические рекомендации "Острый бронхиолит", 2025.
- S34. Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации, 2019.
- S35. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, 2017.
- S36. ABM Clinical Protocol #2: Discharge of Breastfeeding Dyads, 2022.

X. Практические жалобные алгоритмы

Этот блок написан как вход по жалобе родителей. Он не заменяет профильные главы и используется для быстрой маршрутизации по клиническому смыслу.

Жалоба	Главный вопрос	Красные флаги	Источник	Статус
88. «Ребёнок плохо ест»	Это реальная неэффективность кормления или тревога семьи о частоте/длительности кормлений?	Трудно разбудить, выраженная вялость, отказ от нескольких кормлений, слабое сосание, апноэ, центральный цианоз, дыхательная работа, температура/гипотермия, судороги, необычный крик, повторная или желчная рвота, обезвоживание, резкое уменьшение мочи, плохая перфузия, значимая желтуха, неврологические изменения	S04, S30, S33, S02, S03, S05, S26, S28, S34-S36	PARTIAL
89. «Ребёнок вялый»	Это сонливость/обычное поведение или снижение реакции, активности и кормления как признак опасного состояния?	Трудно разбудить, угнетение сознания, плохое сосание, апноэ, цианоз, дыхательная недостаточность, плохая перфузия, температура/гипотермия, судороги, желтуха с неврологическими признаками, повторная рвота, обезвоживание	S04, S30, S33, S02, S03, S28, S01	PARTIAL
90. «Температура»	Какой возраст, какой метод измерения и есть ли признаки тяжёлого состояния?	0-28 суток с температурой ядра >38,0 °C или <36,0 °C в контексте подозрения на сепсис; 29-90 суток с документированной ректальной температурой >=38,0 °C; любой возраст с вялостью, плохой перфузией, цианозом, дыхательной работой, судорогами или плохим кормлением	S04, S30	GOOD
91. «Ребёнок пожелтел»	Это ожидаемая неонатальная гипербилирубинемия или патологическая желтуха/холестатическая ветвь?	Желтуха до 24 часов жизни, быстрое нарастание, усиление после 3-4 суток, ладони/стопы, плохое состояние, неврологические признаки, сохранение более 3 недель, ахоличный стул или тёмная моча	S02	PARTIAL
92. «Ребёнок срыгивает»	Это физиологическое срыгивание без влияния на рост или состояние?	Кровь, желчь, рвота фонтаном, лихорадка, вялость, отказ от кормления, обезвоживание, потеря массы, плохая прибавка, респираторные или неврологические признаки	S03, S05	GOOD
93. «Рвота»	Есть ли опасная причина рвоты, включая пилоростеноз или хирургическую патологию?	Желчная рвота, кровь, рвота фонтаном, вздутие живота, обезвоживание, потеря массы, нарушение кормления, лихорадка, вялость, неврологические признаки	S03, S05, S26	PARTIAL
94. «Ребёнок постоянно плачет»	Это необычный плач как симптом опасного состояния, проблема кормления или функциональная колика у клинически благополучного ребёнка?	Трудно разбудить, вялость/угнетение сознания, необычный высокий или слабый крик, температура/гипотермия, судороги, апноэ, цианоз, дыхательная работа, отказ от питания, повторная/желчная/кровавая рвота, кровь в стуле, вздутие живота, обезвоживание/резкое уменьшение мочи, нарастающая желтуха с изменением состояния, выбухающий родничок, подозрение на травму	S12, S04, S02, S03, S05, S26, S28, S33, S30, S34-S36, S56	PARTIAL
95. «Нет стула»	Это патологическая задержка стула/мекония или редкий мягкий стул без признаков болезни?	Меконий позже 48 часов у доношенного, желчная или повторная рвота, выраженное вздутие живота, плохое питание, вялость, лихорадка/гипотермия, кровь в стуле, плохая прибавка/потеря массы, аномалии ануса, неврологические признаки, выраженное обезвоживание	S12, S52, S28, S03, S05, S26, S04, S34-S36	PARTIAL

Жалоба	Главный вопрос	Красные флаги	Источник	Статус
96. «Ребёнок сильно тужится»	Это младенческая дисхезия, функциональный запор или органическая патология?	Кровь в стуле, лихорадка, отсутствие прибавки/потеря массы, замедление роста, начало запора младше 1 месяца, поздний меконий, желчная рвота, выраженное вздутие, аномалии ануса, неврологические признаки	S12	GOOD
97. «Жидкий стул»	Это действительно диарея или обычный мягкий/жидковатый стул младенца?	Кровь, большое количество слизи или воды в стуле, резкое учащение/водянистость, лихорадка/гипотермия, рвота, желчная рвота, плохое кормление, вялость, обезвоживание, снижение мочи, потеря массы, вздутие живота, неблагополучный вид	S52, S28, S04, S03, S05, S12, S30	PARTIAL
98. «Мало мочится»	Это реальное снижение диуреза относительно обычного, маркер поступления питания/обезвоживания/сепсиса или мочевая проблема?	Вялость, трудное пробуждение, плохое кормление, рвота/диарея, температура/гипотермия, сухие слизистые, сниженный тургор, плохая перфузия, отсутствие мочи, резкое снижение от обычного, потеря массы, желтуха/системные признаки, кровь в моче	S52, S28, S36, S35, S04, S06, S30, S34	PARTIAL
99. «Плохо набирает массу»	Это ошибка измерения, физиологическая ранняя убыль, задержка восстановления массы рождения или истинная плохая прибавка после восстановления?	Плохое кормление, вялость, обезвоживание/мало мочи, повторная/желчная/фонтанирующая рвота, дыхательная работа при кормлении, лихорадка/гипотермия, хронически жидкий стул/кровь в стуле, желтуха с изменением состояния, неврологические признаки	S01, S34, S35, S36, S03, S05, S26, S12, S04, S33, S02	PARTIAL
100. «Тяжело дышит»	Есть ли дыхательная недостаточность/апноэ/цианоз/бронхиолит или иной опасный процесс, а не просто насморк?	Апноэ, центральный цианоз, втяжения, стонущее дыхание, раздувание крыльев носа, тахипноэ в контексте ДН, плохое кормление, сонливость/вялость, обезвоживание, SpO2 в патологическом контексте, нарушение сознания	S33, S28, S04, S30, S01	PARTIAL
101. «Посинел»	Это центральный цианоз или периферическое/акральное изменение цвета, и есть ли апноэ/дыхательная работа/плохое кормление/вялость?	Центральный цианоз, цианоз с апноэ, изменением тонуса/реакции, дыхательной работой, плохим кормлением, вялостью, температурой/гипотермией, неблагополучным видом; непонятная или повторяющаяся синюшность	S28, S33, S04, S01, S30	PARTIAL
102. «Проблема с пупком»	Это нормальное заживление/загрязнение/гранулёма или омфалит?	Отёк, инфильтрация, гной, серозно-гнойное отделяемое, запах с воспалением, кровотечение на фоне инфекции, распространение воспаления, некроз, лихорадка, отказ от питания, угнетение, сепсис/шок	S01, S27	PARTIAL
103. «Сыпь»	Это доброкачественное переходное кожное состояние или признак инфекции/омфалита/системного неблагополучия?	Лихорадка/гипотермия, вялость, плохое кормление, быстрое распространение покраснения, пузыри, пустулы, гной, мокнутие с воспалением, болезненность, отёк/инфильтрация, некроз, кровоизлияния/экхимозы в тяжёлом инфекционном контексте, поражение слизистых, пупочная инфекция	S49, S48, S04, S27, S01, S30	PARTIAL

Жалоба	Главный вопрос	Красные флаги	Источник	Статус
104. «Выбухает родничок»	Это преходящее наполнение при плаче/лёжа или истинное стойкое выбухание в спокойном положении с риском неврологического/системного процесса?	Стойкий напряжённый родничок в покое, лихорадка/гипотермия, вялость, трудное пробуждение, рвота, судороги, нарушение сознания, плохое кормление, необычный высокий крик, быстрое увеличение окружности головы, травма, аномальный неврологический осмотр	S28, S60, S03, S04, S02, S41, S42, S30, S56	PARTIAL
105. «Судороги / необычные движения»	Это физиологическое вздрагивание/тремор/джиттеринг или вероятная судорога/опасный пароксизмальный эпизод?	Нарушение сознания, трудное пробуждение, апноэ, цианоз, лихорадка/гипотермия, плохое кормление, вялость после эпизода, повторные/фокальные события, нарушение тонуса, глазные/автономные феномены, желтуха с неврологическими признаками	S18, S43, S44, S04, S02, S28, S30, S33, S35, S39, S42, S61	PARTIAL

88. «Ребёнок плохо ест»

1. Первый вопрос

Сначала нужно разделить две ситуации: ребёнок действительно неэффективно кормится или семья обеспокоена частотой, длительностью и поведением у груди/бутылочки. Плач, частые прикладывания, мягкая грудь или малый объём разового сцеживания сами по себе не доказывают нехватку молока; оценка строится по возрасту, наблюдаемому кормлению, переносу молока, массе, моче, стулу, желтухе, обезвоживанию и общему состоянию [S34; S35; S36].

2. Возрастной контекст

- 0-7 суток: плохое кормление всегда оценивают вместе с массой при рождении, минимальной массой, текущей массой, первоначальной убылью, мочой, стулом, желтухой и общим состоянием. У новорождённого плохое кормление может быть признаком инфекции или тяжёлого состояния, даже если температура не повышена [S04; S34; S35; S36].
- 8-28 суток: S04 всё ещё применим только как источник по неонатальному сепсису первых 28 суток. Вялое сосание, отказ от груди, апноэ, лабильность температуры, изменения сознания, судороги, плохая перфузия или уменьшение диуреза переводят жалобу из ветки «проблема кормления» в ветку срочной оценки [S04].
- 29-60 суток: если есть документированная ректальная температура >=38,0 °C, ребёнок ведётся по алгоритму младенца с лихорадкой 29-60 суток; если температуры нет, текущий комплект источников не закрывает полный дифференциальный диагноз плохого кормления, поэтому при системных признаках нужна очная срочная оценка, а не заочная коррекция питания [S30].
- 61-90 суток: при документированной ректальной температуре >=38,0 °C ребёнок ведётся по алгоритму младенца с лихорадкой 61-90 суток; при отсутствии температуры решение опирается на состояние, дыхание, мочу, рвоту, желтуху, массу и неврологические признаки, с явным ограничением источников для единого алгоритма всех причин плохого кормления [S30].

3. Красные флаги перед оценкой техники кормления

Сначала проверяются признаки, при которых нельзя успокаивать семью словами «это лактация»:

- трудно разбудить или есть выраженная вялость [S04; S30; S35];
- отказ от нескольких кормлений, слабое или исчезнувшее сосание [S04; S35];
- апноэ или эпизоды остановки дыхания с изменением цвета/тонуса [S04; S28; S33];
- центральный цианоз, выраженные втяжения, стонущее дыхание, раздувание крыльев носа или другая дыхательная работа [S28; S33];
- температура ядра >38,0 °C или <36,0 °C у 0-28 суток в контексте подозрения на сепсис; у 29-90 суток - документированная ректальная температура >=38,0 °C по S30 [S04; S30];
- судороги, угнетение сознания, выраженная гипотония/гипорефлексия или другие неврологические изменения [S02; S04];
- необычный крик в сочетании с неблагополучием, инфекционными признаками или желтухой [S02; S04];
- повторная рвота, рвота фонтаном, рвота с желчью или кровью [S03; S05; S26];
- признаки обезвоживания: сухость слизистых, сниженный тургор, потеря массы, вялость, тахикардия/тахипноэ, редкая моча или отсутствующий диурез [S04; S28; S35];
- плохая перфузия, время наполнения капилляров >3 секунд или уменьшение почасового диуреза <1 мл/кг/час у новорождённого с подозрением на сепсис [S04];

- значимая желтуха, нарастание желтухи с вялостью, отказом от кормления или другой неврологической симптоматикой [S02].

4. Если ребёнок клинически стабилен

Если нет системных красных флагов, жалобу переводят в структурированную оценку кормления:

- возраст ребёнка, гестационный возраст и день жизни;
- тип вскармливания: грудное, смешанное, искусственное, сцеженное молоко;
- частота кормлений и ночные интервалы; в первые недели ориентир S34 - не реже 1,5-2 часов днём и 3-4 часов ночью, но это не жёсткий график для каждого ребёнка [S34];
- положение ребёнка, захват, боль у матери, травма сосков, эффективность сосания, глотание и эффективный перенос молока [S13; S34; S35];
- масса при рождении, минимальная масса, текущая масса, процент убыли, восстановление массы рождения и дальнейшая динамика [S01; S34; S35; S36];
- моча и стул: в текущих сильных источниках нет полной «таблицы подгузников по дням», но <1 мочеиспускания и стула за сутки жизни по ABM #2 требует тщательной оценки грудного вскармливания [S36];
- желтуха, рвота, признаки обезвоживания и активность ребёнка [S02; S03; S28; S35].

5. Масса и докорм без механики

Нельзя писать «до 10% - норма дома» или «больше 10% - автоматически смесь». В S01 убыль <10% является одним из критериев выписки здорового новорождённого; в S34-S36 75-й центиль, 8-10% на 5-е сутки или позже, >10% от массы рождения и <1 мочеиспускания/стула за сутки жизни являются поводом для тщательной оценки кормления и возможной помощи, а не самостоятельным домашним назначением смеси [S01; S34; S35; S36].

Если выявлена документированная гипогликемия у здорового доношенного грудного ребёнка, пороги S35 (<1,4 ммоль/л в первые 4 часа или <2,0 ммоль/л после 4 часов) относятся к медицинской ситуации с внутривенной глюкозой. Это не домашний алгоритм «увеличить докорм» [S35].

6. Решение

Ветка	Ситуация	Следующий шаг
A	Ребёнок клинически благополучен; вероятна проблема техники кормления	Наблюдать кормление, исправить положение/захват, оценить переносе молока, договориться о контроле массы, мочи, стула и желтухи [S34; S35; S36].
B	Есть тревога по массе, моче, стулу или поступление питания, но нет системных красных флагов	Организовать очную оценка кормления: наблюдаемое кормление, масса в динамике, план поддержки лактации/докорма только по показаниям [S34; S35; S36].
C	Есть системный красный флаг: вялость, трудное пробуждение, апноэ, цианоз, дыхательная работа, температура/гипотермия, судороги, плохая перфузия, выраженная желтуха, повторная/желчная рвота	Не решать как лактационную жалобу; нужна срочная или экстренная медицинская оценка по ведущему синдрому [S02; S03; S04; S05; S26; S28; S30; S33].
D	0-28 суток плюс плохое кормление с признаками инфекции/сепсиса	Вести как подозрение на неонатальный сепсис: новорождённые с подтверждённым или подозреваемым сепсисом нуждаются в экстренной госпитализации [S04].

7. Чего не писать

- «Плачет - значит голоден».
- «Мягкая грудь - значит нет молока».
- «Часто просит грудь - значит мало молока».
- «Сцедила мало - значит гипогалактия».
- «Нет температуры - значит инфекции нет».
- «Все проблемы кормления решаются докормом».

89. «Ребёнок вялый»

1. Первый тезис

Вялость у ребёнка первых 3 месяцев сначала требует исключения опасного состояния. Слово «вялый» не является диагнозом: нужно уточнить, что именно изменилось по сравнению с обычным поведением ребёнка [S04; S30].

2. Что уточнить

- Ребёнка трудно разбудить или он просто дольше спит?
- Снизилась обычная активность, меньше спонтанных движений?
- Хуже сосёт, отказывается от кормления или перестал интересоваться кормлением?
- Реагирует ли на родителей, голос, прикосновение и осмотр?
- Крик стал необычно слабым, монотонным или «не как обычно»?
- Есть ли температура, гипотермия, апноэ, цианоз, дыхательная работа, рвота, желтуха, уменьшение мочи, судороги, асимметрия движений?
- Началось резко или постепенно, на фоне какой жалобы?

3. Минимальный осмотр

Минимально оценивают сознание/реакцию, активность, тонус, симметрию движений, дыхание, цвет кожи, перфузию, температуру, кормление, признаки обезвоживания, мочу, желтуху, рвоту и неврологические признаки [S01; S02; S03; S04; S28; S33].

4. Возраст и маршрут

- 0-28 суток: S04 описывает летаргию, угнетение сознания, гипотонию, гипорефлексию, судороги, апноэ, лабильность температуры, проблемы вскармливания и плохую перфузию как проявления возможного неонатального сепсиса. Отсутствие температуры не исключает тяжёлую инфекцию у новорождённого, потому что клинические признаки S04 неспецифичны [S04].
- 29-60 суток: если есть документированная ректальная температура >=38,0 °C, ребёнок попадает в S30 алгоритм младенца с лихорадкой, но вялый ребёнок или ребёнок с нарушенным общим состоянием не ведётся по ветке низкого риска [S30].
- 61-90 суток: при документированной ректальной температуре >=38,0 °C нужен минимум путь S30 для 61-90 суток; при неблагополучном виде - немедленная оценка, а не амбулаторное наблюдение [S30].
- 29-90 суток без температуры: текущий комплект источников не закрывает единый алгоритм всех причин вялости. Если новая выраженная вялость реальна и сохраняется, нужна очная оценка даже без лихорадки; это практический вывод из красных флагов инфекционных, дыхательных, неврологических, желтушных, рвотных и дегидратационных источников [S02; S03; S04; S28; S33].

5. Опасные сочетания

- Вялость плюс плохое сосание/отказ от кормления у новорождённого - не лактационная ветка, а возможный инфекционный или тяжёлый системный признак [S04].
- Вялость плюс желтуха, отказ от кормления, судороги, гипертонус, опистотонус, лихорадка или «мозговой» крик требует срочной оценки; это не означает автоматический диагноз билирубиновой энцефалопатии, но сочетание опасно [S02].
- Вялость плюс апноэ, цианоз, втяжения, стонущее дыхание, затруднение кормления или сонливость при бронхиолите/дыхательном синдроме требует срочной дыхательной оценки [S28; S33].
- Вялость плюс повторная рвота, желчная рвота, рвота фонтаном, снижение массы, редкая моча или признаки обезвоживания не должна объясняться «рефлюксом» без осмотра [S03; S05; S26; S28].
- Вялость плюс судороги, нарушение сознания, выраженная гипотония, стойкая асимметрия движений или регресс требует медицинской оценки; отдельный полный неврологический алгоритм 0-3 месяцев в текущем комплекте остаётся ограничением источников [S02; S04; S18; S39; S42].

6. Решение

Ситуация	Что делать
Ребёнок быстро просыпается, активно сосёт, цвет и дыхание обычные, температуры/гипотермии нет, моча и стул соответствуют возрастному контексту	Оценить кормление, массу и состояние; контрольный интервал зависит от возраста и риска. Это допустимо только если «вялость» не подтверждается при осмотре [S34; S35; S36].
Новая выраженная вялость сохраняется, ребёнок хуже ест или необычно реагирует	Очная медицинская оценка в тот же день; без заочной трактовки как «сонный ребёнок».
Вялость сочетается с трудным пробуждением, апноэ, цианозом, дыхательной работой, судорогами, плохой перфузией, температурой/гипотермией, выраженной желтухой, повторной/желчной рвотой или резким уменьшением мочи	Срочная/экстренная маршрутизация по ведущему синдрому; амбулаторная ветка низкого риска не применяется [S02; S03; S04; S05; S26; S28; S30; S33].

7. Чего не писать

- «Если температуры нет - можно наблюдать дома».
- «Вялость после кормления всегда норма».
- «Вялость при желтухе автоматически равна билирубиновой энцефалопатии».
- «Вялость у 29-90 суток полностью закрыта алгоритмом S30».

90. «Температура»

1. Сначала уточнить метод

Перед решением нужно уточнить возраст ребёнка, чем и где измеряли температуру, было ли повторное измерение, есть ли документированная ректальная температура и как выглядит ребёнок. S30 определяет лихорадку у младенцев <=90 суток как любую ректальную температуру >=38,0 °C дома или в медицинской организации; ректальное измерение является референсным стандартом, а аксиллярного, орального и тимпанического измерения неточны для температуры ядра у младенцев [S30].

Не нужно превращать этот раздел в фармакологию. Главный вопрос - не «чем сбить температуру», а «какому младенцу нельзя оставаться дома».

2. Возрастная таблица

Возраст	Температурная ситуация	Что делать
0-28 суток	Температура ядра >38,0 °C, <36,0 °C или температурная лабильность в контексте подозрения на неонатальный сепсис	Срочная оценка как возможная неонатальная инфекция; при подозрении на сепсис S04 указывает экстренную госпитализацию [S04].
0-28 суток	Температура нормальная, но есть плохое кормление, вялость, апноэ, судороги, плохая перфузия, дыхательная работа или желтуха с изменением состояния	Не считать нормальную температуру доказательством безопасности; клинические признаки неонатального сепсиса неспецифичны [S04].
29-60 суток	Документированная ректальная температура >=38,0 °C, ребёнок клинически благополучен	Вести по профильному алгоритму младенца с лихорадкой 29-60 суток: анамнез и осмотр, витальные показатели с ректальной температурой, ОАМ/посев мочи, ОАК, воспалительные маркеры и посев крови; дальнейшая стратификация по S30 [S30].
29-60 суток	Лихорадка и нарушенное общее состояние: вялость, нестабильность, плохая перфузия, цианоз, тяжёлая дыхательная недостаточность или трудное пробуждение	Немедленная оценка дыхательных путей, дыхания и кровообращения; S30 требует немедленной оценки младенцев с нарушенным общим состоянием и не задерживать эмпирическую антибактериальную терапию [S30].
61-90 суток	Документированная ректальная температура >=38,0 °C, ребёнок клинически благополучен	Минимум ОАМ и посев мочи; можно расширять обследование и риск-стратификацию как для 29-60 суток [S30].
61-90 суток	Лихорадка и неблагополучный вид	Не вести по ветке низкого риска; немедленная оценка, поддержка дыхательных путей, дыхания и кровообращения и дальнейшая помощь по S30 [S30].
29-90 суток	Тактильная/субъективная лихорадка или >=38,0 °C не ректальным методом	Это не тождественно строгому критерию S30, но у младенца требует медицинской верификации температуры и состояния; S30 отмечает риск при лихорадке только по анамнезу и неточность аксиллярного, орального и тимпанического измерения [S30].
29-90 суток	Ректальная температура <36,0 °C	S30 связывает гипотермию <36,0 °C с повышенным риском инфекции и рекомендует вести таких младенцев как детей с лихорадкой; при неблагополучном виде - немедленная оценка [S30].

