

Клинические рекомендации

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **J00 / J02.9/ J04.0/ J04.1/J04.2/J06.0/J06.9**

Возрастная группа: дети

Год утверждения: **201_**

Разработчик клинической рекомендации:

- Союз педиатров России
- Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням

Оглавление

Ключевые слова	2
Список сокращений.....	3
1. Краткая информация	5
1.1 Определение	5
1.2 Этиология и патогенез.....	5
1.3 Эпидемиология	6
1.4 Кодирование по МКБ-10.....	7
Примеры формулировки диагнозов.....	7
1.5 Классификация	7
1.6 Клиническая картина.....	7
2. Диагностика	9
2.1 Жалобы, анамнез.....	9
2.2 Физикальное обследование.....	9
2.3 Лабораторная диагностика.....	9
2.4 Инструментальная диагностика	11
3. Лечение.....	13
3.1 Консервативное лечение	13
3.2 Хирургическое лечение.....	17
4. Реабилитация	17
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	17
6. Организация оказания медицинской помощи.....	19
7. Дополнительная информация, в том числе, влияющая на течение и исход заболевания.....	20
7.1 Осложнения	20
7.2 Исходы и прогноз	21
Критерии оценки качества медицинской помощи	22
Список литературы.....	23
Приложение А1. Состав рабочей группы.....	32
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	34
Приложение А3. Связанные документы.....	36
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента.....	37
Приложение В. Информация для пациентов.....	38
Приложение Г. Расшифровка примечаний.....	41

Ключевые слова

- острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная;
- острая респираторная инфекция;
- острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации;
- острый ларингит и трахеит;
- острый ларингит;
- острый ларинготрахеит;
- острый ларингофарингит;
- острый назофарингит (насморк);
- острый трахеит;
- острый фарингит неуточненный;
- острый фарингит.

Список сокращений

ИЛ – интерлейкин

ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция

Термины и определения

Понятие «острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)» - суммирует следующие нозологические формы: острый назофарингит, острый фарингит, острый ларингит, острый трахеит, острый ларингофарингит, острая инфекция верхних дыхательных путей не уточненная. Новые и узконаправленные профессиональные термины в настоящих клинических рекомендациях не используются

1. Краткая информация

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) – острая, наиболее часто встречающаяся и в большинстве случаев самоограничивающаяся инфекция респираторного тракта, проявляющаяся катаральным воспалением верхних дыхательных путей и протекающая с лихорадкой, насморком, чиханием, кашлем, болью в горле, нарушением общего состояния разной выраженности.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Возбудителями острых заболеваний респираторного тракта преимущественно являются вирусы.

Комментарий: сезонный комплекс возбудителей острых респираторных вирусных инфекций включает десятки одновременно циркулирующих вирусов (>200 генетических групп из 6 семейств и 10 родов), практически не различающихся по клинической картине. Спектр возбудителей ОРВИ, ежегодно вызывающих эпидемии в мире в осенне-зимний период, включает РНК-содержащие вирусы семейства *Orthomyxoviridae* родов *Influenza virus* (*Influenza A virus* - *A(H1N1)pdm09*, *A(H3N2)* и *Influenza virus B* (*Influenza B virus*)), семейства *Coronaviridae* (*Coronavirinae*) рода *Alphacoronavirus*: *Duvinacovirus* (*HCoV*), семейства *Paramyxoviridae* (*Paramyxovirinae*) рода *Rubulavirus* (*HPIV-2*, *-4*), рода *Respirovirus* (*HPIV-1*, *-3* - вирусы парагриппа человека), рода *Pneumovirus* (*HRSV* - респираторно-синцитиальный вирус человека), рода *Metapneumovirus* (*HMPV* - метапневмовирус человека), семейства *Picornaviridae* рода *Enterovirus* (*HEV-D* - энтеровирус D человека, прежде *HRV* - риновирус человека, >152 серотипов) и ДНК-содержащие вирусы семейства *Parvoviridae* (*Parvovirinae*) рода *Bocavirus* (*HBV* - бокавирус человека) и семейства *Adenoviridae* рода *Mastadenovirus*, куда входит 54 серотипа 7 аденовирусов человека (*HAdV*): *HAdV-A* (12, 18, 31); *HAdV-B* (3, 7, 11, 14, 16, 21, 34, 35, 50); *HAdV-C* (1, 2, 5, 6); *HAdV-D* (8-10, 13, 15, 17, 19, 20, 22-30, 32, 33, 36-39, 42-49, 51, 53, 54); *HAd-E* (4); *HAd-F* (40, 41); *HAd-G* (52) [99].

Комментарий: Циркуляция эпидемического вируса *SARS-CoV-2* определяет сложность выявления реальных этиологических факторов любой сезонной эпидемической вспышки с респираторным заражением. См. методические рекомендации Минздрава России «Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (*COVID-19*) у детей», версия 2 от 3 июля 2020 г.

Распространение вирусов происходит чаще всего путем самоинокуляции на

слизистую оболочку носа или конъюнктиву с рук, загрязненных при контакте с больным (например, через рукопожатие) или с зараженными вирусом поверхностями (риновирус сохраняется на них до суток).

Другой путь – воздушно-капельный – при вдыхании частичек аэрозоля, содержащего вирус, или при попадании более крупных капель на слизистые оболочки при тесном контакте с больным.

Инкубационный период большинства вирусных болезней – от 2-х до 7 дней. Выделение вирусов больным максимально на 3-и сутки после заражения, резко снижается к 5-му дню; неинтенсивное выделение вируса может сохраняться до 2-х недель.

Симптомы ОРВИ являются результатом не столько повреждающего влияния вируса, сколько реакции системы врожденного иммунитета. Пораженные клетки эпителия выделяют цитокины, в т.ч. интерлейкин 8 (ИЛ 8), количество которого коррелирует как со степенью привлечения фагоцитов в подслизистый слой и эпителий, так и выраженностью симптомов. Увеличение назальной секреции связано с повышением проницаемости сосудов, количество лейкоцитов в нем может повышаться многократно, меняя его цвет с прозрачного на бело-желтый или зеленоватый, т.е. считать изменение цвета назальной слизи признаком бактериальной инфекции безосновательно [1].

Установка на то, что при всякой вирусной инфекции активируется бактериальная флора (так называемая «вирусно-бактериальная этиология ОРИ» на основании, например, наличия у больного лейкоцитоза) не подтверждается практикой. Бактериальные осложнения ОРВИ возникают относительно редко.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

ОРВИ – самая частая инфекция человека: дети в возрасте до 5 лет переносят, в среднем, 6-8 эпизодов ОРВИ в год [2, 3], в детских дошкольных учреждениях особенно высока заболеваемость на 1-2 году посещения – на 10-15% выше, чем у неорганизованных детей, однако, в школе последние болеют чаще [4]. Заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей может значительно различаться в разные годы. Заболеваемость наиболее высока в период с сентября по апрель, пик заболеваемости приходится на февраль-март. Спад заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей неизменно регистрируется в летние месяцы, когда она снижается в 3-5 раз [5]. Согласно данным Минздрава России и Роспотребнадзора в 2018 г. заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей у детей в возрасте 0 – 17 лет составила

75,4 тыс. случаев заболеваний на 100 тысяч человек (против 81,1 тыс. на 100 тысяч населения в 2017 г.). Абсолютное число заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей в РФ составило в 2018 году 30,9 миллиона случаев [5].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Кодирование по МКБ-10

Острый назофарингит (насморк) (J00)

Острый фарингит (J02)

J02.9 - Острый фарингит неуточненный

Острый ларингит и трахеит (J04)

J04.0 - Острый ларингит

J04.1 - Острый трахеит

J04.2 - Острый ларинготрахеит

Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (J06)

J06.0 - Острый ларингофарингит

J06.9 - Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная

Примеры формулировки диагнозов

- *Острый назофарингит, острый конъюнктивит.*
- *Острый ларингит.*

При подтверждении этиологической роли вирусного агента, уточнение выносится в диагноз.

В качестве диагноза следует избегать термина «ОРВИ», используя термины «*острый назофарингит*» или «*острый ларингит*», или «*острый фарингит*», поскольку возбудители ОРВИ вызывают также ларингит (круп), тонзиллит, бронхит, бронхиолит, что следует указывать в диагнозе. Подробно данные синдромы рассматриваются отдельно (см. Клинические рекомендации по ведению детей с острым тонзиллитом, острым бронхитом, острым бронхиолитом и обструктивным ларинготрахеитом).

