



© CC Коллектив авторов, 2026

УДК 616.94-053.2-071

<https://doi.org/10.24884/2078-5658-2026-23-3-56-61>

Сравнительный анализ информационной ценности шкал pSOFA, Phoenix-4 И Phoenix-8 при сепсисе у детей

П. И. МИРОНОВ^{1*}, Ю. С. АЛЕКСАНДРОВИЧ², К. В. ПШЕНИСНОВ³, Р. Н. БОГДАНОВ³, И. В. АЛЕКСАНДРОВИЧ⁴

¹ Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Российская Федерация

² Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация

³ Республиканская детская клиническая больница Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа, Российская Федерация

⁴ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Поступила в редакцию 12.04.2026 г.; дата рецензирования 24.04.2026 г.

РЕЗЮМЕ

Введение. В диагностике и лечении сепсиса у детей чрезвычайно важен сравнительный анализ различных инструментов оценки тяжести органной дисфункции.

Цель – сравнительная оценка дискриминационной способности шкал оценки тяжести органной дисфункции Phoenix-4, Phoenix-8 и pSOFA при сепсисе у детей.

Материалы и методы. Дизайн исследования – ретроспективное, обсервационное, одноцентровое. Диагностику сепсиса и шока проводили на основании российских рекомендаций по диагностике и лечению сепсиса у детей. Обследовано 97 пациентов. Септический шок был диагностирован у 26 (26,8%) пациентов, умерло 19 (19,6%) детей. Конечная точка исследования – 28-дневная летальность. Наиболее частой причиной сепсиса была пневмония, которая выявлена у 82 (84,5%) детей. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы MedCalc® Statistical Software (www.medcalc.org).

Результаты. Установлено, что у детей с сепсисом информационная ценность шкал Phoenix-4, Phoenix-8 и pSOFA сопоставима. При наличии в структуре полиорганной недостаточности почечной дисфункции риск развития летального исхода значительно возрастает. Умеренная дискриминационная способность присуща шкалам Phoenix Score Sepsis 8 и pSOFA; информационная ценность системы PSS-8 статистически значительно превышает возможности шкалы pSOFA (AUG ROC 0,676 против 0,607; $p < 0,05$). Почти у всех детей (21 из 23) с дисфункцией почек имелись клинико-лабораторные признаки шока.

Заключение. Дискриминационная способность шкал Phoenix Score Sepsis 4 и Phoenix Score Sepsis 8 при сепсисе у детей не имеет достоверных различий, однако оценочная система Phoenix Score Sepsis 8 имеет преимущества перед шкалой Phoenix Score Sepsis 4 и pSOFA при оценке клинических исходов септического шока.

Ключевые слова: сепсис, дети, органная дисфункция, шкалы

Для цитирования: Миронов П. И., Александрович Ю. С., Пшениснов К. В., Богданов Р. Н., Александрович И. В. Сравнительный анализ информационной ценности шкал pSOFA, Phoenix-4 и Phoenix-8 при сепсисе у детей // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2026. – Т. 23, № 3. – С. 56–61. <https://doi.org/10.24884/2078-5658-2026-23-3-56-61>.

Comparative analysis of the information value of the pSOFA, Phoenix-4 and Phoenix-8 scores in sepsis in children

PETR I. MIRONOV^{1*}, YURI S. ALEKSANDROVICH², KONSTANTIN V. PSHENISNOV³, RUSTEM N. BOGDANOV³, IRINA V. ALEKSANDROVICH⁴

¹ Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

² Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

³ Children's Regional Clinical Hospital, Ufa, Russia

⁴ North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

Received 12.04.2026; review date 24.04.2026

ABSTRACT

Introduction. In the diagnosis and treatment of sepsis in children, a comparative analysis of various tools for assessing the severity of organ dysfunction is extremely important.

The objective was to compare the discriminatory ability of the Phoenix-4, Phoenix-8 and pSOFA organ dysfunction severity scales in pediatric sepsis.

Materials and methods. The study design is retrospective, observational, single-center. The diagnosis of sepsis and shock was carried out on the basis of Russian recommendations for the diagnosis and treatment of sepsis in children. 97 patients were examined. Septic shock was diagnosed in 26 (26.8%) patients, 19 (19.6%) children died. The endpoint of the study is 28-day mortality. The most common cause of sepsis was pneumonia, which was detected in 82 (84.5%) children. Statistical processing was performed using MedCalc® Statistical Software (www.medcalc.org).