3. Лихорадка плюс другие жалобы

- Лихорадка плюс плохое кормление или вялость не переводит ребёнка в «простую простуду»: у клинически благополучного ребёнка 29-90 суток действует S30, а младенцу с нарушенным общим состоянием нужна немедленная оценка [S30].
- Лихорадка плюс мочевые вопросы у 29-90 суток ведётся по алгоритму младенца с лихорадкой: S30 требует ОАМ и посев мочи для всех младенцев с лихорадкой <=90 суток. Это не отменяется правилом S06 о культуре мочи без лейкоцитурии, потому что это разные клинические ветки [S06; S30].
- Лихорадка плюс насморк/кашель не должен автоматически объяснять температуру у младенца раннего возраста. S30 отдельно рассматривает младенцев с лихорадкой <=90 суток, а дыхательные симптомы оцениваются по тяжести дыхания; при значимых дыхательных симптомах может потребоваться CXR, особенно если бронхиолит не наиболее вероятен [S30].
- Дозы жаропонижающих, выбор препарата и схемы жаропонижения в этом алгоритме не приводятся, потому что цель раздела - маршрутизация риска, а не лекарственная глава.

4. Чего не писать

- «38,0 °C любым методом автоматически равно критерию S30».
- «Нормальная температура исключает инфекцию у новорождённого».
- «Если ребёнок хорошо выглядит, мочу можно не проверять».
- «Насморк объясняет лихорадку у ребёнка первых 3 месяцев».
- «Сначала сбить температуру и посмотреть до завтра».

91. «Ребёнок пожелтел»

1. Возраст ребёнка

Алгоритм применим к ребёнку первых 3 месяцев как жалобный вход, но основные решения по билирубинометрии, лабораторному подтверждению, фототерапии и госпитализации опираются на S02 по неонатальной желтухе. У ребёнка старше периода новорождённости нельзя механически переносить пороги фототерапии без оценки причины желтухи и фракций билирубина [S02].

2. Что уточнить у родителей

- Гестационный возраст при рождении.
- Точный возраст ребёнка в часах или сутках на момент появления желтухи.
- Усиливается ли желтуха после 3-4 суток жизни или сохраняется более 3 недель [S02].
- Как ребёнок ест: сосание, частота кормлений, отказ от кормления, докорм.
- Есть ли вялость, необычный крик, судороги, изменение тонуса, лихорадка [S02].
- Есть ли кровоподтёки, кефалгематома, кровотечения, признаки инфекции или данные за гемолиз [S02].
- Какого цвета стул и моча; ахоличный стул и тёмная моча требуют отдельной оценки на холестаз, но детальная маршрутизация по ним в этом комплекте источников не закрыта [S02].

3. Что оценить при осмотре

- Общее состояние, активность, сосание, тонус, характер плача.
- Распространённость желтухи: лицо, туловище, конечности, ладони и стопы [S02].
- Признаки обезвоживания, недостаточного питания или потери массы.

- Кровоподтёки, кефалгематому, кровотечения, признаки инфекции.
- Результат транскутанной билирубинометрии, если она доступна, и показания к лабораторному подтверждению [S02].
- Общий, свободный и связанный билирубин при показаниях [S02].

4. Красные флаги

КРАСНЫЕ ФЛАГИ
- желтуха появилась до 24 часов жизни [S02];
- быстро нарастает или усиливается после 3-4 суток жизни [S02];
- выраженно прокрашены туловище и конечности, особенно ладони и стопы [S02];
- желтуха сохраняется более 3 недель жизни [S02];
- есть вялость, отказ от кормления, судороги, мышечный гипертонус, опистотонус, лихорадка или "мозговой" крик [S02];
- есть признаки гемолиза, анемии, полицитемии, кровоподтёков, кефалгематомы, кровотечения или инфекции [S02];
- есть ахоличный стул или тёмная моча: это не закрыто текущим источником как готовый амбулаторный алгоритм холестаза [S02].

5. Алгоритм действий

```
НАЧАЛО
↓
Уточнить гестационный возраст и постнатальный возраст в часах/сутках
↓
Желтуха появилась до 24 часов жизни?
├── ДА → Действие: считать патологической до доказательства обратного; организовать сывороточный общий, свободный и связанный билирубин, оценку факторов риска и срочную клиническую маршрутизацию при невозможности сразу подтвердить безопасную тактику. Срочность: срочно. Источник: S02. Возраст: новорождённые.
└── НЕТ → Оценить состояние ребёнка, кормление, динамику желтухи, стул и мочу.
    ↓
    Есть неврологические признаки, вялость, отказ от кормления, лихорадка или судороги?
    ├── ДА → Действие: срочная госпитализация/стационарная оценка риска билирубиновой энцефалопатии и причины желтухи. Срочность: экстренно или срочно по состоянию. Источник: S02. Возраст: новорождённые и ребёнок первых месяцев как жалобный вход.
    └── НЕТ → Оценить распространённость желтухи и факторы риска.
        ↓
        Есть быстрое нарастание, усиление после 3-4 суток, ладони/стопы, анемия/полицитемия, кровоподтёки, кефалгематома, кровотечение или признаки инфекции?
        ├── ДА → Действие: измерить билирубин объективно, оценить общий анализ крови/факторы гемолиза по показаниям, сопоставить результат с таблицами S02; при достижении лечебных порогов направить в стационар. Срочность: срочно. Источник: S02. Возраст: новорождённые.
        └── НЕТ → Выполнить транскутанную билирубинометрию или лабораторную оценку при показаниях.
            ↓
            ТсВ выше уровня для лабораторной проверки: более 140 мкмоль/л в 24-48 часов, более 200 мкмоль/л в 48-72 часа, более 250 мкмоль/л после 72 часов или более 255 мкмоль/л в любом возрасте?
            ├── ДА → Действие: определить сывороточный общий, свободный и связанный билирубин стандартным лабораторным методом; затем сопоставить сывороточный билирубин с гестационным возрастом, постнатальным возрастом и номограммой/таблицей S02. Срочность: срочно/внепланово по возрасту и состоянию. Источник: S02. Возраст: новорождённые.
            │   ↓
            │   Сывороточный общий билирубин достиг порога фототерапии по таблице/номограмме S02?
```

```
        |   ├── ДА → Действие: госпитализация/лечение фототерапией по S02; не
использовать универсальный порог для всех детей. Срочность: стационарно. Источник:
 S02. Возраст: новорождённые.
        |   └── НЕТ → Действие: определить дальнейшую тактику по S02 с учётом
фракций билирубина, клиники, факторов риска и динамики. Срочность: планово или
срочно по состоянию. Источник: S02. Возраст: новорождённые.
        └── НЕТ → Действие: не исключать патологию автоматически; сопоставить
результат TcB, клиническое состояние, динамику желтухи и факторы риска. Срочность:
 планово или срочно по состоянию. Источник: S02. Возраст: новорождённые.
            ↓
            Клиника, динамика или факторы риска требуют лабораторного исследования
 по S02?
            ├── ДА → Действие: определить сывороточный общий, свободный и
связанный билирубин и сопоставить результат с номограммой/таблицей S02; при
достижении порога фототерапии - госпитализация/лечение фототерапией. Срочность:
срочно/внепланово. Источник: S02. Возраст: новорождённые.
            └── НЕТ → Есть ахоличный стул, тёмная моча или желтуха более 3 недель?
                ├── ДА → Действие: проверить фракции билирубина и направить на
отдельную профильную оценку холестаза; не придумывать детальную ветку без
источника. Срочность: внеплановая профильная оценка, детализация не закрыта.
Источник: S02 только для фракций билирубина. Возраст: 0-3 месяца. [ТРЕБУЕТ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА]
                └── НЕТ → Действие: амбулаторное наблюдение с повторной оценкой по
 динамике и зоне риска; объяснить родителям признаки срочного обращения.
Срочность: планово. Источник: S02. Возраст: новорождённые.
```

6. Маршрутизация

- Возможно амбулаторное наблюдение: ребёнок стабилен, желтуха появилась не в первые 24 часа, нет красных флагов, билирубин ниже лечебных порогов по S02 и доступен контроль динамики [S02].
- Необходим срочный осмотр: появление до 24 часов, быстрое нарастание, усиление после 3-4 суток, длительность более 3 недель, высокий TcB, факторы риска гемолиза/инфекции или сомнение в безопасности наблюдения [S02].
- Необходима госпитализация: достижение порога фототерапии по таблицам S02, неврологические изменения, значимое нарушение состояния или необходимость стационарного лечения [S02].
- Необходима экстренная помощь: судороги, опистотонус, выраженные неврологические признаки, тяжёлое нарушение состояния [S02].
- Ахоличный стул и тёмная моча: требуют отдельного алгоритма холестаза; в этой версии маршрутизация не деталируется из-за отсутствия профильного источника.

7. Что объяснить родителям

Желтуха у новорождённого связана с билирубином, но опасность нельзя оценить только по цвету кожи. Важны возраст ребёнка в часах, гестационный возраст, состояние, кормление и результат билирубинометрии или анализа крови [S02]. Фототерапия назначается не по одной общей цифре, а по таблицам S02 с учётом возраста и гестации [S02].

8. Чего делать не нужно

- Не считать желтуху в первые 24 часа физиологической без обследования [S02].
- Не использовать один универсальный "опасный билирубин" для всех детей [S02].
- Не лечить желтуху солнцем, водой, глюкозой, сорбентами или "средствами для выведения билирубина": эти методы не являются лечением неонатальной желтухи по S02.
- Не оставлять без оценки ребёнка с неврологическими симптомами, плохим сосанием или отказом от кормления [S02].
- Не расписывать детальный домашний алгоритм при ахоличном стуле и тёмной моче без профильного источника по холестазу.

9. Источники

• S02. Клинические рекомендации "Неонатальная желтуха", 2025.

92. «Ребёнок срыгивает»

1. Возраст ребёнка

Алгоритм применим к ребёнку 0-3 месяцев. Источники S03 и S05 описывают срыгивания, ГЭР и ГЭРБ у новорождённых и детей первого года жизни; для этого пособия используется только возрастной диапазон первых 3 месяцев [S03; S05].

2. Что уточнить у родителей

- Это пассивное срыгивание или активная рвота с усилием.
- Когда возникает эпизод: сразу после кормления, через 30 минут и более, через 1-2 часа.
- Частота и примерный объём срыгивания [S03; S05].
- Есть ли связь с перекормом, техникой прикладывания или кормления из бутылочки, аэрофагией [S03].
- Как меняется масса тела, есть ли потеря массы или плохая прибавка [S03; S05].
- Есть ли кровь, желчь, рвота фонтаном, лихорадка, вялость, отказ от кормления, кашель, хрипы, апноэ [S03; S05].
- В каком положении ребёнок спит; положение для сна не должно повышать риск СВДС [S03].

3. Что оценить при осмотре

- Общее состояние, активность, температура, дыхание.
- Признаки обезвоживания и достаточность питания.
- Массу тела и динамику прибавки.
- Живот, дыхательную систему, неврологический статус.
- Признаки нарушения кормления, глотания, дисфагии или боли [S03; S05].

4. Красные флаги

КРАСНЫЕ ФЛАГИ
- кровь или желчь в рвотных массах [S03; S05];
- рвота фонтаном [S03; S05; S26];
- вялость, лихорадка, отказ от кормления [S03; S05];
- потеря массы, плохая прибавка, обезвоживание [S03; S05];
- затруднение кормления или глотания [S03; S05];
- апноэ, тяжёлые респираторные нарушения, аспирация, длительный кашель, хрипы [S03; S05];
- выбухающий родничок, быстрый рост окружности головы, судороги [S03];
- выраженная раздражительность, боль, патологические находки при осмотре живота или других систем [S03; S05].

5. Алгоритм действий

НАЧАЛО
↓
Уточнить: это пассивное срыгивание без усилия или активная рвота?
├── Активная рвота → Действие: перейти к алгоритму 93 «Рвота». Срочность: зависит от

```
    красных флагов. Источник: S03, S12. Возраст: 0-3 месяца.
└── Пассивное срыгивание → Оценить кровь, желчь и рвоту фонтаном.
    ↓
    Есть кровь, желчь или рвота фонтаном?
    ├── ДА → Действие: не считать физиологическим срыгиванием; организовать срочную
    оценку причины, при рвоте фонтаном помнить о пилоростенозе. Срочность: срочно.
    Источник: S03, S05, S26. Возраст: 0-3 месяца.
    └── НЕТ → Оценить состояние, температуру, дыхание, кормление и массу.
        ↓
        Есть вялость, лихорадка, отказ от кормления, апноэ, дыхательные нарушения,
    обезвоживание, плохая прибавка или потеря массы?
        ├── ДА → Действие: обследовать и маршрутизировать как состояние с симптомами
    тревоги, а не как физиологическое срыгивание. Срочность: срочный осмотр; стационар
     по тяжести состояния. Источник: S03, S05. Возраст: 0-3 месяца.
        └── НЕТ → Оценить технику и режим кормления.
            ↓
            Есть признаки перекорма, аэрофагии или неподходящего режима кормления?
            ├── ДА → Действие: скорректировать кормление, исключить перекорм, улучшить
     технику прикладывания/кормления; наблюдать динамику. Срочность: планово.
    Источник: S03. Возраст: 0-3 месяца.
            └── НЕТ → Ребёнок хорошо ест, растёт и развивается без тревожных
    признаков?
                ├── ДА → Действие: объяснить физиологический характер срыгивания, не
    назначать автоматические обследования и кислотосупрессию. Срочность: амбулаторное
    наблюдение. Источник: S03. Возраст: 0-3 месяца.
                └── НЕТ → Действие: оценить ГЭРБ и альтернативные диагнозы по S03/S05;
     обследование только по показаниям. Срочность: срочный или плановый осмотр по
    выраженности симптомов. Источник: S03, S05. Возраст: 0-3 месяца.
```

6. Маршрутизация

- Возможно амбулаторное наблюдение: срыгивание пассивное, ребёнок активен, кормится, прибавляет массу, нет красных флагов [S03].
- Необходим срочный осмотр: кровь, желчь, рвота фонтаном, плохая прибавка, потеря массы, обезвоживание, лихорадка, вялость, отказ от кормления, дыхательные или неврологические признаки [S03; S05].
- Необходима госпитализация: источник не задаёт отдельный универсальный критерий для всех срыгиваний; госпитализация рассматривается при тяжёлом нарушении состояния, обезвоживании, потере массы или необходимости стационарной диагностики [S03; S05].
- Необходима экстренная помощь: апноэ, тяжёлые дыхательные нарушения, судороги или выраженное нарушение состояния [S03; S05].

7. Что объяснить родителям

Срыгивание в первые месяцы часто связано с незрелостью верхних отделов ЖКТ и не равно болезни, если ребёнок хорошо ест, активен, прибавляет массу и не имеет красных флагов [S03; S05]. Главные домашние меры - не перекармливать, уменьшить заглатывание воздуха и правильно организовать кормление [S03].

8. Чего делать не нужно

- Не назначать обследования и лечение ребёнку со срыгиваниями без тревожных признаков и без влияния на кормление, рост и развитие [S03].
- Не назначать ИПП или другую кислотосупрессивную терапию просто из-за срыгиваний у грудного ребёнка [S05].
- Не использовать антирефлюксную смесь бесконтрольно как обычную смесь: это лечебный продукт по показаниям [S03; S05].
- Не рекомендовать положение для сна, повышающее риск СВДС; положение при кормлении не равно положению для сна [S03].

- Не считать желчь, кровь или рвоту фонтаном вариантом физиологического срыгивания [S03; S05; S26].

9. Источники

- S03. Клинические рекомендации "Срыгивание и руминация новорожденного", 2025.
- S05. Клинические рекомендации "Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей", 2025.
- S26. Клинические рекомендации "Врожденный гипертрофический пилоростеноз", 2016 - только для ветки рвоты фонтаном/пилоростеноза.

93. «Рвота»

1. Возраст ребёнка

Алгоритм применим к ребёнку 0-3 месяцев как первичная сортировка жалобы. Он закрывает красные флаги рвоты, связь с ГЭР/ГЭРБ и пилоростеноз по S26. Полный хирургический дифференциальный алгоритм по мальротации, завороту и кишечной непроходимости не сформирован без профильного источника.

2. Что уточнить у родителей

- Это рвота с активным усилием или пассивное срыгивание [S03; S12].
- Есть ли желчь, кровь, рвота фонтаном [S03; S05; S26].
- Возраст начала: для пилоростеноза типичен возраст 3-8 недель, симптомы часто начинаются в 2-4 недели [S26].
- Через сколько после кормления возникает рвота; при пилоростенозе типична рвота большим объёмом через 1-2 часа после кормления [S26].
- Есть ли сохранённый аппетит при отсутствии прибавки массы, редкое мочеиспускание, концентрированная моча, скудный стул [S26].
- Есть ли вздутие живота, лихорадка, вялость, отказ от кормления, обезвоживание, потеря массы [S03; S05; S26].
- Есть ли выбухающий родничок, судороги, быстрый рост окружности головы [S03].

3. Что оценить при осмотре

- Общее состояние, сознание/активность, температура, дыхание, цвет кожи.
- Признаки обезвоживания, массу тела и динамику.
- Живот: вздутие, болезненность, видимая перистальтика, патологические находки [S05; S26].
- Эпигастрий: при подозрении на пилоростеноз возможно вздутие, видимая перистальтика "песочные часы", иногда пальпируемая "олива" [S26].
- Неврологический статус, родничок, судороги [S03].

4. Красные флаги

КРАСНЫЕ ФЛАГИ
- желчная рвота [S03; S05];
- кровь в рвотных массах [S03; S05];
- рвота фонтаном [S03; S05; S26];
- повторная или упорная рвота с нарушением кормления [S03; S05];
- потеря массы, плохая прибавка, обезвоживание, редкое мочеиспускание [S03; S05; S26];
- выраженное вздутие живота или патологические находки при осмотре живота [S05];

- лихорадка, вялость, отказ от кормления, апноэ или тяжёлые респираторные нарушения [S03; S05];
- выбухающий родничок, быстрый рост окружности головы, судороги [S03].

5. Алгоритм действий

```
НАЧАЛО
↓
Оценить состояние: сознание/активность, дыхание, кровообращение, температура,
    обезвоживание
↓
Есть тяжёлое нарушение состояния, апноэ, судороги, шоковые признаки или выраженная
    неврологическая симптоматика?
├── ДА → Действие: экстренная помощь и госпитализация; рвоту не объяснять
    функциональным расстройством. Срочность: экстренно. Источник: S03, S05. Возраст:
    0-3 месяца.
└── НЕТ → Проверить характер рвотных масс.
    ↓
    Есть желчь в рвоте?
    ├── ДА → Действие: считать опасным признаком; организовать срочную медицинскую
    маршрутизацию для исключения хирургической патологии и другой органической
    причины, не вести как физиологию и не задерживать оценку домашним наблюдением.
    Срочность: срочно. Источник: S03, S05. Возраст: 0-3 месяца. Диагностическая схема
    мальротации/заворота не создаётся без профильного источника. [ТРЕБУЕТ
    ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА: ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ РВОТЫ]
    └── НЕТ → Есть кровь в рвотных массах?
        ├── ДА → Действие: срочная оценка причины; не считать вариантом нормы.
    Срочность: срочно. Источник: S03, S05. Возраст: 0-3 месяца.
        └── НЕТ → Есть рвота фонтаном?
            ├── ДА → Действие: оценить возраст 2-8 недель, прогрессирование, рвоту
    через 1-2 часа после кормления, отсутствие прибавки, редкое мочеиспускание;
    организовать срочную хирургическую оценку и УЗИ пилорического отдела желудка.
    Срочность: срочно. Источник: S26. Возраст: преимущественно 2-8 недель, в пособии
    0-3 месяца.
            └── НЕТ → Есть потеря массы, плохая прибавка, обезвоживание, редкое
    мочеиспускание или нарушение кормления?
                ├── ДА → Действие: срочная медицинская оценка, исключение
    ГЭРБ/органической причины, решение о стационаре по тяжести. Срочность: срочно.
    Источник: S03, S05, S26. Возраст: 0-3 месяца.
                └── НЕТ → Есть лихорадка, вялость, патологический осмотр живота,
    вздутие, дыхательные или неврологические признаки?
                    ├── ДА → Действие: срочная оценка инфекции, неврологической или
    другой органической причины; не относить к функциональному состоянию. Срочность:
    срочно. Источник: S03, S05. Возраст: 0-3 месяца.
                    └── НЕТ → Похоже на пассивные эпизоды после кормления без влияния
    на рост и состояние?
                        ├── ДА → Действие: перейти к алгоритму 92 «Ребёнок срыгивает».
     Срочность: амбулаторно. Источник: S03. Возраст: 0-3 месяца.
                        └── НЕТ → Действие: очная оценка причины повторной рвоты;
    обследование по показаниям, без автоматического назначения препаратов. Срочность:
    срочный или плановый осмотр по клинике. Источник: S03, S05. Возраст: 0-3 месяца.
```

6. Маршрутизация

- Возможно амбулаторное наблюдение: только если после уточнения это пассивное срыгивание без красных флагов, нарушения кормления, потери массы и обезвоживания; тогда используется алгоритм 92 [S03].
- Необходим срочный осмотр: желчь, кровь, рвота фонтаном, плохая прибавка, потеря массы, обезвоживание, редкое мочеиспускание, вздутие живота, лихорадка, вялость, отказ от кормления, неврологические признаки [S03; S05; S26].
- Необходима госпитализация: тяжёлое нарушение состояния, обезвоживание/потеря массы, необходимость хирургической оценки при подозрении на пилоростеноз или другая органическая причина по результатам осмотра [S03; S05; S26].

