



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
(Депздрав Югры)

П Р И К А З

Об использовании клинических рекомендаций по оказанию медицинской помощи детям с острой респираторной вирусной инфекцией в деятельности медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от 30.06.2016
г. Ханты-Мансийск

№ 678

В целях совершенствования медицинской помощи детям, повышения качества педиатрической помощи **п р и к а з ы в а ю:**

1. Главным врачам медицинских организаций автономного округа:
 - 1.1. использовать клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с острой респираторной вирусной инфекцией (далее – Клинические рекомендации) при организации медицинской помощи детям (приложение).
 - 1.2. обеспечить проведение систематического обучения профильных специалистов Клиническим рекомендациям.
2. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя директора В.А. Нигматулина.

Директор Департамента

А.А. Добровольский

СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ

119991 Москва, Ломоносовский просп., 2/62; тел.: +7 (499) 134-13-08
www.pediatr-russia.ru

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Код по МКБ-10:

J00	Острый назофарингит (насморк)
J02	Острый фарингит
J02.9	Острый фарингит неуточненный
J04	Острый ларингит и трахеит
J04.0	Острый ларингит
J04.1	Острый трахеит
J04.2	Острый ларинготрахеит
J06	Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточнен- ной локализации
J06.0	Острый ларингофарингит
J06.9	Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная

Утверждено: на заседании Исполкома Союза педиатров России 1 июня 2016г.
(г. Москва)

Баранов А.А.
Председатель Исполкома
Союза педиатров России

Главный внештатный
детский специалист
по профилактической медицине
Минздрава России
Член-корреспондент РАН
Л.С.Намазова-Баранова

Оглавление

ОПРЕДЕЛЕНИЕ	5
КОД МКБ-10	5
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	6
ЭТИОПАТОГЕНЕЗ	6
КЛАССИФИКАЦИЯ	7
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА	7
ДИАГНОСТИКА	8
ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ	9
ЛЕЧЕНИЕ	9
ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ	11
ПРОФИЛАКТИКА	12
ИСХОДЫ И ПРОГНОЗ	13
КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (табл.2,3)	13
Список сокращений и расшифровка примечаний	14
Литература	14

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Состав рабочей группы: акад. РАН Баранов А.А., чл.-корр. РАН Намазова-Баранова Л.С., д.м.н., проф., Таточенко В.К., д.м.н., проф. Куличенко Т.В., д.м.н. Бакрадзе М.Д., к.м.н. Полякова А.С., к.м.н. Вишнева Е.А., к.м.н. Селимзянова Л.Р., Артемова И.В.

МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, используемые для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для оценки качества и силы доказательств: доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE и PubMed. Глубина поиска - 15 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- консенсус экспертов;
- оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

Методы, использованные для анализа доказательств:

- обзоры опубликованных мета-анализов;
- систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь, влияет на силу рекомендаций.

Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо. Любые различия в оценках обсуждались всей группой авторов в полном составе. При невозможности достижения консенсуса привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств: заполнялись авторами клинических рекомендаций.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций: консенсус экспертов.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs)

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте авторов разработанных рекомендаций.

Экономический анализ

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций

- Внешняя экспертная оценка.
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых, прежде всего, попросили прокомментировать, насколько доступна для понимания интерпретация доказательств, лежащая в основе рекомендаций.

От врачей первичного звена получены комментарии в отношении доходчивости изложения данных рекомендаций, а также их оценка важности предлагаемых рекомендаций, как инструмента повседневной практики.

Все комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались членами рабочей группы (авторами рекомендаций). Каждый пункт обсуждался в отдельности.