Results. It was found that in children with sepsis, the informational value of the Phoenix-4, Phoenix-8 and pSOFA scales is comparable. In the presence of renal dysfunction in the structure of multiple organ failure, the risk of death increases significantly. Moderate discriminatory ability is inherent in the Phoenix Score Sepsis 8 and pSOFA scales; the information value of the PSS-8 system significantly exceeds the capabilities of the pSOFA scale (AUG ROC 0.676 versus 0.607; $p < 0.05$). Almost all children (21 of 23) with kidney dysfunction had clinical laboratory signs of shock.

Conclusion. The discriminatory ability of the Phoenix Score Sepsis 4 and Phoenix Score Sepsis 8 scales in pediatric sepsis has no significant differences, however, the Phoenix Score Sepsis 8 rating system has advantages over the Phoenix Score Sepsis 4 scale and pSOFA in assessing clinical outcomes septic shock.

Keywords: sepsis, children, organ dysfunction, scales

For citation: Mironov P. I., Aleksandrovich Yu. S., Pshenisnov K. V., Bogdanov R. N., Aleksandrovich I. V. Comparative analysis of the information value of the pSOFA, Phoenix-4 and Phoenix-8 scores in sepsis in children. *Messenger of Anesthesiology and Resuscitation*, 2026, Vol. 23, № 3, P. 56–61. (In Russ.). <https://doi.org/10.24884/2078-5658-2026-23-3-56-61>.

* Для корреспонденции:
Петр Иванович Миронов
E-mail: mironovpi@mail.ru

* Correspondence:
Petr I. Mironov
E-mail: mironovpi@mail.ru

Введение

В 2024 г. международная исследовательская группа общества критической медицины США (SCCM) опубликовала руководство, содержащее новые критерии диагностики сепсиса у детей, в котором впервые была предложена шкала Феникс (Phoenix sepsis score, PSS) для раннего выявления полиорганной дисфункции [8]. В ее основу вошло 8 блоков показателей органной дисфункции, ассоциированной с сепсисом, однако в финальном варианте все они были включены в 4 группы, отражающие поражения дыхательной, сердечно-сосудистой, центральной нервной систем и системы крови), которые должны оцениваться в первые 24 часа после поступления пациента в стационар. Значительное уменьшение количества блоков в финальной версии шкалы было связано с тем, что дискриминационная способность шкал, состоящих из 8 и 4 блоков, была сопоставимой [3, 6].

Несмотря на то, что четыре системы органов, вошедшие в шкалу Phoenix sepsis score, чаще всего вовлекаются в патологический процесс и являются пусковыми механизмами для вторичного поражения органов-мишеней, это не может быть абсолютным доказательством отсутствия необходимости тщательной оценки состояния других систем органов [6, 8]. Клиницисты и исследователи могут выявлять дисфункцию других органов (например, почек или печени), используя оценку Phoenix-8. По мнению R. Jabornisky et al. (2024), это целесообразно у детей с сепсисом и органной дисфункцией, которая не связана с первичным очагом инфекции [3]. Кроме того, сами разработчики новых критериев сепсиса у детей подчеркивали необходимость широкой внешней валидации представленной концепции сепсиса. Это особенно важно, если учесть, что клинические рекомендации по диагностике и лечению сепсиса у детей, принятые в Российской Федерации, для оценки степени выраженности органной дисфункции предлагают использовать оценочную систему pSOFA, включающую шесть систем органов (в том числе почки и печень), хотя элемент шкалы Phoenix sepsis score также в них представлен в качестве инструмента диагностики септического шока [1].

Все вышеизложенное обуславливает необходимость дальнейших исследований, фокусирующихся на сравнительном анализе различных инструментов оценки тяжести органной дисфункции при сепсисе, так как общеизвестно, что раннее выявление и лечение данного осложнения сепсиса может предотвратить развитие шока и снизить уровень летальности.

Цель исследования – сравнительная оценка дискриминационной способности шкал оценки тяжести органной дисфункции Phoenix-4, Phoenix-8 и pSOFA при сепсисе у детей.

Материалы и методы

Дизайн исследования – ретроспективное, обсервационное, одноцентровое. Исследование осуществляли на базе Республиканской детской клинической больницы Республики Башкортостан, куда вошло 97 пациентов, находившихся на лечении в период с 01.06.2022 по 26.06.2025 гг.

