



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) у детей

МКБ 10: J00/ J02.9/ J04.0/ J04.1/ J04.2/ J06.0/ J06.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года)

ID: KP25

URL

Профессиональные ассоциации

- **Союз педиатров России**

Оглавление

- **Ключевые слова**
- **Список сокращений**
- **Термины и определения**
- **1. Краткая информация**
- **2. Диагностика**
- **3. Лечение**
- **4. Реабилитация**
- **5. Профилактика**
- **6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания**
- **Критерии оценки качества медицинской помощи**
- **Список литературы**
- **Приложение А1. Состав рабочей группы**
- **Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций**
- **Приложение А3. Связанные документы**
- **Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента**
- **Приложение В. Информация для пациентов**
- **Приложение Г.**

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 неуточненная. Новые и узконаправленные профессиональные термины в настоящих клинических рекомендациях не используются

1. Краткая информация

1.1 Определение

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) – 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.

1.2 Этиология и патогенез

Возбудителями заболеваний респираторного тракта являются вирусы.

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 недель.

Вирусные инфекции характеризуются развитием катарального воспаления.

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

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-м 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, 6]. Согласно данным Минздрава России и Роспотребнадзора в 2015 г. она составила 20,6 тыс. случаев заболеваний на 100 тысяч человек (против 19,5тыс. 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 [5, 6]. Среди детей от 0 до 14 лет заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей в 2014г. составила 81,3тыс. на 100 тысяч или 19559,8 тыс. зарегистрированных случаев [5].

1.4 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

1.5 Классификация

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

1.6 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. Клинические рекомендации по ведению детей с острым тонзиллитом, острым бронхитом и стенозирующим ларинготрахеитом).

2. Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез

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

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 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.

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].

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 Лабораторная диагностика

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 высоколихорадящих детей и экспресс-тест на стрептококк при подозрении на острый стрептококковый тонзиллит.

(Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – С).

- Клинический анализ мочи (в т.ч. с использованием тест-полосок в амбулаторных условиях) рекомендуется проводить у всех лихорадящих детей без катаральных явлений.

(Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – С)

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.

- Клинический анализ крови рекомендован к проведению при выраженных общих симптомах у детей с лихорадкой.

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С)

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 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 15×10^9 /л.

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

- Определение уровня С-реактивного белка рекомендовано проводить для исключения тяжелой бактериальной инфекции у детей с фебрильной лихорадкой (повышение температуры выше 38°C), особенно при отсутствии видимого очага инфекции.

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С)

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

2.4 Инструментальная диагностика

- Рекомендовано всем пациентам с симптомами ОРВИ проводить отоскопию.

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С)

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

- Рентгенография органов грудной клетки не рекомендована для проведения каждому ребенку с симптомами ОРВИ

(Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – С)

Комментарии:

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 не рекомендована пациентам с острым назофарингитом в первые 10-12 дней болезни.

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С)

Комментарии: *проведение рентгенографии околоносовых пазух на ранних сроках заболевания часто выявляет обусловленное вирусом воспаление придаточных пазух носа, которое самопроизвольно разрешается в течение 2 недель [10, 11].*

3. Лечение

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 [12]. Эффективны ингибиторы нейраминидазы:

Осельтамивир (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 [12].

(Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – А)

Комментарии: для достижения оптимального эффекта лечение должно быть начато при появлении первых симптомов заболевания. 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 [13].

- Противовирусные препараты с иммуотропным действием не оказывают значимого клинического эффекта, их назначение нецелесообразно [14, 15].

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств –А)

Комментарий: Данные препараты развивают малодостоверный эффект. Возможно назначение не позднее 1-2-го дня болезни интерферона-альфа^{ж,вк} (код АТХ: L03AB05), однако, надежных доказательств его эффективности нет.

Комментарии: 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 [14]. Результаты исследований эффективности использования иммуномодуляторов при респираторных инфекциях, как правило, показывают малодостоверный 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 [16].

- 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, 17, 18, 19].

(Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – А)

Комментарии: Антибактериальная терапия в случае неосложненной вирусной инфекции не только не предотвращает бактериальную суперинфекцию, но способствуют 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.

