



# ФГБОУ ВО «ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

Минздрава России

Кафедра пропедевтики педиатрии

ГБУ «Городская детская клиническая больница № 5  
г. Донецка»



## Опыт работы инфекционного отделения ГДКБ № 5 г. Донецка

Докладчики:

Кривущев Б.И., Рыбакова Т.А., Кехиопуло О.И.,  
Франчук М.А., Золото И.С.

**В инфекционном отделении ГДКБ № 5** города Донецка за 2024 год пролечено **1 258 детей**, в том числе 148 – в возрасте до 1 года (11,8%).

Подавляющее большинство детей из Пролетарского (40%) и Буденновского (34%), а также из Ленинского (12%) и Кировского (8%) районов.

По направлению участковой службы в отделение госпитализировано 50% детей.

Доставлены бригадами скорой медицинской помощи 19% детей.

Доставлены родителями самостоятельно 29% детей.

## В отделении пролечено больных по нозологическим единицам:

Нозология	Всего		До 1 года	
	Абсол.	%	Абсол.	%
<b>ВСЕГО</b>	<b>1 258</b>	<b>100</b>	<b>148</b>	<b>11,8</b>
Аденовирусная инфекция неуточненная (B34.0)	42	<b>3,3</b>	2	0,16
<b>Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточнённая (J06.9)</b>	947	<b>75,3</b>	125	9,9
<b>ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ</b>				
Острый ларингит (J04.0), ларинготрахеит (J04.2)	48	<b>3,8</b>	4	0,3
Острый бронхит неуточнённый (J20.9)	92	<b>7,3</b>	8	0,6
Острый бронхит неуточнённый с обструкцией (J20.9)	22	<b>1,7</b>	12	0,9
Пневмония неуточнённая (J18.9)	81	<b>6,4</b>	5	0,4
Ацетонемическое состояние на фоне ОРИ (E87.2 – ацидоз и R82.4 – ацетонурия)	79	<b>6,3</b>	-	-
Другие заболевания				
Герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит (B00.2)	22	<b>1,7</b>	4	0,3
Прочие	247	<b>19,6</b>	11	0,9

# ЕВРАЗИЙСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ (ОРВИ) У ДЕТЕЙ

Возрастная группа: дети

Год утверждения: **2025**

Разработчики клинической рекомендации:

- Международная общественная организация «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням»;
- Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского;
- Евразийская ассоциация педиатров и неонатологов;
- Научный центр клинической метаболомики генетики и фармакологии;
- Международная Ассоциация клинических фармакологов и фармацевтов;
- Педиатрическое респираторное общество;
- Федерация педиатров стран СНГ

Состав рабочей группы:

Председатели: Лобзин Ю. В. (Россия), Горелов А. В. (Россия)

Ахмедова М. Д. (Узбекистан), Абуова Г. Н. (Казахстан), Баешева Д. А. (Казахстан), Захарова И. Н. (Россия), Геппе Н.А. (Россия), Абдрахманова С. Т. (Казахстан), Бабаченко И.В. (Россия), Прødeус А.П. (Россия), Ахмедова И. М. (Узбекистан), Суранбаева Г. С. (Кыргызская Республика), Калюжин О.В. (Россия), Кукес И.В. (Россия), Семенов В.М. (Беларусь)

**Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)** – острая **вирусная** инфекция респираторного тракта, проявляющаяся катаральным воспалением **верхних** дыхательных путей и протекающая чаще всего с повышением температуры тела, ринитом, чиханием, кашлем, болью в горле, реже - **нижних** дыхательных путей с локализацией в них возбудителя, и нарушением общего состояния разной степени выраженности.