Консультация и экспертная оценка

Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, которых, прежде всего, попросили прокомментировать доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации

Сила рекомендаций (1-2) на основании соответствующих уровней доказательств (А-С) и индикаторы доброкачественной практики (табл. 1) – good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

Таблица 1.
Схема для оценки уровня рекомендаций

Степень достоверности рекомендаций	Соотношение риска и преимуществ	Методологическое качество имеющихся доказательств	Пояснения по применению рекомендаций
1А Сильная рекомендация, основанная на доказательствах высокого качества	Польза отчетливо превалирует над рисками и затратами, либо наоборот	Надежные непротиворечивые доказательства, основанные на хорошо выполненных РКИ или неопровержимые доказательства, представленные в какой-либо другой форме. Дальнейшие исследования вряд ли изменят нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска.	Сильная рекомендация, которая может использоваться в большинстве случаев у преимущественного количества пациентов без каких-либо изменений и исключений
1В Сильная рекомендация, основанная на доказательствах умеренного качества	Польза отчетливо превалирует над рисками и затратами, либо наоборот	Доказательства, основанные на результатах РКИ, выполненных с некоторыми ограничениями (противоречивые результаты, методологические ошибки, косвенные или случайные и т.п.), либо других веских основаниях. Дальнейшие исследования (если они проводятся), вероятно, окажут влияние на нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска и могут изменить ее.	Сильная рекомендация, применение которой возможно в большинстве случаев
1С Сильная рекомендация, основанная на доказательствах низкого качества	Польза, вероятно, будет превалировать над возможными рисками и затратами, либо наоборот	Доказательства, основанные на наблюдательных исследованиях, бессистемном клиническом опыте, результатах РКИ, выполненных с существенными недостатками. Любая оценка эффекта расценивается как неопределенная.	Относительно сильная рекомендация, которая может быть изменена при получении доказательств более высокого качества

2А Слабая рекомендация, основанная на доказательствах высокого качества	Польза сопоставима с возможными рисками и затратами	Надежные доказательства, основанные на хорошо выполненных РКИ или подтвержденные другими неопровержимыми данными. Дальнейшие исследования вряд ли изменят нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска.	Слабая рекомендация. Выбор наилучшей тактики будет зависеть от клинической ситуации (обстоятельств), пациента или социальных предпочтений.
2В Слабая рекомендация, основанная на доказательствах умеренного качества	Польза сопоставима с рисками и осложнениями, однако в этой оценке есть неопределенность.	Доказательства, основанные на результатах РКИ, выполненных с существенными ограничениями (противоречивые результаты, методологические дефекты, косвенные или случайные), или сильные доказательства, представленные в какой-либо другой форме. Дальнейшие исследования (если они проводятся), скорее всего, окажут влияние на нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска и могут изменить ее.	Слабая рекомендация. Альтернативная тактика в определенных ситуациях может явиться для некоторых пациентов лучшим выбором.
2С Слабая рекомендация, основанная на доказательствах низкого качества	Неоднозначность в оценке соотношения пользы, рисков и осложнений; польза может быть сопоставима с возможными рисками и осложнениями.	Доказательства, основанные на наблюдательных исследованиях, бессистемном клиническом опыте или РКИ с существенными недостатками. Любая оценка эффекта расценивается как неопределенная.	Очень слабая рекомендация; альтернативные подходы могут быть использованы в равной степени.

*В таблице цифровое значение соответствует силе рекомендаций, буквенное - соответствует уровню доказательности.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)¹ – острая, 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.

КОД МКБ-10

- J00 Острый назофарингит (насморк)
- J02 Острый фарингит
- J02.9 Острый фарингит неуточненный
- J04 Острый ларингит и трахеит
- J04.0 Острый ларингит
- J04.1 Острый трахеит
- J04.2 Острый ларинготрахеит
- J06 Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации
- J06.0 Острый ларингофарингит
- J06.9 Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная

¹ 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 неуточненная.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ОРВИ – самая частая инфекция человека: дети в возрасте до 5 лет переносят, в среднем, 6-8 эпизодов ОРВИ в год [1, 2], в детских дошкольных учреждениях особенно высока заболеваемость на 1-2-м году посещения – на 10-15% выше, чем у неорганизованных детей, однако, в школе последние болеют чаще [3]. 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 [4, 5]. Согласно данным Минздрава России и Роспотребнадзора в 2015 г. она составила 20,6 тыс. случаев заболеваний на 100 тысяч человек (против 19,5 тыс. на 100 тысяч населения в 2014 г.). Абсолютное число заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей в РФ составило в 2015 году 30,1 миллиона случаев [4, 5]. Среди детей от 0 до 14 лет заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей в 2014г. составила 81,3 тыс. на 100 тысяч или 19559,8 тыс. зарегистрированных случаев [4].