- Необходима экстренная помощь: апноэ, судороги, выраженные неврологические признаки, шоковые признаки или тяжёлое нарушение состояния [S03; S05].

7. Что объяснить родителям

Рвота отличается от срыгивания: это активный, мощный выброс содержимого, и у ребёнка первых месяцев она требует проверки красных флагов [S12]. Желчь, кровь и рвота фонтаном нельзя наблюдать дома как "обычное срыгивание" [S03; S05; S26]. При подозрении на пилоростеноз ребёнку нужна срочная хирургическая оценка; консервативное лечение пилоростеноза не является стандартом по S26 [S26].

8. Чего делать не нужно

- Не считать желчную рвоту физиологической [S03; S05].
- Не успокаивать родителей формулой "это рефлюкс", если есть кровь, желчь, рвота фонтаном, обезвоживание, потеря массы, лихорадка или неврологические признаки [S03; S05; S26].
- Не назначать ИПП или другие препараты без показаний и без дифференциальной диагностики [S05].
- Не описывать полный алгоритм мальротации, заворота и кишечной непроходимости без профильного источника.

9. Источники

- S03. Клинические рекомендации "Срыгивание и руминация новорожденного", 2025.
- S05. Клинические рекомендации "Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей", 2025.
- S26. Клинические рекомендации "Врожденный гипертрофический пилоростеноз", 2016.

[ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА: ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ РВОТЫ]

94. «Ребёнок постоянно плачет»

1. Первый вопрос

Плач - это симптом или поведение, а не диагноз. Сначала нужно понять, что семья называет «постоянно»: когда началось, сколько длится эпизод, есть ли промежутки спокойного бодрствования или сна, меняется ли плач по сравнению с обычным, прекращается ли при кормлении/контакте/успокоении, связан ли с кормлением, рвотой, стулом, мочой, температурой, желтухой или дыханием.

Нельзя начинать с фразы «это колики». Колики рассматриваются только после оценки состояния ребёнка и красных флагов: S12 описывает их у ребёнка младше 5 месяцев без нарушения роста и развития, лихорадки и признаков другого заболевания; первым диагностическим шагом остаётся поиск тревожных симптомов [S12].

2. Красные флаги перед веткой колик

При плаче сначала проверяются признаки, при которых жалобу нельзя вести как функциональную:

- ребёнка трудно разбудить, он резко менее активен, есть угнетение сознания, выраженная гипотония/гипорефлексия или судороги [S02; S04; S30];
- необычный высокий/«мозговой» крик или резкое изменение характера крика, особенно вместе с желтухой, вялостью, отказом от питания, лихорадкой или признаками инфекции [S02; S04];
- слабый необычный крик в сочетании с плохим сосанием, вялостью или нарушением состояния [S04; S35];

- температура ядра >38,0 °C или <36,0 °C у ребёнка 0-28 суток в контексте подозрения на сепсис; у 29-90 суток - документированная ректальная температура >=38,0 °C или гипотермия <36,0 °C по febrile-infant источнику [S04; S30];
- апноэ, центральный цианоз, выраженные втяжения, стонущее дыхание, раздувание крыльев носа или другая дыхательная работа [S04; S28; S33];
- отказ от питания, слабое сосание, плохое кормление вместе с вялостью, температурной нестабильностью, желтухой или обезвоживанием [S04; S34; S35; S36];
- повторная рвота, рвота фонтаном, желчная рвота, кровь в рвоте, вздутие живота или патологические находки живота [S03; S05; S12; S26];
- кровь в стуле, необъяснимая лихорадка, отсутствие прибавки/потеря массы или замедление линейного роста на фоне коликоподобного плача [S12];
- сухость слизистых, сниженный тургор, потеря массы, вялость, тахикардия/тахипноэ, редкая моча, отсутствие диуреза или почасовой диурез <1 мл/кг/час у новорождённого с подозрением на сепсис [S04; S28; S35];
- значимая или нарастающая желтуха с вялостью, отказом от кормления, гипертонусом, опистотонусом, судорогами или «мозговым» криком [S02];
- выбухающий родничок, судороги, быстрое увеличение окружности головы или другие неврологические признаки при рвоте/плаче [S02; S03; S04];
- подозрение на травму или abusive head trauma, включая ситуацию, когда ухаживающий взрослый может потерять контроль из-за плача [S56].

3. Возраст 0-28 суток

В первые 28 суток S04 используется только как источник по неонатальному сепсису. Если плач сочетается с температурной нестабильностью, плохим кормлением, отказом от груди, вялостью, нарушением сознания, апноэ, судорогами, плохой перфузией или уменьшением диуреза, это не ветка «колики» и не заочное успокоение семьи [S04].

У 29-90 суток лихорадка или гипотермия оцениваются по S30; у ребёнка без документированной температуры, но с неблагополучным видом, стойким необычным плачем или системными признаками текущий набор источников не закрывает полный дифференциальный диагноз, поэтому алгоритм оставляет очную оценку, а не ставит функциональный диагноз по телефону [S30].

4. Плач, связанный с кормлением

Плач около кормления не равен автоматически «мало молока» и не равен автоматически ГЭРБ. У стабильного ребёнка оценивают прикладывание, захват, боль у матери, эффективный перенос молока, частоту кормлений, массу, мочу, стул, желтуху, признаки перекорма/аэрофагии и рвоту [S03; S05; S13; S34; S35; S36].

Если есть рвота фонтаном в возрасте примерно 3-8 недель, уменьшение мочи, потеря массы, признаки обезвоживания или скудный стул, нужно помнить о пилоростенозе; S26 закрывает именно эту причину, но не все хирургические причины плача/рвоты [S26].

5. Функциональная ветка: колики

Колики возможны, если ребёнок клинически благополучен, растёт и развивается без тревожных признаков, нет лихорадки, признаков болезни, повторной/желчной/кровавой рвоты, крови в стуле, плохой прибавки, потери массы, замедления роста или неврологических симптомов [S12].

В этой версии пособия не используется старое «правило трёх» как универсальная норма плача. S12 позволяет описать колики как регулярные эпизоды раздражительности, беспокойства и/или плача, возникающие и завершающиеся без очевидной причины, чаще с максимумом в 2-3 месяца и постепенным исчезновением к 5 месяцам [S12].

Тактика при типичной картине: объяснить состояние, поддержать родителей, проверить технику и объём кормления, не допускать перекорма и индивидуально корректировать питание при выявленной проблеме [S12]. Симетикон и Lactobacillus reuteri не превращаются в рутинный список «лекарств от колик»: S12 допускает индивидуализацию, но указывает ограниченность и противоречивость доказательств [S12].

6. Безопасность взрослого и shaken baby

Сильный плач может быть триггером опасного поведения взрослого. Нужно прямо проговорить: ребёнка нельзя трясти, бросать или ударять [S56]. Если взрослый чувствует, что теряет контроль, безопаснее положить ребёнка на спину в безопасное место, ненадолго отойти, успокоиться и возвращаться проверять ребёнка; если есть признаки болезни, нужно обратиться за медицинской помощью [S56].

7. Решение

Ветка	Ситуация	Следующий шаг
A	Ребёнок выглядит благополучно, кормится, прибавляет, между эпизодами обычен, красных флагов нет; картина соответствует нормальному плачу/коликам	Поддержка семьи, проверка кормления, профилактика перекорма, контроль динамики и повторная оценка при изменении состояния [S12; S34; S35; S36].
B	Плач связан с кормлением, есть сомнение в захвате, переносе молока, объёме, перекорме, прибавке, моче или стуле, но нет системных красных флагов	Очная оценка кормления: наблюдать кормление, оценить массу, мочу, стул, желтуху, рвоту и план поддержки без автоматического докорма/смены смеси [S03; S05; S13; S34; S35; S36].
C	Плач стойкий, необычный или плохо объяснимый, но нет явного экстренного признака	Очный осмотр в тот же день или ближайшая срочная оценка по возрасту и клинической картине; не ставить колики заочно [S12].
D	Есть любой системный красный флаг: вялость, трудное пробуждение, температура/гипотермия, судороги, апноэ, цианоз, дыхательная работа, отказ от питания, повторная/желчная/кровавая рвота, кровь в стуле, вздутие, обезвоживание, нарастающая желтуха, выбухающий родничок, подозрение на травму	Срочная или экстренная медицинская оценка по ведущему синдрому; это не ветка колик [S02; S03; S04; S05; S12; S26; S28; S30; S33; S56].

8. Чего не писать

- «Постоянно плачет - значит колики».
- «Плач после кормления - значит ГЭРБ».
- «Плач - значит мало молока».
- «Высокий крик сам по себе диагностирует поражение ЦНС».
- «Можно дать пробиотик/симетикон/травы всем детям с коликами».
- «Если взрослый устал, можно потрясти ребёнка, чтобы он успокоился».

95. «Нет стула»

1. Первый вопрос

Сначала нужно разделить патологическую задержку стула и редкий мягкий стул у благополучного ребёнка. Для этого уточняют возраст, день жизни, был ли меконий, тип вскармливания, консистенцию последнего стула, болезненность дефекации, эпизоды натуживания/плача, рвоту, живот, питание, мочу, массу, температуру и кровь в стуле.

Частота стула сама по себе не равна диагнозу запора. Для функционального запора S12 использует клинические признаки и Rome IV: не менее 2 симптомов в течение 1 месяца, включая <=2 дефекации в неделю, удержание стула, болезненную или затруднённую дефекацию, крупный диаметр стула или большую каловую массу в прямой кишке; для младенца без туалетных навыков не применяются критерии детей, уже пользующихся туалетом [S12].

2. Возрастной split

- 0-2 суток: важно, отошёл ли меконий. S52 описывает меконий в первые дни жизни, а S12 отдельно даёт тревожный критерий: меконий позже 48 часов у доношенного новорождённого является красным флагом [S12; S52].
- 3-28 суток: оценивают переход стула, кормление, массу, мочу, желтуху, живот и рвоту. В раннем периоде сохранение мекония/малый стул может быть маркером недостаточного поступление питания, но не заменяет оценку общего состояния [S34; S35; S36].
- 29-60 суток: редкий мягкий стул при нормальном кормлении, моче, прибавке и состоянии не равен запору; важно отделить дисхезию от функционального запора и красных флагов [S12; S52].
- 61-90 суток: подход тот же: консистенция, болезненность, рост, питание, живот, рвота, кровь и общее состояние важнее самой фразы «нет стула» [S12; S52].

3. Когда редкий стул может быть вариантом нормы

У ребёнка на грудном вскармливании нельзя требовать стул после каждого кормления. S52 указывает, что после 3-6 недель некоторые дети на грудном вскармливании могут иметь стул примерно 1 раз в неделю; это допустимо, если стул мягкий, в остальном нормальный, ребёнок стабильно набирает массу и регулярно кормится [S52].

У ребёнка на искусственном вскармливании стул обычно должен быть мягким, не плотнее мягкой глины; твёрдый или сухой стул требует оценки приготовления смеси, поступление питания, жидкости в контексте болезни/жары и общего состояния [S52]. Зелёный стул нормальной консистенции без патологических примесей сам по себе не является показанием к смене смеси [S34].

4. Дисхезия не равна запору

Если ребёнок младше 9 месяцев напрягается и плачет не менее 10 минут перед успешным или безуспешным отхождением мягкого стула, при отсутствии признаков другого заболевания, это соответствует младенческой дисхезии, а не запору [S12].

При типичной дисхезии нужны объяснение и успокоение семьи. Рутинная ректальная стимуляция не рекомендована, слабительные не назначаются; если появляются кровь в стуле, необъяснимая лихорадка, отсутствие прибавки/потеря массы или замедление роста, это уже не типичная дисхезия [S12].

5. Красные флаги при жалобе «нет стула»

Срочной оценки требуют:

- меконий позже 48 часов у доношенного новорождённого [S12];
- желчная рвота, повторная рвота, рвота фонтаном, кровь в рвоте, выраженное вздутие живота или патологические находки живота [S03; S05; S12; S26];
- плохое питание, отказ от кормления, выраженная вялость, угнетение сознания, лихорадка или гипотермия [S04; S30];
- кровь в стуле, слизь или водянистый стул как повод немедленно связаться с педиатром; кровь без анальной трещины также указана S12 как тревожный признак запора [S12; S52];
- отсутствие прибавки, потеря массы или замедление линейного роста [S12];

- начало запора младше 1 месяца, семейный анамнез болезни Гиршпрунга, ленточный стул, аномалии щитовидной железы/ануса/перианальной области, отсутствующий анальный/кремастерный рефлекс, неврологические изменения нижних конечностей или кожные признаки поражения позвоночника [S12];
- признаки выраженного обезвоживания или резко сниженной мочи [S04; S28; S35].

Сочетание «нет стула + желчная рвота + вздутие живота» нельзя вести как функциональный запор. Текущий набор источников поддерживает тревожность этой комбинации, но не закрывает полный алгоритм мальротации, кишечной непроходимости или болезни Гиршпрунга [S03; S05; S12].

6. Что делать при подозрении на функциональный запор

Если стул твёрдый/болезненный, есть задержка, признаки удержания или другие критерии функционального запора, но нет красных флагов, ребёнку нужен очный клинический осмотр и оценка питания. У ребёнка на грудном вскармливании S12 рекомендует нормализовать кормление и исключить недокорм/перекорм; функциональный запор сам по себе не является показанием к переходу на смешанное или искусственное вскармливание [S12].

У ребёнка на смеси нужно проверить объём и приготовление. S12 допускает специальные варианты смесей только в определённых клинических ситуациях, а гидролизат/аминокислотная смесь относятся к подозрению на аллергию к белку коровьего молока или рефрактерному запору с соответствующим обоснованием; это не правило «нет стула - сменить смесь» [S12; S34].

В этом жалобном разделе не создаётся домашний medication algorithm: не назначаются заочно слабительные, клизмы, свечи, газоотводная трубка, градусник или ватная палочка. Для ребёнка первых 3 месяцев с реальным запором важнее оценить красные флаги, питание, массу и живот, чем начинать механическое или лекарственное лечение без источника [S12].

7. Решение

Ветка	Ситуация	Следующий шаг
A	Редкий мягкий стул; ребёнок благополучен, кормится, мочится, прибавляет, живот не вздут, рвоты и крови нет	Объяснить, что частота сама по себе не равна запору; наблюдать динамику и вернуться к оценке при изменении консистенции, питания, массы или состояния [S12; S52].
B	Ребёнок тужится/плачет, затем отходит мягкий стул; он клинически благополучен	Рассмотреть младенческую дисхезию: объяснение, без слабительных и рутинной ректальной стимуляции [S12].
C	Стул плотный/болезненный, есть задержка или признаки функционального запора, красных флагов нет	Очная оценка питания, приготовления смеси/объёма, массы и живота; тактика запора без автоматической смены смеси и без домашнего лекарственного алгоритма [S12; S34].
D	Поздний меконий, желчная/повторная/кровавая рвота, выраженное вздутие, плохое питание, вялость, температура/гипотермия, кровь в стуле, плохая прибавка/потеря массы, аномалии ануса или неврологические признаки	Срочная или экстренная оценка органической/хирургической причины; не вести как дисхезию или функциональный запор [S03; S04; S05; S12; S26; S30].

8. Чего не писать

- «Стул должен быть каждый день».
- «На грудном вскармливании стул обязан быть после каждого кормления».
- «Нет стула - сразу запор».

- «Нет стула - дать воду».
- «Нет стула - сменить смесь».
- «Помочь градусником, ватной палочкой, свечой, клизмой или газоотводной трубкой как рутинный домашний способ».
- «Меконий позже 48 часов у доношенного - вариант нормы».

96. «Ребёнок сильно тужится»

1. Возраст ребёнка

Алгоритм применим к ребёнку 0-3 месяцев. S12 описывает младенческую дисхезию у детей младше 9 месяцев; в этом пособии критерии используются только для первых 3 месяцев жизни [S12].

2. Что уточнить у родителей

- Когда ребёнок тужится: перед дефекацией, во время, между эпизодами.
- Сколько длится эпизод; для дисхезии S12 указывает напряжение и плач не менее 10 минут перед успешной или неуспешной дефекацией мягким стулом [S12].
- Какой стул: мягкий, плотный, крупный, лентовидный, с кровью.
- Успокаивается ли ребёнок после дефекации [S12].
- Как часто бывает стул, но не считать отсутствие ежедневного стула единственным критерием запора [S12].
- Есть ли лихорадка, кровь в стуле, рвота желчью, вздутие живота, плохая прибавка, потеря массы, задержка развития [S12].
- Когда вышел меконий; позднее 48 часов у доношенного ребёнка - красный флаг [S12].

3. Что оценить при осмотре

- Общее состояние, температура, прибавка массы и линейный рост.
- Живот: вздутие, болезненность, выраженное напряжение.
- Перианальную область: трещины, аномальное положение ануса, фистула, рубцы [S12].
- Неврологические признаки: тонус, сила, рефлексы нижних конечностей; кожные признаки в крестцовой области [S12].
- Консистенцию стула по описанию родителей или осмотру, если доступно.

4. Красные флаги

КРАСНЫЕ ФЛАГИ
- кровь в стуле, необъяснимая лихорадка, отсутствие набора массы или потеря массы, замедление роста [S12];
- начало запора младше 1 месяца [S12];
- меконий позже 48 часов у доношенного новорождённого [S12];
- семейный анамнез болезни Гиршпрунга, лентовидный стул [S12];
- рвота желчью, выраженное вздутие живота [S12];
- аномальное положение ануса, перианальная фистула, рубцы [S12];
- задержка развития, снижение силы/тонуса/рефлексов нижних конечностей, признаки spina bifida [S12].

5. Алгоритм действий

```
НАЧАЛО
↓
Оценить общее состояние, массу, температуру, живот, стул и красные флаги.
↓
Есть кровь в стуле, лихорадка, потеря массы, замедление роста, желчная рвота,
    выраженное вздутие, поздний меконий, аномалия ануса или неврологические признаки?
├── ДА → Действие: не ставить функциональный диагноз; организовать срочную оценку
    органической причины, при хирургических признаках - профильная консультация.
    Срочность: срочно. Источник: S12. Возраст: 0-3 месяца.
└── НЕТ → Уточнить характер эпизода.
    ↓
    Ребёнок напрягается и плачет не менее 10 минут перед дефекацией мягким стулом, а
    после стула успокаивается?
    ├── ДА → Действие: объяснить младенческую дисхезию; не назначать слабительные и
    рутинную ректальную стимуляцию. Срочность: амбулаторно. Источник: S12. Возраст:
    0-3 месяца.
    └── НЕТ → Есть плотный/крупный стул, болезненная дефекация, задержка стула или
    другие критерии функционального запора?
        ├── ДА → Действие: оценить питание, недокорм/перекорм, вид вскармливания;
    вести как функциональный запор только при отсутствии красных флагов. Срочность:
    плановый или срочный осмотр по выраженности. Источник: S12. Возраст: 0-3 месяца.
        └── НЕТ → Действие: наблюдать динамику, уточнить дневник стула/кормления и
    повторно оценить при изменении симптомов; не лечить отсутствие ежедневного стула
    само по себе. Срочность: планово. Источник: S12. Возраст: 0-3 месяца.
```

6. Маршрутизация

- Возможно амбулаторное наблюдение: типичная дисхезия с мягким стулом, успокоением после дефекации и отсутствием красных флагов [S12].
- Необходим срочный осмотр: кровь в стуле, лихорадка, потеря массы, замедление роста, желчная рвота, выраженное вздутие, поздний меконий, аномалии ануса или неврологические признаки [S12].
- Необходима госпитализация: не задаётся отдельным универсальным критерием в S12 для дисхезии; решается при выявлении органической патологии или тяжёлого состояния.
- Необходима экстренная помощь: желчная рвота с выраженным вздутием, тяжёлое нарушение состояния или другая картина острой патологии; S12 запрещает считать это функциональным состоянием [S12].

7. Что объяснить родителям

Если ребёнок долго тужится и плачет, а затем выделяет мягкий стул и успокаивается, это может быть младенческая дисхезия, то есть трудность координации мышц, а не запор [S12]. Запор не определяется только тем, что стул бывает не каждый день: важны плотность стула, болезненность, задержка, живот, рост и красные флаги [S12].

8. Чего делать не нужно

- Не ставить запор только по отсутствию ежедневного стула [S12].
- Не назначать слабительные при типичной дисхезии [S12].
- Не делать рутинную ректальную стимуляцию при дисхезии [S12].
- Не переводить ребёнка на грудном вскармливании на смесь только из-за функционального запора [S12].
- Не считать желчную рвоту, выраженное вздутие, кровь в стуле или плохую прибавку функциональной проблемой [S12].

9. Источники

- S12. "Функциональные расстройства органов пищеварения у детей", 2021.

97. «Жидкий стул»

1. Первый вопрос

Сначала нужно понять, это действительно диарея или обычный мягкий/жидковатый стул младенца. S52 подчёркивает, что у маленького ребёнка стул в норме может быть мягким, рыхлым или жидковатым, поэтому одна консистенция не ставит диагноз диареи [S52].

Уточняют возраст, тип вскармливания, обычный стул именно этого ребёнка, сколько раз стул был за сутки, стало ли резко чаще, стал ли он заметно водянистее, есть ли кровь, большое количество слизи или воды, необычный цвет, рвота, желчная рвота, температура/гипотермия, плохое кормление, вялость, моча, масса/динамика массы, вздутие живота, контакт с кишечной инфекцией и недавняя смена смеси [S03; S04; S05; S28; S52].