Критерии включения – дети в возрасте от 2 месяцев до 16 лет, у которых был диагностирован сепсис и/или септический шок. Диагностику сепсиса и шока проводили на основании Российских рекомендаций по диагностике и лечению сепсиса у детей [1].

Критерии невключения – врожденные нарушения метаболизма и длительность лечения в ОРИТ менее 24 часов.

Наиболее частой причиной сепсиса была пневмония, которая выявлена у 82 (84,5%) детей. Также в исследование вошло 7 (7,2%) детей с перитонитом, 5 (5,2%) пациентов с инфекциями кожи и мягких тканей, 2 (2,1%) ребенка с явлениями сепсиса на фоне политравмы и 1 (1,03%) пациент с менингитом.

Септический шок был диагностирован у 26 (26,8%) пациентов, умерло 19 (19,6%) детей. Конечная точка исследования – 28-дневная летальность. Дискриминационную способность шкал pSOFA, Phoenix Score Sepsis-4 и Phoenix Score Sepsis-8 оценивали на основании клинико-лабораторных показателей, зарегистрированных в первые сутки лечения в ОРИТ.

Размер выборки определяли с использованием формулы Бударера для специфичности, с целевым уровнем доверия 95% ($Z_{\alpha/2} = 1,96$) и допустимой погрешностью (w) 4% [2]. Минимально необходимый размер выборки составил 84 пациента.

Основные характеристики пациентов представлены в виде медианных и средних значений с межквартильными интервалами, процентов или частот в зависимости от характеристики признака. Непрерывные переменные сравнивали с использованием U-теста Манна – Уитни. Категоризированные переменные сравнивали с помощью χ^2 -теста. Критическое значение двустороннего уровня значимости принимали равным 5%. Для определения дискриминационной способности шкал использовали ROC-анализ. Расчеты производили с помощью программы MedCalc® Statistical Software (www.medcalc.org).

Результаты

Все 97 детей, включенных в исследование, были разделены на две группы: выжившие ($n = 80$) и умершие ($n = 17$). Общая характеристика пациентов представлена в табл. 1.

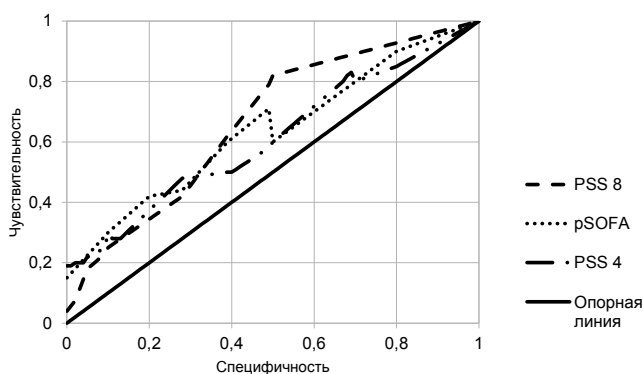
У умерших пациентов в 53% случаев имела место коморбидная патология, они значительно чаще

Таблица 1. Сравнительный анализ клинических данных детей с сепсисом, включенных в исследование
Table 1. Comparative analysis of clinical data of children with sepsis included in the study

Показатель	Выжившие, n = 80	Умершие, n = 17	p
Возраст, лет	6 [1–9]	5 [1–9]	0,09
Сроки поступления в ОРИТ от первичной госпитализации, сутки	4 [2–9]	4 [3–11]	0,08
Шок, n (%)	7 (9%)	14 (82%)	0,001
Коморбидность, n (%)	6 (8%)	9 (53%)	0,01
ИВЛ, n (%)	25 (31%)	14 (82%)	< 0,05
Лейкоциты, ·10 ⁹ /л	16,7 [9–21]	11,1 [7–13]	0,042
С-реактивный белок, мг/л	81 [49–116]	165 [111–180]	0,001
Прокальцитонин, нг/л	2 [1–4]	6 [2–10]	0,001
Лактат, ммоль/л	1,6 [2–2/4]	2,6 [1,8–4,0]	0,042
Креатинин, мкмоль/л	42 [30–84]	68 [32–86]	0,048
Билирубин, ммоль/л	18 [8–19]	18 [8–21]	0,9

Таблица 2. Оценка степени выраженности полиорганной дисфункции у детей в зависимости от исхода септического процесса
Table 2. Assessment of the severity of multiple organ dysfunction in children depending on the outcome of the septic process