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Описано более 200 респираторных вирусов. Возбудителями заболеваний респираторного тракта являются вирусы гриппа (типы А, В и С), вирусы парагриппа (4 серотипа), риновирусы (более 100 серотипов), респираторно-синцитиальный вирус (серотипы А и В), аденовирусы (6 групп А-Ф), коронавирусы, бокавирус, метапневмовирус. Симптомы ОРВИ могут вызывать некоторые неполиомиелитные энтеровирусы. Риновирусы, аденовирусы и энтеровирусы вызывают стойкий серотип-специфический иммунитет, РС-вирус, коронавирусы и вирус парагриппа стойкого иммунитета не оставляют, возможно повторное многократное инфицирование этими вирусами в течение всей жизни.

Распространение вирусов происходит чаще всего путем самоинкуляции 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 недель.

Вирусные инфекции характеризуются развитием катарального воспаления. Это обусловлено особенностями взаимодействия вирусов с клетками организма хозяина. В отличие от других микроорганизмов вирусы размножаются только внутри зараженных клеток. В результате инфицирования клеток развиваются их дегенеративные изменения, отек окружающих тканей, но не возникает нагноения, в тканях отмечается преимущественно лимфоцитарная инфильтрация.

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 [6].

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 осложне-

ния ОРВИ возникают относительно редко.

КЛАССИФИКАЦИЯ

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

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Заболевание обычно начинается остро, часто сопровождается повышением температуры тела до субфебрильных цифр ($37,5^{\circ}\text{C}$ — $38,0^{\circ}\text{C}$). 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 [7]. 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.

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.

Возрастные особенности течения назофарингита: у грудных детей - лихорадка, отделяемое из носовых ходов, иногда - 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].

Симптомом, позволяющим диагностировать *ларингит*, является осиплость голоса. При этом нет затруднения дыхания, других признаков стеноза гортани.

При *фарингите* отмечаются гиперемия и отечность 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.

Ларингиту, ларинготрахеиту свойственны грубый кашель, осиплость голоса. При трахеите кашель может быть навязчивым, частым, изнуряющим больного. В отличие от синдрома крупа (обструктивного ларинготрахеита), явлений стеноза гортани не отмечается, дыхательной недостаточности нет.

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

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 [10].

Сохранение заложенности носа дольше 10-14 дней, ухудшение состояния после первой недели болезни, появление болей в области лица может указывать на развитие бактериального синусита [13, 14].

На фоне гриппа частота вирусной и бактериальной (чаще всего обусловленной

Streptococcus pneumoniae) пневмонии может достигать 12% заболевших вирусной инфекцией детей [11].

Бактериемия осложняет течение ОРВИ в среднем в 1% случаев при РС-вирусной инфекции и в 6,5% случаев при энтеровирусных инфекциях [10, 12].

Кроме того, респираторная инфекция может явиться триггером обострения хронических заболеваний, чаще всего бронхиальной астмы и инфекции мочевыводящих путей.

ДИАГНОСТИКА

Острый назофарингит диагностируется при остро возникших рините и/или кашле, при этом исключаются грипп и поражения другой локализации:

- острый средний отит (соответствующие жалобы, отоскопия);
- острый тонзиллит (преимущественное вовлечение небных миндалин, наложения на миндалинах);
- бактериальный синусит (отёк, гиперемия мягких тканей лица, орбиты и др. симптомы);
- поражение нижних дыхательных путей – острый бронхит, острый бронхиолит, пневмония (учащение или затруднение дыхания, обструкция, втяжения податливых мест грудной клетки, укорочение перкуторного звука, хрипы в лёгких);

ОРВИ нередко сопровождаются конъюнктивитом. Гиперемия конъюнктивы (катаральный конъюнктивит) в сочетании с явлениями ринита, фарингита является весьма специфичным признаком острой респираторной вирусной инфекции.