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Деление ОРВИ (назофарингита, фарингита, ларинготрахеита без стеноза гортани) по степени тяжести нецелесообразно.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Заболевание обычно начинается остро, часто сопровождается повышением температуры тела до субфебрильных цифр (37,5°C—38,0°C). Фебрильная лихорадка более свойственна гриппу, аденовирусной инфекции, энтеровирусным инфекциям. Повышенная температура у 82% больных снижается на 2-3-й день болезни; более длительно (до 5-7 дней) фебрилитет держится при гриппе и аденовирусной инфекции [6]. Нарастание уровня лихорадки в течение болезни, симптомы бактериальной интоксикации у ребенка должны настораживать в отношении присоединения бактериальной инфекции. Повторный подъем температуры после кратковременного улучшения нередко бывает при развитии острого среднего отита на фоне продолжительного насморка.

Назофарингит

Для назофарингита характерны жалобы на заложенность носа, выделения из носовых ходов, неприятные ощущения в носоглотке: жжение, покалывание, сухость, нередко скопление слизистого отделяемого, которое у детей, стекая по задней стенке глотки, может вызывать продуктивный кашель.

При распространении воспаления на слизистую оболочку слуховых труб (евстахеит) появляются пощелкивание, шум и боль в ушах, может снизиться слух.

У грудных детей на фоне выраженного затруднения носового дыхания могут отмечаться беспокойство, трудности при кормлении и засыпании. У старших детей типичными проявлениями являются симптомы ринита (пик на 3-й день, длительность до 6-7 дней), у 1/3-1/2 больных – чихание и/или кашель (пик в 1-й день, средняя длительность – 6-8 дней), реже - головная боль (20% в 1-й и 15% – до 4-го дня) [8].

Ларингит и ларинготрахеит

Симптомом, позволяющим диагностировать ларингит, является осиплость голоса. В отличие от синдрома крупа (обструктивного ларинготрахеита), явлений стеноза гортани не отмечается, дыхательной недостаточности нет, однако может отмечаться грубый сухой кашель. При трахеите кашель может быть навязчивым, частым, изнуряющим пациента.

Фарингит

При фарингите отмечаются гиперемия и отёчность задней стенки глотки, её зернистость, вызванная гиперплазией лимфоидных фолликулов. На задней стенке глотки может быть заметно небольшое количество слизи (катаральный фарингит) [8], фарингит также характеризуется непродуктивным, часто навязчивым кашлем. Этот симптом вызывает крайнее беспокойство родителей, доставляет неприятные ощущения ребенку, поскольку кашель может быть очень частым. Такой кашель не поддается лечению бронходилататорами, муколитиками, ингаляционными глюкокортикостероидами (и не требует их назначения).

В среднем симптомы ОРВИ могут продолжаться до 10-14 дней [9].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

2.1 Жалобы и анамнез

Пациент или родители (законные представители) могут пожаловаться на остро возникший ринит и/или кашель и/или гиперемию конъюнктив (катаральный конъюнктивит) в сочетании с явлениями ринита, фарингита.

2.2 Физикальное обследование

Общий осмотр подразумевает оценку общего состояния, физического развития ребенка, подсчет частоты дыхания, сердечных сокращений, осмотр верхних дыхательных путей и зева, осмотр, пальпацию и перкуссию грудной клетки, аускультацию легких, пальпацию живота.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Обследование больного с ОРВИ имеет целью выявление бактериальных очагов, не определяемых клиническими методами.

- Не рекомендуется рутинное вирусологическое и/или бактериологическое обследование всех пациентов, т.к. это не влияет на выбор лечения, исключение составляют экспресс-тест на грипп у высоко лихорадящих детей и экспресс-тест на стрептококк при подозрении на острый стрептококковый тонзиллит [10].

(Уровень убедительности рекомендаций С; уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: *Современные мультиплексные панели позволяют выявлять до нескольких десятков вирусов и бактерий в биологических секретах при исследованиях в течение нескольких часов. Однако, эти методы могут быть использованы в основном в крупных стационарах при наличии специального оборудования и персонала соответствующей квалификации. Кроме того, в большинстве случаев выявление микроорганизмов не обязательно свидетельствует об их этиологической значимости в текущей ОРВИ, поскольку возможно их бессимптомное носительство. Учитывая ограниченные возможности этиотропной терапии вирусных заболеваний, необходимость в рутинной верификации вирусов также сомнительна. Ценность вирусологических и*

бактериологических методов при ОРВИ высока при проведении эпидемиологических и клинических исследований, а также для обследования иммунокомпрометированных пациентов.

- Рекомендовано проведение этиологической диагностики при подозрении на грипп: методом ПЦР-диагностики (Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A)/ вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР, Определение РНК вируса гриппа А/вируса гриппа В в бронхоальвеолярной лаважной жидкости методом ПЦР, Определение РНК вируса гриппа А/вируса гриппа В в мокроте (индуцированной мокроте, фаринго-трахеальных аспиратах) методом ПЦР) или при помощи иммунохроматографического экспресс-теста (Иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка, эндотрахеального аспирата, бронхоальвеолярной лаважной жидкости на вирус гриппа А/ вирус гриппа В), поскольку при этой инфекции может быть начато этиотропное противовирусное лечение [10, 11].

(Уровень убедительности рекомендаций С; уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: *Применение экспресс тестов для диагностики вирусных инфекций в отделениях неотложной помощи и приемных отделениях стационаров может уменьшать риск необоснованной антибиотикотерапии, а также ненужных диагностических исследований, в т.ч. рентгенографии грудной клетки [12].*

- Общий (клинический) анализ мочи (в т.ч. с использованием тест-полосок в амбулаторных условиях и приемных отделениях стационаров) рекомендуется проводить у всех лихорадящих детей без катаральных явлений с целью своевременной диагностики инфекции мочевыводящих путей [13, 14].

(Уровень убедительности рекомендаций А; уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: *5-10% детей грудного и раннего возраста с инфекцией мочевых путей также имеют вирусную ко-инфекцию с клиническими признаками ОРВИ. Вместе с тем исследование мочи у детей с назофарингитом или ларингитом без лихорадки проводится только при наличии жалоб или особых рекомендаций в связи с сопутствующей патологией мочевыделительной системы.*

- Общий (клинический) анализ крови рекомендован к проведению при выраженных общих симптомах у детей с лихорадкой [13-15].

(Уровень убедительности рекомендаций А; уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: Повышение уровня маркеров бактериального воспаления является поводом для поиска бактериального очага, в первую очередь, «немой» пневмонии, острого среднего отита, инфекции мочевыводящих путей. Повторные клинические анализы крови и мочи необходимы только в случае выявления отклонений от нормы при первичном обследовании или появления новых симптомов, требующих диагностического поиска. Если симптомы вирусной инфекции купировались, ребенок перестал лихорадить и имеет хорошее самочувствие, повторное исследование Общего (клинического) анализа крови нецелесообразно.

Особенности лабораторных показателей при некоторых вирусных инфекциях
Лейкопения, характерная для гриппа и энтеровирусных инфекций, обычно отсутствует при других ОРВИ.

Для РС-вирусной инфекции характерен лимфоцитарный лейкоцитоз, который может превышать $15 \times 10^9/\text{л}$.

При аденовирусной инфекции лейкоцитоз может достигать уровня $15 - 20 \times 10^9/\text{л}$ и даже выше, при этом возможны нейтрофилез более $10 \times 10^9/\text{л}$, повышение уровня С-реактивного белка выше 30 мг/л.

- Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови рекомендовано проводить для исключения тяжелой бактериальной инфекции у детей с фебрильной лихорадкой (повышение температуры выше 38°C), особенно при отсутствии видимого очага инфекции [13-15].

(Уровень убедительности рекомендаций С; уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: *Повышение его выше 30-40 мг/л более характерно для бактериальных инфекций (вероятность выше 85%).*

2.4 Инструментальная диагностика

- Учитывая высокую частоту острого среднего отита у детей с ринитом, рекомендовано рассмотреть проведение осмотра органа слуха (отоскопии) пациентам с ринитом, особенно при наличии лихорадки [16]. В сложных или сомнительных случаях показан прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный.

(Уровень убедительности рекомендаций С; уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: *Отоскопия должна являться частью рутинного педиатрического осмотра каждого пациента, наряду с аускультацией, перкуссией и т.д.*

- Рентгенография органов грудной клетки (Рентгенография легких, Прицельная рентгенография органов грудной клетки) не рекомендована для проведения каждому ребенку с симптомами ОРВИ с целью избежания излишней лучевой нагрузки [17, 18].

(Уровень убедительности рекомендаций А; уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии:

Показаниями для рентгенографии легких являются:

- признаки респираторного дистресса (одышка, тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании, хрипящее/стонущее дыхание);

- появление физикальных симптомов пневмонии (см. клинические рекомендации «Пневмонии у детей»);

- снижение SpO₂ менее 95% при дыхании комнатным воздухом;

- наличие выраженных симптомов бактериальной интоксикации: ребенок вялый и сонливый, недоступен главному контакту, резко выраженное беспокойство, отказ от питья, гиперестезия;

- высокий уровень маркеров бактериального воспаления: повышение в общем анализе крови лейкоцитов более $15 \times 10^9/\text{л}$ в сочетании с нейтрофилиезом $10 \times 10^9/\text{л}$ и более, уровень С-реактивного белка выше 30 мг/л в отсутствие очага бактериальной инфекции.