2. Что можно считать доброкачественной веткой

Возможный нормальный вариант обсуждается только если жидковатый стул привычен для ребёнка, он активен, кормится как обычно, моча сохранена, масса не вызывает тревоги, нет лихорадки/гипотермии, рвоты, крови, выраженной слизи/воды в стуле, вздутия живота и признаков обезвоживания [S28; S52].

Нельзя писать «у грудничка любой жидкий стул нормален». S52 отдельно указывает, что внезапное учащение стула и необычно высокая доля жидкости могут указывать на диарею, а при большом количестве крови, слизи или воды в стуле нужно связаться с педиатром немедленно [S52].

3. Красные флаги

При жалобе на жидкий стул опасны:

- кровь, большое количество слизи или воды в стуле [S52];
- резкое учащение стула, особенно если он стал значительно водянистее обычного [S52];
- лихорадка у ребёнка младше 3 месяцев или гипотермия в febrile-infant/neonatal-sepsis контексте [S04; S30; S52];
- повторная рвота, желчная рвота или кровь в рвоте [S03; S05];
- плохое кормление, вялость, трудное пробуждение, угнетение сознания, апноэ, судороги или плохая перфузия у новорождённого [S04];
- сухость кожи/слизистых, сниженный тургор, потеря массы, вялость, тахикардия/тахипноэ или сниженная моча как признаки возможного эксикоза [S28];
- выраженное вздутие живота или сочетание жидкого стула с рвотой и неблагополучным видом [S03; S05; S12].

4. Возраст 0-28 суток

У новорождённого жидкий стул с температурной нестабильностью, плохим кормлением, вялостью, плохой перфузией, апноэ или судорогами нельзя вести как «кишечную инфекцию дома». S04 используется здесь только в своём возрастном контексте: подозрение на неонатальный сепсис/тяжёлое состояние в первые 28 суток [S04].

5. Обезвоживание

Главный риск при настоящей диарее - обезвоживание. В этом разделе не создаётся самодельная шкала тяжести и не даются домашние объёмы оральной регидратации в мл/кг: текущий сильный набор источников для возраста 0-90 суток этого безопасно не закрывает [S28].

На практике участковый педиатр оценивает слизистые, тургор, массу, активность, перфузию, мочу, частоту дыхания/сердцебиение, кормление, рвоту и внешний вид ребёнка [S03; S04; S05; S28].

6. Решение

Ветка	Ситуация	Следующий шаг
A	Жидковатый привычный стул; ребёнок активен, ест, мочится, нет крови, рвоты, температуры, потери массы и обезвоживания	Оценить как возможный вариант нормы; объяснить, какие изменения требуют повторной оценки [S52].
B	Стул стал чаще или водянистее, но ребёнок стабилен, ест, мочится, нет крови и системных признаков	Очная или ближайшая оценка гидратации и кормления по возрасту и динамике; не назначать домашнюю регидратационную схему без оценки [S28; S52].
C	Есть кровь/много слизи или воды, рвота, лихорадка/гипотермия, плохое кормление, обезвоживание, вялость, сниженная моча, потеря массы или вздутие	Срочная медицинская оценка по ведущему риску [S03; S05; S12; S28; S30; S52].
D	0-28 суток плюс системные признаки: температурная нестабильность, плохое кормление, вялость, апноэ, судороги, плохая перфузия	Вести как возможную неонатальную инфекцию/сепсис; не домашняя ветка диареи [S04].

7. Чего не писать

- «Любой жидкий стул у грудничка - норма».
- «Диарея определяется только консистенцией».
- «Кровь в стуле - это, скорее всего, аллергия/трещина/инфекция» без осмотра.
- «Давать домашний раствор/регидратацию по ложке каждые X минут» без возрастно-специфичного источника.
- «Если нет температуры, кишечной инфекции быть не может».

98. «Мало мочится»

1. Первый вопрос

Не начинать с числа подгузников. Сначала нужно понять, действительно ли мочи стало меньше по сравнению с обычным состоянием ребёнка и есть ли признаки недостаточного поступление питания, обезвоживания, неонатального сепсиса или мочевой инфекции.

Уточняют возраст, день жизни, когда было последнее мочеиспускание, сколько мокрых подгузников и насколько они действительно мокрые, частоту кормлений, эффективный перенос молока или объём/приготовление смеси, рвоту/диарею, температуру/гипотермию, массу, активность, цвет мочи, уратные пятна, подозрение на кровь, отёки и сопутствующие жалобы [S04; S06; S34; S35; S36; S52].

2. Не смешивать разные контексты

Одна цифра не переносится между контекстами:

- как маркер поступления питания в первые дни: S36/S35 используют <1 мочеиспускания и стула за сутки жизни как повод тщательной оценки грудного вскармливания, а не как универсальную почечную норму [S35; S36];
- как физиология раннего новорождённого: S28 описывает возможную задержку мочеиспускания до 12 часов после рождения и транзиторную олигурию первых 3 суток [S28];
- как маркер перфузии/сепсиса: S04 использует почасовой диурез <1 мл/кг/час при подозрении на неонатальный сепсис, но это не инструкция родителям считать мл/кг/ч дома [S04];

- как мочевая патология: S06 описывает у детей первого года неспецифические проявления ИМП, включая изменение мокрых подгузников, запах мочи, снижение аппетита, рвоту и лихорадка без очага [S06].

S52 даёт родительский ориентир для новорождённых: мочеиспускание может быть от каждых 1-3 часов до 4-6 раз в день, а при болезни, лихорадке или сильной жаре обычный объём может снижаться. Этот источник не превращается здесь в диагностический порог «норма/патология» для всех 0-90 суток [S52].

3. Ураты и цвет мочи

Розово-кирпичное пятно в первую неделю может быть связано с концентрированной мочой/уратами, но это не «точно норма» во всех ситуациях. S52 указывает, что при сохранении розового окрашивания нужно консультироваться с педиатром; кровь в моче или кровянистое пятно после первой недели не являются нормой [S52].

Если ураты/тёмная моча сочетаются с плохим кормлением, потерей массы, вялостью, уменьшением мочи, желтухой или признаками обезвоживания, нужна оценка поступление питания, массы и состояния ребёнка [S28; S34; S35; S36].

4. Красные флаги

При жалобе «мало мочится» опасны:

- вялость, трудное пробуждение, угнетение сознания, плохое кормление или слабое сосание [S04; S35];
- рвота, диарея, лихорадка/гипотермия или неблагополучный вид [S04; S30; S52];
- сухие слизистые, сниженный тургор, потеря массы, тахикардия/тахипноэ, плохая перфузия [S04; S28];
- отсутствие мочи или резкое снижение от обычного, особенно вместе с плохим кормлением, потерей массы или обезвоживанием [S28; S35; S36];
- почасовой диурез <1 мл/кг/час у новорождённого с подозрением на сепсис/нарушение перфузии [S04];
- возможная кровь в моче или болезненность/дистресс при мочеиспускании [S06; S52];
- лихорадка у 29-90 суток с urinary concern: это алгоритм младенца с лихорадкой, а не обычная изолированная ИМП-ветка [S06; S30].

5. Решение

Ветка	Ситуация	Следующий шаг
A	Ребёнок клинически благополучен, кормление эффективно, моча близка к обычной, масса и поведение стабильны, красных флагов нет	Перепроверить поступление питания, способ подсчёта подгузников, цвет мочи и динамику; наблюдение только при сохранном состоянии [S34; S35; S36; S52].
B	Мочи меньше и есть сомнение в кормлении, переносе молока, приготовлении смеси, массе или ранних уратах, но нет системных красных флагов	Очная оценка кормления и гидратации: кормление, масса, моча/стул, желтуха, слизистые, тургор [S28; S34; S35; S36].
C	Резкое снижение или отсутствие мочи плюс обезвоживание, вялость, плохая перфузия, рвота/диарея, лихорадка/гипотермия или плохое кормление	Срочная или экстренная медицинская оценка по состоянию [S04; S28; S30].
D	Лихорадка у 29-90 суток плюс мочевая жалоба или подозрение на ИМП	Вести по возрастному алгоритму младенца с лихорадкой: S30 требует ОАМ и посев мочи у всех младенцев с лихорадкой <=90 суток; S06-ветка ИМП не отменяет это [S06; S30].

6. Чего не писать

- «Считать только число подгузников достаточно».
- «<1 мл/кг/час - домашняя норма для родителей».
- «Кирпичное пятно - точно нормально».
- «Мало мочится - просто дать воды».
- «Лихорадка + мочевая жалоба у 29-90 суток ведётся как обычный цистит».

99. «Плохо набирает массу»

1. Первый вопрос

Одна масса не является диагнозом. Сначала нужно проверить дату и метод измерения, весы, одежду/подгузник, массу при рождении, минимальную массу, массу при выписке, текущую массу, гестационный возраст, тип вскармливания, мочу/стул, желтуху, рвоту, признаки болезни, длину и окружность головы, если они доступны [S01; S34; S35; S36].

Отдельно разделяют три ситуации: первоначальная физиологическая убыль, восстановление массы рождения и последующая прибавка после восстановления. Один процент или граммы в сутки нельзя переносить на все этапы [S01; S34; S35; S36].

2. Ранняя убыль и восстановление массы рождения

S01 использует убыль массы <10% как один из критериев готовности здорового новорождённого к выписке, а не как домашнее правило безопасности [S01].

S34-S36 дают поводы для оценки: потеря массы выше 75-го перцентиля по номограмме, 8-10% на 5-е сутки или позже, >10% от массы рождения, а также <1 мочеиспускания и стула за сутки жизни требуют тщательной оценки грудного вскармливания/поступления питания, но не означают автоматическое назначение смеси без оценки кормления и состояния [S34; S35; S36].

Восстановление массы рождения обычно ожидается в интервале 7-14 дней, но это не абсолютная граница патологии: S34 пишет о среднем восстановлении около 8-го дня и обычно не позже 10-14 дней, а ABM #2 подчёркивает, что многие, но не все дети восстанавливают массы рождения к 7-14 дням [S34; S36].

3. После восстановления массы

После восстановления массы рождения жалобу оценивают по динамике на одной и той же шкале, типу вскармливания, наблюдаемому кормлению, моче/стулу, общему состоянию и симптомам. S34 даёт ориентиры первого месяца: медианная прибавка 1023 г у мальчиков и 879 г у девочек; <600 г за первый месяц требует внимания; при позднем восстановлении массы рождения на 3-й неделе ожидают не менее 200 г за неделю; <150 г/нед в 2-4 недели без положительной динамики является показанием к докорму в контексте оценки кормления [S34].

Не вводится универсальное правило «30 г/сут» для всех 0-3 месяцев. Для 61-90 суток текущие источники не закрывают полный перцентильный алгоритм оценки прибавки; поэтому раздел остаётся жалобным алгоритмом, а не таблицей норм прибавки [S34].

4. Оценка кормления

Если ребёнок стабилен, оценка начинается с кормления:

- наблюдать кормление, положение, захват, боль у матери, эффективность сосания и эффективный перенос молока [S13; S34; S35];
- проверить частоту кормлений, ночные интервалы, докорм и технику докорма [S34; S35; S36];

- при смеси проверить приготовление, объём и переносимость; зелёный стул нормальной консистенции сам по себе не показание к смене смеси [S34; S37];
- оценить мочу, стул, желтуху, обезвоживание, активность, рвоту и дыхание [S02; S03; S26; S33; S34; S35; S36].

Плохая прибавка не равна автоматически «мало молока» и не равна автоматически «нужна смесь». Докорм рассматривается по клиническим показаниям после оценки, с приоритетом поддержки лактации и безопасного плана [S34; S35; S36].

5. Красные флаги

Плохая прибавка требует срочной оценки, если есть:

- стойкое плохое кормление, слабое сосание, вялость, трудное пробуждение [S04; S35];
- обезвоживание, снижение мочи, потеря массы или плохая перфузия [S04; S28; S34; S35; S36];
- повторная рвота, желчная рвота, кровь в рвоте, рвота фонтаном в возрасте риска пилоростеноза [S03; S05; S26];
- дыхательная работа, тахипноэ в контексте ДН, апноэ, цианоз, затруднение кормления при дыхательном синдроме [S28; S33];
- лихорадка/гипотермия или неблагополучный вид [S04; S30];
- кровь в стуле, стойко жидкий стул с риском обезвоживания, выраженное вздутие, отсутствие прибавки/потеря массы при функциональных ЖКТ-жалобах [S12; S52];
- желтуха с вялостью, отказом от кормления или неврологическими признаками [S02].

6. Решение

Ветка	Ситуация	Следующий шаг
A	Возможна ошибка данных: разные весы, одежда, неверные даты, нет birth/discharge/lowest weight	Перемерить корректно, восстановить график дат и масс, не делать вывод по одной точке.
B	Вероятна проблема переноса молока/техники/объёма, ребёнок стабилен	Наблюдаемое кормление, оценка захвата/переноса молока, мочи/стула, массы, желтухи; план поддержки кормления/докорма только по показаниям [S34; S35; S36].
C	Плохая прибавка вместе с рвотой, жидким стулом, сниженной мочой, желтухой, дыхательными симптомами или обезвоживанием	Очная медицинская оценка причины; не сводить к лактации или смеси [S02; S03; S05; S12; S26; S28; S33].
D	Системные красные флаги: вялость, трудное пробуждение, лихорадка/гипотермия, апноэ, цианоз, плохая перфузия, судороги, желчная рвота, выраженное обезвоживание	Срочная/экстренная маршрутизация по ведущему синдрому [S03; S04; S26; S28; S30; S33].

7. Чего не писать

- «Плохо набирает - сразу смесь».
- «>10% потери массы - всегда норма дома» или «>10% - всегда смесь».
- «14 дней без восстановления массы рождения - автоматический диагноз».
- «30 г/сут - универсальная норма 0-3 месяцев».
- «Одного контрольного взвешивания достаточно».

100. «Тяжело дышит»

1. Первый вопрос

Если родители говорят «тяжело дышит», сначала оценивают ребёнка, а не называют это насморком. Нужно уточнить, когда началось, внезапно или постепенно, есть ли затруднение в покое или только при кормлении/плаче, апноэ, изменение цвета, шумное дыхание, заложенность носа, кашель, лихорадка, рвота, сонливость/вялость, кормление и моча [S04; S28; S33].

2. Минимальная оценка

Минимально оценивают ЧДД в спокойном состоянии, дыхательную работу, втяжения, раздувание крыльев носа, стонущее/кряхтящее дыхание, апноэ, центральный цианоз, проведение дыхания, хрипы/крепитацию, кормление, гидратацию, активность/сознание, температуру и SpO2, если она измерена медицинским прибором [S04; S28; S33].

3. ЧДД, втяжения, стонущее дыхание, апноэ

Пороги S33 >60/мин для 0-2 месяцев и >50/мин для 2-12 месяцев используются только как признаки дыхательной недостаточности, а не как верхняя граница нормы здорового младенца [S33].

Не возвращается неоднозначная запись S04 `35 < ЧД >70`: она ранее исключена из клинического использования как небезопасная для интерпретации.

Втяжения уступчивых мест грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры, раздувание крыльев носа и стонущее/кряхтящее дыхание являются признаками повышенной дыхательной работы/ДН, особенно если есть плохое кормление, вялость, цианоз или обезвоживание [S04; S28; S33].

Апноэ - красный флаг. S28 определяет апноэ как остановку дыхания >=20 секунд или более короткую паузу при изменении тонуса, бледности, цианозе или брадикардии; это не означает, что паузы короче 20 секунд всегда безопасны [S28].

4. Бронхиолит как одна из веток, а не диагноз по одному признаку

Если есть ОРИ/кашель и признаки дыхательной недостаточности, у ребёнка первых 3 месяцев нужно помнить об остром бронхиолите. S33 описывает бронхиолит у детей до 2 лет, чаще до 1 года; возраст младше 3 месяцев является фактором риска тяжёлого течения [S33].

Бронхиолит не ставится только по тахипноэ. Для него важны кашель/катаральный фон, свистящие хрипы/крепитация, втяжения, раздувание крыльев носа, работа дыхания, кормление, гидратация, апноэ и оксигенация [S33].

5. SpO2

Любая цифра SpO2 должна быть привязана к контексту. В S33 SpO2 <90% на воздухе входит в симптомы дыхательной недостаточности, 90-95% и <90% используются в таблице степеней ДН, кислород при бронхиолите обсуждается при SpO2 <=92-94%, невозможность поддерживать >92% на кислороде относится к ОРИТ-критериям, а >94% на воздухе - к критериям выписки после бронхиолита [S33].

SpO2 >=95% с пре-/постдуктальной разницей <3% из S01 относится к роддомовому скринингу критических/цианотичных ВПС в 36-48 часов жизни. Это не домашнее правило, что «сатурация 95% всегда безопасна» или «ниже 95% всегда один и тот же маршрут» [S01].

6. Чего не делать рутинно

При бронхиолите S33 не поддерживает рутинный сальбутамол для всех, рутинные антибиотики без бактериальной инфекции/серьёзного подозрения, рутинные системные/ингаляционные стероиды, гипертонический 3% NaCl у детей до 3 месяцев, рутинную физиотерапию/перкуссионный массаж, рутинный рентген и лабораторные исследования без показаний [S33].

7. Решение

Ветка	Ситуация	Следующий шаг
A	Нет красных флагов, ребёнок бодр, кормится, нет втяжений, стонущее дыхание, апноэ, центрального цианоза и ухудшения; вероятна верхне-дыхательная заложенность	Очная/плановая оценка по возрасту и динамике, щадящая поддержка верхних дыхательных путей без агрессивной санации [S33].
B	Есть повышенная работа дыхания, тахипноэ в контексте ДН, втяжения, плохое кормление, сонливость или обезвоживание	Срочная оценка дыхания, гидратации/кормления и SpO2 в медицинском контексте [S28; S33].
C	Апноэ, центральный цианоз, тяжёлое нарушение состояния, стонущее дыхание с нарушением состояния, нарушение сознания, плохая перфузия или невозможность кормления	Экстренная оценка дыхательных путей, дыхания и кровообращения; не домашняя ветка [S04; S28; S30; S33].

8. Чего не писать

- «Тяжело дышит - это обычно насморк».
- «>60 или >50 - универсальная верхняя граница нормы».
- «SpO2 95% из скрининга ВПС - домашний emergency cutoff».
- «Сальбутамол/стероиды/антибиотик/небулайзер/массаж всем при бронхиолите».
- «Пауза <20 секунд безопасна».

101. «Посинел»

1. Первый вопрос

Это жалоба высокого риска. Сначала нужно уточнить, где именно синюшность: губы/язык/слизистые или только кисти/стопы; постоянная или эпизодическая; связана ли с плачем, кормлением, сном, кашлем/поперхиванием, холодом; есть ли апноэ, изменение тонуса, отсутствие реакции, дыхательная недостаточность, плохое кормление, лихорадка/гипотермия или вялость [S04; S28; S33].

Нельзя писать «синий носогубный треугольник = порок сердца». До клинической оценки нельзя дистанционно различить сердечные, лёгочные, инфекционные, неврологические/метаболические или BRUE-подобные причины; текущий источник закрывает маршрутизацию по красным флагам, а не полный дифференциальный диагноз цианоза [S04; S28; S33].

2. Центральный и периферический/акральный цианоз

S28 различает центральный цианоз как признак артериальной дезоксигенации/дыхательной или сердечной недостаточности. Периферический цианоз/акроцианоз связан с замедлением периферического кровотока [S28].

Изолированная синюшность кистей/стоп без нарушения дыхания, кормления, реакции и общего состояния не равна центральному цианозу. Но «акроцианоз» нельзя использовать как

успокаивающий ярлык, если есть апноэ, вялость, плохое кормление, втяжения, стонущее дыхание, лихорадка/гипотермия, плохая перфузия или повторные эпизоды [S04; S28; S33].

3. Опасные сочетания

Центральный цианоз у младенца - признак высокого риска. Если синюшность сочетается с апноэ, изменением тонуса, отсутствием реакции, дыхательной работой, плохим кормлением, сонливостью/вялостью или плохой перфузией, это экстренная ветка [S04; S28; S33].

Цианоз с дыхательной недостаточностью ведётся как экстренная дыхательная ветка: оценить втяжения, стонущее дыхание, раздувание крыльев носа, ЧДД, SpO2 в медицинском контексте, кормление, гидратацию и сознание [S28; S33].

Цианоз или дыхательная работа во время кормления не должны объясняться «усталостью при еде» без оценки дыхания, сердца, перфузии и эффективности кормления [S04; S28; S33].

4. SpO2 и CCHD

S01-цифры SpO2 >=95% и разница <3% относятся к скринингу критических/цианотичных ВПС в роддоме в 36-48 часов жизни. Они не являются домашним правилом, которое отменяет оценку ребёнка с клиническим цианозом [S01].

Если SpO2 измерена, значение интерпретируют вместе с видом ребёнка, дыханием, перфузией, возрастом и условиями измерения. В этом разделе не вводится единый универсальный порог SpO2 для жалобы «посинел» вне контекста ДН/бронхиолита/скрининга [S01; S28; S33].

5. Решение

Ветка	Ситуация	Следующий шаг
A	Кратковременное периферическое/акральное изменение цвета, ребёнок тёплый, бодрый, нормально дышит и ест, эпизод не повторяется	Оценить контекст, согревание/осмотр, объяснить признаки, при которых нужна повторная оценка [S28].
B	Изменение цвета стойкий, повторяется или непонятно, но без явного апноэ/центрального цианоза/дыхательной работы	Очная оценка: цвет слизистых, дыхание, перфузия, кормление, температура, SpO2 по показаниям [S04; S28; S33].
C	Центральный цианоз или цианоз плюс апноэ, изменение тонуса/реакции, дыхательная недостаточность, плохое кормление, вялость, лихорадка/гипотермия или плохая перфузия	Экстренная медицинская оценка; не вести как «синий носогубный треугольник» или акроцианоз [S04; S28; S30; S33].

6. Чего не писать

- «Синий носогубный треугольник = порок сердца».
- «Акроцианоз всегда норма».
- «Если домашний пульсоксиметр показывает около 95%, можно не оценивать ребёнка».
- «Цианоз во время кормления - просто усталость».
- «Можно дистанционно отличить сердечную и лёгочную причину по цвету».

