

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	4
Участники издания	5
Список сокращений и условных обозначений	8
Клинические рекомендации и доказательная медицина	10
Глава 1. Тактика врача-педиатра участкового при оказании медицинской помощи по поводу заболевания	12
1.1. Аллергический ринит (<i>Мазитов М.Р., Пампура А.Н.</i>)	12
1.2. Артериальная гипертензия (<i>Садыкова Д.И., Хабибрахманова З.Р., Ковалев И.А.</i>)	21
1.3. Атопический дерматит (<i>Мазитов М.Р., Пампура А.Н.</i>)	31
1.4. Бронхиальная астма (<i>Малиновская Ю.В., Мизерницкий Ю.Л.</i>)	38
1.5. Внебольничная пневмония (<i>Вахитов Х.М., Сабирова Д.Р., Мизерницкий Ю.Л.</i>)	49
1.6. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей (<i>Кильдиярова Р.Р., Вольнец Г.В.</i>)	57
1.7. Грипп (<i>Мазитов М.Р., Мазанкова Л.Н.</i>)	65
1.8. Железодефицитная анемия (<i>Черезова И.Н., Хавкин А.И.</i>)	74
1.9. Инфекция мочевой системы (<i>Макарова Т.П., Длин В.В.</i>)	81
1.10. Корь у детей (<i>Кильдиярова Р.Р., Мазанкова Л.Н.</i>)	90
1.11. Крапивница у детей (<i>Кильдиярова Р.Р., Пампура А.Н.</i>)	99
1.12. Менингококковая инфекция у детей (<i>Кильдиярова Р.Р., Мазанкова Л.Н.</i>)	106
1.13. Миокардит у детей (<i>Садыкова Д.И., Ковалев И.А.</i>)	113
1.14. Ожирение (<i>Камалова А.А., Шайдуллина М.Р., Хавкин А.И.</i>)	119
1.15. Острый бронхит у детей (<i>Черезова И.Н., Мизерницкий Ю.Л.</i>)	126
1.16. Острая респираторная вирусная инфекция у детей (<i>Кильдиярова Р.Р., Мазанкова Л.Н.</i>)	133
1.17. Острый средний отит у детей (<i>Асманов А.И.</i>)	141
1.18. Острый тонзиллофарингит у детей (<i>Кильдиярова Р.Р., Асманов А.И.</i>)	149
1.19. Ротавирусная инфекция у детей (<i>Кильдиярова Р.Р., Мазанкова Л.Н.</i>)	158
1.20. Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки у детей (<i>Кильдиярова Р.Р., Вольнец Г.В.</i>)	166
Глава 2. Тактика врача-педиатра участкового при оказании медицинской помощи в неотложной форме	178
2.1. Скрининг, оценка и ведение боли в педиатрии (<i>Касимова Л.Н.</i>)	178
2.2. Алгоритмы ведения неотложных состояний (<i>Кильдиярова Р.Р., Мизерницкий Ю.Л., Асманов А.И.</i>)	181
Краткий справочник лекарственных средств	200
Дополнительный справочник лекарственных средств	205
Список литературы	205