**ОРИ** – **острая респираторная инфекция** вне зависимости от этиологии: **вирусная** и/или **бактериальная**.

**Вирусы**, вызывающие ОРВИ, входят в семейства РНК- и ДНК-содержащих вирусов:

**РНК содержащие:**

пикорнавирусы – риновирусы,

парамиксовирусы – вирусы парагриппа,

метапневмовирусы,

респираторно-синтициальные вирусы,

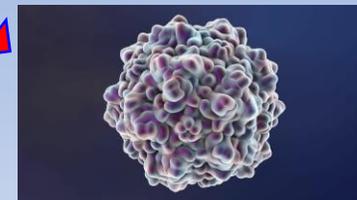
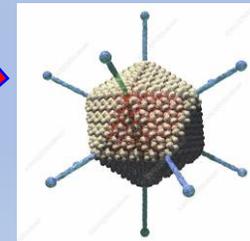
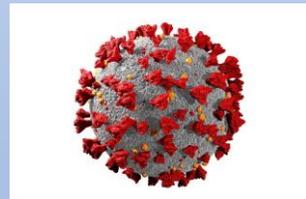
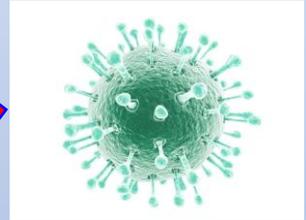
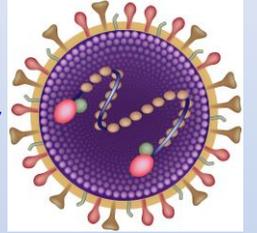
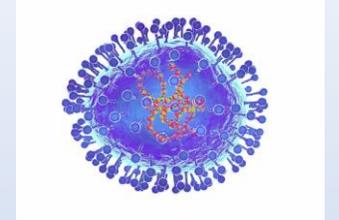
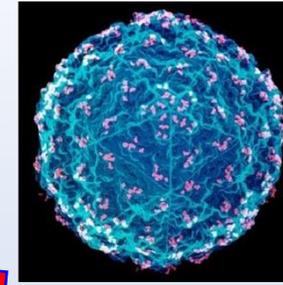
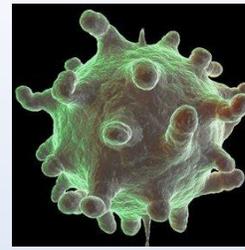
ортомиксовирусы – вирусы гриппа,

коронавирусы;

**ДНК-содержащие:** аденовирусы,

парвовирусы – бокавирус

**и другие**



Основными **этапами развития инфекции** являются:

- **адгезия и внедрение** возбудителя в клетки эпителия дыхательных путей, его репродукция;
- **вирусемия**, формирование интоксикационного синдрома и токсико-аллергических реакций;
- развитие **воспалительного процесса** в дыхательной системе;
- **обратное развитие** инфекционного процесса, формирование иммунитета.

Эти фазы, во многом, являются условными, они нечетко следуют друг за другом, и **могут протекать одновременно**, им соответствуют характерные клинические проявления, которые развиваются обычно в фазе вирусемии.

Источником инфекции являются больные с клинически выраженными, стертыми формами болезни и вирусоносители, не имеющие симптомов заболевания.

**Инкубационный период** большинства ОРВИ **от 2 до 7 дней.**

Выделение вирусов больным максимально на 3-4 сутки заболевания, снижается к 5–6 дню, неинтенсивное выделение вируса у ряда ОРВИ может сохраняться до 2–4 недель.

**В настоящее время насчитывается более 200 вирусов, вызывающих ОРВИ.**

Особенности клинической картины обусловлены наличием белков-рецепторов вируса, тропным к определенным участкам дыхательных путей

# Международная классификация болезней X пересмотра (МКБ-X)

J00 - J06 – Острые респираторные инфекции **верхних** дыхательных путей

J00 – Острый назофарингит (насморк)

J02 – Острый фарингит

J02.8 – Острый фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями

J02.9 – Острый фарингит неуточненный

J03 – Острый тонзиллит

J03.8 – Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями

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**

J20- J22 – другие острые респираторные инфекции **нижних** дыхательных путей

J20 – Острый бронхит

J22 – Острая респираторная инфекция нижних дыхательных путей неуточненная

V97 Вирусные агенты как причина болезней, классифицированных в других рубриках

V34.0 – Аденовирусная инфекция неуточненная;

V34.2 – Коронавирусная инфекция неуточненная;

V34.9 – Вирусная инфекция неуточненная;

V97.0 – Аденовирусная инфекция;

V97.4 – Респираторно-синцитиальная инфекция\* (рассматривается в возрастной категории дети в отдельных клинических рекомендациях)

V97.5 – Реовирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках

V97.8 – Другие вирусные агенты как причина болезней, классифицированных в других рубриках

Человеческий метапневмовирус (Human metapneumovirus)

# Клиническая классификация ОРВИ

I. По форме (степени) тяжести заболевания:

- Легкая;
- Среднетяжелая;
- Тяжелая.

II-а. По характеру течения:

- Гладкое (неосложненное);
- Негладкое (специфические осложнения; осложнения, вызванные вторичной микрофлорой; обострение хронических заболевания)

II-б. По длительности течения:

1. Острое (5–10 дней);
2. Подострое (11–30 дней);
3. Затяжное (более 30 дней).

III. По типу:

- Типичная;
- Атипичная (стертая, бессимптомная).

IV. По локализации поражения (топическим признакам):

- Острый ринит;
- Острый фарингит;
- Острый тонзиллит;
- Острый ларингит;
- Острый трахеит;
- Острый бронхит;
- Сочетания анатомических локализаций (например, назофарингит, тонзиллофарингит, ларинготрахеит).

В среднем симптомы неосложненного ОРВИ могут сохраняться до 7–10 дней.

## 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, метапневмовирусной инфекции**. Повышенная температура у 80% больных снижается на 2-3 день болезни; более длительно (до 5–7 дней) фебрильная лихорадка сохраняется при гриппе и аденовирусной инфекции.