Следует помнить, что выявление на рентгенограмме легких усиления бронхососудистого рисунка, расширение тени корней легких, повышения воздушности недостаточно для установления диагноза «пневмония» и не являются показанием для антибактериальной терапии.

- Рентгенография придаточных пазух носа не рекомендована пациентам с острым назофарингитом в первые 10-12 дней болезни [19].

(Уровень убедительности рекомендаций В; уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: *проведение рентгенографии придаточных пазух носа на ранних*

сроках заболевания часто выявляет обусловленное вирусом воспаление придаточных пазух носа, которое самопроизвольно разрешается в течение 2 недель [9, 19].

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Консервативное лечение

ОРВИ - наиболее частая причина применения различных лекарственных средств и процедур, чаще всего ненужных, с недоказанным действием, нередко вызывающих побочные эффекты. Поэтому очень важно разъяснить родителям доброкачественный характер болезни и сообщить, какова предполагаемая длительность имеющихся симптомов, а также убедить их в достаточности минимальных вмешательств.

- Этиотропная терапия рекомендована при гриппе А (в т.ч. H1N1) и В в первые 24-48 часов болезни [20]. Эффективны ингибиторы нейраминидазы:

Осельтамивир** с возраста 1 года по 4 мг/кг/сут, 5 дней или

Занамивир детям с 5 лет по 2 ингаляции (всего 10 мг) 2 раза в день, 5 дней [20].

(Уровень убедительности рекомендаций А; уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: для достижения оптимального эффекта лечение должно быть начато при появлении первых симптомов заболевания. На другие вирусы, не содержащие нейраминидазы, данные препараты не действуют. Однозначные данные, подтверждающие противовирусную эффективность и безопасность применения у детей других лекарственных препаратов, а том числе иммуномодуляторов со стимулирующим действием, получивших широкое распространение в РФ, в настоящее время отсутствуют [21-51].

- Рекомендовано рассмотреть назначение не позднее 1-2-го дня болезни топических форм интерферона-альфа** с терапевтической целью, однако, надежных доказательств противовирусной эффективности и безопасности для детей у этих препаратов нет [52-65].

Комментарии: При ОРВИ иногда рекомендуются интерферогены, но следует помнить, что при их применении лихорадочный период сокращается менее чем на

1 сутки, т.е. их применение при большинстве ОРВИ с коротким фебрильным периодом не оправдано [22]. Результаты исследований эффективности использования иммуномодуляторов при респираторных инфекциях, как правило, показывают малодостоверный эффект. Препараты интерферонов, рекомендованные для лечения более тяжелых инфекций, например, вирусных гепатитов, при ОРВИ не используются. не рекомендованы, Эффективность гомеопатических средств для лечения ОРВИ у детей не доказана [66].

- Не рекомендуется использование антибиотиков для лечения неосложненных ОРВИ и гриппа, в т.ч. если заболевание сопровождается в первые 10-14 дней болезни риносинуситом, конъюнктивитом, ларингитом, крупом, бронхитом, бронхообструктивным синдромом [3, 67, 68].

(Уровень убедительности рекомендаций А; уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: *Антибактериальная терапия в случае неосложненной вирусной инфекции не только не предотвращает бактериальную суперинфекцию, но способствует ее развитию из-за подавления нормальной пневмотропной флоры, «сдерживающей агрессию» стафилококков и кишечной флоры. Антибиотики могут быть показаны детям с хронической патологией, затрагивающей бронхолегочную систему (например, муковисцидоз), иммунодефицитом, у которых есть риск обострения бактериального процесса; выбор антибиотика у них обычно предопределен заранее характером флоры.*

- Не рекомендуется повышенное потребление жидкости на фоне ОРВИ, Польза обильного выпивания сомнительна, а повышение секреции антидиуретического гормона в период болезни, напротив, способствует задержке жидкости [69].

(Уровень убедительности рекомендаций В; уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендуется проводить элиминационную терапию, т.к. данная терапия эффективна и безопасна. Введение в нос физиологического раствора несколько раз в день обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия [3, 70].

(Уровень убедительности рекомендаций В; уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: Вводить физиологический раствор лучше в положении лежа на спине с запрокинутой назад головой для орошения свода носоглотки и аденоидов. У маленьких детей с обильным отделяемым эффективна аспирация слизи из носа специальным ручным отсосом с последующим введением физиологического раствора. Положение в кроватке с поднятым головным концом способствует отхождению слизи из носа. У старших детей оправданы спреи с солевым изотоническим раствором.

- Рекомендуется назначение сосудосуживающих капель в нос Деконгестанты и другие назальные препараты для местного применения (деконгестанты) коротким курсом не более 5 дней. Данные препараты не укорачивают длительность насморка, но могут облегчить симптомы заложенности носа, а также восстановить функцию слуховой трубы. У детей 0-6 лет применяют фенилэфрин 0,125%, оксиметазолин 0,01-0,025%, ксилометазолин** 0,05% (с 2 лет), у старших – более концентрированные растворы [4,7,71].

(Уровень убедительности рекомендаций В; уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: Использование системных препаратов, содержащих деконгестанты (например, псевдоэфедрин, гвайфенезин) крайне нежелательно, лекарственные средства данной группы не должны применяться у детей до достижения возраста 12 лет [72].

- Для снижения температуры тела лихорадящего ребенка рекомендуется раскрыть, обтереть водой T° 25-30°C. [73, 74].

(Уровень убедительности рекомендаций В; уровень достоверности доказательств - 5).

- С целью снижения температуры тела у детей рекомендуются к применению только два препарата – парацетамол** до 60 мг/кг/сут или ибупрофен** до 30 мг/кг/сут вследствие доказанной безопасности [4, 7, 73, 74].

(Уровень убедительности рекомендаций А; уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: Жаропонижающие препараты у здоровых детей ≥ 3 месяцев оправданы при температуре выше 39 - 39,5°C. При менее выраженной лихорадке (38-38,5°C) средства, снижающие температуру, показаны детям до 3 месяцев,

пациентам с хронической патологией, а также при связанном с температурой дискомфорте. Регулярный (курсовой) прием жаропонижающих нежелателен, повторную дозу вводят только после нового повышения температуры [4,7,14].

Парацетамол** и ибупрофен** могут применяться внутрь или в форме ректальных суппозиториях, существует также парацетамол для внутривенного введения. Если с лихорадкой справиться не удастся, рассмотрите постепенный переход с одного жаропонижающего лекарственного препарата на другой, продолжив монотерапию. Чередование этих двух антипиретиков или применение комбинированных препаратов не имеет существенных преимуществ перед монотерапией одним из этих лекарственных средств [75].

Необходимо помнить, что самая главная проблема при лихорадке - вовремя распознать бактериальную инфекцию. Таким образом, диагностика тяжелой бактериальной инфекции гораздо важнее борьбы с лихорадкой. Применение жаропонижающих вместе с антибиотиками чревато маскировкой неэффективности последних.

- У детей с жаропонижающей целью не рекомендуется применять ацетилсалициловую кислоту** и нимесулид в связи высоким риском развития нежелательных реакций [73].

(Уровень убедительности рекомендаций А; уровень достоверности доказательств - 5).

- Не рекомендуется использование метамизола у детей в связи с высоким риском развития агранулоцитоза [76, 77].

(Уровень убедительности рекомендаций А; уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Во многих странах мира метамизол запрещен к применению уже более 50 лет назад.

- Рекомендуется теплое питье или, после 6 лет, использование леденцов или пастилок, содержащих антисептики для устранения кашля при фарингите, который связан с «першением в горле» из-за воспаления слизистой оболочки глотки или ее пересыхания при дыхании ртом [78].

(Уровень убедительности рекомендаций В; уровень достоверности доказательств - 2).

- Противокашлевые, отхаркивающие, муколитики, в том числе многочисленные патентованные препараты с различными растительными средствами, не рекомендуются для использования при ОРВИ ввиду неэффективности [78, 79].

(Уровень убедительности рекомендаций В; уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: При сухом навязчивом кашле у ребенка с фарингитом или ларинготрахеитом иногда удается достигнуть хороший клинический эффект при использовании бутамирата, однако доказательная база по применению противокашлевых препаратов отсутствует [78].

- Ингаляции паровые и аэрозольные не рекомендованы к использованию, т.к. не показали эффекта в рандомизированных исследованиях, а также не рекомендованы Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для лечения ОРВИ [80, 81].

(Уровень убедительности рекомендаций В; уровень достоверности доказательств - 2).