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

1.1. АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

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

КОДЫ ПО МКБ-10, КЛАССИФИКАЦИЯ




ПРИМЕР ДИАГНОЗА

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

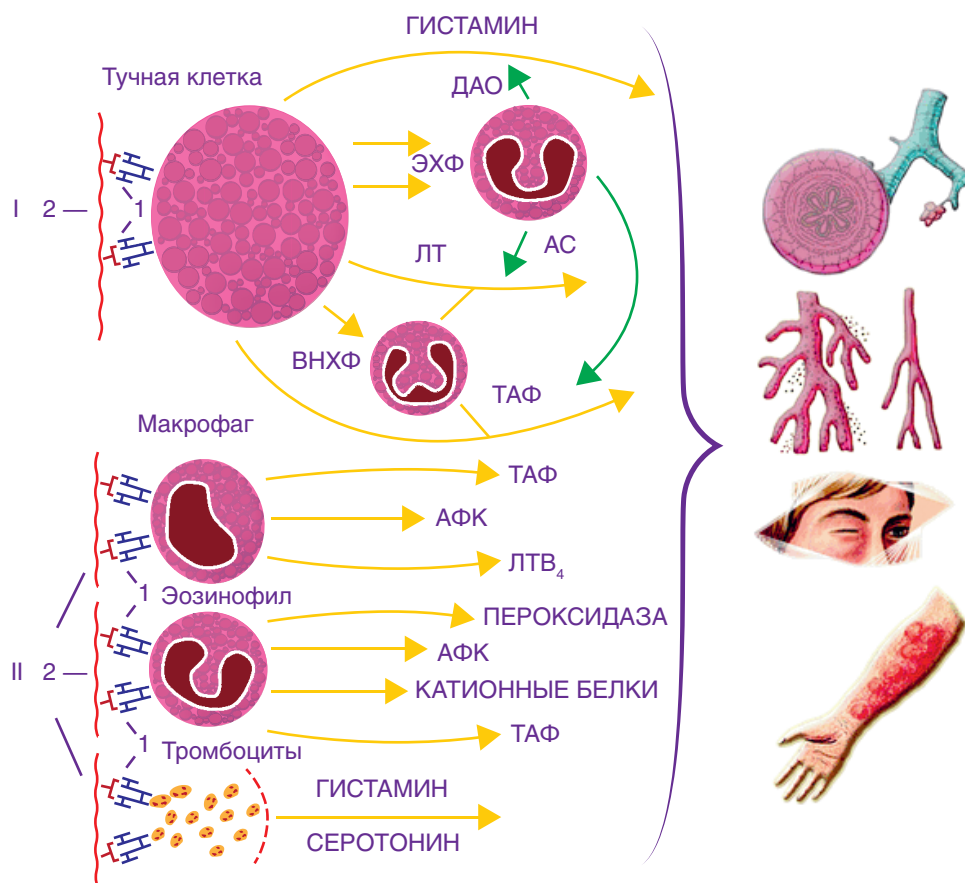


ДИАГНОСТИКА

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

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

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА (IGE-ОПОСРЕДОВАННАЯ)



ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ

10–12 дней в зависимости от тяжести заболевания.

КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Свободное носовое дыхание, отсутствие катарального синдрома.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Лечение проводят в амбулаторных условиях.

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



РЕАБИЛИТАЦИЯ

Не проводится.



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ











ТЕРАПИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБРАЗУ ЖИЗНИ В ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ









МОДИФИКАЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ







ФАРМАКОТЕРАПИЯ

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

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

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

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

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ¹

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

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

КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ

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

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ – ДОСТИЖЕНИЕ ПОЛНОГО КОНТРОЛЯ НАД СИМПТОМАМИ АР

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

ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

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



- Развернутые речевые модули формирования приверженности терапии

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



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

- ▶ Проведение АСИТ позволяет предупредить трансформацию АР в БА. Вакцинация является альтернативной формой лечения при продолжительной и острой аллергии, когда применение обычных медикаментов не дает удовлетворительного эффекта.
- ▶ Вакцинация может применяться при большинстве видов пыльцевой аллергии (береза, лещина, трава) и домовых клещей.



Лицам, страдающим острой формой астмы, применять вакцинацию против аллергии не следует.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

НАПРАВЛЕНА НА СОХРАНЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ РЕМИССИИ, ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБОСТРЕНИЙ И ВКЛЮЧАЕТ:



Устранение или ограничение воздействия аллергена или иных триггеров АР



Исключение из рациона (ограничение) перекрестно реагирующих продуктов и лекарственных средств растительного происхождения



Необходимость проведения грамотного и своевременного лечения



Ознакомление с современными методами специфической и неспецифической терапии



Обучение правильному использованию лекарственных препаратов, различным мерам профилактики обострений, психологической реабилитации, самоконтролю

1.2. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Артериальная гипертензия (АГ) определяется как состояние, при котором средний уровень систолического артериального давления (САД) и/или диастолического артериального давления (ДАД), рассчитанный на основании трех отдельных измерений \geq значения 95-го перцентиля кривой распределения артериального давления (АД) в популяции для соответствующего возраста, пола и роста. АГ может быть первичной (эссенциальной) или вторичной (симптоматической).