**Наращение уровня лихорадки, особенно повторные подъемы температуры через 5–6 дней от начала заболевания, наращение симптомов интоксикации у ребенка должны настораживать в отношении присоединения бактериальной инфекции.**

У детей младшего возраста повторный подъем температуры на фоне продолжительного насморка после кратковременного улучшения нередко бывает при развитии **острого среднего отита**. В некоторых случаях отмечается увеличение регионарных **лимфатических узлов**, что может отражать реактивацию герпесвирусных инфекций, персистирующих у часто болеющих детей.

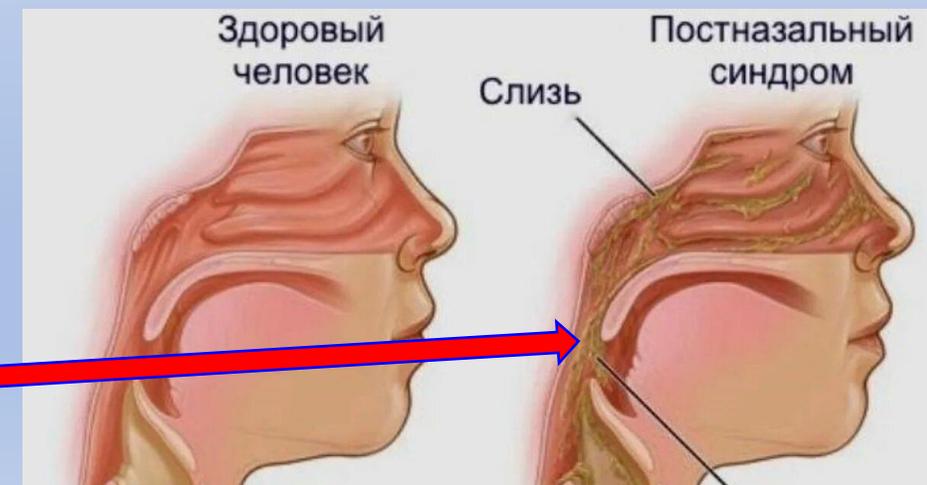
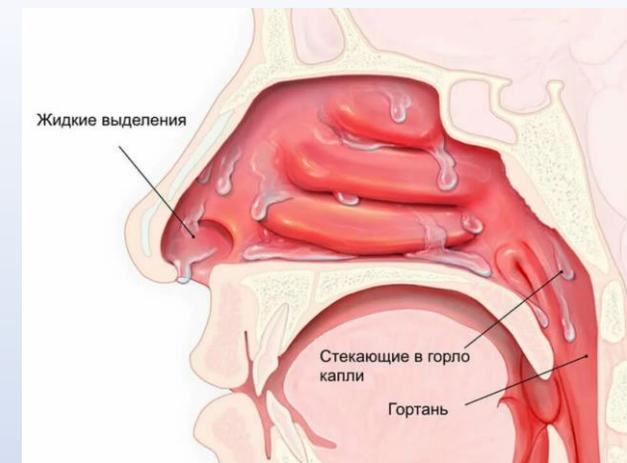
**Для детей характерно сочетание анатомических локализаций поражений при ОРВИ.**

**Острый ринит** – воспаление слизистой оболочки носовой полости, проявляющийся ринореей (выделениями из носа), чиханием, затруднением носового дыхания.

**Тонзиллит** – местные изменения в небных миндалинах, характеризующиеся гиперемией и отеком миндалин, небных дужек, паутинообразными наложениями или рыхлым содержимым в лакунах.

**Фарингит** – гиперемия и отечность задней стенки глотки, её зернистость, вызванная гиперплазией лимфоидных фолликулов. Для фарингита характерны боли в горле при глотании, может отмечаться навязчивый кашель.

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 кашель (**постназальный синдром**).

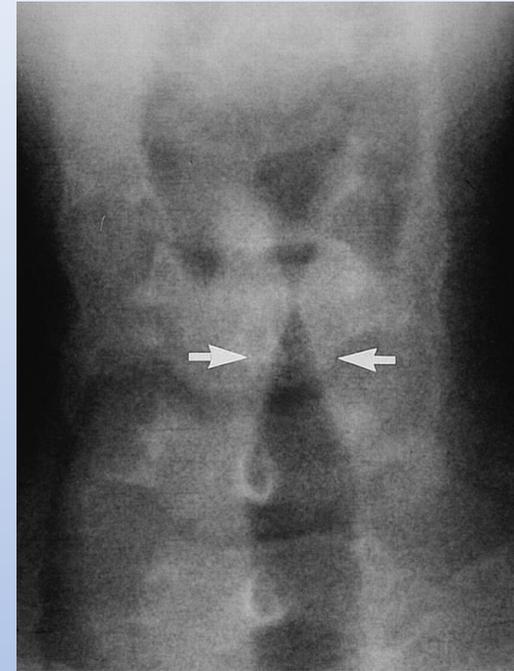
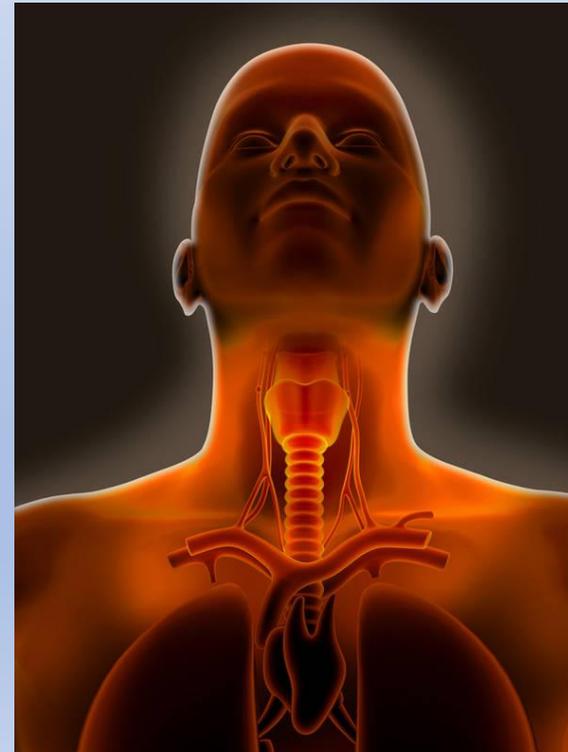