- Рекомендуется проводить симптоматическую (поддерживающую) терапию. Адекватная гидратация способствует разжижению секретов и облегчает их отхождение.

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С)

- Рекомендуется проводить элиминационную терапию, т.к. данная терапия эффективна и безопасна. Введение в нос физиологического раствора 2-3 раза в день обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия [3, 20].

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С)

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 кровати 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) 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 (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 [4,7,14].

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С)

Комментарии: *Использование системных препаратов, содержащих деконгестанты (например, псевдоэфедрин) крайне не желательно, лекарственные средства данной группы разрешены только с возраста 12 лет.*

- Для снижения температуры тела лихорадящего ребенка рекомендуется раскрыть, обтереть водой T° 25-30°C. [14]

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С)

- С целью снижения температуры тела у детей рекомендуется к применению только двух препаратов – парацетамола^{Ж,ВК} (код АТХ: N02BE01) до 60 мг/сут или ибупрофена^{Ж,ВК} (код АТХ: M01AE01) до 30 мг/сут [4,7,14].

(Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – А)

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 суппозиторий, 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 [21].

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 [14].

(Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – С)

- Не рекомендуется использование метамизола у детей в связи с высоким риском развития агранулоцитоза.

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

(Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – С)

- Рекомендован туалет носа, как наиболее эффективный метод купирования кашля. Поскольку при назофарингите кашель чаще всего обусловлен раздражением гортани стекающим секретом [20].

(Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – В)

- Рекомендуется теплое питье [22] или, после 6 лет, использованием леденцов или пастилок, содержащих антисептики для устранения кашля при фарингите, который связан с «першением в горле» из-за воспаления слизистой оболочки глотки или ее пересыханием при дыхании ртом.

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С)

- Противокашлевые, отхаркивающие, муколитики, в том числе многочисленные патентованные препараты с различными растительными средствами, не рекомендуются для использования при ОРВИ ввиду неэффективности, что было доказано в рандомизированных исследованиях [22, 23].

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С)

Комментарии: При сухом навязчивом кашле у ребенка с фарингитом или ларинготрахеитом иногда удается достигнуть хороший клинический эффект при использовании бупропирона, однако доказательная база по применению противокашлевых препаратов отсутствует [22].

- 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 [24, 25].

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – В)

- Антигистаминные препараты, обладающие атропиноподобным действием, не рекомендованы для использования при ОРВИ, т.к. в рандомизированных испытаниях не показали эффективности в уменьшении симптомов ринита. Таким образом, нет доказательств эффективности антигистаминных препаратов при ОРВИ у детей [26].

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С)

- Не рекомендуется всем детям с ОРВИ назначать аскорбиновую кислоту (витамин С) так как это не влияет на течение болезни [27].

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – В)

Должны быть госпитализированы в стационар:

- дети до 3-х месяцев с фебрильной лихорадкой в связи с высоким риском развития у них тяжелой бактериальной инфекции [28].
- 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 [28].
- 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 нейроинфекции и других причин судорог.

3.2 Хирургическое лечение

Не требуется

4. Реабилитация

Не требуется

5. Профилактика

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

Рекомендуется 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 рекомендуется ежегодная вакцинация против гриппа с возраста 6 мес., которая снижает заболеваемость [29].

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – В)

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 [230, 31]. 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 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 [32, 33, 34].

(Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – А)

- У детей 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 [32, 33,, 34].

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – А)

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

- Детям старше 6 мес с рецидивирующими инфекциями ЛОР-органов и дыхательных путей рекомендуется применение бактериальных лизатов (код АТХ J07AX; код АТХ L03A; код АТХ J07AX; код АТХ A01AB11; код АТХ R07AX; код АТХ L03AX) Эти препараты, вероятно, могут сократить заболеваемость респираторными инфекциями, хотя доказательная база у них не велика [35, 15].

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С)

- 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 [36-38] и витамина С [27], гомеопатических препаратов [39].

(Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – В)

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

6.1 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 [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.*

6.2 Ведение детей

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.