102. «Проблема с пупком»

1. Возраст ребёнка

Алгоритм применим прежде всего к новорождённым и детям первых недель жизни, когда идёт мумификация, отделение пуповинного остатка и эпителизация ранки. Для ребёнка первых 3 месяцев с сохраняющейся проблемой пупка алгоритм остаётся входом для сортировки, но затяжное отделяемое или грануляция требуют очной профильной оценки [S01; S27].

2. Что уточнить у родителей

- На какой день жизни возникла проблема.
- Отпал ли пуповинный остаток и когда.
- Что беспокоит: влажность, запах, отделяемое, кровь, разрастание ткани, покраснение, отёк [S27].
- Есть ли лихорадка, вялость, выраженная возбудимость, отказ от питания, потеря массы, срыгивания [S27].
- Чем обрабатывали пупок, не пытались ли ускорить отпадение остатка [S01; S27].
- Было ли загрязнение мочой или калом и как область очищали [S01; S27].

3. Что оценить при осмотре

- Общее состояние: температура, активность, кормление, масса, цвет кожи, неврологический статус [S27].
- Пуповинный остаток: сухой ли, мумифицируется ли, есть ли загрязнение.
- Пупочную ранку: отделяемое, запах, гиперемия, отёк, инфильтрация, гной [S27].
- Есть ли грануляционная ткань/фунгус [S27].
- Есть ли кровотечение и сочетается ли оно с воспалением [S27].
- Есть ли распространение воспаления, некроз, флегмона или признаки генерализации [S27].

4. Красные флаги

КРАСНЫЕ ФЛАГИ
- гиперемия пупочного кольца вместе с воспалительными признаками [S27];
- отёк или инфильтрация вокруг пупочного кольца [S27];
- серозно-гнойное или гнойное отделяемое [S27];
- неприятный запах вместе с воспалением [S27];
- кровотечение на фоне признаков инфекции [S27];
- распространение воспаления на кожу живота, флегмона, некроз, грязно-бурый влажный остаток, гнилостный запах [S27];
- лихорадка, отказ от питания, угнетение или выраженная возбудимость, потеря массы, признаки сепсиса, шока, ДВС-синдрома или полиорганной недостаточности [S27].

5. Алгоритм действий

```
НАЧАЛО
↓
Осмотреть ребёнка целиком: температура, активность, кормление, масса, дыхание, цвет
    кожи, неврологический статус
↓
Есть системные признаки, распространение воспаления, флегмона, некроз, гнилостный
    запах, сепсис или шок?
```

```
├── ДА → Действие: экстренная госпитализация; при флегмонозной/некротической форме -
    детский хирург. Срочность: экстренно. Источник: S27. Возраст: новорождённые,
    жалобный вход 0-3 месяца.
└── НЕТ → Осмотреть пупочную область.
    ↓
    Есть гиперемия с отёком/инфильтрацией, гнойное или серозно-гнойное отделяемое,
    запах с воспалением, кровотечение на фоне инфекции?
    ├── ДА → Действие: вести как подозрение на омфалит; направить в стационарное
    отделение патологии новорождённых, выполнить обследование в медицинском маршруте.
    Срочность: срочно. Источник: S27. Возраст: новорождённые.
    └── НЕТ → Есть загрязнение мочой или калом без воспалительных признаков?
        ├── ДА → Действие: промыть водой, по S27 - водой с жидким мылом, используемым
    в отделении, осушить чистой салфеткой и повторно оценить воспаление. Срочность:
    планово при отсутствии красных флагов. Источник: S01, S27. Возраст: новорождённые.
        └── НЕТ → Остаток сухой, мумифицируется, ранка без отёка, инфильтрации, гноя и
     нарушения состояния?
            ├── ДА → Действие: сухое чистое ведение, без профилактических
    антисептиков; объяснить сроки отделения и признаки тревоги. Срочность:
    амбулаторно. Источник: S01, S27. Возраст: первые недели жизни.
            └── НЕТ → Есть изолированная грануляционная ткань/фунгус без признаков
    инфекции?
                ├── ДА → Действие: не называть автоматически омфалитом; исключить
    инфекцию и врождённые аномалии, не назначать неподтверждённое амбулаторное
    лечение. Срочность: очная профильная оценка, не экстренно без красных флагов.
    Источник: S27. Возраст: первые недели жизни. [ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА
    ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННОГО ФУНГУСА]
                └── НЕТ → Есть единичное небольшое кровотечение без воспаления?
                    ├── ДА → Действие: осмотреть и исключить инфекцию; не расписывать
    бытовое лечение кровотечения без источника. Срочность: очная оценка без признаков
    омфалита; срочно при присоединении воспаления. Источник: S27 только для
    кровотечения на фоне инфекции. Возраст: первые недели жизни. [ТРЕБУЕТ
    ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИСТОЧНИКА ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО НЕЗНАЧИТЕЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ]
                    └── НЕТ → Действие: очная оценка причины длительного
    отделяемого/заживления, включая врождённые аномалии при соответствующей картине.
    Срочность: внепланово. Источник: S27. Возраст: новорождённые и первые месяцы как
    жалобный вход.
```

6. Маршрутизация

- Возможно амбулаторное наблюдение: сухой пуповинный остаток или заживающая ранка без отёка, инфильтрации, гноя, распространения покраснения и ухудшения состояния [S01; S27].
- Необходим срочный осмотр: гиперемия с отёком/инфильтрацией, серозно-гнойное/гнойное отделяемое, запах с воспалением, кровотечение на фоне инфекции или ухудшение состояния [S27].
- Необходима госпитализация: признаки омфалита у новорождённого; S27 указывает стационарные условия лечения и госпитализацию в отделение патологии новорождённых [S27].
- Необходима экстренная помощь: распространение воспаления, флегмона, некроз, гнилостный запах, признаки генерализации, сепсиса, шока, ДВС-синдрома или полиорганной недостаточности; при флегмонозной/некротической форме нужен детский хирург [S27].

7. Что объяснить родителям

Пуповинный остаток обычно высыхает и отпадает самостоятельно в течение первой-второй недели или до 2 недель, а окончательное заживление ранки может занимать 3-4 недели [S01; S27]. Здоровый пупок не нужно профилактически заливать антисептиками; его держат сухим и чистым [S01; S27]. Если остаток загрязнился мочой или калом, область промывают и аккуратно осушают [S01; S27].

8. Чего делать не нужно

- Не обрабатывать профилактически здоровый пуповинный остаток антисептиками и дезинфицирующими средствами [S01; S27].
- Не добавлять в воду для купания антисептики, дезинфицирующие средства или настои трав [S01].
- Не отрывать, не перевязывать и не пытаться ускорить отпадение остатка [S27].
- Не оставлять ребёнка с подозрением на омфалит дома без маршрутизации [S27].
- Не придумывать амбулаторное лечение изолированной гранулёмы или домашнюю схему лечения небольшого кровотечения без дополнительного источника.

9. Источники

- S01. Клинические рекомендации "Здоровый новорождённый, рождённый в условиях стационара", 2025.
- S27. Клинические рекомендации "Омфалит у новорожденных", 2026.

Проверка ограничений

- Новых жалобных алгоритмов за пределами 91, 92, 93, 96 и 102 не добавлено.
- Универсальный порог фототерапии не использован: лечение желтухи привязано к таблицам/номограммам S02.
- Возрастные рамки указаны отдельно; решения из неонатальных источников не перенесены на 29-90 дней как самостоятельные универсальные правила.
- Желчная рвота не описана как физиологическая.
- Омфалит не оставлен на домашнем наблюдении.
- Медикаменты без показаний не назначаются.

103. «Сыпь»

1. Что именно видят родители

Сыпь - это описание, а не диагноз. Сначала нужно выяснить, что видят родители: пятна, папулы, белые точки, шелушение, потницу в складках, элементы в зоне подгузника, пустулы, пузыри, мокнутие, гной, кровоизлияния, болезненность, отёк, поражение слизистых или изменение кожи вокруг пупка [S27; S48; S49].

Фото может помочь понять, о чём говорит семья, но по фото нельзя закрывать диагноз у ребёнка 0-3 месяцев, если есть системные признаки, пузыри, пустулы, гной, быстрое распространение или неблагополучный вид [S04; S27; S49].

2. Возраст

У новорождённого первые дни и недели чаще встречаются переходные кожные состояния: toxic erythema, милии, miliaria, физиологическое шелушение, ограниченный neonatal cephalic pustulosis. Но этот возраст одновременно является возрастом высокого риска инфекции: S04 описывает экзантему среди возможных признаков неонатального сепсиса, а S27 закрывает омфалит как неонатальную пупочную инфекцию [S04; S27; S48; S49].

Для 29-90 суток доброкачественная ветка переходных кожных состояний новорождённого уже менее убедительна, если высыпание новое, распространяется, мокнет, выглядит как пузыри/пустулы или сочетается с лихорадкой/гипотермией, вялостью или плохим кормлением. Полный дерматологический алгоритм для 0-90 суток текущими источниками не закрыт [S48; S49].

3. Что исключить первым

Сначала исключают не название конкретной сыпи, а опасный контекст:

- ребёнок выглядит больным, вялым, плохо ест, трудно пробуждается или есть лихорадка/гипотермия [S04; S30];
- покраснение быстро распространяется, кожа болезненна, есть выраженный отёк, инфильтрация, некроз или гной [S27; S49];
- есть пузыри, буллы или pustules, особенно у новорождённого: DermNet подчёркивает, что vesiculobullous/pustular lesions у neonates могут быть как доброкачественными, так и инфекционными или другими серьёзными состояниями [S49];
- сыпь связана с пупком: нужно отдельно исключить омфалит, флегмонозный/некротический процесс, фунгус/гранулёму без инфекции и врождённые аномалии пупочной области [S27].

4. Красные флаги

При жалобе «сыпь» опасны:

- лихорадка/гипотермия, вялость, угнетение сознания, плохое кормление, плохая перфузия или неблагополучный вид [S04; S30];
- rapidly spreading erythema, выраженная болезненность, отёк или инфильтрация кожи [S27; S49];
- vesicles, буллы, widespread pustules, серозно-гнойное или гнойное отделяемое [S27; S49];
- некроз, грязно-бурый влажный пуповинный остаток, гнилостный запах или распространение воспаления от пупка [S27];
- кровоизлияния/экхимозы на фоне тяжёлой пупочной инфекции, шока или выраженного неблагополучия - это не бытовая сыпь, а повод срочной оценки [S04; S27];
- поражение слизистых вместе с pustules/blisters или системными признаками, потому что neonatal pustular/infectious conditions могут затрагивать skin and mucous membranes [S49].

5. Минимальный анамнез

Уточняют возраст, день жизни, когда появилась сыпь, где началась, распространяется ли, меняется ли с перегревом/одеждой/подгузником, есть ли лихорадка/гипотермия, вялость, плохое кормление, рвота, снижение мочи, болезненность, мокнутие, гной, пузыри, пустулы, кровоизлияния, поражение глаз/рта/слизистых, проблема с пупком, новые моющие средства, кремы, масла, травы, антисептики, присыпки, влажные салфетки, подгузники и попытки домашней обработки [S01; S04; S27; S48; S49].

6. Минимальный осмотр

Осмотр включает температуру, общий вид, активность, кормление, перфузию, дыхание и неврологический статус; затем описывают морфологию, распространённость, болезненность, отёк/инфильтрацию, мокнутие, гной, пузыри/пустулы, слизистые, зону подгузника, складки и пупочную область [S04; S27; S48; S49].

В зоне подгузника RCH поддерживает регулярную оценку перианальной зоны для раннего выявления пелёночного дерматита и кандидозной инфекции; кандидозный паттерн в источнике описан как эритема в складках с сателлитными элементами или пустулами. Этот раздел не вводит самостоятельное лечение antifungals/steroids, а использует признак как повод к очной оценке при нетипичности или стойкости [S48].

7. Вероятная доброкачественная ветка

Доброкачественная ветка возможна только если ребёнок клинически благополучен, активен, ест, мочится, нет лихорадки/гипотермии, болезненности, пузырей, распространённых пустул, гноя, мокнутия с воспалением, отёка/инфильтрации, слизистого поражения, пупочной инфекции и ухудшения состояния.

В эту ветку могут входить:

- токсическая эритема новорождённых: раннее доброкачественное преходящее высыпание, не беспокоит ребёнка и обычно проходит самостоятельно [S49];
- физиологическое шелушение и сухость без трещин/мокнутия/воспаления, где достаточно щадящего очищения и ухода за кожным барьером [S01; S48];
- милии: мелкие белые элементы, часто на лице, обычно проходят самостоятельно [S48; S49];
- ограниченный неонатальный цефалический пустулёз / неонатальная угревая сыпь у благополучного ребёнка, без распространения и системных признаков [S49];
- милиария / тепловая сыпь, особенно при перегреве/окклюзии, улучшающаяся при охлаждении и снятии окклюзирующей одежды [S49].

Даже в доброкачественной ветке врач не ставит новый диагноз по одному описанию семьи: он сверяет возраст, морфологию, общее состояние и динамику.

8. Опасная ветка

Опасная ветка начинается, если есть системные признаки, пузыри, буллы, распространённые пустулы, гной, быстрое распространение покраснения, выраженная болезненность, отёк/инфильтрация, некроз, поражение слизистых или пупочные признаки омфалита [S04; S27; S49].

Если сыпь рядом с пупком, нельзя смешивать доброкачественное раздражение, гранулёму/фунгус и омфалит. S27 определяет омфалит как воспаление дна пупочной ранки, окружающей кожи/подкожной клетчатки и сосудов; признаки омфалита требуют стационарной маршрутизации, а флегмонозный/некротический процесс - экстренной оценки [S27].

9. Действие участкового педиатра

Ветка	Ситуация	Следующий шаг
A	Типичная переходная/доброкачественная сыпь, ребёнок клинически благополучен, нет красных флагов	Объяснить доброкачественную динамику, щадящий уход, отсутствие агрессивной обработки; контроль по динамике [S01; S48; S49].
B	Сыпь непонятная или стойкая, но ребёнок клинически благополучен, без системных признаков, пузырей/гноя/быстрого распространения	Очная оценка: морфология, распространённость, уходовые средства, подгузник/складки/слизистые/пупок; не лечить по фото [S48; S49].
C	Пустулы/пузыри, быстрое распространение, лихорадка/гипотермия, вялость, плохое кормление, болезненность, отёк, гной или неблагополучный вид	Срочная медицинская оценка; не писать домашнюю дерматологическую схему [S04; S30; S49].
D	Сыпь/воспаление связано с пупком: гиперемия с отёком/инфильтрацией, гной, запах с воспалением, некроз, распространение	Вести по алгоритму инфекции/омфалита; госпитализация при признаках омфалита, детский хирург при флегмонозной/некротической форме [S27].

10. Чего не делать

- Не писать «сыпь у грудничков почти всегда аллергия».
- Не ставить диагноз по фотографии, если есть красные флаги.
- Не назначать рутинно спирт, йод, бриллиантовую зелень, марганцовку, травяные ванны, эфирные масла, антибактериальные мази или присыпки без точного показания [S01; S48].
- Не вскрывать, выдавливать и не «подсушивать» милии, пустулы или акнеподобные элементы.

- Не переносить алгоритм омфалита на любую сыпь и не называть пупочную гранулёму автоматически инфекцией [S27].
- Не вводить схемы противогрибковых средств, стероидов или барьерных кремов как лечение для всех: лечение пелёночного дерматита требует отдельного контекста и очной оценки [S48].

104. «Выбухает родничок»

1. Что именно видят родители

Нужно уточнить, что родители называют «выбухает»: родничок кажется более полным, пульсирует, заметен только лёжа, появляется при плаче/натуживании/рвоте или остаётся напряжённым и выпуклым, когда ребёнок спокоен и находится в вертикальном положении [S60].

Главный принцип: родничок нельзя интерпретировать без положения ребёнка, плача/спокойствия и общего состояния.

2. Возраст

У ребёнка 0-3 месяцев передний родничок обычно ещё открыт; S28 описывает у доношенного новорождённого передний родничок до 3x3 см, а MedlinePlus указывает, что anterior fontanelle чаще закрывается значительно позже - в 7-19 месяцев [S28; S60].

Окружность головы не оценивается по одной цифре. S41 содержит таблицы/кривые WHO окружности головы по возрасту, включая период от рождения до 13 недель; для жалобы важна динамика по кривой, а не одиночное измерение без контекста [S41].

3. Что исключить первым

Сначала исключают истинное выбухание родничка и опасные сочетания:

- родничок напряжённый/выпуклый в покое, когда ребёнок спокоен и находится вертикально [S60];
- лихорадка/гипотермия, вялость, трудное пробуждение, плохое кормление, нарушение сознания, судороги или аномальный неврологический осмотр [S02; S04; S30];
- повторная рвота или рвота вместе с выбухающим родничком/судорогами/быстрым ростом окружности головы [S03];
- травма, быстрое ухудшение состояния или быстрое увеличение окружности головы по траектории [S41; S42].

4. Красные флаги

При жалобе «выбухает родничок» опасны:

- стойкий напряжённый/выбухающий родничок в спокойном вертикальном положении [S60];
- лихорадка/гипотермия, вялость, трудное пробуждение, нарушение сознания, плохое кормление или плохая перфузия [S04; S30];
- судороги, необычные движения, выраженная гипотония/гипорефлексия или другие неврологические изменения [S02; S04; S43];
- повторная рвота, особенно с неврологическими признаками, выбухающим родничком или быстрым увеличением окружности головы [S03];
- необычный высокий/"мозговой" крик в контексте желтухи или системного неблагополучия [S02; S04];
- быстрое увеличение окружности головы или пересечение траектории на кривых WHO [S41];
- травма или подозрение на abusive head trauma [S56].

5. Минимальный анамнез

Уточняют возраст, гестационный возраст, когда заметили изменение, ребёнок был лёжа или вертикально, плакал/натуживался/рвал или был спокоен, выбухание постоянное или эпизодическое, возвращается ли к обычному виду в спокойном вертикальном положении, есть ли лихорадка/гипотермия, рвота, вялость, трудное пробуждение, судороги/необычные движения, необычный крик, плохое кормление, травма, желтуха, изменение окружности головы и предыдущие измерения [S02; S03; S04; S41; S60].

6. Минимальный осмотр

Осмотр проводят в клиническом контексте: общее состояние, температура, сознание/реакция, кормление, дыхание, перфузия, неврологический статус, рвота/желтуха, измерение окружности головы с нанесением на кривую WHO, осмотр головы на травму и пальпация родничка в максимально спокойном состоянии [S02; S04; S28; S41; S60].

S28 поддерживает семиотику повышенного внутричерепного давления: при этом могут отмечаться расхождение краёв большого родничка, увеличение, плотная мембранозная часть, пульсация и негативная реакция на пальпацию [S28]. Это не означает, что по одному признаку можно поставить диагноз «повышенное ВЧД».

7. Вероятная доброкачественная ветка

MedlinePlus указывает, что при плаче, положении лёжа или рвоте родничок может выглядеть выбухающим, но должен возвращаться к нормальному виду, когда ребёнок спокоен и находится вертикально. Поэтому ветка более низкого риска возможна только если «выбухание» кратковременно, объясняется положением/плачем, полностью нормализуется в спокойном вертикальном положении и ребёнок полностью клинически благополучен [S60].

Даже в этой ветке не вводится «нормальная степень выбухания». Если родничок остаётся необычным, напряжённым или родителей/врача беспокоит динамика, нужна очная оценка.

8. Опасная ветка

Истинное стойкое выбухание родничка, особенно с лихорадкой/гипотермией, вялостью, рвотой, судороги, нарушение сознания, плохое кормление, необычным криком, плохой перфузией, травмой или быстрым ростом окружности головы, не ведётся как доброкачественная находка [S02; S03; S04; S41; S60].

S04 используется только в неонатальном возрастном контексте: у 0-28 суток системные признаки с неврологическими проявлениями требуют рассматривать тяжёлое неонатальное состояние/сепсис. S30 закрывает алгоритм лихорадки/гипотермии у 29-90 суток, но не является полным алгоритмом афебрильного выбухания родничка [S04; S30].

9. Действие участкового педиатра

Ветка	Ситуация	Следующий шаг
A	Родничок кажется полным только при плаче/лёжа/рвоте и нормализуется, когда ребёнок спокоен и вертикально; ребёнок клинически благополучен	Очная или ближайшая повторная оценка, объяснить зависимость от положения/плача; не ставить диагноз по фото [S60].
B	Стойкое необъяснимое наполнение/выбухание, даже без явных системных признаков	Быстрая очная оценка: состояние, температура, неврология, окружность головы по WHO, рвота, травма [S28; S41; S60].
C	Выбухание плюс лихорадка/гипотермия, вялость, рвота, судороги, нарушение сознания, плохое кормление, необычный крик, плохая перфузия, травма или быстрое увеличение окружности головы	Срочная/экстренная медицинская оценка; не домашняя ветка [S02; S03; S04; S30; S41; S60].

10. Чего не делать

- Не писать «выбухающий родничок = менингит».
- Не писать «родничок выбухает - значит ВЧД» по одному признаку.
- Не оценивать родничок только по фото без положения ребёнка и общего состояния.
- Не вводить выбор визуализации, показания к ЛП, нейрохирургическую диагностику или лечение внутричерепной гипертензии: текущий набор источников закрывает распознавание и маршрутизацию, а не полный алгоритм ВЧГ.
- Не использовать одну окружность головы без динамики по WHO-кривой.

105. «Судороги / необычные движения»

1. Что именно видят родители

Необычное движение не всегда судорога, но настоящая судорога у ребёнка первых 3 месяцев не должна наблюдаться дома без медицинской оценки. Сначала нужно описать эпизод: возраст, начало, длительность, повторяемость, ритм, глаза/лицо/конечности, одна сторона или обе, изменение сознания, цвет, дыхание, тонус, сон/бодрствование, кормление, температура и состояние после эпизода [S04; S18; S43; S44].