**Ларингит** – воспаление гортани с вовлечением голосовых связок и подсвязочного пространства. Первые симптомы – грубый («лающий») кашель, осиплость голоса.



**Трахеит** – воспалительный процесс в слизистой оболочке трахеи. Симптомы: саднение за грудиной, сухой болезненный кашель.

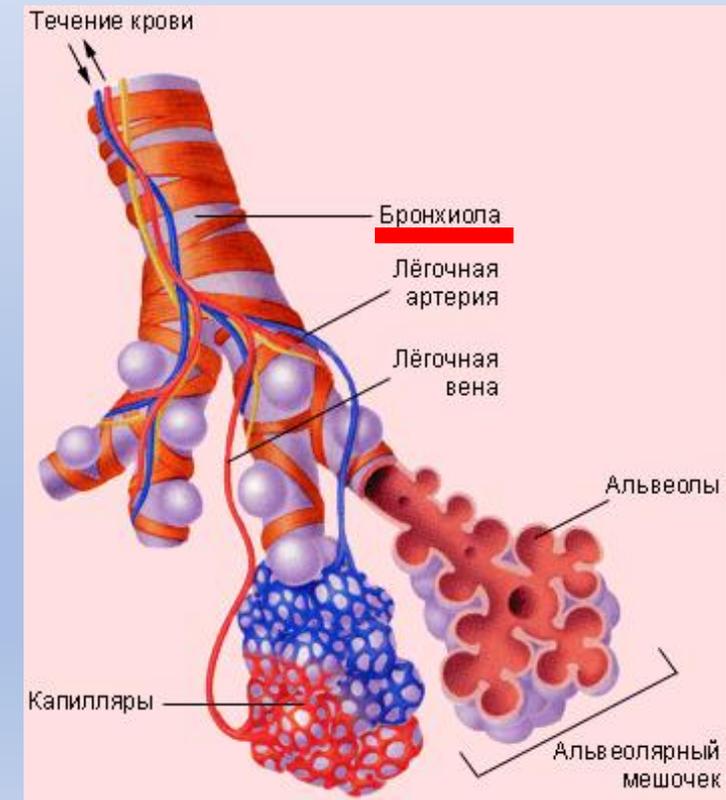
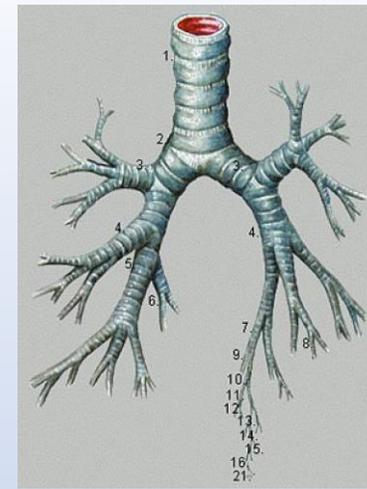
**Ларинготрахеит** характеризуется осиплостью голоса с сохранением звонких нот при крике ребенка, грубым («лающим») сухим кашлем. Кашель может быть навязчивым, частым, сопровождаться болью в области трахеи.



**Бронхит** – поражение бронхов **любого калибра**. Основным симптомом – кашель.

**Бронхиолит** – воспалительное поражение бронхов мелкого калибра (бронхиол), преимущественно у детей первых двух лет жизни. Характерны явления **бронхиальной обструкции** (цианоз носогубного треугольника, экспираторная одышка, спастический кашель, тахипноэ, рассеянные крепитирующие хрипы) с явлениями **дыхательной недостаточности**.

Бронхит и бронхиолит **преимущественно имеют вирусную этиологию** (РС-инфекция, метапневмо- и бокавирусная инфекции).