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

Рутинное вирусологическое и/или бактериологическое обследование всех пациентов не имеет смысла, т.к. 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.

Клинический анализ мочи (в т.ч. с использованием тест-полосок в амбулаторных условиях) обязателен у всех лихорадящих детей, т.к. 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.

Клинический анализ крови оправдан при выраженных общих симптомах у детей с лихорадкой. Лейкопения, характерная для гриппа и энтеровирусных инфекций, обычно отсутствует при других ОРВИ.

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 клинического анализа крови нецелесообразно.

Определение уровня С-реактивного белка следует проводить исключения тяжелой бактериальной инфекции у детей с фебрильной лихорадкой (повышение температуры выше 38°C), особенно при отсутствии видимого очага инфекции. Повышение его выше 30-40 мг/л более характерно для бактериальных инфекций (вероятность выше 85%).

Отоскопия – рутинный метод и показан всем пациентам с симптомами ОРВИ. Отоскопия должна являться частью рутинного педиатрического осмотра каждого пациента, наряду с аускультацией, перкуссией и т.д.

Показаниями для *рентгенографии органов грудной клетки* являются:

- появление физикальных симптомов пневмонии (см. ФКР по ведению пневмонии у детей)
- снижение SpO_2 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 нейтрофилезом более $10 \times 10^9/\text{л}$, уровень С-реактивного белка выше 30 мг/л в отсутствие очага бактериальной инфекции.

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

Рентгенография околоносовых пазух больным с острым назофарингитом в первые 10-12 дней болезни не показана – она часто выявляет обусловленное вирусом воспаление придаточных пазух носа, которое самопроизвольно разрешается в течение 2 недель [13, 14].

Особенности лабораторных показателей при некоторых вирусных инфекциях

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.

ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ

- *Острый назофарингит, 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» (в англоязычной литературе применяется термин «common cold» – простуда), поскольку возбудители ОРВИ вызывают также ларингит (круп), тонзиллит, бронхит, бронхиолит, что следует указывать в диагнозе. Подробно данные синдромы рассматриваются отдельно (см. ФКР по ведению детей с острым тонзиллитом, острым бронхитом и стенозирующим ларинготрахеитом).

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 показана при гриппе А (в т.ч. H1N1) и В в первые 24-48 часов болезни [15]. Эффективны ингибиторы нейраминидазы (**1А**); для достижения оптимального эффекта лечение должно быть начато при появлении первых симптомов заболевания:

- Осельтамивир^{ж, вк} (код АТХ: J05AH02) - с возраста 1 года по 4 мг/кг/сут, 5 дней или
- Занамивир (код АТХ: J05AH01) детям с 5 лет по 2 ингаляции (всего 10 мг) 2 раза в день, 5 дней. Пациенты с бронхиальной астмой при лечении занамивиром должны иметь в качестве средства скорой помощи короткодействующие бронходилататоры.

На другие вирусы, не содержащие нейраминидазы, данные препараты не действуют.

Доказательная база противовирусной эффективности других лекарственных препаратов у детей остается крайне ограниченной [16].

Противовирусные средства с иммуотропным действием развивают мало достоверный эффект. Возможно назначение не позднее 1-2-го дня болезни **интерферона-альфа^{ж,вк}** (код АТХ: L03AB05), **однако, надежных доказательств его эффективности нет.**

При ОРВИ иногда рекомендуются **интерферогены**, но следует помнить, что у детей старше 7 лет при их применении лихорадочный период сокращается менее чем на 1 сутки, т.е. их применение при большинстве ОРВИ с коротким фебрильным периодом не оправдано (**2А**) [17].