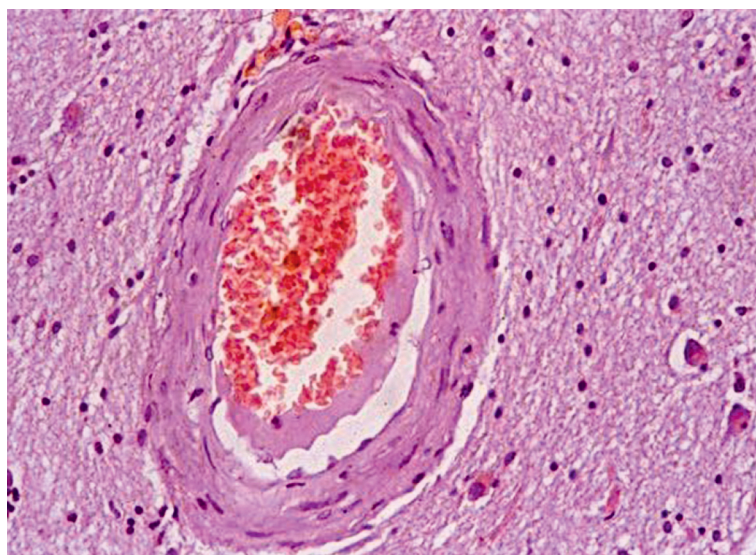
Гипертоническая болезнь — это хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является синдром АГ, не связанный с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными причинами (симптоматические артериальные гипертензии). Этот термин предложен Г.Ф. Лангом и соответствует употребляемому в других странах понятию «эссенциальная АГ».

Вторичная, или симптоматическая, АГ — повышение АД, обусловленное известными причинами — наличием патологических процессов в различных органах и системах.

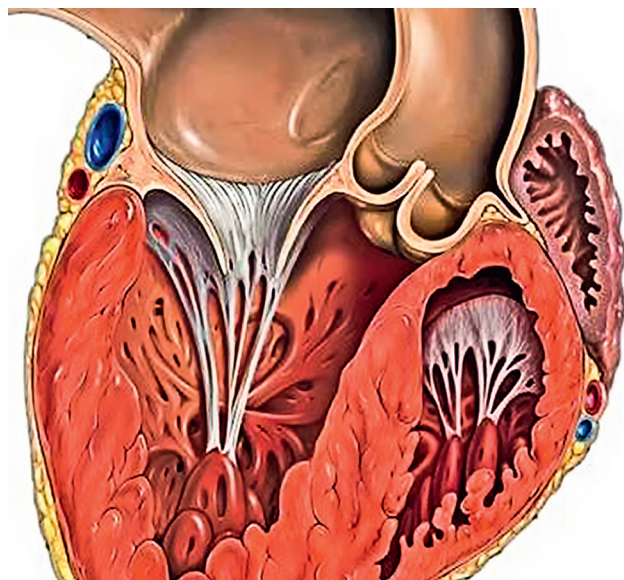
КОДЫ ПО МКБ-10, КЛАССИФИКАЦИЯ



ГИАЛИНОЗ СТЕНКИ СОСУДОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ



ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ







ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ





- Эссенциальная АГ, I степень, низкий риск.
- Эссенциальная АГ, II степень, высокий риск.
- Симптоматическая (ренальная) АГ, II степень, высокий риск.



ДИАГНОСТИКА

Критерии диагностики	Комментарии
1. Рекомендованы сбор анамнеза и оценка клинических данных	
1.1. Снижение толерантности к физическим нагрузкам 1.2. Головные боли 1.3. Рвота 1.4. Нарушения сна 1.5. Эмоциональная лабильность 1.6. Гипертонический криз	В анамнезе могут быть: патология беременности и родов и патология раннего возраста; черепно-мозговая травма и травма живота; преждевременное половое развитие; пиелонефрит; психологические и средовые факторы; проводимая ранее гипотензивная терапия; избыточное потребление поваренной соли; изменения массы тела, уровня и характера физической активности; употребление алкоголя, курение, прием амфетаминов, прессорных препаратов, стероидов и нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), трициклических антидепрессантов, оральных контрацептивов, наркотических средств, пищевых добавок; отягощенная наследственность по гипертонической болезни, другим сердечно-сосудистым заболеваниям и сахарному диабету; неблагоприятные психологические и средовые факторы