# Осложнения при острых респираторных вирусных инфекциях

подразделяются на **специфические** и **вторичные**, вызванные активизацией вторичной микрофлоры

## Специфические осложнения

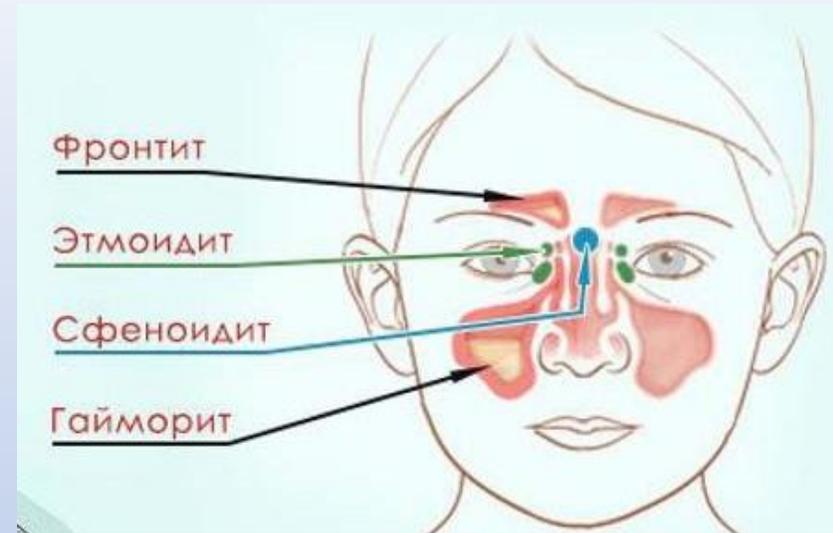
**Острая дыхательная недостаточность** (ОДН) — чаще развивается при респираторных вирусных инфекциях, протекающих с поражением нижних дыхательных путей, особенно при развитии бронхообструктивного синдрома (чаще при респираторно-синцитиальной, бокавирусной, метапневмовирусной инфекциях) или при парагриппе (при формировании ложного крупа). Клинически проявляется в виде **тяжелой одышки, цианоза (синюшности), тахикардии, беспокойства** больных.

**Отек и набухание головного мозга.** При ОРВИ у детей развиваются редко - при тяжелом гипоксическом состоянии (гипоксической энцефалопатии), преимущественно у пациентов с тяжелыми формами ОРВИ, осложненными бронхообструктивным синдромом с выраженной дыхательной недостаточностью (ДН 2). Проявления: сильная головная боль, тошнота, рвота, возможно психомоторное возбуждение, брадикардия, **повышение артериального давления, судороги, расстройство дыхания, нарастающие менингеальная и очаговая симптоматика, расстройство сознания** от оглушения до развития комы.

Возможно развитие острого респираторного **дистресс-синдрома, острой сердечно-сосудистой недостаточности, миокардита.**

# Осложнения, вызванные активацией вторичной бактериальной микрофлоры

**Острый синусит.** Бактериальные синуситы (воспаление околоносовых пазух - **гайморит, фронтит, этмоидит, сфеноидит**) являются частым осложнением ОРВИ, преимущественно у детей старше 5 лет. Заподозрить наличие синусита необходимо при длительном (**более 7 дней**) сохранении заложенности носа, тяжести в голове и головной боли, в ряде случаев повышения температуры. При отсутствии лечения острый синусит легко переходит в хроническую форму заболевания.



## Острый отит.

Острый отит **гнойный** проявляется **постоянными или пульсирующими (стреляющими) болями в ухе**, может наблюдаться болезненность в области сосцевидного отростка.

**Катаральный** средний отит - у детей является частым осложнением респираторных вирусных инфекций, особенно при наличии ринита или у пациентов с РС инфекцией.

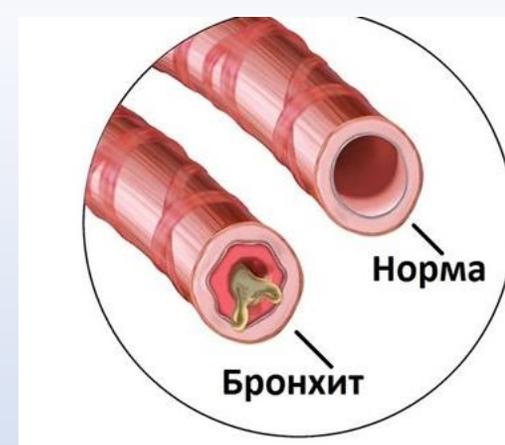


**Острый бронхит.** Может быть, как проявлением ОРВИ, так и ее осложнением, проявляется длительным продуктивным кашлем.

**Пневмония.** Одно из самых частых осложнений ОРВИ вирусно-бактериальной или бактериальной этиологии. Развитие пневмонии следует подозревать при сохранении высокой температуры тела более 7-10 дней, сохранением кашля. Характерными признаками пневмонии является локальная симптоматика: ослабление дыхания, наличие влажных мелкопузырчатых хрипов, крепитации (не меняют локализацию после кашля), локальном притуплении легочного звука при перкуссии. Выражены воспалительные изменения в гемограмме, резко повышен С-реактивный белок (СРБ).