Результаты исследований эффективности использования **иммуномодуляторов** при респираторных инфекциях, как правило, показывают мало достоверный эффект. Препараты, рекомендованные для лечения более тяжелых инфекций, например, вирусных гепатитов, при ОРВИ не используются. Для лечения ОРВИ у детей не рекомендованы гомеопатические средства, так как их эффективность не доказана [18].

Антибиотики для лечения неосложненных ОРВИ и гриппа не используют (1А), в т.ч. если заболевание сопровождается в первые 10-14 дней болезни риносинуситом, конъюнктивитом, ларингитом, крупом, бронхитом, бронхообструктивным синдромом [2, 20, 21, 22]. 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.

Симптоматическая (поддерживающая) терапия – основа лечения ОРВИ. Адекватная гидратация способствует разжижению секретов и облегчает их отхождение (**2С**).

Элиминационная терапия эффективна и безопасна. Введение в нос физиологического раствора 2-3 раза в день обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия (**2С**) [2, 23]. 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 кровати с поднятым головным концом способствует отхождению слизи из носа. У старших детей оправданы спреи с солевым изотоническим раствором.

Сосудосуживающие капли в нос (**деконгестанты**) коротким курсом до 5 дней не укорачивают длительность насморка, но могут облегчить симптомы заложенности носа (**2С**), а также восстановить функцию слуховой трубы. У детей 0-6 лет применяют фенилэфрин (код АТХ: R01AB01) 0,125%, оксиметазолин (код АТХ: R01AB07) 0,01-0,025%, ксилометазолин^ж (код АТХ: R01AB06) 0,05% (с 2 лет), у старших – более концентрированные растворы. Использование системных препаратов, содержащих деконгестанты (например, псевдоэфедрин) крайне не желательно, лекарственные средства данной группы разрешены только с возраста 12 лет.

Снижение температуры: лихорадящего ребенка следует раскрыть, обернуть водой Т° 25-30°С. С целью снижения температуры у детей допустимо применение только 2-х препаратов – парацетамола^{ж,вк} (код АТХ: N02BE01) до 60 мг/сут или ибупрофена^{ж,вк} (код АТХ: M01AE01) до 30 мг/сут. **Жаропонижающие** препараты у здоровых детей ≥3 месяцев оправданы при температуре выше 39 - 39,5°С. При менее выраженной лихорадке (38-38,5°С) 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.

Парацетамол и ибупрофен могут применяться внутрь или в форме ректальных суппо-

зиториев, существует также парацетамол для внутривенного введения. Чередование этих двух антипиретиков или применение комбинированных препаратов не имеет существенных преимуществ перед монотерапией одним из этих лекарственных средств [24].

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 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.

Купирование кашля. Поскольку при назофарингите кашель чаще всего обусловлен раздражением гортани стекающим секретом, туалет носа – наиболее эффективный метод. При фарингите кашель, связанный с «першением в горле» из-за воспаления слизистой оболочки глотки или ее пересыхании при дыхании ртом, устраняется теплым питьем (2С) [25] или, после 6 лет, использованием леденцов или пастилок, содержащих антисептики (2С).

Противокашлевые, отхаркивающие, муколитики, в том числе многочисленные патентованные препараты с различными растительными средствами, при ОРВИ не показаны ввиду неэффективности (2С), что было доказано в рандомизированных исследованиях [25, 26]. 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 [25].

Ингаляции паровые и аэрозольные не показали эффекта в рандомизированных исследованиях и не рекомендованы, а также не рекомендованы Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для лечения ОРВИ (2В) [27, 28].

Антигистаминные препараты, обладающие атропиноподобным действием, в рандомизированных испытаниях не показали эффективности в уменьшении симптомов ринита (2С). Таким образом, нет доказательств эффективности антигистаминных препаратов при ОРВИ у детей [29].