- Антигистаминные средства системного действия (1-го поколения), обладающие атропиноподобным действием, не рекомендованы для использования у детей: они обладают неблагоприятным терапевтическим профилем, имеют выраженные седативный и антихолинергический побочные эффекты, нарушают когнитивные функции (концентрацию внимания, память и способность к обучению). В рандомизированных исследованиях препараты данной группы не показали эффективности в уменьшении симптомов ринита [78, 82].

(Уровень убедительности рекомендаций А; уровень достоверности доказательств - 2).

- Не рекомендуется всем детям с ОРВИ назначать аскорбиновую кислоту (витамин С) так как это не влияет на течение болезни [83].

(Уровень убедительности рекомендаций В; уровень достоверности доказательств - 2).

3.2 Хирургическое лечение

Не требуется

4. Реабилитация

Не требуется

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и

противопоказания к применению методов профилактики

- Рекомендуется проведение профилактических мероприятий, препятствующих распространению вирусов: тщательное мытье рук после контакта с больным, ношение масок, мытье поверхностей в окружении больного, в медицинских организациях – соблюдение санитарно-эпидемического режима, соответствующая обработка фонендоскопов, отоскопов, использование одноразовых полотенец, в детских учреждениях – быстрая изоляция заболевших детей, соблюдение режима проветривания [84].

(Уровень убедительности рекомендаций В; уровень достоверности доказательств - 2).

- Профилактика большинства вирусных инфекций остается сегодня неспецифической, поскольку вакцин против всех респираторных вирусов пока нет. Вместе с тем рекомендуется ежегодная вакцинация против гриппа с возраста 6 мес, которая снижает заболеваемость [85].

(Уровень убедительности рекомендаций В; уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: *Доказано, что вакцинация детей от гриппа и пневмококковой инфекции снижает риск развития острого среднего отита у детей, т.е. уменьшает вероятность осложненного течения ОРВИ [86, 87].*

- У детей первого года жизни из групп риска (недоношенность, бронхолегочная дисплазия для профилактики РС-вирусной инфекции в осенне-зимний сезон рекомендована пассивная иммунизация *паливизумабом****, препарат вводится внутримышечно в дозе 15 мг/кг ежемесячно 1 раз в месяц с ноября по март [88, 89].

(Уровень убедительности рекомендаций А; уровень достоверности доказательств - 1).

- У детей до 2-х лет с гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца для профилактики РС-вирусной инфекции в осенне-зимний сезон рекомендована пассивная иммунизация *паливизумабом****, препарат вводится внутримышечно в дозе 15 мг/кг ежемесячно 1 раз в месяц с ноября по март [88, 89].

(Уровень убедительности рекомендаций В; уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: см. клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с бронхолегочной дисплазией, КР по иммунопрофилактике респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей.

- Детям старше 6 мес с рецидивирующими инфекциями ЛОР-органов и дыхательных путей рекомендуется применение системных бактериальных лизатов. Эти препараты, вероятно, могут сократить заболеваемость респираторными инфекциями, хотя доказательная база у них не велика [90-92].

(Уровень убедительности рекомендаций В; уровень достоверности доказательств - 4).

- Не рекомендуется использование иммуномодуляторов с целью профилактики острых респираторно-вирусных инфекций, т.к. надежных свидетельств о снижении респираторной заболеваемости под влиянием различных иммуномодуляторов - нет. Не доказана также профилактическая эффективность растительных препаратов [93-95] и витамина С [83], гомеопатических препаратов [96].

(Уровень убедительности рекомендаций А; уровень достоверности доказательств - 2).

6. Организация оказания медицинской помощи

Ребенок при ОРВИ обычно наблюдается в амбулаторно-поликлинических условиях врачом педиатром.

Режим общий или полупостельный с быстрым переходом на общий после снижения температуры. Повторный осмотр необходим при сохранении температуры более 3 дней или ухудшении состояния.

Стационарное лечение (госпитализация) может потребоваться при развитии осложнений и длительной фебрильной лихорадке.

Должны быть госпитализированы в стационар:

- дети до 3-х месяцев с фебрильной лихорадкой в связи с высоким риском развития у них тяжелой бактериальной инфекции [97].

- дети любого возраста при наличии любого из следующих симптомов (основные опасные признаки): неспособность пить / сосать грудь; сонливость или отсутствие сознания; частота дыхания менее 30 в минуту или апноэ; симптомы респираторного дистресса; центральный цианоз; явления сердечной недостаточности; тяжелое обезвоживание [97].

- дети со сложными фебрильными судорогами (продолжительностью более 15 минут и/или повторяющиеся более одного раза в течение 24 часов) госпитализируются на весь период лихорадки.

- дети с фебрильной лихорадкой и подозрением на тяжелую бактериальную инфекцию (НО может быть и гипотермия!), имеющие следующие сопутствующие симптомы: вялость, сонливость; отказ от еды и питья; геморрагическая сыпь на коже; рвота.

- дети с явлениями дыхательной недостаточности, имеющие какие-либо из следующих симптомов: кряхтящее дыхание, раздувание крыльев носа при дыхании, кивательные движения (движения головы, синхронизированные со вдохом); частота дыхательных движений у ребенка до 2-х месяцев > 60 в минуту, у ребенка в возрасте 2-11 месяцев > 50 в минуту, у ребенка старше 1 года > 40 в минуту; втяжение нижней части грудной клетки при дыхании; насыщение крови кислородом $< 92\%$ при дыхании комнатным воздухом [97].

Средняя длительность нахождения в стационаре может составить 3-7 дней в зависимости от нозологической формы осложнения и тяжести состояния.

Госпитализация детей с назофарингитом, ларингитом, трахеобронхитом без сопутствующих опасных признаков нецелесообразна.

Фебрильная лихорадка при отсутствии других патологических симптомов у детей старше 3-х мес не является показанием для госпитализации в стационар.

Дети с простыми фебрильными судорогами (продолжительностью до 15 минут, однократно в течение суток), завершившимися к моменту обращения в стационар, обычно не нуждаются в госпитализации, но ребенок должен быть осмотрен врачом для исключения нейроинфекции и других причин судорог.

7. Дополнительная информация, в том числе, влияющая на течение и исход заболевания

7.1 Осложнения

Осложнения ОРВИ наблюдаются нечасто и связаны с присоединением бактериальной инфекции.

- *Существует риск развития острого среднего отита на фоне течения назофарингита, особенно у детей раннего возраста, обычно на 2-5-е сутки болезни. Его частота может достигать 20 – 40%, однако далеко не у всех возникает гнойный отит, требующий назначения антибактериальной терапии [8,*

17].

- Сохранение заложенности носа дольше 10-14 дней, ухудшение состояния после первой недели болезни, появление болей в области лица может указывать на развитие бактериального синусита [9, 19].
- На фоне гриппа частота вирусной и бактериальной (чаще всего обусловленной *Streptococcus pneumoniae*) пневмонии может достигать 12% заболевших вирусной инфекцией детей [20, 98].
- Бактериemia осложняет течение ОРВИ в среднем в 1% случаев при РС-вирусной инфекции и в 6,5% случаев при энтеровирусных инфекциях [7].
- Кроме того, респираторная инфекция может явиться триггером обострения хронических заболеваний, чаще всего бронхиальной астмы и инфекции мочевыводящих путей.

7.2 Исходы и прогноз

Как указано выше, ОРВИ, в отсутствии бактериальных осложнений, скоротечны, хотя и могут оставлять на 1-2 недели такие симптомы как отделяемое из носовых ходов, кашель. Мнение о том, что повторные ОРВИ, особенно частые, являются проявлением или приводят к развитию «вторичного иммунодефицита» безосновательно.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Таблица 1.

Организационно-технические условия оказания медицинской помощи.

Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Стационарно / в дневном стационаре
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная

Таблица 2.