**Диагноз подтверждается при рентгенологическом исследовании легких.**

Возможна вирусная этиология пневмонии у детей первых 5 лет жизни, при РС-, метапневмовирусной, бокавирусной, аденовирусной инфекциях, реже – другой этиологии. Вирусные пневмонии могут развиваться в первые дни заболевания, характеризуются бронхообструктивным синдромом, наличием экспираторной одышки, дыхательной недостаточности, двусторонними поражениями, отсутствием четкой локальной симптоматики при перкуссии и аускультации легких. Воспалительные изменения в гемограмме и повышение СРБ менее выражены.



## Диагностика острых респираторных вирусных инфекций

проводится **путем оценки:**

- эпидемиологического анамнеза,
- анамнеза болезни,
- анализа жалоб,
- клинического осмотра,
- лабораторных и специальных методов обследования

и **направлена на определение:**

- клинической формы,
- степени тяжести,
- характера и типа течения,
- длительности течения,
- выявление осложнений,
- этиологии заболевания (при наличии возможности),
- выбора тактики лечения.

При сборе анамнеза и жалоб рекомендуется обратить внимание на

- пребывание в очаге ОРВИ, заболеваемости в детском учреждении, контакты с больными детьми и взрослыми в период, соответствующий инкубационному периоду;
- характерную сезонность ОРВИ (осенне-зимний, зимне-весенний период);
- общее недомогание, повышение температуры тела, утомляемость, слабость, снижение аппетита, головные боли, боли в горле, затруднение носового дыхания, насморк (ринорея), осиплость голоса, кашель (сухой и влажный), увеличение лимфоузлов, боли в животе (при аденовирусной инфекции).

У детей грудного возраста – отказ от груди матери или затрудненное кормление, немотивированное беспокойство.

При тяжелом течении возможно появление одышки, выраженной головной боли, многократной рвоты, судорог и потеря сознания (симптомы менингита и отёка мозга).

Наличие таких жалоб, как тошнота, рвота, сердцебиение или перебои в работе сердца являются проявлением общего интоксикационного синдрома.

Рекомендуется при сборе анамнеза выявить длительность заболевания, динамику клинических симптомов.

## Рекомендуется у всех пациентов с симптомами ОРВИ:

- уточнить **аллергологический анамнез** и проявления аллергических реакций в семье для проведения дифференциальной диагностики и выявления факторов риска развития осложненного течения заболевания и лекарственной непереносимости;
- обратить внимание на наличие сопутствующих **хронических заболеваний** для выявления факторов риска развития тяжелого и осложненного течения заболевания;
- уточнить **переносимость высокой температуры** – необходимо уточнить наличие фебрильных судорог, судорожного синдрома в анамнезе.



## Физикальное обследование

Рекомендовано у всех пациентов с подозрением на ОРВИ и наличием симптомов ОРВИ начать с визуального исследования с оценкой состояния кожных покровов и видимых слизистых оболочек:

- цвет (гиперемия, бледность, **цианоз**),
- влажность, отечность,
- **инъекция сосудов склер**.

Выявляют:

- **гиперемию дужек и/или задней стенки ротоглотки**,
- **рыхлость и зернистость слизистой задней стенки**,
- **увеличение лимфоидных фолликулов на задней стенке**, состояние небных миндалин.



## Рекомендовано детальное физикальное обследование всех пациентов с ОРВИ:

- Пальпация периферических лимфоузлов;
- Детальное исследование органов дыхания, в том числе:
  - ❖ частота дыхания,
  - ❖ сравнительная перкуссия легких,
  - ❖ аускультация легких,
- Обследование сердечно-сосудистой системы – ЧСС, аускультация сердца;
- Обследование желудочно-кишечного тракта – поверхностная пальпация, размеры печени и селезенки – для оценки вовлеченности органов желудочно-кишечного тракта в воспалительный процесс или выявления сопутствующих заболеваний.
- При наличии жалоб на головную боль проверять менингеальные симптомы с целью дифференциальной диагностики с инфекционными заболеваниями, протекающими с поражением ЦНС, или развитии осложнений.

## Лабораторные диагностические исследования

Рекомендовано пациентам с ОРВИ при среднетяжелом и тяжелом течении, длительном сохранении повышенной температуры тела, выполнение **клинического анализа крови**, развернутого с определением **лейкоцитарной формулы** для комплексной оценки степени тяжести болезни, диагностики, и своевременного выявления осложнений.

Комментарии: **при вирусных инфекциях** в клиническом анализе крови характерны **лейкопения или нормоцитоз**, увеличение процентного соотношения различных форм лейкоцитов в сторону лимфоцитов и моноцитов (**относительный лимфоцитоз** и моноцитоз).

Однако **в первые 3–4 суток** от начала заболевания **при наличии лихорадки** возможны умеренные изменения гематологических и биохимических показателей, схожих с бактериальными инфекциями (**лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ**).