Прием аскорбиновой кислоты (витамина С) 200 мг/сут с первых дней ОРВИ не влияет на течение болезни (2В) [30].

ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ

Оказание медицинской помощи детям с ОРВИ осуществляется на основании порядков оказания медицинской помощи детям (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. N 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи"; Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.05.2012 N 521н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями" (Зарегистрировано в Минюсте России 10.07.2012 N 24867)

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) требуется 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 [31].

- дети любого возраста при наличии любого из следующих симптомов (основные опас-

ные 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 [32].

- 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.

Средняя длительность нахождения в стационаре может составить 5-10 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, не нуждаются в госпитализации, но ребенок должен быть осмотрен врачом для исключения нейротрофической и других причин судорог.

ПРОФИЛАКТИКА

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

Важно также ношение масок, мытье поверхностей в окружении больного, в лечебных учреждениях – соблюдение санитарно-эпидемического режима, соответствующая обработка фонендоскопов, отоскопов, в детских учреждениях – быстрая изоляция заболевших детей, соблюдение режима проветривания.

Профилактика большинства вирусных инфекций остается сегодня неспецифической, поскольку вакцин против всех респираторных вирусов пока нет. Вместе с тем **ежегодная вакцинация против гриппа** с возраста 6 мес снижает заболеваемость [32]. Доказано также, что вакцинация детей от гриппа и пневмококковой инфекции снижает риск развития острого среднего отита у детей, т.е. уменьшает вероятность осложненного течения ОРВИ [33, 34]. В случае контакта ребенка с больным гриппом, в качестве профилактики возможно применение ингибиторов нейраминидазы (*осельтамивир*, *занамивир*) в рекомендуемой возрастной дозировке.

У детей первого года жизни из групп риска (недоношенность, бронхолегочная дисплазия, гемодинамически значимые врожденные пороки сердца) для профилактики РС-вирусной инфекции в осенне-зимний сезон проводится пассивная иммунизация *паливизумабом*, препарат вводится внутримышечно в дозе 15 мг/кг ежемесячно 1 раз в месяц с ноября по март (см. ФКР по оказанию медицинской помощи детям с БЛД, ФКР по иммунопрофилактике респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей).

Бактериальные лизаты (код АТХ J07AX; код АТХ L03A; код АТХ J07AX; код АТХ A01AB11; код АТХ R07AX; код АТХ L03AX) у часто болеющих респираторными инфекциями детей, особенно организованных в детских коллективах, вероятно, могут сократить заболеваемость респираторными инфекциями, хотя доказательная база у этих препаратов не велика [35, 36].

Надежных свидетельств о снижении респираторной заболеваемости под влиянием различных иммуномодуляторов - нет. Не доказана также профилактическая эффективность растительных препаратов [37-39] и витамина С [30], гомеопатических препаратов [19].

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 КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (табл.2,3)

Таблица 2.
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 3.
Критерии качества оказания медицинской помощи

№	Критерий	Вид критерия
1.	общий анализ крови	Событийный
2.	общий анализ мочи (при повышении температуры выше 38°C)	Событийный
3.	определение уровня С-реактивного белка (при повышении температуры выше 38°C)	Событийный
4.	рентгенография органов грудной клетки проведена только в случае подозрения на развитие пневмонии	Событийный
5.	в случае подозрения на развитие синусита – рекомендована консультация оториноларинголога	Событийный
6.	в случае подозрения на грипп – назначена этиотропная терапия	Событийный
7.	жаропонижающие препараты рекомендуются только симптоматически (не рекомендовано плановое назначение)	Событийный
8.	не рекомендовано плановое назначение антибактериальных препаратов при отсутствии подтвержденной бактериальной инфекции	Событийный

9.	назначены симптоматические препараты элиминационного действия	Событийный
10.	местные деконгестанты назначены коротким курсом	Событийный
11.	не рекомендовано плановое назначение муколитиков	Событийный
12.	не рекомендовано плановое назначение антигистаминных препаратов	Событийный
13.	не рекомендовано использование иммуномодуляторов	Событийный
14.	повторные анализы крови и мочи не проводились при отсутствии отклонений при первичном обследовании	Событийный
15.	проведение общего анализа крови в первые сутки установления диагноза и до назначения антибактериальной терапии	Временной
16.	проведение общего анализа мочи в первые сутки установления диагноза и до назначения антибактериальной терапии	Временной
17.	если рекомендована противовирусная терапия, то она назначена своевременно - только при обращении ребенка в первые 48 часов болезни	Временной
18.	купирование симптомов болезни	Результативный

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.