Шкала	Выжившие, n = 80	Умершие, n = 17	p
pSOFA, балл	4 [3–7]	9 [6–12]	0,029
Phoenix Score Sepsis-8, балл	4 [3–5]	6 [4–7]	0,032
Phoenix Score Sepsis-4, балл	3 [2–4]	4 [3–5]	0,048



Шкала	AUG ROC	p
pSOFA, балл	0,70 [0,60–0,81]	> 0,05 (0,082)
Phoenix Score Sepsis-8 балл	0,70 [0,60–0,83]	> 0,05 (0,089)
Phoenix Score Sepsis-4, балл	0,69 [0,60–0,81]	

Рис. 1. Оценка дискриминационной способности шкал PSS-4, PSS-8 и pSOFA при сепсисе у детей
Fig. 1. Evaluation of the discriminatory ability of the PSS-4, PSS-8 and pSOFA scales in sepsis in children

нуждались в искусственной вентиляции легких, кроме этого, у них имели место более высокие концентрации С-реактивного белка, прокальцитонина, лактата и креатинина, что явилось статистически значимым по сравнению с выжившими детьми.

Оценка степени выраженности полиорганной дисфункции в первые сутки лечения в ОРИТ с использованием оценочных систем pSOFA, Phoenix Score Sepsis-4 и Phoenix Score Sepsis-8 представлена в табл. 2.

Полученные результаты позволяют утверждать, что все три оценочные системы позволяют четко выделить две группы пациентов в зависимости от исхода заболевания. Для оценки дискриминационной способности исследуемых шкал нами был проведен

ROC-анализ, который выявил, что информационная ценность шкал сопоставима (рис. 1).

При сравнительном анализе оценок по шкалам полиорганной дисфункции в зависимости от наличия клиничко-лабораторных признаков острого почечного повреждения в первые сутки лечения детей в ОРИТ были получены результаты, представленные в табл. 3, которые свидетельствуют о том, что при дисфункции почек оценка по всем используемым шкалам была значительно выше, что явилось статистически значимым. Установлено, что при наличии дисфункции почек у детей сепсисом умеренная дискриминационная способность при-суща шкалам Phoenix Score Sepsis 8 и pSOFA, при этом информационная ценность системы PSS-8 статистически значимо ($p < 0,05$) превышает возможности шкалы pSOFA (рис. 2).

Обсуждение

Данная работа представляет собой ретроспективное клиническое исследование, посвященное сравнительной оценке возможностей шкал pSOFA и Phoenix Score Sepsis 4 и 8 в прогнозировании клинических исходов сепсиса у детей. Проведенная внешняя валидизация оценочной системы Phoenix Score Sepsis 4 и 8 показала, что они обладают умеренной дискриминационной способностью. Кроме этого, шкалы pSOFA и Phoenix Score Sepsis-8 имели сопоставимую информационную ценность с оценочной системой Phoenix Score Sepsis-4. Полученные данные сопоставимы с результатами, представленными в исследовании L. Marchetto et al. (2026), оценивающими информационную ценность шкал PSS-4, PSS-8, pSOFA и PELOD 2 при сепсисе у детей [5].

Таблица 3. Сравнительный анализ оценок степени выраженности полиорганной дисфункции по шкалам PSS и pSOFA у детей сепсисом в зависимости от наличия почечной дисфункции
Table 3. Comparative analysis of the severity of multiple organ dysfunction according to the PSS and pSOFA scales in children with sepsis depending on the presence of renal dysfunction

Шкала	Отсутствие дисфункции почек (n = 76)	Наличие дисфункции почек (n = 23)	p
pSOFA, балл	4 [3–7]	6 [5–8]	< 0,05 (0,029)
Phoenix Score Sepsis 8, балл	4 [3–5]	6 [5–7]	< 0,05 (0,032)
Phoenix Score Sepsis 4, балл	3 [2–4]	4 [4–5]	< 0,05 (0,048)

В то же время шкала Phoenix Score Sepsis 8 позволяла достоверно лучше прогнозировать исход заболевания у детей сепсисом и почечной дисфункцией. Однако необходимо отметить, что практически у всех детей (21 из 23) с дисфункцией почек имелись клинико-лабораторные признаки шока. В связи с этим представляется достаточно затруднительным идентифицировать возможности дискриминационной способности шкалы Phoenix Score Sepsis 8 при септическом шоке или почечной дисфункции в структуре ПОН. Также следует отметить, что, по мнению многих исследователей, изолированная почечная дисфункция – крайне редкий синдром при сепсисе у детей [6–8].