Критерии качества оказания медицинской помощи

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при повышении температуры тела выше 38 ⁰ С)	Да/нет
3.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (при повышении температуры тела выше 38,0 С)	Да/нет
4.	Проведена элиминационная терапия (промывание полости носа физиологическим раствором или стерильным раствором морской воды) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/нет
5.	Выполнено лечение местными деконгестантами (сосудосуживающие капли в нос) коротким курсом от 48 до 72 часов (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/нет

Список литературы

1. Van den Broek M.F., Gudden C., Kluijfhout W.P., Stam-Slob M.C., Aarts M.C., Kaper N.M., van der Heijden G.J. No evidence for distinguishing bacterial from viral acute rhinosinusitis using symptom duration and purulent rhinorrhea: a systematic review of the evidence base. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014 Apr;150(4):533-7. doi: 10.1177/0194599814522595. Epub 2014 Feb 10.
2. Hay AD, Heron J, Ness A, ALSPAC study team. The prevalence of symptoms and consultations in pre-school children in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC): a prospective cohort study. *Family Practice* 2005; 22: 367–374.
3. Fendrick A.M., Monto A.S., Nightengale B., Sarnes M. The economic burden of non-influenza-related viral respiratory tract infection in the United States. *Arch Intern Med.* 2003 Feb 24; 163(4):487-94.
4. Союз педиатров России, Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка. Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика». М., 2002 г.
5. https://rospotrebnadzor.ru/activities/statistica/materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=11277
6. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. М. Боргес. 2019. 300 с.
7. Pappas DE, Hendley JO, Hayden FG, Winther B. Symptom profile of common colds in school-aged children. *Pediatr Infect Dis J* 2008; 27:8.
8. Thompson M., Cohen H. D , Vodicka T.A et al. Duration of symptoms of respiratory tract infections in children: systematic review *BMJ* 2013; 347 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f7027>.
9. Wald E.R., Applegate K.E., Bordley C., Darrow D.H., Glode M.P. et al. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. *Pediatrics.* 2013 Jul;132(1):e262-80.
10. S Esposito et al. Multiplex Platforms for the Identification of Respiratory Pathogens: Are They Useful in Pediatric Clinical Practice? *Front Cell Infect Microbiol* 9, 196. 2019. PMID 31275863.
11. Echavarría M, et al. Clinical impact of rapid molecular detection of respiratory pathogens in patients with acute respiratory infection. *J Clin Virol* 2018 - *Clinical Trial*. PMID 30267999 .
12. Doan Q, Enarson P, Kissoon N, Klassen TP, Johnson DW. Rapid viral diagnosis for acute febrile respiratory illness in children in the Emergency Department. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 9. Art. No.: CD006452. DOI: 10.1002/14651858.CD006452.pub4.

13. Vos-Kerkhof E, et al. Clinical prediction models for young febrile infants at the emergency department: an international validation study. *Arch Dis Child* 2018.
14. Trippella G, et al. Inflammatory biomarkers to guide diagnostic and therapeutic decisions in children presenting with fever without apparent source. *J Chemother* 2018.
15. Lacroix L, et al. Impact of the lab-score on antibiotic prescription rate in children with fever without source: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2014 - Clinical Trial. PMID 25503770
16. Рачина С.А., Козлов Р.С., Таточенко В.К., и др. Анализ подходов к применению антибиотиков при инфекциях верхних дыхательных путей и ЛОР-органов у детей: результаты опроса участковых педиатров. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2016. Т. 18. № 1. С. 20-32.
17. Shah SN, Bachur RG, Simel DL, Neuman MI. Does This Child Have Pneumonia?: The Rational Clinical Examination Systematic Review [published correction appears in *JAMA*. 2017 Oct 3;318(13):1284]. *JAMA*. 2017;318(5):462–471. doi:10.1001/jama.2017.9039.
18. Chao JH, Lin RC, Marneni S, Pandya S, Alhajri S, Sinert R. Predictors of Airspace Disease on Chest X-ray in Emergency Department Patients With Clinical Bronchiolitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Acad Emerg Med*. 2016;23(10):1107–1118. doi:10.1111/acem.13052.
19. Smith M.J. Evidence for the diagnosis and treatment of acute uncomplicated sinusitis in children: a systematic review. *Pediatrics*. 2013 Jul;132(1):e284-96.
20. Jefferson T, Jones MA, Doshi P, et al. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 4:CD008965.
21. Бабаченко И. В., Шарипова Е. В., Беликова Т. Л. Подходы к терапии ОРВИ у детей в стационаре и поликлинике // *Медицинский совет*. – 2017. – №. 1. – С. 94-99.
22. Шарипова Е.В., Бабаченко И.В., Левина А.С., Григорьев С.Г. Противовирусная терапия ОРВИ и гриппа у детей в стационарных условиях // *Журнал инфектологии*. – 2018. – Т. 10. – №. 4. – С. 82-88.
23. Харламова Ф.С., Кладова О.В., Учайкин В.Ф. и др. Клиническая эффективность индуктора интерферонов при метапневмовирусной и бокавирусной респираторных инфекциях у детей // *Журнал инфектологии*. – 2017. – Т. 9. – №. 1S. – С. 17-21.
24. Савенкова М.С., Исаева Е.И., Караштина О.В., Шабат М.Б., Красева Г.Н., Абрамова Н.А., Красева Т.Е., Дужкин Р.В. Анализ сравнительного лечения ОРВИ в эпидсезонах 2015-2016 г. на основе результатов мультиплексной ПЦР-диагностики в условиях амбулаторной практики // *Фарматека*. 2017. - №1. - С. 38-45.

25. Елкина Т.Н., Пирожкова Н.И., Грибанова О.А., Лиханова М.Г. Комплексная терапия острых респираторных заболеваний у детей дошкольного возраста на педиатрическом участке //Лечащий врач. – 2014. – №. 2. – С. 86-86.
26. Харламова Ф.С., Учайкин В.Ф., Бевза С.Л., Ершов Ф.И., Нестеренко В.Г., Сергеева Э. М., Легкова Т.П., Фельдфикс Л.И. Клиническая эффективность Кагоцела при ОРВИ со стенозирующим ларинготрахеитом у детей /Детские инфекции. – 2008. – Т. 7. – №. 4.
27. Вартамян Р.В., Сергеева Э. М., Чешик С.Г. Оценка терапевтической эффективности препарата Кагоцел у детей младшего и дошкольного возраста с острыми респираторными вирусными инфекциями //Детские инфекции. – 2011. – Т. 10. – №. 1.- С. 36-41.
28. Харламова Ф.С., Кладова О.В., Сергеева Э. М., Щербакова А.А., Яблонская К.П., Легкова Т.П., Фельдфикс Л.И., Рогова Л.А., Самсон О.С., Учайкин В.Ф. Клиническая эффективность препарата Кагоцел при гриппе и ОРВИ у детей с 2 до 6 лет //Детские инфекции. – 2010. – Т. 9. – №. 4.
29. Харламова Ф.С., Кладова О.В., Учайкин В.Ф., Чешик С.Г., Вартамян Р.В., Яблонская К.П. Метапневмовирусная и бокавирусная респираторные инфекции в структуре ОРВИ у детей //Детские инфекции. – 2015. – Т. 14. – №. 2.
30. Харламова Ф.С., Учайкин В.Ф., Кладова О.В., Сергеева Э. М., Нестеренко В.Г. Клиническая и профилактическая эффективность индуктора интерферона при ОРВИ у детей младшего дошкольного возраста //Педиатрическая фармакология. – 2012. – Т. 9. – №. 1.
31. Харламова Ф.С., Кладова О.В., Учайкин В.Ф., Сергеева Э. М., Нестеренко В.Г., Легкова Т.П., Фельдфикс Л.И. Возможности применения противовирусного препарата Кагоцел для профилактики и лечения гриппа и других острых респираторных инфекций у часто болеющих детей младшего возраста //Эффективная фармакотерапия. – 2012. – №. 53. – С. 26-35.
32. Савенкова М.С., Караштина О.В. Интерфероновый статус и выбор индукторов интерферонов у часто болеющих детей //Детские инфекции. 2016 г. - №2. - С. 45-51.
33. Шамшева О.В. Новые свойства отечественного препарата с противовирусным и иммуномодулирующим действием. //Детские инфекции. – 2016. – Т. 15. – №. 4. - С. 33-36.
34. Лобзин Ю.В., Де Роза Ф., Эсауленко Е.В. Отечественные и зарубежные исследования анаферона детского: эффективность, безопасность и опыт применения (обзор литературы). Журнал инфектологии. 2015. Т.7, №4.С.23-31.
35. Осидак Л.В., Афанасьева О.И., Образцова Е.В., Эрман Е.С., Дриневский В.П. Новое в профилактике и терапии гриппа и ОРВИ у детей. Лечащий врач. 2003. №2. С.75-76.
36. Блохин Б.М., Шамшева О.В., Черная Н.Л., Ситников И.Г., Лазарева С.Г.,