6.3 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 | Сила рекомендации | Уровень достоверности доказательств |
|-------|--|-------------------|-------------------------------------|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар | 2 | C |
| 2. | Выполнен общий анализ мочи (при повышении температуры тела выше 38°C) | 1 | C |
| 3. | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при повышении температуры тела выше 38,0 C) | 2 | C |
| 4. | Проведена элиминационная терапия (промывание полости носа физиологическим раствором или стерильным раствором морской воды) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | 2 | C |
| 5. | Выполнено лечение местными деконгестантами (сосудосуживающие капли в нос) коротким курсом от 48 до 72 часов (при отсутствии медицинских противопоказаний) | 2 | C |

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. Здравоохранение в России. 2015: Стат.сб./Росстат. - М., 2015. – 174 с.
6. http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525
(http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
7. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. М. ПедиатрЪ. 2012
(http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
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.
(http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
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>.
(http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
10. 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.
(http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
11. 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.

- (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
12. 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. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
 13. 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. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
 14. А.А. Баранов (ред.). Руководство по амбулаторно-клинической педиатрии. М. Гэотар-Медиа. 2-е изд. 2009. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
 15. 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. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
 16. 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. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
 17. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6:CD000247 (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
 18. Баранов А.А., Страчунский Л.С. (ред.) Применение антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Практические рекомендации, 2007 г. КМАХ 2007; 9(3):200-210. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
 19. 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) (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
 20. 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. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
 21. 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. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
22. 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. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
23. 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. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
24. Singh M, Singh M. Heated, humidified air for the common cold. Cochrane Database Syst Rev 2013; 6:CD001728. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
25. 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. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
26. 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. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
27. Hemilä H, Chalker E. Vitamin C for preventing and treating the common cold. Cochrane Database Syst Rev 2013; 1:CD000980 (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
28. Оказание стационарной помощи детям. Руководство по лечению наиболее распространенных болезней у детей: карманный справочник. – 2-е изд. – М.: Всемирная организация здравоохранения, 2013. – 452 с. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
29. 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. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
30. Fortanier A.C. et al. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing otitis media. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Apr 2;4:CD001480.

- (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
31. 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. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
 32. 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. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
 33. Ralston S.L., Lieberthal A.S., Meissner H.C., Alverson B.K., Baley J.E., Gadomski A.M., Johnson D.W., Light M.J., Maraqa N.F., Mendonca E.A., Phelan K.J., Zorc J.J., Stanko-Lopp D., Brown M.A., Nathanson I., Rosenblum E., Sayles S. 3rd, Hernandez-Cancio S.; American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis *Pediatrics* Vol. 134 No. 5 November 1, 2014 e1474-e1502. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
 34. Баранов А.А., Иванов Д.О. и соавт. Паливизумаб: четыре сезона в России. *Вестник Российской академии медицинских наук.* 2014: 7-8; 54-68 (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
 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. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
 36. Lissiman E, Bhasale AL, Cohen M. Garlic for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; CD006206. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
 37. Linde K, Barrett B, Wölkart K, et al. Echinacea for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; CD000530. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
 38. 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. (http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525)
 39. 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.

(http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statictic_details.php?ELEMENT_ID=5525)

Приложение А1. Состав рабочей группы

- **Баранов А.А.** акад. РАН, профессор, д.м.н., Председатель Исполкома Союза педиатров России;
- **Лобзин Ю. В.**, акад. РАН, профессор, д.м.н., Президент Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням, заместитель Председателя национального научного общества инфекционистов
- **Намазова-Баранова Л.С.** чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н., заместитель Председателя Исполкома Союза педиатров России;
- **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
- **Куличенко Т.В.** д.м.н., профессор РАН, эксперт Всемирной Организации Здравоохранения, член Союза педиатров России;
- **Бакрадзе М.Д.** д.м.н., член Союза педиатров России;
- **Вишнева Е.А.** к.м.н., член Союза педиатров России;
- **Селимзянова Л.Р.** к.м.н., член Союза педиатров России;
- **Полякова А.С.** к.м.н., член Союза педиатров России;
- **Артемова И.В.** м.н.с., 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 и интернатуре.

Таблица П1 - 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.