Согласно недавно опубликованным данным E. Long. et al. (2025), умеренная способность критериев сепсиса Phoenix предсказывать внутрибольничную летальность могла быть связана с модуляцией течения заболевания, возникающей позднее первых суток лечения в ОРИТ (суперинфекция, воздействие посиндромной и антибактериальной терапии) [4].

Кроме того, несмотря на то, что четыре системы органов, указанные в шкале Phoenix Sepsis Score, чаще всего вовлекаются в патологический процесс, это не умаляет решающей важности оценки и дисфункции других органов, особенно при септическом шоке [8]. Полученные нами результаты в определенной мере также подтверждают данное утверждение. Тем более, что, по мнению разработчиков системы Phoenix Sepsis, «дети с сепсисом, у которых имеется органная дисфункция, не связанная с первичным очагом инфекции, имеют более высокий риск смерти, что свидетельствует об опасных для жизни системных процессах» [6].

Ограничениями исследования являются ретроспективный дизайн, небольшая выборка пациентов и одноцентровый характер, поэтому полученные результаты следует рассматривать как

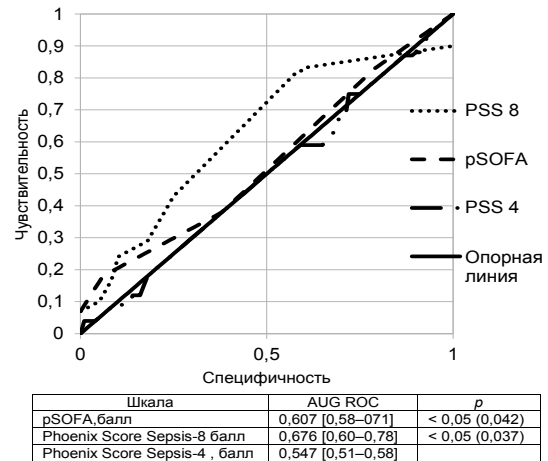


Рис. 2. Оценка дискриминационной способности шкал PSS-4, PSS-8 и pSOFA в зависимости от наличия дисфункции почек

Fig. 2. Assessment of the discriminatory power of the PSS-4, PSS-8 and pSOFA scales according to the presence of renal dysfunction

исследовательские, позволяющие сформулировать гипотезы для последующих исследований. Полученные результаты подтверждают важность продолжения исследований значимости шкалы PSS-8 у детей с сепсисом в отделениях интенсивной терапии для разработки научно обоснованных методов, улучшающих результаты лечения данного заболевания.

Выводы

1. Дискриминационная способность шкал Phoenix Score Sepsis 4 и Phoenix Score Sepsis 8 при сепсисе у детей не имеют достоверных различий.
2. Оценочная система Phoenix Score Sepsis 8 имеет преимущества перед шкалой Phoenix Score Sepsis 4 и pSOFA при оценке клинических исходов септического шока у детей.

Конфликт интересов. Александрович Ю. С. является членом редакционной коллегии журнала «Вестник анестезиологии и реаниматологии» с 2009 г., но к решению об опубликовании данной статьи отношения не имеет. Статья прошла принятую в журнале процедуру рецензирования. Об иных конфликтах интересов авторы не заявляли.

Conflict of interest. Aleksandrovich Yu. S. has been a member of the editorial board of the Messenger of Anesthesiology and Resuscitation since 2009, but has nothing to do with the decision to publish this article. The article has passed the review procedure accepted in the journal. The authors did not declare any other conflicts of interest.

Вклад авторов. Миронов П. И. – 40% (разработка концепции и дизайна исследования, анализ литературы по теме исследования, подготовка проекта рукописи, статистический анализ); Александрович Ю. С. – 10% (утверждение окончательного текста рукописи); Пшениснов К. В. – 10% (научное редактирование, подготовка рукописи к публикации); Богданов Р. Н. – 20% (обобщение первичной клинической информации); Александрович И. В. – 10% (анализ литературы по теме исследования, подготовка проекта рукописи).