Если можно снять видео без задержки помощи и без риска для ребёнка, это полезно для врача как практическая фиксация. Но видео не должно задерживать обращение при апноэ, цианозе, нарушении сознания, лихорадке/гипотермии, плохом кормлении или повторном/продолжающемся эпизоде (практическое примечание).

2. Возраст

У 0-28 суток S43 относится именно к неонатальным судорогам первых 28 дней; S04 также включает судороги и изменения нервной системы в картину возможного неонатального сепсиса. Эти утверждения, относящиеся только к неонатальному периоду, не переносятся автоматически на 29-90 суток [S04; S43].

У 29-90 суток лихорадка/гипотермия с необычным эпизодом ведётся через возрастно-специфичный алгоритм младенца с лихорадкой S30. Судорога или необычное движение без лихорадки в 29-90 суток текущими источниками не закрыты как полный профильный алгоритм, поэтому текст ограничен распознаванием и срочной маршрутизацией [S30].

3. Что исключить первым

Сначала исключают вероятную судорогу или опасный пароксизмальный эпизод:

- нарушение сознания, отсутствие реакции, трудное пробуждение или постэпизодная вялость [S04; S18];
- апноэ, цианоз, нарушение дыхания, изменение цвета или вегетативные признаки [S04; S28; S44];
- глазные феномены, повторные/фокальные события, асимметричное вовлечение, нарушение тонуса [S18; S42; S44];
- лихорадка/гипотермия, плохое кормление, неблагополучный вид [S04; S30];
- желтуха с вялостью, гипертонусом, опистотонусом, необычным криком или судорогами [S02].

4. Красные флаги

При жалобе «судороги / необычные движения» опасны:

- нарушение сознания, трудное пробуждение, стойкая вялость или изменённая реакция [S04];

- апноэ, цианоз, затруднение дыхания или плохая перфузия [S04; S28; S33];
- лихорадка/гипотермия или ребёнок с нарушенным общим состоянием [S04; S30];
- плохое кормление, слабое сосание или отказ от питания [S04; S35];
- фокальные, повторные, ритмичные, не подавляемые удержанием или длительные тревожные события [S18; S43; S44];
- глазные феномены или вегетативные признаки вместе с тремороподобными движениями [S44];
- нарушение тонуса, гипотония/гипорефлексия, гипертонус/опистотонус [S02; S04];
- желтуха с неврологическими признаками, включая судороги [S02];
- регресс, потеря навыков или стойкая выраженная асимметрия движений [S18; S39; S42].

5. Минимальный анамнез

Уточняют возраст, гестационный возраст, была ли недоношенность, когда началось, сколько длилось, повторялось ли, что делал ребёнок до эпизода, сон/бодрствование, кормление, температура, желтуха, рвота, травма, цвет, дыхание, тонус, глаза, лицо, конечности, одна сторона или обе, ритмичность, прекращалось ли событие при мягком удержании/сгибании конечности, провоцировалось ли стимулом, изменилось ли сознание и как ребёнок восстановился [S02; S04; S18; S44].

Прекращение при удержании и зависимость от стимула используются только как вспомогательная семиотика джиттеринга, а не как домашний тест безопасности [S44].

6. Минимальный осмотр

Минимально оценивают общее состояние, температуру, дыхание, цвет, перфузию, кормление, сознание/реакцию, неврологический статус, тонус, симметрию движений, родничок, окружность головы при показаниях, желтуху и признаки инфекции. У новорождённого с судорогами/неврологическими изменениями S04 используется как источник по неонатальному сепсису/системному неблагополучию, а S02 - как контекст желтухи/билирубиновой энцефалопатии [S02; S04; S18; S41].

7. Вероятная доброкачественная ветка

Возможная ветка более низкого риска обсуждается только после оценки состояния: краткая реакция вздрагивания / реакция, похожая на рефлекс Моро, тремор/джиттеринг без изменения сознания, без апноэ/цианоза, без глазных/вегетативных признаков, зависящий от стимула и прекращающийся при мягком удержании/сгибании конечности, у ребёнка, который клинически благополучен, кормится и восстанавливается полностью [S01; S18; S44].

Это не домашний диагностический тест. Если эпизод повторяется, непонятен, фокальный, сопровождается изменением цвета/дыхания/сознания или семья не уверена, ребёнка нужно оценить очно.

8. Опасная ветка

Вероятная судорога, нарушение сознания, апноэ, цианоз, системное неблагополучие, фокальные/повторные эпизоды, нарушение тонуса, неврологические признаки при желтухе или стойкая вялость - это ветка высокого риска. У 0-28 суток это может быть проявлением неонатального сепсиса или другого неонатального неврологического экстренного контекста; у 29-90 суток с лихорадкой/гипотермией применяется S30 алгоритм младенца с лихорадкой [S02; S04; S30; S43].

В этом разделе не используются пороги глюкозы и не пишется алгоритм судорог при гипогликемии: пороги S35 ранее аудированы в контексте кормления/докорма, а не как полноценное руководство по неврологическим экстренным состояниям [ОГРАНИЧЕНИЕ ИСТОЧНИКОВ].

9. Действие участкового педиатра

Ветка	Ситуация	Следующий шаг
A	Движение явно похоже на вздрагивание/рефлекс Моро или доброкачественный джиттеринг, ребёнок клинически благополучен, нет изменения сознания, апноэ/цианоз, лихорадка/гипотермия и повторов	Клиническая оценка при сомнении; объяснить, что прекращение при удержании/зависимость от стимула не являются домашним гарант-тестом [S01; S18; S44].
B	Эпизод неясен, повторяется, есть тревога семьи, но на осмотре ребёнок стабилен и без явных красных флагов	Срочная очная оценка/наблюдение по клинической картине; видео можно использовать, если оно уже есть или не задерживает помощь [S18; S44].
C	Вероятная судорога, нарушение сознания, апноэ, цианоз, нарушение дыхания, лихорадка/гипотермия, плохое кормление, стойкая вялость, фокальное/повторное событие, желтуха с неврологическими признаками	Экстренная медицинская оценка; не домашнее наблюдение [S02; S04; S30; S43; S61].

Если помощь уже вызвана и эпизод продолжается, допустимы только базовые безопасные действия из общей первой помощи при судорогах: убрать рядом опасные предметы, не удерживать ребёнка, не класть ничего в рот, не давать воду/еду/лекарства через рот, наблюдать дыхание; если ребёнок лежит, осторожно повернуть на бок при возможности без травмирования. Это не заменяет экстренную оценку у ребёнка 0-3 месяцев [S61].

10. Чего не делать

- Не писать «это точно тремор» по описанию семьи.
- Не учить родителей самостоятельно отличать все необычные движения от судорог.
- Не вводить порог «>5 минут» как возрастно-специфический критерий этого пособия: в текущем наборе источников нет профильного проверенного порога для 0-3 месяцев, а вероятная судорога уже требует экстренной оценки.
- Не давать порог глюкозы в этом разделе.
- Не удерживать конечности, не пытаться «остановить» движения, не класть предметы в рот, не давать воду/еду/лекарства через рот во время эпизода [S61].
- Не писать «судороги + желтуха = точно билирубиновая энцефалопатия»: это сочетание высокого риска, требующее срочной оценки [S02].

Ограничения источников этой главы

- Для 88 нет единого современного источника, закрывающего полный дифференциальный алгоритм «плохо ест» у 29-90 суток без документированной лихорадки; финальный текст не заявляет такой полноты.
- Для 89 нет единого современного источника, закрывающего весь дифференциальный диагноз вялости 29-90 суток без документированной лихорадки; финальный текст оставляет более широкую маршрутизацию по красным флагам.
- Для 88-89 маршруты «срочно/экстренно» в амбулаторном языке являются практической адаптацией формулировок риска в источниках и не заменяют локальный порядок СМП/стационара.
- Для 94 нет единого источника, закрывающего весь дифференциальный диагноз стойкого плача 0-90 суток, включая травму, хирургическую боль и неврологические причины; финальный текст не ставит диагноз по плачу и оставляет маршрутизацию по красным флагам.

- Для 95 нет полного проверенного алгоритма по болезни Гиршпрунга, мальротации и кишечной непроходимости; финальный текст использует красные флаги и не создаёт хирургический алгоритм.
- Для 94-95 формулировки «срочно/экстренно» являются практической адаптацией формулировок риска в источниках и не заменяют локальный порядок маршрутизации.
- Для 97 нет полного проверенного алгоритма инфекционной диареи и возрастно-специфичной домашней оральной регидратации 0-90 суток; финальный текст ограничен распознаванием, гидратацией и маршрутизацией по красным флагам.
- Для 98 нет единого амбулаторного руководства по жалобе «мало мочится» у здорового младенца 0-90 суток, а также полного алгоритма гематурии/почечной патологии; финальный текст разделяет поступление питания, обезвоживание, сепсис и контексты ИМП.
- Для 99 нет полного полного алгоритма недостаточной прибавки массы и полного перцентильного алгоритма прибавки 61-90 суток; финальный текст использует только проверенные ранние пороговые значения кормления/массы и красные флаги.
- Для 100 дыхательная жалоба шире бронхиолита/дыхательной недостаточности: пневмония, ВПС, аспирация, инородное тело, метаболические и неврологические причины не закрыты полным алгоритмом.
- Для 101 полный алгоритм цианоза/BRUE/сердечно-лёгочного/неврологического/метаболического дифференциального диагноза не закрыт; финальный текст различает центральный и периферический/акральный цианоз и маршрутизирует красные флаги.
- Для 97-101 формулировки «срочно/экстренно» являются практической адаптацией формулировок риска в источниках и не заменяют локальный порядок маршрутизации.
- Для 103 нет полного дерматологического/инфекционного кожного алгоритма 0-90 суток; финальный текст ограничен доброкачественными переходными высыпаниями, красными флагами зоны подгузника, проверкой омфалита и срочной маршрутизацией.
- Для 104 нет полного алгоритма ВЧГ/менингита/гидроцефалии/нейрохирургической маршрутизации; финальный текст разделяет преходящее наполнение и истинное стойкое выбухание, затем маршрутизирует красные флаги.
- Для 105 нет полного алгоритма судорог/BRUE/пароксизмальных событий 29-90 суток; S44 используется только как вспомогательная семиотика джиттеринга, S43 - только неонатальный возрастной контекст, S61 - общая первая помощь.
- Для 103-105 формулировки «срочно/экстренно» являются практической адаптацией формулировок риска в источниках и не заменяют локальный порядок маршрутизации.

XI. Приложения

Приложение 1. Нормальные показатели 0-3 месяцев

Это приложение не является полной таблицей норм. Оно собирает только те ориентиры, которые уже проверены в главах и техническая карта источников. Если универсальная норма в текущем наборе источников не подтверждена, вместо числа оставлен источник-пробел.

Проверенные ориентиры

Показатель	Возрастной контекст	Проверенный ориентир	Что он означает	Источник
Возрастная группа	0-7 суток	Первая неделя после рождения: сверить выписку, кормление, массу, мочу/стул, желтуху, пупок и скрининги	Практический возрастной слой, не отдельный диагноз	S01, S02, S27, S34-S36
Возрастная группа	8-28 суток	Всё ещё период новорождённости	Источники только для неонатального периода применимы только в пределах своего возрастного контекста	S04
Возрастная группа	29-60 суток	Отдельная ветка алгоритма младенца с документированной лихорадкой	Не переносить S04 как прямой алгоритм	S30
Возрастная группа	61-90 суток	Отдельная ветка младенца с лихорадкой с меньшим объёмом минимального обследования, чем 29-60 суток	Не объединять с 29-60 там, где источник разделяет возраст	S30
Масса, длина, окружность головы	Здоровый доношенный новорождённый	Масса 2300-4100 г, длина 45-53 см, окружность головы 31-36 см	Ориентиры S01 для здорового доношенного новорождённого; не универсальные границы патологии	S01
Окружность головы дальше	От рождения до 13 недель и далее	Оценивать по таблицам/кривым WHO с учётом пола и возраста	Не использовать самодельное правило "см в месяц"	S41
ЧДД	Здоровый новорождённый	30-60/мин, ритмичное дыхание без хрипов	Возрастной контекст S01; не норма для всех 0-90 суток	S01
ЧСС	Здоровый новорождённый в покое	110-160/мин	Возрастной контекст S01; не переносить на весь диапазон 0-90 суток	S01
Температура	0-28 суток, подозрение на неонатальный сепсис	>38,0 °C или <36,0 °C - порог риска в клиническом контексте	Это не физиологическая "норма", а признак в контексте S04	S04
Температура	29-90 суток, алгоритм младенца с лихорадкой	Документированная ректальная температура >=38,0 °C; гипотермия <36,0 °C повышает риск инфекции	Это критерий алгоритма S30, не универсальная таблица температуры	S30
SpO2	36-48 часов жизни, скрининг критического/цианотического ВПС	Пре-/постдуктальная SpO2 >=95% и разница <3% в заданном скрининговом контексте	Не домашняя универсальная норма SpO2	S01
ЧДД при болезни	Острый бронхиолит/дыхательная недостаточность	>60/мин для 0-2 месяцев и >50/мин для 2-12 месяцев	Порог тяжести заболевания, не колонка "норма"	S33
Мочеиспускание	Первые дни жизни	Возможны задержка первого мочеиспускания до 12 часов и транзиторная олигурия первых 3 суток	Физиология раннего новорождённого; не бытовая норма подгузников для 0-90 суток	S28

Показатель	Возрастной контекст	Проверенный ориентир	Что он означает	Источник
Диурез при тяжёлом состоянии	0-28 суток, suspected sepsis	<1 мл/кг/час - признак нарушения перфузии/органной дисфункции	Экстренный контекст, не норма мочеиспусканий	S04
Стул	Ранний новорождённый	Меконий 1-2 сутки, переходный стул с 3-го дня, с 5-го дня стул зависит от типа вскармливания	Ранний ориентир, а не универсальная частотная таблица	S28
Масса после рождения	Выписка/раннее вскармливание	<10% в S01 - критерий готовности к выписке; 75-й центиль, 8-10% на 5-е сутки и >10% - поводы для оценки	Не писать "до 10% всегда норма" и не назначать докорм автоматически	S01, S34-S36

Что сознательно не включено как универсальная норма

- Нормальный диапазон температуры тела для всех 0-90 суток.
- Универсальная норма SpO2 для здорового младенца дома.
- Универсальная частота ЧДД и ЧСС для всего периода 0-90 суток.
- Таблица "X мокрых подгузников в день" для каждого возраста.
- Универсальная частота стула 0-90 суток.
- Нормативы артериального давления для всех детей 0-3 месяцев.

Приложение 2. Переходные состояния: норма vs патология

Переходное состояние нельзя описывать словами "это всегда норма". Безопасная формулировка требует возраста, ожидаемого контекста и красных флагов.

Состояние	Что может быть вариантом адаптации	Что настораживает	Действие
Физиологическая убыль массы	После рождения возможна убыль; <10% в S01 используется как критерий готовности к выписке	Убыль за пределами оценочных поводs, плохое кормление, вялость, обезвоживание, желтуха, недостаточная динамика массы	Оценить кормление, технику, массу, мочу, стул, желтуху; не назначать докорм по одному проценту [S01; S34; S35; S36]
Переходные кожные изменения	Токсическая эритема, милии, ограниченная потница или neonatal cephalic pustulosis возможны у благополучного новорождённого	Лихорадка/гипотермия, плохое кормление, вялость, пузыри, гной, быстрое распространение, боль, некроз, вовлечение пупка	Не лечить агрессивно типичные доброкачественные элементы; при красных флагах перейти к очной оценке/маршрутизации [S04; S27; S48; S49]
Родовая конфигурация, caput, кефалогематома	Caput может переходить через швы; кефалогематома ограничена костью и не переходит через швы	Диффузное флюктуирующее увеличение, быстрое увеличение окружности головы, признаки шока, ухудшение после вакуума/щипцов, выраженная желтуха/анемия	Отличить тип родового изменения; при признаках subgaleal hemorrhage или ухудшении - срочная оценка [S02; S50; S51]
Половой криз	Нагрубание молочных желёз, небольшие выделения из сосков, слизистые выделения или краткие кровянистые выделения у девочки могут быть физиологичны	Массирование/выдавливание, воспаление, боль, лихорадка, асимметричная болезненная припухлость, нарушение мочеиспускания, сомнение в строении наружных половых органов	Объяснить не давить и не греть; при неблагополучии - очный осмотр [S53]
Уратные пятна	Розово-оранжевое или "кирпичное" пятно в первую неделю может соответствовать уратам	Стойкое отсутствие мочи, ухудшение кормления, вялость, обезвоживание, сомнение в крови, лихорадка/гипотермия	Оценить возраст, мочеиспускание, кормление, массу и состояние; не выдавать ураты за доказательство благополучия [S04; S28; S52]
Переходный стул	Меконий 1-2 сутки, переходный стул с 3-го дня, далее характер зависит от вскармливания	Позднее выделение мекония, кровь в стуле, выраженное вздутие, желчная рвота, потеря массы, лихорадка/вялость	Оценить живот, стул, рвоту, кормление и общее состояние; перейти к профильному алгоритму при красных флагах [S04; S12; S28]
Желтуха новорождённого	Неонатальная желтуха оценивается по возрасту в часах/сутках, гестации, факторам риска и билирубину	Желтуха <24 часов, быстрое усиление, ладони/стопы, вялость, плохое кормление, неврологические признаки, длительность >3 недель, тёмная моча/ахоличный стул	Не оценивать "на глаз"; использовать S02 и приложение 9; холестатическая ветвь остаётся ограничением источников [S02]
Срыгивание	Пассивное срыгивание возможно у благополучного ребёнка, который ест и прибавляет	Желчь, кровь, рвота фонтаном, потеря массы, обезвоживание, вялость, дыхательные или неврологические признаки	Отличить от активной рвоты; при красных флагах не вести как физиологию [S03; S05; S26]

Ограничения

- Это приложение не закрывает микробиоту, полный режим прогулок, все варианты патологической сыпи, полный алгоритм "мало мочится" и полный хирургический дифференциал рвоты.
- Если основная глава помечает ограничение источников, приложение сохраняет это ограничение и не добавляет число или бытовое правило по памяти.

Приложение 3. Красные флаги у ребёнка 0-28 дней

> Если новорождённый выглядит больным, отсутствие высокой температуры не исключает тяжёлую инфекцию [S04].

Это приложение применяется только к возрасту 0-28 суток. Оно не описывает правила для 29-90 дней.

Основная таблица

Система/признак	Красный флаг	Что сделать	Срочность	Источник
Общее состояние	Трудно разбудить, летаргия, угнетение сознания	Оценить дыхание, перфузию, температуру, кормление; при подозрении на сепсис не задерживать госпитализацию	ЭКСТРЕННО	S04
Общее состояние	Выраженное беспокойство или необычный крик	Искать другие признаки неблагополучия: температура, дыхание, кожа, неврологический статус, очаг инфекции	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S04
Общее состояние	Отказ от кормления, ухудшение кормления, вялое сосание	Оценить как возможный признак тяжёлой инфекции или нарушения состояния	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S04
Температура	Температура ядра тела >38,0 °C	Оценить на сепсис/тяжёлую инфекцию; при подозрении на сепсис - экстренная госпитализация	ЭКСТРЕННО	S04
Температура	Температура ядра тела <36,0 °C	Оценить состояние, перфузию, дыхание, кормление; не ограничиваться домашним наблюдением при красных флагах	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S04
Температура	Температурная лабильность	Повторно оценить общее состояние, дыхание, перфузию, неврологический статус	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S04
Температура	Нормальная температура при плохом состоянии	Не исключать тяжёлую инфекцию; маршрутизировать по клиническому состоянию	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S04
Дыхание	Апноэ	Оценить цвет кожи, ЧСС, дыхание, неврологический статус; не оставлять на домашнем наблюдении	ЭКСТРЕННО	S04
Дыхание	Нарушение частоты или ритма дыхания	Оценить ЧДД, ритм, апноэ, втяжения, цвет кожи, перфузию	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S04
Дыхание	Респираторный дистресс, участие вспомогательной мускулатуры	Оценить дыхание, цвет кожи, кормление, перфузию, температуру	ЭКСТРЕННО при нарушении состояния	S04
Дыхание	Стонущее дыхание	Рассматривать как возможный ранний признак тяжёлого состояния; срочно оценить дыхание и перфузию	ЭКСТРЕННО	S04
Дыхание	Цианоз	Оценить дыхание, сердце, перфузию, температуру	ЭКСТРЕННО при центральном цианозе или нарушении состояния	S04

Система/признак	Красный флаг	Что сделать	Срочность	Источник
Дыхание	Десатурация в медицинском контексте	Использовать как признак неблагополучия при осмотре/мониторинге; не как домашнюю норму SpO2	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S28, S33
Кровообращение	Капиллярное наполнение >3 секунд	Оценить перфузию, ЧСС, АД, диурез, сознание	ЭКСТРЕННО	S04
Кровообращение	Артериальная гипотензия	Рассматривать как нарушение кровообращения; не задерживать маршрутизацию	ЭКСТРЕННО	S04
Кровообращение	Выраженная тахи- или брадикардия в контексте подозрения на сепсис	Оценить вместе с дыханием, перфузией, температурой и диурезом	ЭКСТРЕННО	S04
Кровообращение	Признаки шока	Немедленная помощь и госпитализация	ЭКСТРЕННО	S04
Кровообращение	Снижение почасового темпа диуреза менее 1 мл/кг/час при подозрении на сепсис	Оценить как признак нарушения перфузии/органной дисфункции	ЭКСТРЕННО	S04
Неврология	Судороги	Экстренная оценка тяжёлой инфекции, билирубиновой энцефалопатии и другой острой патологии	ЭКСТРЕННО	S04, S02
Неврология	Угнетение сознания	Оценить как тяжёлое нарушение состояния	ЭКСТРЕННО	S04
Неврология	Гипотония, гипорефлексия	Оценить как возможный неврологический признак тяжёлого состояния	ЭКСТРЕННО при подозрении на сепсис	S04
Неврология	Выраженные патологические изменения крика или тонуса	Оценить неврологический статус и общие красные флаги	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S04, S02
Желтуха	Появление до 24 часов жизни	Сывороточный билирубин с фракциями, оценка факторов риска, срочная оценка	СРОЧНО	S02
Желтуха	Быстрое нарастание или усиление после 3-4 суток	Измерить билирубин объективно, оценить гемолиз/анемию/факторы риска	СРОЧНО	S02
Желтуха	Прокрашивание ладоней/стоп	Лабораторная оценка билирубина и сопоставление с S02	СРОЧНО	S02
Желтуха	Неврологические признаки, судороги, гипертонус, опистотонус, "мозговой" крик	Срочная стационарная оценка риска билирубиновой энцефалопатии	ЭКСТРЕННО	S02