Критерии диагностики	Комментарии
2. Основным критерий установления диагноза – средние уровни САД и/или ДАД на трех визитах	
<p>2.1. Средние уровни САД и/или ДАД на трех визитах не менее 95-го перцентиля для данного возраста, пола и роста</p>	<p>Алгоритм диагностики АГ</p> <p>1. Определить перцентиль роста.</p> <p>Перцентиль роста</p>  <p>2. Вычислить средние САД и ДАД из трех измерений АД с интервалом 2–3 мин.</p> <p>3. Провести измерения по п. 2 на трех визитах с интервалом 10–14 дней.</p> <p>4. Сравнить средние значения САД и ДАД с 90, 95 и 99-м перцентилями АД, соответствующими полу, возрасту и перцентилю роста пациента.</p> <p>Величины АД, соответствующие 90, 95 и 99 перцентилю в зависимости от возраста и перцентиля роста для мальчиков.</p>  <p>Величины АД, соответствующие 90, 95 и 99 перцентилю в зависимости от возраста и перцентиля роста для девочек</p>  <p>5. Определить степень АГ (в случае впервые диагностированной АГ и у пациентов, не получающих гипотензивной терапии):</p> <ul style="list-style-type: none"> • норма — менее 90-го перцентиля; • высокое нормальное АД — 90–95-й перцентиль или не менее 120 мм рт.ст., но менее 95-го перцентиля; • I степень — 95–99-й перцентиль + 5 мм рт.ст.; • II степень (тяжелая) — более 99-го перцентиля + 5 мм рт.ст. <p><i>Если значения САД или ДАД попадают в разные категории, то устанавливается более высокая степень АГ</i></p>
3. Суточное мониторирование АД (А1) рекомендовано: при АГ, выявленной на трех визитах к врачу, повышенной лабильности АД, высоком АД при отсутствии факторов риска и изменений в органах-мишенях, нормальном АД с большим числом факторов риска и/или изменениях в органах-мишенях, отличии АД при визите к врачу и по данным самоконтроля; оценивается эффеkтивность терапии	
<p>3.1. Дневное САД и/или ДАД > 95-го перцентиля для данного возраста, пола и роста</p>	<p>50 и 95 перцентиль АД по данным суточного мониторирования у детей и подростков в зависимости от роста</p> 

Критерии диагностики	Комментарии
3.2. Суточный индекс	<ul style="list-style-type: none"> • Норма — 10–20%, отсутствие снижения АД в ночное время: суточный индекс — менее 10%, такие лица обозначаются как <i>non-dippers</i> (недостаточная степень ночного снижения АД). • Более 20% — <i>over-dippers</i> (повышенная степень ночного снижения АД). • Менее 10% — отсутствие снижения АД в ночное время (<i>non-dippers</i>) характерно для лиц с симптоматической АГ. • Менее 0% — <i>night-peakers</i> (устойчивое повышение ночного АД). <p>В норме не встречаются дети с ночным АД, превышающим средние дневные величины (<i>night-peaker</i>). Как правило, такой суточный профиль АД характерен для лиц с симптоматической АГ</p>
3.3. Индекс времени АГ	<p>Индекс времени гипертензии позволяет оценить время повышения АД в течение суток. Этот показатель рассчитывается по проценту измерений, превышающих нормальные показатели АД за 24 ч или отдельно для каждого времени суток. Индекс времени гипертензии более 50% является патологическим, 25–50% — пограничным:</p> <ul style="list-style-type: none"> • менее 25% — норма; • 25–50% — пограничный (лабильная АГ); • более 50% — патологический (стабильная АГ)
<p>4. Рекомендовано клиническое обследование для выявления поражения органов-мишеней, а также для исключения вторичной АГ</p>	
<p>Индекс массы тела (ИМТ) ребенка, соответствующий показателям ИМТ и ожирения у взрослых</p>	<p>Значения индекса массы тела у детей и подростков, соответствующие показателям индекса массы тела и ожирения у взрослых</p>  <p>Клиническое обследование пациентов с артериальной гипертензией</p> 
<p>5. У пациентов с предполагаемой вторичной АГ рекомендовано проведение лабораторных и других диагностических процедур. Перечень лабораторных и других диагностических процедур у пациентов с предполагаемой вторичной АГ</p>  <p>Наиболее частые причины АГ в различные возрастные периоды</p> 	

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ

(I10) 3–65 дней в зависимости от стадии; (I11) 5–60 дней; (I12, I13) 30–60 дней в зависимости от тяжести заболевания.

КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

При наличии симптоматической АГ в ряде случаев при лечении основного заболевания возможна полная нормализация АД. Эссенциальная АГ требует длительного наблюдения.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

При подтверждении диагноза АГ (эссенциальной или симптоматической) ребенок или подросток наблюдается врачом-педиатром 1 раз в 3–4 мес. По показаниям ребенок или подросток может быть проконсультирован нефрологом, окулистом и неврологом.

Показания к госпитализации (плановой, неотложной и экстренной)	Ориентировочные действия врача
Стойкое повышение АД	Оказание неотложной помощи при гипертоническом кризе (см. «Неотложные состояния»). Плановая госпитализация
Наличие сосудистых кризов	
Недостаточная эффективность лечения в амбулаторных условиях	
Неясность генеза АГ	



РЕАБИЛИТАЦИЯ

В реабилитационных мероприятиях не нуждаются. Исключение составляют пациенты, у которых возникли осложнения. В этом случае реабилитационные мероприятия проводятся в соответствии с возникшими осложнениями.



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