- Бальцеревич Н.Б., Перминова О.А., Жиглинская О.В., Кощавцева М.Ю. Результаты многоцентрового двойного слепого плацебо-контролируемого исследования жидкой формы Анаферона детского в лечении острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2019; 64:(4). 105-112.
37. Заплатников А.Л., Блохин Б.М., Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Сукало А.В., Войтович Т.Н. Результаты международного многоцентрового исследования релиз-активных антител к интерферону гамма в лечении гриппа и острых респираторных вирусных инфекций у детей. *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2019; 8:18-24.
38. Кондюрина Е.Г., Елкина Т.Н., Зеленская В.В., Штейнберг М.В., Тиминская Н.Г. Профилактика и лечение острых респираторных инфекций у детей с бронхиальной астмой. *Доктор.Ру*. 2013; 9(87): 17-22.
39. Малахов А.Б. Анаферон детский: безопасность (обзор литературы). *Поликлиника*. 2014; 6: 1-5.
40. Усенко Д.В. Анаферон детский: эффективность и безопасность в профилактике и терапии вирусных и бактериальных инфекций. Обзор литературы. *Consilium Medicum/ Педиатрия*. 2016; 3: 6-14.
41. Кондюрина Е.Г. Анаферон детский. Феномен современной российской фармации. *Практика педиатра*. 2015; февраль: 56-63.
42. Никифоров В.В., Руженцова Т.А. Клиническая эффективность и безопасность Эргоферона при гриппе и других острых респираторных вирусных инфекциях: критическая оценка с позиции доказательной медицины. *Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение*. 2019; 8(4):84-97.
43. Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Мельникова И.М., Сабитов А.У., Перминова О.А., Галустян А.Н. и др. Релиз-активный противовирусный препарат Эргоферон в лечении острых респираторных инфекций у детей. Эффективность жидкой лекарственной формы Эргоферона: результаты рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого клинического исследования. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. 2019; 1: 87-94.
44. Заплатников А.Л., Кондюрина Е.Г., Елкина Т.Н., Грибанова О.А., Пирожкова Н.И., Мингалимова Г.А., Тюленева И.О. Применение различных схем противовирусной терапии ОРВИ у детей. *Детские инфекции*. 2015; 3: 34-42.
45. Кондюрина Е.Г., Бурцева Е.И., Трушакова С.В., Мукашева Е.А., Виноградова А.А., Елкина Т.Н., Зеленская В.В. Оценка эффективности противовирусной терапии у детей с острым обструктивным бронхитом. *Лечащий врач*. 2017; 1: 65-70.

46. Сабитов А.У., Ершова А.В. Оптимизация лечения острой респираторной вирусной инфекции у детей с бронхиальной астмой. Практическая медицина. 2015; 2(87): 85–90.
47. Афанасьева О.И., Эсауленко Е.В. Эффективность препаратов Эргоферон, Анаферон и Анаферон детский в лечении и профилактике гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций // Consilium Medicum. – 2016. – Спецвыпуск. – С. 2-4.
48. Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Галустян А.Н. и др. Жидкая лекарственная форма эргоферона – эффективное и безопасное средство лечения острых респираторных инфекций у детей. Промежуточные итоги многоцентрового двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного клинического исследования // Антибиотики и химиотерапия, 2014; 59 (5–6): 6–14.
49. Геппе Н.А., Валиева С.Т., Фараджева Н.А., Оганян М.Р., Мырзабекова Г.Т., Жанузаков М.А., Катарбаев А.К., Скучалина Л.Н., Айткулуев Н.С., Кабаева Д.Д., Раупов Ф.О., Ибадова Г.А., Шамсиев Ф.С., Наврузова Ш.И., Хусинова Ш.А., Нурмухамедова Р.А., Абдрахманова С.Т. Лечение ОРВИ и гриппа в амбулаторно-поликлинической практике: результаты международной наблюдательной неинтервенционной программы «ЭРМИТАЖ». Терапия. 2017;8 (18):63-78.
50. Афанасьева О.И., Суховецкая В.Ф., Осидак Л.В., Милькинт К.К., Головачева Е.Г., Ариневский В.П., Амосова И.В. Клинико-лабораторная характеристика и терапия ОРВИ со стенозирующим ларинготрахеитом у детей // Детские инфекции. – 2005. – Т. 4. – №. 1. – С. 32-36.
51. Осидак Л.В., Головачева Е.Г., Дондурей Е.А., Афанасьева О.И., Образцова Е.В., Дриневский В.П., Гончарова Е.С., Суховецкая В.Ф., Милькинт К.К. Противовирусная терапия и профилактика острых респираторных инфекций // Детские инфекции. – 2012. – Т. 11. – С. 16-23.
52. Кешишян Е.С., Мешкова Е.Н., Касохов Т.Б. Клинико-иммунологическая эффективность препаратов различных генно-инженерных интерферонов для лечения тяжелых форм инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных. Педиатрия. 1995. № 3. С. 70–73.
53. Осидак Л.В., Образцова Е.В. и соавт. Виферон в терапии гриппа и других ОРВИ вирусной и вирусно-бактериальной этиологии у детей. Детские инфекции. 2012. Т.11, № 1. С. 44–50.
54. Захарова И.Н., Курбанова Х.И., Малиновская В.В., Коровина Н.А. Влияние местной терапии мазью Виферон на течение ОРВИ различной этиологии у детей раннего возраста. Фарматека. 2013. № 4. С. 35–44.
55. Малиновская В.В., Мазанкова Л.Н., Тимина В.П. и др. Иммунопатогенез острых

респираторных инфекций, тактика рационального выбора этиотропной и иммуномодулирующей терапии у детей. Детские инфекции. 2013. № 4. С. 14–19.

56. Захарова И.Н., Торшхоева Л.Б., Заплатников А.Л. и др. Особенности системы интерферона при острых респираторных инфекциях и клинико-иммунологическая эффективность модифицированной интерферонотерапии у детей раннего возраста. Эффективная педиатрия. 2011. № 1. С. 3–5.

57. Локшина Э.Э., Зайцева О.В., Мазанкова Л.Н., Чеботарева Т.А., Коровина Н.А. и др. Современные возможности использования интерферонов в комплексной терапии острых респираторных инфекций у детей. Лечащий врач. 2011. № 8. С. 2–5.

58. Захарова И.Н., Малиновская В.В., Коровина Н.А., Курбанова Х.И., Глухарева Н.С., Короид Н.В. Клинико-иммунологическое обоснование местной интерферонотерапии при респираторных вирусных инфекциях у детей. Вопросы практической педиатрии. 2011. Т. 6, № 5. С. 21–26.

59. Чеботарева Т.А., Выжлова Е.Н., Захарова И.Н. и др. Современная интерферонотерапия гриппа и острых респираторных инфекций у детей. Лечащий врач. 2013. № 4. С. 92–94.

60. Малиновская В.В., Тимина В.П., Мазанкова Л.Н., Чеботарева Т.А. Иммунопатогенез острых респираторных инфекций, тактика рационального выбора этиотропной и иммуномодулирующей терапии у детей. Детские инфекции. 2013; 12(4): 14–19.

61. Бабаченко И.В. Виферон в комплексной терапии острых респираторных инфекций различной этиологии. Эффективная фармакотерапия. 2014. № 2. С. 25–43.

62. Гладких В.П., Молочный В.П., Малиновская В.В., Полеско И.В., Обухова Г.Г. Динамика содержания цитокинов и неоптерина у детей раннего возраста с острыми респираторными вирусными инфекциями на фоне использования рекомбинантного интерферона альфа-2b с антиоксидантами (токоферола ацетат и аскорбиновая кислота). Педиатрия им. Сперанского. 2017. Т. 69, №4. С. 16–21.

63. Вавилова В.П., Вавилов А.М., Черкаева А.Х. Опыт применения препарата Виферон в периоде адаптации детей к дошкольным образовательным учреждениям. Педиатрия. 2018. Т. 97. С. 53-58.

64. Дракина С.А., Перевощикова Н.К. Профилактика респираторных заболеваний у детей раннего возраста в период адаптации детей к дошкольным образовательным учреждениям. Педиатрия. 2019. Т. 98 (1). С.116-124.

65. Т.А. Чеботарева Эффективность Виферона® в терапии и профилактике гриппа и других ОРВИ у детей «Новости медицины и фармации» 2(307) 2010.

66. Hawke K, et al. Homeopathic medicinal products for preventing and treating acute respiratory tract infections in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2018 - *Review*. PMID 30196554.
67. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6:CD000247
68. Баранов А.А., Страчунский Л.С. (ред.) Применение антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Практические рекомендации, 2007 г. *КМАХ* 2007; 9(3):200-210.
69. Guppy MPB, Mickan SM, Del Mar CB, Thorning S, Rack A. Advising patients to increase fluid intake for treating acute respiratory infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 2. Art. No.: CD004419. DOI: 10.1002/14651858.CD004419.pub3
70. King D., Mitchell B, Williams CP, Spurling GK. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Apr 20;4:CD006821. doi: 10.1002/14651858.CD006821.pub3.
71. Deckx L, De Sutter AIM, Guo L, Mir NA, van Driel ML. Nasal decongestants in monotherapy for the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Art. No.: CD009612. DOI: 10.1002/14651858.CD009612.pub2.
72. De Sutter AIM, van Driel ML, Kumar AA, Lesslar O, Skrt A. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 2. Art. No.: CD004976. DOI: 10.1002/14651858.CD004976.pub3.
73. Meremikwu MM, Oyo-Ita A. Physical methods versus drug placebo or no treatment for managing fever in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD004264. DOI: 10.1002/14651858.CD004264.
74. А.А. Баранов (ред.). Руководство по амбулаторно-клинической педиатрии. М. Гэотар-Медиа. 2-е изд. 2009.
75. Wong T, Stang AS, Ganshorn H, Hartling L, Maconochie IK, Thomsen AM, Johnson DW. *Cochrane in context*: Combined and alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children. *Evid Based Child Health*. 2014 Sep;9(3):730-2. doi: 10.1002/ebch.1979.
76. Баранов А.А., Таточенко В.К., Бакрадзе М.Д. Лихорадочные синдромы у детей. Рекомендации по диагностике и лечению. М., 2011, 211 стр.
77. Александрович Ю. С., Гордеев В. И., Пшениснов К. В. А46 Неотложная педиатрия : учебное пособие / Ю. С. Алек сандрович, В. И. Гордеев, К. В. Пшениснов. — СПб. : СпецЛит, 2010. — 568 с.
78. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Nov 24;(11):CD001831.