Система/признак	Красный флаг	Что сделать	Срочность	Источник
Желтуха	Плохое кормление, вялость на фоне желтухи	Не наблюдать только визуально; оценить билирубин и состояние	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S02
Желтуха	Длительность более 3 недель	Оценить общий, свободный и связанный билирубин	СРОЧНО	S02
Рвота / живот	Желчная рвота	Срочная оценка для исключения хирургической и другой органической причины	СРОЧНО	S03, S05
Рвота / живот	Кровь в рвотных массах	Срочная оценка причины	СРОЧНО	S03, S05
Рвота / живот	Рвота фонтаном	Помнить о пилоростенозе; оценить массу, диурез, обезвоживание, хирургическую маршрутизацию	СРОЧНО	S03, S05, S26
Рвота / живот	Выраженное вздутие живота	Оценить вместе с рвотой, стулом, перистальтикой и общим состоянием	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S04, S12
Рвота / живот	Обезвоживание, потеря массы	Оценить кормление, диурез, перфузию, необходимость стационара	СРОЧНО/ЭКСТРЕННО	S03, S05, S26
Пупок	Отёк, инфильтрация, гиперемия с воспалительными признаками	Вести как подозрение на омфалит; направить в стационар	СРОЧНО	S27
Пупок	Серозно-гнойное или гнойное отделяемое	Госпитализация при признаках омфалита	СРОЧНО	S27
Пупок	Распространение воспаления	Оценить тяжёлый омфалит/генерализацию	ЭКСТРЕННО	S27
Пупок	Некроз, флегмона, грязно-бурый влажный остаток, гнилостный запах	Экстренная госпитализация; детский хирург при флегмонозной/некротической форме	ЭКСТРЕННО	S27
Пупок	Признаки сепсиса на фоне пупочной инфекции	Немедленная маршрутизация как тяжёлое инфекционное состояние	ЭКСТРЕННО	S04, S27

Немедленно маршрутизировать

- Подозрение на сепсис у новорождённого: тяжёлое нарушение состояния, угнетение сознания, отказ от кормления, апноэ, дыхательные нарушения, цианоз, плохая перфузия, температурная лабильность, температура ядра >38,0 °C или <36,0 °C, судороги, олигурия или локальный очаг инфекции [S04].
- Признаки шока: гипотензия, капиллярное наполнение >3 секунд, нарушение перфузии, снижение диуреза, нарушение сознания [S04].
- Желтуха с судорогами, гипертонусом, опистотонусом, "мозговым" криком или тяжёлым нарушением состояния [S02].
- Апноэ, тяжёлые дыхательные нарушения, центральный цианоз или десатурация в медицинском контексте [S04].
- Тяжёлый омфалит: флегмона, некроз, распространение воспаления, гнилостный запах, сепсис или шок [S27].

Ограничения

- Приложение не применяется к детям 29-90 суток.
- Дыхательные показатели и SpO2 здесь не превращаются в домашние нормы; они используются только как признаки неблагополучия в медицинском контексте.

Источники

- S02. Клинические рекомендации "Неонатальная желтуха", 2025.
- S03. Клинические рекомендации "Срыгивание и руминация новорожденного", 2025.
- S04. Клинические рекомендации "Сепсис новорождённых", 2025.
- S05. Клинические рекомендации "Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей", 2025.
- S12. "Функциональные расстройства органов пищеварения у детей", 2021.
- S26. Клинические рекомендации "Врожденный гипертрофический пилоростеноз", 2016.
- S27. Клинические рекомендации "Омфалит у новорожденных", 2026.
- S28. "Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребёнка", 2026.
- S33. Клинические рекомендации "Острый бронхиолит", 2025.

Приложение 4. Красные флаги у ребёнка 29-90 дней

Это приложение применяется только к возрасту 29-90 суток. Оно не использует S04 как прямой алгоритм для этого возраста: S04 остаётся источником по неонатальному сепсису 0-28 суток. Для лихорадки используется S30 с разделением 29-60 и 61-90 суток.

Лихорадка и возраст

Возраст	Красный флаг	Что сделать	Источник
29-60 суток	Документированная ректальная температура >=38,0 °C у клинически благополучного ребёнка	Использовать алгоритм младенца с лихорадкой 29-60 суток; не считать это обычной "простудой" без оценки	S30
61-90 суток	Документированная ректальная температура >=38,0 °C	Использовать отдельную ветку 61-90 суток; минимум оценка мочи по S30, возможное расширение как 29-60	S30
29-90 суток	Ребёнок с нарушенным общим состоянием на фоне температуры или гипотермии	Немедленная оценка дыхательных путей, дыхания и кровообращения; лечение не должно задерживаться	S30
29-90 суток	Аксиллярная, тимпаническая или субъективная температура	Не считать идентичной строгому критерию S30, но не игнорировать; нужна медицинская верификация и оценка состояния	S30

Красные флаги по системам

Домен	Что настораживает	Действие	Источник
Общее состояние	Вялость, трудно разбудить, нарушение сознания, выраженное ухудшение, необычный крик	Срочная очная оценка; при температуре - ветка S30	S30; профильные главы
Кормление	Отказ от кормления, плохое сосание, сонливость при кормлении, плохая прибавка вместе с другими симптомами	Оценить гидратацию, массу, дыхание, температуру, желтуху и рвоту	S34-S36, S30, S33
Дыхание	Апноэ, втяжения, стонущее дыхание, тяжёлое дыхание, сонливость/обезвоживание при бронхиолите	Срочная оценка дыхательной недостаточности; не использовать пороги ЧДД как норму	S33
Цианоз	Центральный цианоз или цианоз вместе с апноэ, нарушением тонуса/сознания, дыхательной недостаточностью	Экстренная оценка дыхания, перфузии и общего состояния	S28, S33
Кровообращение	Плохая перфузия, мраморность с плохим состоянием, признаки шока	Экстренная оценка; конкретный neonatal sepsis threshold из S04 не переносить как direct source	S30, S28
Неврология	Судороги, необычные повторные движения, нарушение сознания, стойкая асимметрия, выраженное нарушение тонуса, регресс	Срочная оценка; полный алгоритм 29-90 для афебрильных пароксизмов остаётся пробелом источников	S39, S42, S43, S61
Рвота	Желчь, кровь, рвота фонтаном, повторная рвота с обезвоживанием/потерей массы, неврологические признаки	Не вести как срыгивание; перейти к профильному алгоритму	S03, S05, S26
Стул	Кровь, выраженное вздутие, жидкий стул с лихорадкой/вялостью/обезвоживанием, задержка стула с рвотой	Оценить живот, рвоту, кормление, гидратацию и состояние	S12, S30
Моча	Мало мочи вместе с плохим кормлением, рвотой, диареей, температурой, вялостью или обезвоживанием	Оценить гидратацию; при лихорадке 29-90 использовать возрастные ветки S30/S06	S28, S30, S06
Желтуха	Желтуха с плохим кормлением, вялостью, неврологическими признаками, тёмной мочой, ахоличным стулом или длительностью >3 недель	Фракции билирубина и профильная оценка; алгоритм холестаза остаётся пробелом источников	S02
Кожа	Быстрое распространение, пузыри/пустулы, гной, некроз, болезненность, слизистые, лихорадка/гипотермия, плохое состояние	Не успокаивать по фото; очная оценка	S49, S48, S30
Масса/рост	Плохая прибавка вместе с рвотой, плохим кормлением, желтухой, дыхательными признаками или обезвоживанием	Не сводить к "мало молока"; оценить профильные причины	S34-S36, S03, S33

Ограничение источников

Нет одного полностью проверенного алгоритма для ребёнка 29-90 суток с нарушенным общим состоянием без лихорадки. Поэтому приложение собирает красные флаги из профильных источников и не создаёт новый самостоятельный маршрут для всех нетемпературных ситуаций.

Приложение 5. Чек-лист первого патронажа

Это рабочий клинический чек-лист, а не новый норматив патронажа. Точный срок первого домашнего патронажа в текущем наборе источников не подтверждён и не добавляется.

Перед осмотром

- [ ] Дата и время рождения.
- [ ] Гестационный возраст.
- [ ] Масса, длина тела, окружность головы при рождении.
- [ ] Масса при выписке и максимальная убыль массы.
- [ ] Апгар, если есть в выписке.
- [ ] Сведения о беременности/родах и факторах риска инфекции, если указаны.
- [ ] Витамин K.
- [ ] Вакцинация против гепатита B и туберкулёза или причина невыполнения.
- [ ] Неонатальный и расширенный неонатальный скрининг.
- [ ] Аудиологический скрининг.
- [ ] Скрининг критических ВПС.
- [ ] Передача информации для патронажа/наблюдения по месту проживания.

Первые 30-60 секунд

- [ ] Ребёнок просыпается и реагирует?
- [ ] Есть вялость, летаргия или угнетение сознания?
- [ ] Есть апноэ, стонущее дыхание, втяжения, центральный цианоз?
- [ ] Есть плохая перфузия, выраженная мраморность, признаки шока?
- [ ] Есть судороги или необычные движения?
- [ ] Есть выраженная желтуха или необычный крик?

Если есть экстренный красный флаг, плановый чек-лист не должен задерживать помощь [S02; S04; S27; S33].

Основной осмотр

- [ ] Жалобы семьи.
- [ ] Общее состояние, активность, крик, сонливость.
- [ ] Температура в клиническом контексте, без выдуманной домашней нормы.
- [ ] Кожа и цвет: желтуха, бледность, мраморность, цианоз, сыпь.
- [ ] Дыхание: частота, ритм, втяжения, стон, апноэ.
- [ ] Сердечно-сосудистая оценка: ЧСС в контексте осмотра, пульсация, перфузия.
- [ ] Кормление: ГВ/СВ/ИВ, частота, сосание, докорм, срыгивания/рвота.
- [ ] Масса и динамика.
- [ ] Моча: было ли мочеиспускание, изменилась ли моча, есть ли признаки обезвоживания.
- [ ] Стул: меконий/переходный стул, кровь, вздутие, связь с кормлением.
- [ ] Желтуха: возраст появления, динамика, кормление, стул/моча, состояние.

- [ ] Пупок: сухой/чистый, отёк, инфильтрация, гной, запах с воспалением, кровотечение.
- [ ] Неврологический статус: реакция, тонус, симметрия, рефлексы в возрастном контексте.
- [ ] Сон: положение, отдельная поверхность, мягкие предметы, сон на одной поверхности со взрослым, перегрев.
- [ ] Условия ухода: купание, пупок, кожа, подгузники, но без неподтверждённых числовых норм.
- [ ] Что объяснить семье: кормление, пупок, желтуха, срыгивания/рвота, моча/стул, безопасный сон, красные флаги.
- [ ] Следующий контакт: указать по действующему порядку или клинической необходимости, не придумывая necourced интервал.

Источниковые ограничения

- Точный нормативный срок первого патронажа не найден.
- Чек-лист не заменяет профилактические осмотры S09 и профильные главы.
- Если выявлена жалоба, нужно перейти к соответствующему алгоритму, а не закрывать её этим чек-листом.

Приложение 6. Чек-лист осмотра ребёнка до 3 месяцев

Этот чек-лист помогает не пропустить обязательные блоки осмотра. Он не содержит универсальных норм там, где они не подтверждены источниками.

Рабочий чек-лист

- [ ] Возраст: 0-7, 8-28, 29-60 или 61-90 суток.
- [ ] Гестационный возраст; у недоношенного ребёнка развитие читать с учётом скорректированного возраста.
- [ ] Жалобы и главный вопрос семьи.
- [ ] Общее состояние: активность, реакция, крик, сонливость, трудно ли разбудить.
- [ ] Сознание и поведение: контакт, ответ на осмотр, регресс или утрата навыка.
- [ ] Температура: интерпретировать по возрасту и контексту, не как универсальную норму.
- [ ] Кожа и цвет: бледность, мраморность, цианоз, желтуха, сыпь, пузыри, гной, некроз.
- [ ] Дыхание: ЧДД в допустимом возрастном контексте источника, ритм, втяжения, стон, апноэ, хрипы.
- [ ] ЧСС и перфузия: пульсация, цвет, капиллярное наполнение, признаки шока.
- [ ] Кормление: вид вскармливания, сосание, захват и эффективный перенос молока при ГВ, докорм, рвота/срыгивания.
- [ ] Масса, длина тела, окружность головы: динамика и возрастные кривые, не один изолированный показатель.
- [ ] Желтуха: возраст появления, динамика, билирубин/фракции при показаниях, неврологические признаки.
- [ ] Живот: форма, вздутие, болезненность, рвота, стул.
- [ ] Стул: меконий/переходный стул, кровь, выраженная жидкость, задержка с красными флагами.
- [ ] Моча: ранний возраст, диурез в контексте кормления, обезвоживания и инфекции.
- [ ] Пупок: сухой/чистый или отёк, инфильтрация, гной, запах с воспалением, некроз.
- [ ] Неврологический статус: тонус, симметрия, спонтанные движения, рефлексы новорождённого, необычные движения.

- [ ] Развитие: зрение, слух/голос, моторика, контроль головы, социальная реакция; ориентир развития не равен диагнозу.
- [ ] Скрининги и профилактика: роддомовые скрининги, витамин K, прививки при рождении, профилактические осмотры по S09.
- [ ] Красные флаги: при наличии срочного признака завершить плановый чек-лист и маршрутизировать.
- [ ] План: норма/наблюдение/профильная оценка/срочная или экстренная маршрутизация.

Не использовать этот чек-лист для

- постановки диагноза по одному ориентиру развития;
- переноса правил, относящихся только к неонатальному периоду, на 29-90 суток;
- домашней нормы SpO2;
- универсального расписания мочи/стула;
- назначения лечения без профильной главы.

Приложение 7. Оценка грудного вскармливания

Оценка грудного вскармливания не сводится к одному плачу, мягкости груди, одной сцеженной порции или одному проценту потери массы. Нужно сопоставить возраст, технику, перенос молока, массу, мочу, стул, желтуху и состояние ребёнка.

Чек-лист

- [ ] Возраст в часах/сутках/месяцах.
- [ ] Гестационный возраст.
- [ ] Вид вскармливания: ГВ, СВ, ИВ.
- [ ] Частота кормлений и ночные кормления в контексте возраста и состояния.
- [ ] Положение ребёнка у груди.
- [ ] Захват: широкий рот, подбородок у груди, нижняя губа вывернута, нет значимой боли.
- [ ] Сосание и глотание: ритм, паузы, признаки эффективного переноса молока.
- [ ] Боль у матери, травма сосков, переносимость кормления.
- [ ] Масса при рождении.
- [ ] Минимальная масса или максимальная убыль.
- [ ] Масса при выписке.
- [ ] Текущая масса и траектория.
- [ ] Моча и стул с учётом дня жизни.
- [ ] Желтуха и её динамика.
- [ ] Признаки гидратации и обезвоживания.
- [ ] Докорм: чем, почему назначен, объём/частота только если уже есть назначение или профильная оценка.
- [ ] Если используется смесь: безопасность приготовления по WHO/FAO, не импровизированные концентрации.
- [ ] Материнские вопросы и тревоги.

Масса и докорм

Ситуация	Как читать	Источник
Убыль <10% к выписке	Критерий готовности к выписке в S01, а не доказательство, что дома всё всегда нормально	S01
75-й центиль потери массы или 8-10% на 5-е сутки и позже	Повод для тщательной оценки, не автоматическая формула	S34, S35
>10% потери массы	Повод для тщательной оценки и поиска причины; не равно "сразу смесь всем"	S36, S35
<1 мочеиспускания и стула за день жизни в раннем периоде	Повод для оценки грудного вскармливания и поступления питания	S36
<4 стула на 4-е сутки или меконий на 5-е сутки	Повод для оценки поступления питания и переноса молока	S35

Когда докорм может быть медицинским вопросом

Докорм рассматривается после оценки положения, захвата и эффективного переноса молока. Возможные показания из S35/S34 включают значимую потерю массы, признаки обезвоживания, плохое кормление/вялость, гипербилирубинемию от недостаточного поступления питания и отдельные материнские причины. Это не домашний способ "успокоить плач" без оценки [S34; S35].

Если упоминаются пороги гипогликемии S35, они остаются только в медицинском контексте: <1,4 ммоль/л в первые 4 часа и <2,0 ммоль/л после 4 часов в протоколе докорма/медицинской оценки. Это не домашнее правило кормления и не алгоритм судорог [S35].

Что не делать

- Не говорить "до 10% потери массы - всегда норма".
- Не говорить ">10% - всегда смесь".
- Не назначать докорм только по плачу.
- Не отменять медицинскую оценку при вялости, плохом кормлении, желтухе, обезвоживании, рвоте или дыхательных симптомах.

Приложение 8. Срыгивание или рвота?

Возраст: 0-3 месяца.

Быстрое сравнение

Признак	Физиологическое срыгивание	Рвота / тревожный признак
Активное усилие	Пассивный заброс без напряжения брюшного пресса и диафрагмы [S03]	Активное, мощное выведение содержимого с участием мышц живота и грудной клетки [S12]
Связь с кормлением	Чаще после кормления; материал похож на проглоченную пищу [S03]	Может быть повторной, упорной, ночной, "фонтаном", с желчью или кровью [S03; S05]
Объём	Небольшой или умеренный, без влияния на состояние, кормление и рост [S03]	Обильный, прогрессирующий или приводит к потере массы/обезвоживанию [S03; S05; S26]
Характер выброса	Не "фонтаном", без активного усилия [S03]	Рвота фонтаном - красный флаг; при типичном возрасте помнить о пилоростенозе [S03; S05; S26]
Желчь	Не характерна	Желчная рвота - тревожный признак; не вести как физиологию [S03; S05]
Кровь	Не характерна	Кровь в рвотных массах - тревожный признак [S03; S05]
Рвота фонтаном	Не относится к физиологическому срыгиванию	Срочная оценка; пилоростеноз обычно возникает в 3-8 недель, симптомы часто в 2-4 недели [S26]
Состояние ребёнка	Ребёнок активен, ест, прибавляет массу, развивается без тревожных признаков [S03]	Вялость, лихорадка, отказ от кормления, апноэ или тяжёлые дыхательные нарушения требуют оценки [S03; S05]
Прибавка массы	Не нарушена [S03]	Плохая прибавка, потеря массы или обезвоживание - тревожные признаки [S03; S05; S26]
Обезвоживание	Нет	Требует очной оценки и решения о маршрутизации [S03; S05; S26]
Живот	Нет выраженного вздутия или патологических находок	Выраженное вздутие или патологический осмотр живота - тревожный признак [S05]
Неврологические симптомы	Нет	Выбухающий родничок, быстрый рост окружности головы, судороги - срочная оценка [S03]

Мини-алгоритм

```
НАЧАЛО
↓
Это активная рвота?
├── ДА → Перейти к оценке красных флагов.
└── НЕТ → Оценить как возможное срыгивание.
↓
Есть желчь / кровь / рвота фонтаном?
├── ДА → СРОЧНАЯ ОЦЕНКА. Желчная рвота не завершается амбулаторным наблюдением. Рвота
    фонтаном: помнить о пилоростенозе, типично 3-8 недель, часто начало 2-4 недели
    [S03; S05; S26].
└── НЕТ
↓
Ребёнок хорошо ест и прибавляет?
├── ДА → Вероятно физиологическое срыгивание: коррекция кормления и наблюдение без
    автоматических тестов и лекарств [S03].
└── НЕТ → Очная оценка причины: оценить массу, обезвоживание, кормление, живот,
    дыхание и неврологические признаки [S03; S05].
```

Чего не делать

- Не назначать ИПП за сам факт срыгивания у грудного ребёнка [S05].

- Не обследовать автоматически благополучного ребёнка со срыгиваниями без красных флагов и без влияния на кормление, рост и развитие [S03].
- Не считать желчную рвоту физиологией [S03; S05].
- Не путать дисхезию/натуживание с рвотой: при дисхезии ребёнок тужится и плачет перед дефекацией мягким стулом, а не активно извергает желудочное содержимое [S12].

Ограничение источников

- Полный хирургический алгоритм желчной рвоты, мальротации, заворота и кишечной непроходимости в текущем комплекте источников не закрыт. Желчная рвота остаётся поводом для срочной оценки, но без самодельной схемы диагностики.

Источники

- S03. Клинические рекомендации "Срыгивание и руминация новорожденного", 2025.
- S05. Клинические рекомендации "Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей", 2025.
- S12. "Функциональные расстройства органов пищеварения у детей", 2021.
- S26. Клинические рекомендации "Врожденный гипертрофический пилоростеноз", 2016.

Приложение 9. Новорождённый пожелтел

Возраст: новорождённые; у ребёнка 0-3 месяцев это приложение используется как жалобный вход, но холестатическая ветвь требует отдельного источника.