Список сокращений и расшифровка примечаний

ИЛ – интерлейкин

ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция

...^ж – лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2016 год (Распоряжение Правительства РФ от 26.12.2015 N 2724-р)

...^{вк} – лекарственный препарат, входящий в Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций (Распоряжение Правительства РФ от 26.12.2015 N 2724-р)

Литература

1. 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.
2. 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.
3. Союз педиатров России, Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка. Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика». М., 2002 г.
 4. Здравоохранение в России. 2015: Стат.сб./Росстат. - М., 2015. – 174 с.
 5. http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525
 6. 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.
 7. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. М. ПедиатрЪ. 2012
 8. Pappas DE, Hendley JO, Hayden FG, Winther B. Symptom profile of common colds in school-aged children. Pediatr Infect Dis J 2008; 27:8.
 9. 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>.
 10. Hendaus M.A., Jomha F.A., Alhammadi A.H. Virus-induced secondary bacterial infection: a concise review. Ther Clin Risk Manag. 2015 Aug 24;11:1265-71. doi: 10.2147/TCRM.S87789. eCollection 2015.
 11. Pons-Catalano C., Vallet C., Lorrot M., Soulier M., Moulin F., Marc E., Chalumeau M., Raymond J., Lebon P., Gendrel D. Community acquired pneumonia and influenza in children. Arch Pediatr. 2003 Dec; 10(12):1056-60.
 12. Ralston S., Hill V., Waters A. Review Occult serious bacterial infection in infants younger than 60 to 90 days with bronchiolitis: a systematic review. Arch Pediatr Adolesc Med. 2011 Oct; 165(10):951-6.
 13. 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.
 14. 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.
 15. 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.
 16. 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.
 17. А.А. Баранов (ред.). Руководство по амбулаторно-клинической педиатрии. М. Гэотар-Медиа. 2-е изд. 2009.
 18. Mathie RT, Frye J, Fisher P. Homeopathic Oscilloccinum® for preventing and treating influenza and influenza-like illness. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jan 28;1:CD001957. doi: 10.1002/14651858.CD001957.pub6.
 19. 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.
 20. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. Cochrane Database Syst Rev 2013; 6:CD000247.
 21. Баранов А.А., Страчунский Л.С. (ред.) Применение антибиотиков у детей в

- амбулаторной практике. Практические рекомендации, 2007 г. KMAX 2007; 9(3):200-210.
22. Harris A.M., Hicks L.A., Qaseem A. Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. *Ann Intern Med.* 2016; 164(6):425-34 (ISSN: 1539-3704)
23. King D1, 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.
24. Wong T1, 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.
25. 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* 2012; 8:CD001831.
26. 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.
27. Singh M, Singh M. Heated, humidified air for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6:CD001728.
28. 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.
29. 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.
30. Hemilä H, Chalker E. Vitamin C for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 1:CD000980.
31. Оказание стационарной помощи детям. Руководство по лечению наиболее распространенных болезней у детей: карманный справочник. – 2-е изд. – М.: Всемирная организация здравоохранения, 2013. – 452 с.
32. 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.
33. Fortanier A.C. et al. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing otitis media. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Apr 2;4:CD001480.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. Lissiman E, Bhasale AL, Cohen M. Garlic for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; CD006206.
38. Linde K, Barrett B, Wölkart K, et al. Echinacea for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; CD000530.
39. 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.