Authors' contribution. Mironov P. I. – 40% (development of the research concept and design, analysis of literature on the research topic, draft manuscript preparation, statistical analysis); Aleksandrovich Yu. S. – 10% (approval of the final text of the manuscript); Pshenisnov K. V. – 10% (scientific editing, preparation of the manuscript for publication); Bogdanov R. N. – 20% (summary of primary clinical information); Aleksandrovich I. V. – 10% (analysis of literature on the research topic, draft manuscript preparation).

Финансирование. Работа выполнена в рамках государственного задания на научные исследования и разработки ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Financing. The work was carried out within the framework of the state assignment for research and development of the Saint Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Лекманов А. У., Миронов П. И., Александрович Ю. С. и др. Сепсис у детей: федеральные клинические рекомендации 2025 // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2025. – Т. 15, № 4. – С. 583–619. <http://doi.org/10.17816/psaic1977>.
2. Buderer N. M. F. Statistical methodology: Incorporating the prevalence of disease into the sample size calculation for sensitivity and specificity // *Acad Emerg Med*. – 2016. – Vol. 3, № 9. – P. 895–900. <http://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1996.tb03538.x>.
3. Jabornisky R., Kuppermann N., Dambrauskas S. G. Transitioning from SIRS to Phoenix with the updated pediatric sepsis criteria the difficult task of simplifying the complex // *JAMA*. – 2024. – Vol. 331, № 8. – P. 650–651. <http://doi.org/10.1001/jama.2023.27988>.
4. Long E., Borland M. L., George S. et al. External validation of the Phoenix Sepsis Score in children with suspected community-acquired sepsis // *JAMA Network Open*. – 2025. – Vol. 8, № 3. – e251412. <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.1412>.
5. Marchetto L., Daverio M., Comoretto R. et al. Predictive and prognostic performance of the Phoenix Sepsis Criteria and Phoenix Sepsis Score in PICU patients with suspected infection: a multicenter prospective study // *Crit Care Med*. – 2026. <http://doi.org/10.1097/CCM.0000000000007034>. Online ahead of print.
6. Sanchez-Pinto L. N., Bennett T. D., DeWitt P. E. et al. Development and Validation of the Phoenix Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock // *JAMA*. – 2024. – Vol. 331, № 8. – P. 675–686. <http://doi.org/10.1001/jama.2024.0196>.
7. Schlapbach L. J., Weiss S. L., Bembea M. M. et al. Pediatric organ dysfunction information update mandate (PODIUM) collaborative. Scoring systems for organ dysfunction and multiple organ dysfunction: the PODIUM Consensus conference // *Pediatrics*. – 2022. – Vol. 149. – № 1, suppl 1. – S23–S31. <http://doi.org/10.1542/peds.2021-052888D>.
8. Schlapbach L. J., Watson R. S., Sorce L. R. et al. Society of Critical Care Medicine Pediatric Sepsis Definition Task Force. International consensus criteria for pediatric sepsis and septic shock // *JAMA*. – 2024. – Vol. 331, № 8. – P. 665–674. <http://doi.org/10.1001/jama.2024.0179>.
1. Lekmanov A. Yu, Mironov P. I., Aleksandrovich Yu. S. et al. 2025 National Clinical Guideline for Sepsis in Children. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*, 2025, vol. 15, no. 4, pp. 583–619. (In Russ). <http://doi.org/10.17816/psaic1977> EDN: PYYQES.
2. Buderer N. M. F. Statistical methodology: Incorporating the prevalence of disease into the sample size calculation for sensitivity and specificity. *Acad Emerg Med*, 2016, vol. 3, no. 9, pp. 895–900. <http://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1996.tb03538.x>.
3. Jabornisky R., Kuppermann N., Dambrauskas S. G. Transitioning from SIRS to Phoenix with the updated pediatric sepsis criteria the difficult task of simplifying the complex. *JAMA*, 2024, vol. 331, no. 8, pp. 650–651. <http://doi.org/10.1001/jama.2023.27988>.
4. Long E., Borland M. L., George S. et al. External validation of the Phoenix Sepsis Score in children with suspected community-acquired sepsis. *JAMA Network Open*, 2025, vol. 8, no. 3, e251412. <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.1412>.
5. Marchetto L., Daverio M., Comoretto R. et al. Predictive and prognostic performance of the Phoenix Sepsis Criteria and Phoenix Sepsis Score in PICU patients with suspected infection: a multicenter prospective study. *Crit Care Med*, 2026. <http://doi.org/10.1097/CCM.0000000000007034>. Online ahead of print.
6. Sanchez-Pinto L. N., Bennett T. D., DeWitt P. E. et al. Development and Validation of the Phoenix Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock. *JAMA*, 2024, vol. 331, no. 8, pp. 675–686. <http://doi.org/10.1001/jama.2024.0196>.
7. Schlapbach L. J., Weiss S. L., Bembea M. M. et al. Pediatric organ dysfunction information update mandate (PODIUM) collaborative. Scoring systems for organ dysfunction and multiple organ dysfunction: the PODIUM Consensus conference. *Pediatrics*, 2022, vol. 149, no. 1, suppl 1, S23–S31. <http://doi.org/10.1542/peds.2021-052888D>.
8. Schlapbach L. J., Watson R. S., Sorce L. R. et al. Society of Critical Care Medicine Pediatric Sepsis Definition Task Force. International consensus criteria for pediatric sepsis and septic shock. *JAMA*, 2024, vol. 331, no. 8, pp. 665–674. <http://doi.org/10.1001/jama.2024.0179>.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Башкирский государственный медицинский университет, 450073, Российская Федерация, г. Уфа, ул. Ленина д. 3