79. Chalumeau M., Duijvestijn Y.C. Acetylcysteine and carbocysteine for acute upper and lower respiratory tract infections in paediatric patients without chronic broncho-pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 May 31;5:CD003124. doi: 10.1002/14651858.CD003124.pub4.
80. Singh M, Singh M. Heated, humidified air for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6:CD001728.
81. Little P, Moore M, Kelly J, et al. Ibuprofen, paracetamol, and steam for patients with respiratory tract infections in primary care: pragmatic randomised factorial trial. *BMJ* 2013; 347:f6041.
82. De Sutter A.I., Saraswat A., van Driel M.L. Antihistamines for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Nov 29;11:CD009345. doi: 10.1002/14651858.CD009345.pub2.
83. Vorilhon P, et al. Efficacy of vitamin C for the prevention and treatment of upper respiratory tract infection. A meta-analysis in children. *Eur J Clin Pharmacol* 2019.
84. Jefferson T, Del Mar CB, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary A, Bawazeer GA, van Driel ML, Nair S, Jones MA, Thorning S, Conly JM. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Jul 6;(7):CD006207,
85. Prutsky G.J., Domecq J.P., Elraiyah T., Wang Z., Grohskopf L.A., Prokop L.J., Montori V.M., Murad M.H. Influenza vaccines licensed in the United States in healthy children: a systematic review and network meta-analysis (Protocol). *Syst Rev.* 2012 Dec 29;1:65. doi: 10.1186/2046-4053-1-65.
86. Fortanier A.C. et al. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing otitis media. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Apr 2;4:CD001480.
87. Norhayati M.N. et al. Influenza vaccines for preventing acute otitis media in infants and children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Mar 24;3:CD010089.
88. Committee on infectious diseases and bronchiolitis guidelines committee: Updated Guidance for Palivizumab Prophylaxis Among Infants and Young Children at Increased Risk of Hospitalization for Respiratory Syncytial Virus Infection. *Pediatrics* 2014 Vol. 134 No. 2 August 1, 2014 pp. e620-e638.
89. Баранов А.А., Иванов Д.О. и соавт. Паливизумаб: четыре сезона в России. *Вестник Российской академии медицинских наук.* 2014: 7-8; 54-68
90. Schaad U.B. OM-85 BV, an immunostimulant in pediatric recurrent respiratory tract infections: a systematic review. *World J Pediatr.* 2010 Feb;6(1):5-12. doi: 10.1007/s12519-010-0001-x. Epub 2010 Feb 9.

91. Kearney S.C., Dziekiewicz M., Feleszko W. Immunoregulatory and immunostimulatory responses of bacterial lysates in respiratory infections and asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2015 May;114(5):364-9. doi: 10.1016/j.anai.2015.02.008. Epub 2015 Mar 6.
92. Del-Rio-Navarro BE, Espinosa-Rosales FJ, Flenady V, Sienra-Monge JLL. Immunostimulants for preventing respiratory tract infection in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD004974. DOI: 10.1002/14651858.CD004974.pub2.
93. Lissiman E, Bhasale AL, Cohen M. Garlic for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Nov 11;(11):CD006206.
94. Linde K, Barrett B, Wölkart K, et al. Echinacea for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Feb 20;(2):CD000530.
95. Jiang L., Deng L., Wu T. Chinese medicinal herbs for influenza. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Mar 28;3:CD004559. doi: 10.1002/14651858.CD004559.pub4.
96. Steinsbekk A., Bentzen N., Fønnebø V., Lewith G. Self treatment with one of three self selected, ultramolecular homeopathic medicines for the prevention of upper respiratory tract infections in children. A double-blind randomized placebo controlled trial. *Br J Clin Pharmacol.* 2005 Apr;59(4):447-55.
97. Оказание стационарной помощи детям: руководство по О-49 лечению наиболее распространенных болезней у детей: карм. справ. — 2-е изд. — М.: Всемирная орг. здравоохранения, 2013. — 452 с.
98. World Health Organization Department of Communicable Disease Surveillance and Response. WHO guidelines on the use of vaccines and antivirals during influenza pandemics. 2004.
http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_RMD_2004_8/en/
Accessed February 18, 2015.
99. Львов Д.К., Бурцева Е.И., Колобухина Л.В. и др Особенности циркуляции вирусов гриппа и ОРВИ в эпидемическом сезоне 2019–2020 гг. в отдельных регионах России. *Вопросы вирусологии.* 2020;65(6):335-349.

Приложение А1. Состав рабочей группы

- **Баранов А.А.**, акад. РАН, профессор, д.м.н., почетный президент Президент Союза педиатров России, советник руководителя НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, главный внештатный специалист педиатр Минздрава России
- **Намазова-Баранова Л.С.**, акад. РАН, профессор, д.м.н., Президент Союза педиатров России; паст-президент ЕРА/UNEPISA; руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, заведующая кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России
- **Лобзин Ю. В.**, акад. РАН, профессор, д.м.н., Президент Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням, заместитель Председателя национального научного общества инфекционистов, Президент Федерального государственного бюджетного учреждения «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства»
- **Таточенко В.К.** д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки, эксперт Всемирной Организации Здравоохранения, член Союза педиатров России;
- **Усков А.Н.** д.м.н., профессор, Директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства»
- **Куличенко Т.В.** д.м.н., профессор РАН, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, эксперт Всемирной Организации Здравоохранения, член Союза педиатров России ;
- **Вишнёва Е.А.**, д.м.н., заместитель руководителя НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН Минобрнауки по научной работе, доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, член Союза педиатров России
- **Колбин А.С.** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой клинической фармакологии и доказательной медицины, ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
 - **Новик Г.А.**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой Детских болезней им. профессора И. М. Воронцова ФП и ДПО ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, вице-Президент Союза педиатров России, главный детский аллерголог -иммунолог Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе РФ

- **Булгакова В.А.**, д.м.н., профессор кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, заведующая отделом научно-информационного развития НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ ЦКБ РАН Минобрнауки, главный научный сотрудник ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, член Союза педиатров России, Москва
- **Бакрадзе М.Д.** д.м.н., член Союза педиатров России;
- **Вишнева Е.А.** к.м.н., член Союза педиатров России;
- **Полякова А.С.** к.м.н., врач отделения диагностики и восстановительного лечения ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России
- **Селимзянова Л.Р.**, к.м.н., член Союза педиатров России, ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, доцент кафедры педиатрии и детской ревматологии Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАОУ «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)
- **Федосеенко М.В.** к.м.н., член Союза педиатров России, ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России
- **Артемова И.В.** м.н.с., член Союза педиатров России;
 - **Чемакина Д.С.**, к.м.н., старший научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН Министерства науки и высшего образования Российской Федерации член Союза педиатров России
 - **Добрынина Е.А.**, к.м.н., старший научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН Министерства науки и высшего образования Российской Федерации член Союза педиатров России
 - **Карасева М.С.** – врач-педиатр, научный сотрудник отдела стандартизации и изучения основ доказательной медицины НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН
 - **Анджель А.Е.**, член Союза педиатров России;
 - **Теновская Т.А.**, член Союза педиатров России.

Авторы подтверждают отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, который необходимо обнародовать.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-педиатры;
2. Врачи общей врачебной практики (семейные врачи);
3. Студенты медицинских ВУЗов;
4. Обучающиеся в ординатуре.

1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1.	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1.	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование "случай-контроль"
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические

	исследования) или мнение экспертов
--	------------------------------------

3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Актуализация данных клинических рекомендаций будет проводиться не реже, чем один раз в три года. Принятие решения об обновлении будет принято на основании предложений, представленных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями с учётом результатов комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результатов клинической апробации.

