

*Мащиц В. Д.*

**РАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ ОРВИ У ДЕТЕЙ**

*Научные руководители д-р мед. наук, Василевский И. В.,*

*канд. мед. наук, доц. Рубан А. П. \**

*Кафедра клинической фармакологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*Кафедра поликлинической педиатрии, БелМАПО \**

ОРВИ у детей занимают первое место в структуре общей заболеваемости, обуславливают значимые потери трудоспособности родителей. Рациональность терапии ОРВИ у детей с различных точек зрения (эффективности, безопасности, экономической целесообразности), а также с позиции доказательной медицины регулярно пересматривается, что находит отражение в различных международных и национальных руководствах.

Проведен анализ современных литературных данных с целью оценки рациональности ведения детей с ОРВИ (этиотропной, патогенетической, симптоматической терапии и методов ее профилактики). Опыт применения противовирусной терапии ОРВИ говорит об отсутствии эффективных лекарственных средств (ЛС) данной группы. В терапии гриппа ингибиторы нейраминидазы в ряде клинических исследований показали низкую эффективность при значительном числе побочных эффектов. Неэффективны также блокаторы М2 (ремантадин и амантадин) в связи с высоким уровнем резистентности к ним вируса гриппа. Новый класс противогриппозных ЛС, ингибиторы эндонуклеазы (балоксавир), не разрешены к применению у детей до 12 лет и в настоящий момент в Беларуси не зарегистрированы. Ведение пациентов с респираторно-синцитиальной инфекцией при помощи тропного к нему рибавирина сопряжено с множественными побочными эффектами, а превентивное назначение паливизумаба (синагис) ограничено его высокой стоимостью. Заявленный ранее противовирусный эффект капсидингибирующих препаратов (плеконарил) относительно рино-, пикорно- и энтеровирусной инфекции не оправдался. Целесообразность применения ЛС с целью воздействия на систему интерферонов также пересматривается. Дотация интерферонов извне малоэффективна с целью противовирусного эффекта в связи с низкой биодоступностью. Небезопасны они также с точки зрения введения синтетического белка, что сопряжено с риском развития аллергических реакций. Эскалация эндогенной индукции интерферона под влиянием интерферогенов малоэффективна в связи с истощением клеточных резервов, возникающим на фоне самой вирусной инфекции. Фактором, ограничивающим применение индукторов интерферонов в педиатрии, является возраст пациентов (умифеновир разрешен с 3-х, кридоманид – с 4-х, тилорон – с 6-ти лет жизни). Применение с этой же целью классических гомеопатических средств признано с точки зрения доказательной медицины неэффективным. Системная противовоспалительная терапия (фенспирида гидрохлорид) в настоящий период не проводится в связи с его доказанным значимым проаритмогенным эффектом. В этой связи при ведении детей с ОРВИ следует делать акцент на симптоматической терапии. Широко применяется регидрационная, элиминационно-ирригационная (при условии правильной техники) и местная противовоспалительная терапии. Купирование лихорадки в педиатрии достигается назначением ацетаминофена или ибупрофена. Деконгестанты не укорачивают ринорею, но облегчают дыхание - показаны коротким курсом и в соответствующей возрасту концентрации. Системные деконгестанты не разрешены к применению до 12 лет, ровно как и комбинированные противогриппозные ЛС. Показания для средств, влияющие на кашель, в настоящий период также пересмотрены. В международных руководствах возраст для применения бутамирата регламентирован с 6-ти лет, синтетических муколитиков (ацетилцистеин, карбоцистеин, амброксол) - с 4-х лет. Ингаляционное лечение проводится при соответствующей симптоматике и включает применение бронхолитиков, будесонида и эпинефрина при явлениях обструкции и стенозирующего ларингита. Таким образом, арсенал ЛС в менеджменте детей с ОРВИ ограничен, наиболее значимым эффектом обладает противогриппозная вакцинация.