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, Российская Федерация, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

Республиканская детская клиническая больница Минздрава Республики Башкортостан, 450092, Российская Федерация, г. Уфа, ул. Степана Кувыкина, д. 98

Миронов Петр Иванович, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом института дополнительного профессионального образования, Башкирский государственный медицинский университет (г. Уфа, Россия), e-mail: mironovpi@mail.ru, ORCID: 0000-0002-9016-9461, SPIN: 5617-6616; **Александрович Юрий Станиславович**, доктор медицинских наук, про-

фессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, проректор по послевузовскому, дополнительному профессиональному образованию и региональному развитию здравоохранения, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Санкт-Петербург, Россия), e-mail: Jalex1963@mail.ru, ORCID: 0000-0002-2131-4813, SPIN: 2225-1630; **Пшениснов Константин Викторович**, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Санкт-Петербург, Россия), e-mail: Psh_K@mail.ru, ORCID: 0000-0003-1113-5296, SPIN: 8423-4294; **Богданов Рустем Наилевич**, зав. отделением анестезиологии и реаниматологии № 1, Республиканская детская клиническая больница (г. Уфа, Россия), e-mail: bogdan_rus@mail.ru, ORCID: 0000-0002-6083-2250; **Александрович Ирина Валерьевна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии и неонатологии, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова (Санкт-Петербург, Россия), e-mail: iralexzz15@bk.ru, ORCID: 0000-0003-1110-9848, SPIN: 9631-1989.

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Bashkir State Medical University, 3, Lenin str., Ufa, Russia, 450073

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, 2, Litovskaya str., Saint Petersburg, Russian Federation, 194100

Children's Regional Clinical Hospital, 98, Stepan Kuvykin str., Ufa, Russian Federation, 450092

Mironov Petr I., Dr. of Sci. (Med.), Professor of the Department of Anesthesiology and Intensive Care with the course of the Institute of Additional Professional Education, Bashkir State Medical University (Ufa, Russia), e-mail: mironovpi@mail.ru, ORCID: 0000-0002-9016-9461, SPIN: 5617-6616; **Aleksandrovich Yuri S.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Honored Scientist of the Russian Federation, Vice-Rector for Postgraduate, Additional Professional Education and Regional Health Development, Head of the Department of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Pediatrics of the Faculty of Postgraduate and Additional Professional Education, Saint Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia), e-mail: Jalex1963@mail.ru, ORCID: 0000-0002-2131-4813, SPIN: 2225-1630; **Pshenisnov Konstantin V.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor of Department of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Pediatrics of the Faculty of Postgraduate and Additional Professional Education, Saint Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia), e-mail: Psh_K@mail.ru, ORCID: 0000-0003-1113-5296, SPIN: 8423-4294; **Bogdanov Rustem N.**, Head of the Department of Anesthesiology and Intensive Care, Children's Regional Clinical Hospital (Ufa, Russia), e-mail: bogdan_rus@mail.ru, ORCID: 0000-0002-6083-2250; **Aleksandrovich Irina V.**, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of Pediatrics and Neonatology, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov (Saint Petersburg, Russia), e-mail: iralexzz15@bk.ru, ORCID: 0000-0003-1110-9848, SPIN: 9631-1989.