Приложение А3. Связанные документы

Порядки оказания медицинской помощи:

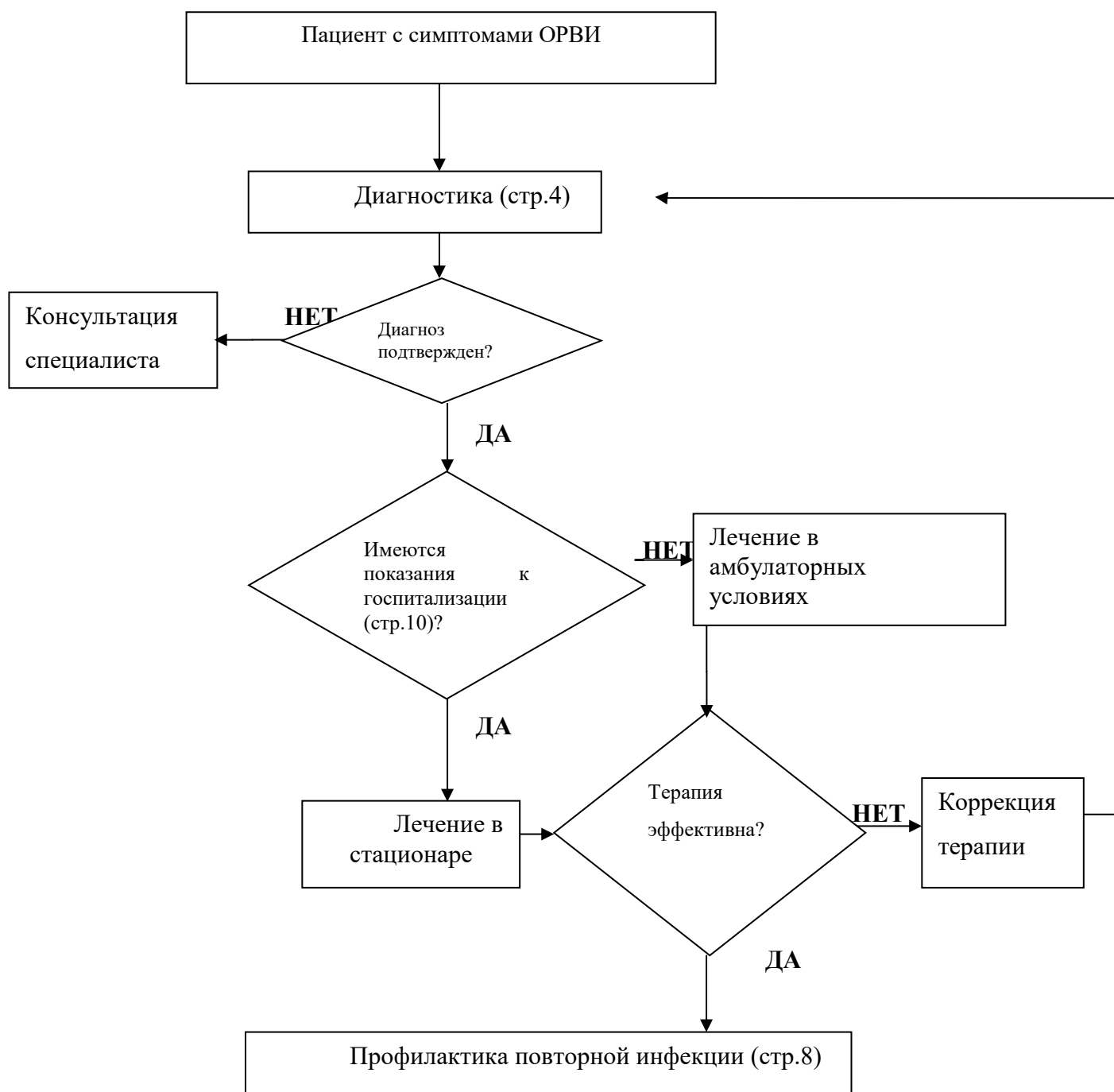
1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. N 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи";
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от от 05.05.2012 N 521н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями"

Критерии оценки качества медицинской помощи: Приказ Минздрава России 203н от 10 мая 2017г «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

Стандарты оказания медицинской помощи:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9.11.12 № 798н Стандарт специализированной медицинской помощи детям при острых респираторных заболеваниях средней степени тяжести
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.12 №1450н Стандарт специализированной медицинской помощи детям при острых респираторных заболеваниях тяжелой степени тяжести
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.12.12 № 1654н Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при острых назофарингите, ларингите, трахеите и острых инфекциях верхних дыхательных путей легкой степени тяжести

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



Приложение В. Информация для пациентов

ОРВИ (острая респираторная вирусная инфекция) – наиболее часто встречающееся заболевание у детей.

Причина заболевания – разнообразные вирусы. Заболевание чаще развивается осенью, зимой и ранней весной.

Как заражаются инфекцией, вызывающей ОРВИ: чаще всего путем попадания на слизистую оболочку носа или конъюнктиву с рук, загрязненных при контакте с больным (например, через рукопожатие) или с зараженными вирусом поверхностями (риновирус сохраняется на них до суток).

Другой путь – воздушно-капельный – при вдыхании частичек слюны, выделяющихся при чихании, кашле или при тесном контакте с больным.

Период от заражения до начала болезни: в большинстве случаев – от 2-х до 7 дней. Выделение вирусов больным (заразность для окружающих) максимально на 3-и сутки после заражения, резко снижается к 5-му дню; неинтенсивное выделение вируса может сохраняться до 2 недель.

Признаки ОРВИ: наиболее частым проявлением ОРВИ у детей является заложенность носа, а также выделения из носа: прозрачные и/или белого и/или желтого и/или зеленого цвета (появление выделений из носа желтого или зеленого цвета – не является признаком присоединения бактериальной инфекции!). Повышение температуры чаще длится не более 3 дней, затем температура тела снижается. При некоторых инфекциях (грипп и аденовирусная инфекция) температура выше 38°C сохраняется более длительно (до 5-7 дней).

При ОРВИ также могут быть: першение в горле, кашель, покраснение глаз, чихание.

Обследования: в большинстве случаев, дополнительных обследований ребенку с ОРВИ не требуется

Лечение: ОРВИ, в большинстве случаев, носит доброкачественный характер, разрешается в течение 10 дней и не всегда требует назначения медикаментов.

Снижение температуры: лихорадящего ребенка следует раскрыть, обтереть водой T° 25-30°C. С целью снижения температуры у детей допустимо применение только 2-х препаратов – парацетамола или ибупрофена. **Жаропонижающие** препараты у здоровых детей ≥ 3 месяцев оправданы при температуре выше 39 - 39,5°C. При менее выраженной лихорадке (38-38,5°C) средства, снижающие температуру, показаны детям до 3 месяцев, пациентам с хронической патологией, а также при связанном с температурой дискомфорте. Регулярный (курсовой) прием жаропонижающих нежелателен, повторную

дозу вводят только после нового повышения температуры.

Чередование этих двух препаратов или применение их в комбинации не приводит к усилению жаропонижающего эффекта.

У детей с жаропонижающей целью не применяют ацетилсалициловую кислоту и нимесулид. Крайне нежелательно использование метамизола у детей в связи с высоким риском развития агранулоцитоза. Во многих странах мира метамизол запрещен к применению уже более 50 лет назад.

Антибиотики – не действуют на вирусы (основную причину ОРВИ). Вопрос о назначении антибиотиков рассматривается при подозрении на бактериальную инфекцию. **Антибиотики должен назначать врач.** Бесконтрольный прием антибиотиков может способствовать развитию устойчивых к ним микробов и вызывать осложнения.

Как предупредить развитие ОРВИ:

Заболевшего ребенка следует оставить дома (не водить в детский сад или школу).

Первостепенное значение имеют меры, препятствующие распространению вирусов: тщательное мытье рук после контакта с больным.

Важно также ношение масок, мытье поверхностей в окружении больного, соблюдение режима проветривания.

Ежегодная вакцинация против гриппа с возраста 6 мес снижает риск этой инфекции. Доказано также, что вакцинация детей от гриппа и пневмококковой инфекции уменьшает вероятность развития острого среднего отита у детей и осложненного течения ОРВИ.

Надежных свидетельств о снижении респираторной заболеваемости под влиянием различных иммуномодуляторов - нет. Не доказана также профилактическая эффективность растительных препаратов и витамина С, гомеопатических препаратов.

Обратитесь к специалисту если:

- ребенок длительное время отказывается от питья
- вы видите изменения в поведении: раздражительность, необычная сонливость со снижением реакции на попытки контакта с ребенком
- у ребенка имеется затруднение дыхания, шумное дыхание, учащение дыхания, втяжение межреберных промежутков, яремной ямки (места, расположенного спереди между шеей и грудью)
- у ребенка судороги на фоне повышенной температуры
- у ребенка бред на фоне повышенной температуры
- повышенная температура тела (более 38,4-38,5°C) сохраняется более 3 дней
- заложенность носа сохраняется без улучшения более 10-14 дней, особенно если при этом вы видите «вторую волну» повышения температуры тела и/или ухудшение состояния

ребенка

- у ребенка есть боль в ухе и/или выделения из уха
- у ребенка кашель, длящийся более 10-14 дней без улучшения

Приложение Г. Расшифровка примечаний

...** – лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2020 год
(Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 № 2406-р)