Алгоритм

```
НАЧАЛО
↓
Уточнить гестационный возраст + постнатальный возраст в часах/сутках
↓
Есть нарушение состояния / неврологические признаки?
├── ДА → Срочная госпитализация / стационарная оценка риска билирубиновой
    энцефалопатии
|         Не ждать амбулаторного завершения билирубинометрии перед маршрутизацией
|         Источник: S02.
└── НЕТ
↓
Желтуха появилась <24 часов жизни?
├── ДА → Патологическая до доказательства обратного.
|         Действие: сывороточный общий, свободный и связанный билирубин + оценка
    факторов риска.
|         После результата: сопоставить сывороточный билирубин с таблицей/номограммой
    S02
|         с учётом гестационного и постнатального возраста; дальше действовать по
    лечебным
|         порогам S02 и клиническому состоянию.
|         Срочность: срочная оценка; при ухудшении состояния - экстренная
    маршрутизация.
|         Источник: S02.
└── НЕТ
↓
Оценить билирубин: TcB как скрининг/динамика или сывороточный билирубин при
    показаниях.
↓
Сывороточный билирубин уже получен?
├── ДА → Сопоставить сывороточный общий билирубин с таблицей/номограммой S02.
└── НЕТ
    ↓
TcB требует лабораторного подтверждения?
Порог лабораторного подтверждения: >140 мкмоль/л в 24-48 часов; >200 мкмоль/л в 48-72
    часа; >250 мкмоль/л после 72 часов; TcB >255 мкмоль/л требует перепроверки
    стандартным лабораторным методом [S02].
    ├── ДА
```

```
    |   ↓
    |   Определить сывороточный общий, свободный и связанный билирубин.
    |   ↓
    |   Сопоставить сывороточный билирубин с таблицей/номограммой S02.
    └── НЕТ
        ↓
        Клиническая оценка + факторы риска + динамика желтухи.
        Не переходить к лечебному порогу фототерапии по сывороточной номограмме,
        если сывороточного результата нет.
        ↓
        Клиника, динамика или факторы риска требуют лабораторного исследования по S02?
        ├── ДА → Определить сывороточный общий, свободный и связанный билирубин,
        |          затем сопоставить результат с таблицей/номограммой S02.
        └── НЕТ → Перейти к проверке признаков холестаза и условиям наблюдения.
↓
Если получен сывороточный билирубин: достигнут порог фототерапии по S02?
├── ДА → Госпитализация/фототерапия по S02.
├── НЕТ → Дальнейшая оценка по S02 с учётом фракций билирубина, состояния, кормления,
    факторов риска и динамики.
└── Сывороточного результата нет → Не применять сывороточную номограмму; наблюдение
    возможно только при стабильном состоянии, отсутствии красных флагов и доступном
    контроле динамики по S02.
↓
Ахоличный стул / тёмная моча / длительная желтуха >3 недель?
├── ДА → Фракции билирубина + профильная оценка.
|        ОГРАНИЧЕНИЕ ИСТОЧНИКОВ: нужен отдельный источник по холестазу/билиарной
    атрезии.
└── НЕТ → Наблюдение по S02 при выполнении условий безопасности: ребёнок стабилен, нет
     красных флагов, при наличии сывороточного результата он ниже лечебных порогов,
    доступен контроль динамики.
```

Порог фототерапии

Определить порог фототерапии по соответствующей таблице/номограмме S02 с учётом гестационного и постнатального возраста. Не использовать одну универсальную цифру билирубина для всех детей. В S02 показания к фототерапии приведены в приложении А3.3 [S02].

Когда срочно обращаться

- Желтуха появилась в первые сутки жизни [S02].
- Ребёнок вялый [S02].
- Плохо ест или отказывается от кормления [S02].
- Есть судороги [S02].
- Появился необычный крик, изменился тонус, есть гипертонус или опистотонус [S02].
- Желтуха быстро усиливается или усиливается после 3-4 суток жизни [S02].
- Ахоличный стул или тёмная моча требуют внеплановой оценки фракций билирубина и профильной оценки; детальная маршрутизация по холестазу в текущем комплекте источников не закрыта.

Что не делать

- Не считать желтуху в первые 24 часа физиологической без обследования [S02].
- Не определять необходимость фототерапии "на глаз" или по одной общей цифре [S02].
- Не лечить желтуху солнцем, водой, глюкозой, сорбентами или "средствами для выведения билирубина": S02 не использует их как лечение неонатальной желтухи.

Источники

- S02. Клинические рекомендации "Неонатальная желтуха", 2025.

Приложение 10. Лихорадка: алгоритм

Это приложение не заменяет главы 52, 53, 77 и 90. Оно задаёт быстрый возрастной маршрут и сохраняет метод измерения температуры.

```
НАЧАЛО
↓
Уточнить возраст: 0-28 суток / 29-60 суток / 61-90 суток
↓
Ребёнок с нарушенным общим состоянием?
├── ДА → Немедленная оценка ABC и срочная/экстренная маршрутизация.
└── НЕТ → Перейти к возрастной ветке.
```

0-28 суток

Источник: S04, неонатальный возрастной контекст. Температура ядра >38,0 °C, <36,0 °C или температурная лабильность у новорождённого оцениваются в контексте подозрения на неонатальный сепсис. При подозрении на сепсис новорождённого нужна экстренная госпитализация; отсутствие высокой температуры не исключает тяжёлую инфекцию при других красных флагах [S04].

```
0-28 суток
↓
Температура >38,0 °C или <36,0 °C / температурная лабильность / ребёнок выглядит
    больным?
├── ДА → Оценить сепсис и системные красные флаги; не задерживать госпитализацию.
└── НЕТ → Если жалобы сохраняются, оценивать по общему состоянию и профильной жалобе.
```

29-60 суток

Источник: S30. Строгий критерий лихорадки: документированная ректальная температура >=38,0 °C. S30 относится к клинически благополучным младенцам с лихорадкой; младенцы с нарушенным общим состоянием оцениваются немедленно, и эмпирическая терапия не должна задерживаться [S30].

```
29-60 суток
↓
Есть документированная ректальная температура >=38,0 °C?
├── ДА → Алгоритм младенца с лихорадкой 29-60 суток по S30: см. раздел 53.
└── НЕТ → Не применять алгоритм механически; оценить состояние, метод измерения и
    жалобу.
```

61-90 суток

Источник: S30. Для 61-90 суток S30 выделяет отдельную ветку: минимум оценка мочи, с возможным расширением оценки как у 29-60 суток по клиническому решению [S30].

```
61-90 суток
↓
Есть документированная ректальная температура >=38,0 °C?
├── ДА → Ветка 61-90 суток по S30: оценить мочу и решить, нужно ли расширять
    обследование.
└── НЕТ → Не превращать субъективную/аксиллярную температуру в тот же строгому
    критерию; оценить ребёнка и метод измерения.
```

Метод измерения

S30 определяет fever criterion как документированную ректальную температуру >=38,0 °C. Аксиллярное, тимпаническое или субъективное ощущение температуры не записывается как идентичный criterion, но у ребёнка 29-90 суток требует оценки состояния и медицинской верификации при тревоге [S30].

Чего не делать

- Не переносить S04 как прямой алгоритм на 29-90 суток.
- Не объединять 29-60 и 61-90 суток, если используется S30.
- Не считать "температура 38 любым методом" тем же самым, что документированная ректальная температура >=38,0 °C в S30.
- Не вести ребёнка с нарушенным общим состоянием как случай низкого риска.

Приложение 11. Нормальное развитие по месяцам

контрольная точка развития - это ориентир наблюдения, а не строгий дедлайн и не диагноз по одному признаку. Для недоношенного ребёнка ориентиры развития читаются с учётом скорректированного возраста [S40].

Ориентиры 1-3 месяцев

Домен	0-1 месяц	1-2 месяца	2-3 месяца	Как читать
Зрение	Кратковременно фиксирует взгляд на предмете и следит за ним при движении	Рассматривает висящие игрушки, следит за движущейся игрушкой	Сосредотачивается на лице говорящего взрослого или игрушке	Учебные ориентиры S22; CDC 2 months подтверждает часть зрительно-социальных навыков как контрольные точки развития большинства детей
Слух/голос	Прислушивается к звуку	Поворачивает голову в сторону источника звука	Реагирует на разговор взрослого движениями и звуками	Не использовать как единственный тест слуха
Моторика	Пытается поднимать и удерживать голову на животе	Держит голову прямо	Лежит на животе несколько минут, опирается на предплечья, хорошо удерживает голову	Оценивать вместе с бодрствованием, тонусом и симметрией
Контроль головы	Попытки подъёма/удержания	Удержание головы улучшается	Хорошее удержание головы на животе и вертикально при поддержке	Не требовать 4-month контрольные точки развития в 3 месяца
Социальная реакция	Первая улыбка в ответ на разговор взрослого	Улыбка/ответ на разговор или улыбающееся лицо	"Комплекс оживления": улыбка, движения, звуки	Отсутствие одного пункта не равно диагнозу без оценки контекста
Ранняя вокализация	Отдельные звуки, горловые шумы	Повторно издаёт звуки, гулит	Гулит	Не использовать как речевой диагноз

Красные флаги развития

- Регресс или утрата навыка.
- Стойкая выраженная асимметрия движений, позы или использования конечностей.
- Нет реакции на звук/лицо вместе с другими тревожными признаками или сомнением в слухе/зрении.
- Выраженно abnormal tone: гипотония, гипертонус, гипорефлексия, опистотонус.
- Судороги или необычные повторные движения.
- Существенная тревога по контакту, кормлению, бодрствованию или взаимодействию.

Ограничения

- 4-месячные CDC контрольные точки развития не включены как норма для 3 месяцев; они используются только как следующая контрольная точка.
- Окружность головы оценивается по WHO charts, а не по самодельному правилу роста в сантиметрах.
- Чек-лист развития не является validated diagnostic scale.

Приложение 12. Памятка родителям: безопасный сон

Главный источник памятки - рекомендации American Academy of Pediatrics 2022 по снижению риска sleep-related infant deaths. Это международное руководство, не российский нормативный приказ [S45].

Что делать при каждом сне

- Кладите ребёнка спать на спину.
- Используйте твёрдую, ровную, ненаклонную поверхность для сна.
- Ребёнок спит на отдельной поверхности: своя кроватка/люлька/безопасное спальное место.
- сон в одной комнате с родителями на отдельной поверхности означает "в одной комнате с родителями, но на отдельной поверхности".
- сон на одной поверхности со взрослым означает "на одной поверхности со взрослым"; это не то же самое, что сон в одной комнате с родителями на отдельной поверхности.
- В зоне сна не должно быть подушек, мягких игрушек, бортиков, свободных одеял и других мягких предметов.
- Не закрывайте голову ребёнка и избегайте перегрева.
- Не допускайте дыма и никотина в окружении ребёнка.
- Грудное вскармливание поддерживает снижение риска sleep-related deaths, если оно возможно и безопасно для пары мать-ребёнок.
- Пустышку можно обсуждать индивидуально; она не заменяет безопасную поверхность и положение на спине.

Пеленание

Если ребёнка пеленают, он всё равно спит только на спине. Пеленание прекращают при признаках попыток переворота, а не по выдуманному фиксированному возрасту [S45].

Сон вне кроватки

Автокресло, качели, шезлонг и другие сидячие устройства не являются местом для рутинного сна. Если ребёнок уснул в таком устройстве вне поездки, его нужно перенести на ровную безопасную поверхность, когда это можно сделать безопасно [S45; S54].

Бодрствование на животе

выкладывание на живот во время бодрствования - это время на животе только во время бодрствования и под присмотром. Для сна правило другое: ребёнок спит на спине [S45].

Чего не делать

- Не переводить сон в одной комнате с родителями на отдельной поверхности и сон на одной поверхности со взрослым одним словом "совместный сон".
- Не подкладывать подушки, валики, мягкие бортики или позиционеры.
- Не наклонять поверхность сна как способ "помочь от срыгиваний".
- Не использовать автокресло или шезлонг как кроватку.
- Не делать памятку списком страшных исходов: цель - понятные действия каждый день.

Источники и литература

- [S01] Клинические рекомендации «Здоровый новорожденный, рожденный в условиях стационара». Российское общество неонатологов; АСПМ+. 2025.
- [S02] Клинические рекомендации «Неонатальная желтуха». Российское общество неонатологов; АСПМ+. 2025.
- [S03] Клинические рекомендации «Срыгивание и руминация новорожденного». Российское общество неонатологов; Общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. 2025.
- [S04] Клинические рекомендации «Сепсис новорождённых». Российское общество неонатологов; Ассоциация детских анестезиологов-реаниматологов России. 2025.
- [S05] Клинические рекомендации «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей». Союз педиатров России; Российская ассоциация детских хирургов; Общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. 2025.
- [S06] Клинические рекомендации «Инфекция мочевых путей». Союз педиатров России; МАКМАХ; Творческое объединение детских нефрологов. 2024.
- [S07] Клинические рекомендации «Острый бронхиолит». Союз педиатров России. б. г.
- [S08] Клинические рекомендации «Шигеллез». НАСИБ; МОО «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням»; согласовано Научным советом Минздрава РФ. 2024.
- [S09] Приказ Минздрава России от 14.04.2025 N 211н о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних. Минздрав России. 2025.
- [S10] В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе «Лихорадки. Педиатру на каждый день». ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. 2022.
- [S11] Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при острой лихорадке у детей. Российское общество скорой медицинской помощи; Союз педиатров России. 2015.
- [S12] «Функциональные расстройства органов пищеварения у детей». Общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. 2021.
- [S13] «Грудное вскармливание» учебно-методическое пособие для медицинских работников. КОГБУЗ «МИАЦ» Кировской области. 2020.
- [S14] «Гид по грудному вскармливанию». под редакцией О.Л. Лукояновой; Philips Avent. 2023.
- [S15] «Физиология и патология периода новорожденности». СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2008.
- [S16] «Переходные состояния новорожденных». организация не установлена. б. г.
- [S17] «Синдром внезапной смерти младенцев. Синдром встряхнутого младенца...». XXIII Конгресс педиатров России. б. г.
- [S18] «Морфометрическое и психомоторное развитие», часть 2. ГБУЗ «НПЦ детской психоневрологии ДЗМ». б. г.
- [S19] Утвержденное оглавление пособия «Ребёнок первых 3 месяцев жизни». служебный файл проекта. б. г.
- [S20] «Дисплазия тазобедренного сустава у детей». ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России, Алтайский ГМУ, ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна; В.В. Кожевников и соавт.. 2021.
- [S21] Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи при синдроме внезапной смерти младенцев. Минздрав РФ; Союз педиатров России; Российское общество скорой медицинской помощи. 2015.
- [S22] Р.Р. Кильдиярова «Клинические нормы. Педиатрия», 2-е изд.. Р.Р. Кильдиярова. 2019.
- [S23] «Вскармливание детей первого года жизни». Башкирский государственный медицинский университет Минздрава РФ; Т.Б. Хайретдинова, А.Р. Хабибуллина, Р.Т. Нугуманова. 2015.
- [S24] «Питание детей раннего возраста: вскармливание, прикорм и меню 0-3 лет». К.А. Волоцкий. 2026.
- [S25] Клинические рекомендации «Лихорадка без очага инфекции у детей». Союз педиатров России. б. г.
- [S26] Клинические рекомендации «Врожденный гипертрофический пилоростеноз». Российская ассоциация детских хирургов. 2016.
- [S27] Клинические рекомендации «Омфалит у новорожденных». Российское общество неонатологов; АСПМ+. 2026.
- [S28] «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка». РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. 2026.
- [S29] Clinical Practice Guideline: Evaluation and Management of Well-Appearing Febrile Infants 8 to 60 Days Old. American Academy of Pediatrics. 2021.
- [S30] Management of well-appearing febrile young infants aged ≤90 days. Canadian Paediatric Society. 2024.

- [S31] Fever in under 5s: assessment and initial management. NICE guideline NG143. NICE. 2019; обновлено 2021.
- [S32] Официальная карточка/актуальная редакция КР «Инфекция мочевых путей». Минздрав РФ; Союз педиатров России; МАКМАХ; Творческое объединение детских нефрологов. 2024.
- [S33] Клинические рекомендации «Острый бронхиолит». Союз педиатров России; одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России. 2025.
- [S34] «Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации». ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России; Союз педиатров России; главный внештатный педиатр Минздрава РФ; главный внештатный диетолог Минздрава РФ. 2019. https://nczd.ru/wp-content/uploads/2019/12/Met_rekom_1_god_.pdf; дата обращения: 2026-10-13.
- [S35] ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017. Academy of Breastfeeding Medicine. 2017. https://www.bfmed.org/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/3-supplementation-protocol-english.pdf; дата обращения: 2026-10-13.
- [S36] ABM Clinical Protocol #2: Guidelines for Birth Hospitalization Discharge of Breastfeeding Dyads, Revised 2022. Academy of Breastfeeding Medicine. 2022. https://www.bfmed.org/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/ABM%20Protocol%20%232bfm.2022.29203.aeh.pdf; дата обращения: 2026-10-13.
- [S37] Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula: guidelines. World Health Organization; Food and Agriculture Organization of the United Nations. 2007. https://www.who.int/publications/i/item/9789241595414; дата обращения: 2026-10-13.
- [S38] ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants, Revised 2017. Academy of Breastfeeding Medicine. 2017. https://www.bfmed.org/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/8-human-milk-storage-protocol-english.pdf; дата обращения: 2026-10-13.
- [S39] CDC's Developmental Milestones / Learn the Signs. Act Early. Centers for Disease Control and Prevention. б. г. https://www.cdc.gov/act-early/milestones/; дата обращения: 2026-10-08.
- [S40] Corrected Age For Preemies. American Academy of Pediatrics / HealthyChildren.org. б. г. https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/preemie/Pages/Corrected-Age-For-Preemies.aspx; дата обращения: 2026-10-08.
- [S41] WHO Child Growth Standards: head circumference-for-age. World Health Organization. 2006. https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/head-circumference-for-age; дата обращения: 2026-10-13.
- [S42] Motor Delays: Early Identification and Evaluation. American Academy of Pediatrics. 2013. https://publications.aap.org/pediatrics/article/131/6/e2016/31498/Motor-Delays-Early-Identification-and-Evaluation; дата обращения: 2026-10-13.
- [S43] Guidelines on Neonatal Seizures. World Health Organization. 2011. https://www.who.int/publications/i/item/9789241548304; дата обращения: 2026-10-13.
- [S44] Nonepileptic motor phenomena in the neonate. Paediatrics & Child Health / Canadian Paediatric Society journal. 2008. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2606074/; дата обращения: 2026-10-13.
- [S45] Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. American Academy of Pediatrics. 2022. https://publications.aap.org/pediatrics/article/150/1/e2022057990/188304/Sleep-Related-Infant-Deaths-Updated-2022; дата обращения: 2026-10-13.
- [S46] WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization. 2022. https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989; дата обращения: 2026-10-13.
- [S47] Washing and bathing your baby. NHS. б. г. https://www.nhs.uk/baby/caring-for-a-newborn/washing-and-bathing-your-baby/; дата обращения: 2026-10-08.
- [S48] Neonatal & infant skin care. Royal Children's Hospital Melbourne. б. г. https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Neonatal___infant_skin_care/; дата обращения: 2026-10-08.
- [S49] Skin conditions in newborn babies. DermNet NZ. б. г. https://dermnetnz.org/topics/skin-conditions-in-newborn-babies; дата обращения: 2026-10-08.
- [S50] Birth Injuries. Merck Manual Professional Edition. б. г. https://www.merckmanuals.com/professional/pediatrics/perinatal-problems/birth-injuries; дата обращения: 2026-10-08.
- [S51] Subgaleal Haemorrhage Detection and Management in the Newborn. Child and Adolescent Health Service / Government of Western Australia. 2024. https://rph.health.wa.gov.au/~/media/HSPs/CAHS/Documents/Health-Professionals/Neonatology-guidelines/Subgaleal-Haemorrhage-Detection-and-Management-in-the-Newborn.pdf; дата обращения: 2026-10-13.

- [S52] Baby's First Days: Bowel Movements & Urination. American Academy of Pediatrics / HealthyChildren.org. 2024. https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/Pages/babys-first-days-bowel-movements-and-urination.aspx; дата обращения: 2026-10-13.
- [S53] Newborn Appearance Questions. Seattle Children's / Schmitt Pediatric Guidelines. 2025. https://www.seattlechildrens.org/conditions/a-z/newborn-appearance-questions/; дата обращения: 2026-10-13.
- [S54] Car Seats: Information for Families. American Academy of Pediatrics / HealthyChildren.org. б. г. https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/on-the-go/Pages/Car-Safety-Seats-Information-for-Families.aspx; дата обращения: 2026-10-08.
- [S55] Bathing Your Baby. American Academy of Pediatrics / HealthyChildren.org. б. г. https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/bathing-skin-care/Pages/Bathing-Your-Newborn.aspx; дата обращения: 2026-10-08.
- [S56] About Abusive Head Trauma. Centers for Disease Control and Prevention. 2024. https://www.cdc.gov/child-abuse-neglect/about/about-abusive-head-trauma.html; дата обращения: 2026-10-13.
- [S57] Changing Table Safety. American Academy of Pediatrics / HealthyChildren.org. б. г. https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/at-home/Pages/Changing-Table-Safety.aspx; дата обращения: 2026-10-08.
- [S58] Cold Weather Safety for Children: Preventing Frostbite & Hypothermia. American Academy of Pediatrics / HealthyChildren.org. б. г. https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/at-play/Pages/Cold-Weather-Safety.aspx; дата обращения: 2026-10-08.
- [S59] Extreme Heat: Tips to Keep Kids Safe When Temperatures Soar. American Academy of Pediatrics / HealthyChildren.org. б. г. https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/at-home/Pages/Protecting-Children-from-Extreme-Heat-Information-for-Parents.aspx; дата обращения: 2026-10-08.
- [S60] Fontanelles - bulging. U.S. National Library of Medicine / MedlinePlus. 2025. https://medlineplus.gov/ency/article/003310.htm; дата обращения: 2026-10-12.
- [S61] First Aid for Seizures. Centers for Disease Control and Prevention. 2024. https://www.cdc.gov/epilepsy/first-aid-for-seizures/index.html; дата обращения: 2026-10-12.