Рекомендовано пациентам с ОРВИ при сохраняющейся повышенной температуре тела более 5–6 дней выполнение **общего (клинического) анализа мочи** для выявления патологии мочевыделительной системы.

Комментарии: при неосложненном течении ОРВИ патологических изменений нет; при выраженной лихорадке, интоксикационном синдроме, возможно появления признаков «**токсической почки**» - протеинурия, цилиндрурия, лейкоцитурия, гематурия, которые обусловлены развитием **тубулоинтерстициального нефрита** на фоне ОРВИ, кроме того, возможно присоединение или обострение инфекции мочевыводящей системы.

Рекомендовано проводить исследование уровня **С-реактивного белка** в сыворотке крови для исключения тяжелой бактериальной инфекции у детей с длительной фебрильной лихорадкой (повышение температуры выше 38°C более 4–5 дней), особенно при отсутствии видимого очага инфекции.

Комментарии: **Повышение его выше 45–50 мг/л** более характерно для **бактериальных инфекций**.

Рекомендовано пациентам со среднетяжелой и тяжелой формой ОРВИ, или ее негладким течением, при госпитализации, проведение молекулярно–генетического исследования (ПЦР) мазков из носоглотки на возбудителей ОРВИ (ОРВИ-скрин).

Рекомендовано лицам с симптомами гриппоподобного заболевания определение РНК вирусов гриппа в мазках со слизистой оболочки носо- и ротоглотки методом ПЦР на вирусы гриппа А и В для своевременного назначения специфической этиотропной терапии.

Рекомендовано лицам с симптомами ОРВИ проведение молекулярно-биологического исследования мазков со слизистой оболочки носоглотки на возбудителя COVID-19 для проведения дифференциальной диагностики у всех заболевших.

## Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано выполнение пульсоксиметрии с измерением SpO<sub>2</sub> пациентам со среднетяжелой и тяжелой формой ОРВИ для ранней диагностики респираторных нарушений.
- Рекомендовано выполнение рентгенографии легких пациентам при подозрении на развитие пневмонии.
- Рекомендуется рентгенография придаточных пазух носа пациентам с затруднением носового дыхания при подозрении на синусит, вызванный присоединением бактериальной флоры для своевременной консультации отоларинголога и оказания специализированной помощи.
- Рекомендовано пациентам при подозрении на поражение сердца выполнение электрокардиографии для своевременной диагностики нарушений ритма сердца.
- Рекомендовано пациентам с ОРВИ при подозрении на развитие отита или синусита консультация врача – оториноларинголога для определения дальнейшей тактики ведения пациента.

## Принципы лечения больных с ОРВИ

Принципы лечения больных с ОРВИ предусматривают решение следующих задач: предупреждение дальнейшего развития патологического процесса, обусловленного заболеванием, достижение полного и стойкого выздоровления; профилактика развития возможных осложнений заболевания.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы: период заболевания; тяжесть заболевания; клиническая форма заболевания; ведущие клинические проявления и особенности течения заболевания с учетом признаков иммунодефицита, возраст больного; наличие и характер осложнений, коморбидных заболеваний; доступность и возможность выполнения лечения в соответствии с необходимым видом оказания медицинской помощи.

Рекомендовано лечение в амбулаторных условиях пациентов с легкой и среднетяжелой формой ОРВИ. В случае безуспешности проводимого лечения или невозможности его проведения в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации в стационар.

Рекомендована госпитализация пациентов, переносящих заболевание в тяжелой форме, с осложнениями болезни, а также по эпидемическим показаниям.

## Показания для госпитализации детей с ОРВИ:

- наличие признаков **респираторного дистресса** (одышка, тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, кряхтящее/стонущее дыхание);
- **обструктивные заболевания** верхних и нижних дыхательных путей (стеноз гортани, бронх обструктивный синдром, бронхиолит);
- при наличии признаков **дыхательной недостаточности**: 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;
- снижение **сатурации крови** кислородом (SpO<sub>2</sub>) **менее 95%** при дыхании комнатным воздухом;
- наличие выраженных симптомов **интоксикации**: ребенок вялый и сонливый, недоступен контакту или резко выраженное беспокойство, отказ от питья, гиперестезия, судороги;
- повторные **рвоты**;
- **снижение мочеотделения**;
- сохранение **высокой лихорадки** (более 4–5 суток) с рефрактерностью к жаропонижающим средствам;
- признаки **развития осложнений** со стороны сердечно-сосудистой системы, ЦНС и др.;
- наличие тяжелых преморбидных заболеваний/состояний;
- **дети до 3-х месяцев с фебрильной лихорадкой** в связи с высоким риском развития у них тяжелой бактериальной инфекции.

## Этиотропная (противовирусная) терапия

Рекомендована этиотропная терапия при гриппе А (в т. ч. H1N1) и В в первые 24–48 часов болезни. Пациентам, переносящим грипп, могут быть назначены ингибиторы нейраминидазы: **Осельтамивир** с 1 года, или **Занамивир** детям с 5 лет.