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 05.05.2012 N 521н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями"

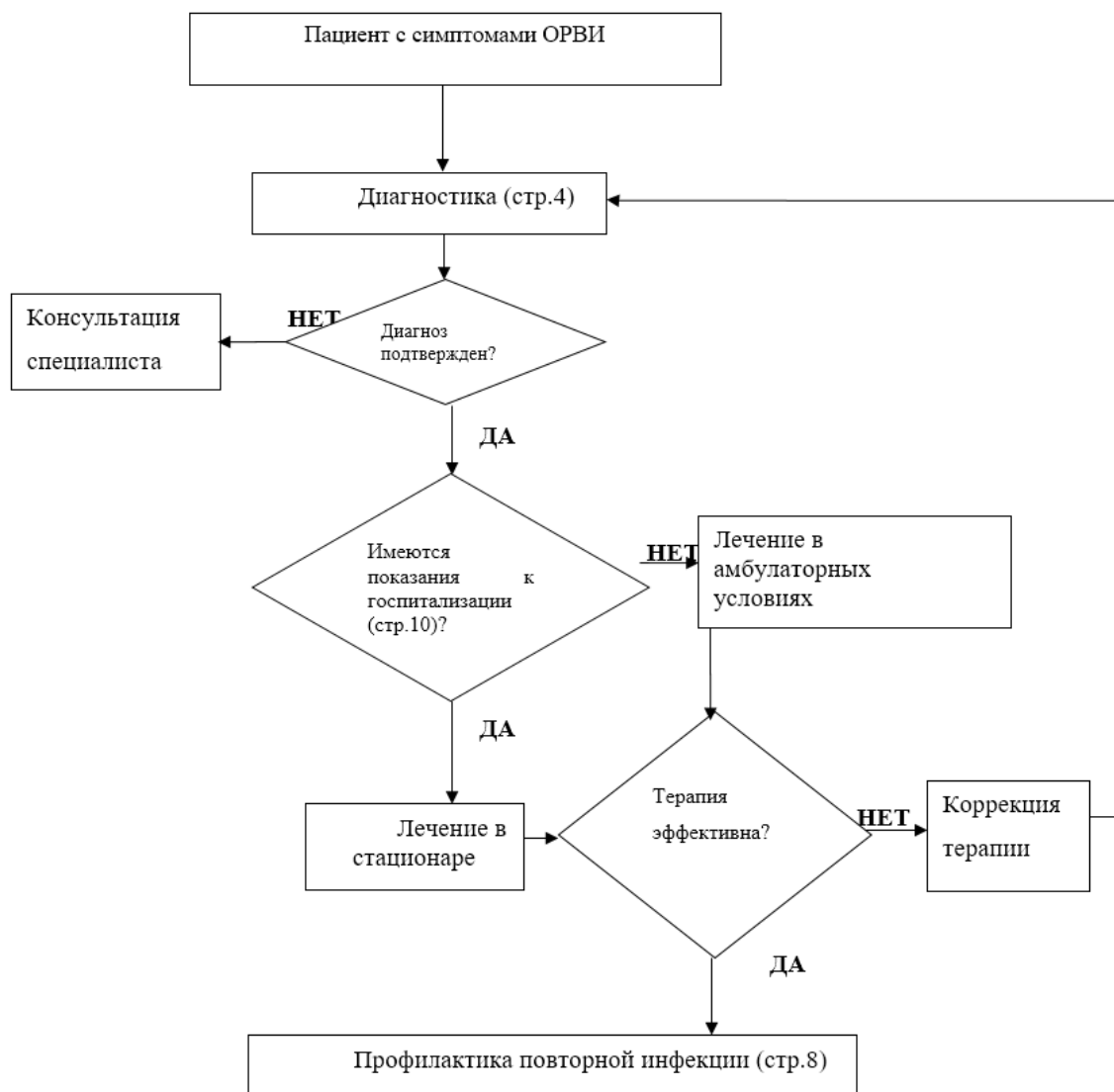
Критерии оценки качества медицинской помощи: Приказ Минздрава России 520н от 15 июля 2016г «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

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

КР337. Болевой синдром (БС) у детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи (<http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/886>)

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.

...^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)