Рекомендовано назначение пациентам с симптомами ОРВИ не гриппозной этиологии:

- ингибитор гемагглютинаина вирусов (**Умифеновир**),
- **препараты интерферона** альфа 2b (в виде назального спрея и капель, геля и мази для местного применения, глазных капель, суппозиторий),
- **индукторы интерферогенеза** (имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты, тилорон, меглюмина акридонацетат, инозин пранобекс и другие),
- препараты, обладающие **иммуностимулирующим** и **противовирусным** действием содержащих релиз-активные антитела очищенные к  $\gamma$ -интерферону, к CD4, к гистамину, к белкам главного комплекса гистосовместимости в различных комбинациях,
- **многокомпонентные** препараты на основе малого содержания лечебных трав и минеральных компонентов (**Энгистол**).

## Патогенетическая и симптоматическая терапия

Рекомендуется **обязательное проведение базисной терапии** всем пациентам независимо от тяжести течения заболевания.

Базисная терапия включает в себя полупостельный или постельный **режим** в зависимости от самочувствия, диету.

В **рацион питания** включают легко усвояемые продукты, богатые витаминами (нежирные сорта мяса, рыбы, молочные продукты и молочнокислые продукты, фрукты, овощи, натуральные соки, компоты). Жидкость назначается с учетом физиологической потребности с добавлением на патологические потери (гипертермию, одышку и т.д.) Дети первого года жизни находятся на грудном вскармливании или получают адаптированные смеси по показаниям (в зависимости от возраста и особенностей соматического статуса)

Рекомендовано в качестве **противовоспалительной детоксикационной, спазмолитической** терапии использование детям с рождения многокомпонентного препарата **Вибуркол** в форме суппозиторий ректальных с целью облегчения симптомов ОРВИ.

- Рекомендуется при синдроме **ринита** проводить ирригационно-элиминационную терапию, т. к. данная терапия эффективна и безопасна. Введение в нос натрия хлорида (0,9%) или **стерилизованного раствора морской воды** (**Аква Марис**) в виде орошения слизистой носа несколько раз в день обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия.
- Рекомендуется при выраженном **затруднении носового дыхания** назначение местных препаратов, обладающих сосудосуживающим действием – «**деконгестанты** и другие препараты для местного применения интраназально» 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 **оксиметазолин** 0,01–0,025%, **ксилометазолин** 0,05% (с 2 лет), у старших – более концентрированные растворы.
- Рекомендуется для уменьшения воспаления и отека, восстановления функции ресничек и структуры слизистой, **активации мукозального иммунитета** многокомпонентный назальный спрей **Эуфорбиум композитум® Назентропфен С.**

Рекомендуются к применению **жаропонижающие средства** только на основе препаратов, содержащих **парацетамол** до 60 мг/кг/сут или **ибупрофен** до 30 мг/кг/сут с целью снижения температуры тела у детей при ОРВИ.

- Жаропонижающие препараты у здоровых детей старше 3-х месяцев оправданы только при лихорадке **выше 38°C**. При менее выраженной температуре 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.
- Рекомендовано в температурном окне до 38°C, а также в промежутке между приемами жаропонижающих, применение препарата **Вибуркол** в виде **ректальных суппозиторий**, так как он не оказывает литического действия на температуру и не нарушает иммунный ответ организма.
- Рекомендуется лихорадящего ребенка раскрыть, обтереть водой с температурой 25-30°C для улучшения теплоотдачи и снижения температуры тела.

Рекомендуется проведение регидратационной оральной или инфузионной терапии детям со среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести ОРВИ при стационарном лечении с целью дезинтоксикации и коррекции водно-электролитного баланса с использованием растворов для внутривенного введения: растворы электролитов, электролиты в комбинации с углеводами, углеводы (с учетом возраста детей и показаний).

**Не рекомендуется использование противомикробных препаратов системного действия для лечения неосложненных форм ОРВИ и гриппа,** в том числе, если заболевание сопровождается в первые 10 дней болезни риносинуситом, конъюнктивитом, ларингитом, крупом, бронхитом, бронхообструктивным синдромом.

Антибактериальная терапия в случае неосложненной вирусной инфекции не только не предотвращает бактериальную суперинфекцию, но способствует ее развитию из-за подавления нормальной флоры человека в различных биотопах.

## Критерии выздоровления:

- отсутствие интоксикации;
- отсутствие осложнений;
- нормализация функций всех пораженных органов.



**20 ноября** 1959 года Генеральная ассамблея ООН приняла Декларацию о правах ребенка — первый в мире официальный документ, в котором закрепились социальные и правовые нормы, связанные с маленькими детьми.

В честь появления Декларации был учрежден профессиональный праздник педиатров.

Всемирный день ребенка появился в 1954 году, тоже по инициативе Генеральной Ассамблеи ООН.

**Уважаемые коллеги!  
Поздравляем вас с  
Международным днём педиатра и  
Всемирным днём ребенка!**