

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра поликлинической педиатрии

А.П. РУБАН

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОРВИ
НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2020

УДК 616.21:616.9-022-036.11-08-053.2(075.9)

ББК 55.142я73

Р 82

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
протокол № 3 от 24.04.2020

Автор:

Рубан А.П., доцент кафедры поликлинической педиатрии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук, доцент

Рецензенты:

Василевский И.В., профессор кафедры клинической фармакологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук, профессор
Кафедра детских инфекционных болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Рубан А.П.

Р 82

Тактика ведения детей с ОРВИ на амбулаторном этапе : учеб.-метод. пособие / А.П. Рубан. – Минск : БелМАПО, 2020. – 33 с.

ISBN 978-985-584-456-4

В учебно-методическом пособии освещены вопросы ведения детей с ОРВИ на амбулаторном этапе. Обозначены основные патогенетические, этиологические и средовые факторы развития острых респираторных заболеваний. Уточнены особенности иммунного ответа на вирусную инфекцию у детей разных возрастных групп. Описаны основные варианты клинической картины ОРВИ у детей в зависимости от вида возбудителя, в т.ч. ассоциированной с COVID-19. Выделены группы возможных осложнений, способных усугубить течение ОРВИ. Сформулированы основные принципы этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения детей с ОРВИ, а также их профилактики. Предложен алгоритм выбора лекарственных форм для местной терапии ОРВИ, в том числе деконгестантов, противовоспалительных и антибактериальных препаратов; рассмотрена группа жаропонижающих средств; обоснована целесообразность применения различных групп противовирусных и иммуотропных препаратов.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ: переподготовки по специальностям "Педиатрия" (дисциплина "Болезни органов дыхания"), "Общая врачебная практика" (дисциплина "Детские болезни"); повышения квалификации врачей-педиатров, врачей общей практики, врачей-клинических фармакологов, врачей-пульмонологов, врачей-аллергологов-иммунологов, врачей-реабилитологов, врачей скорой медицинской помощи, врачей других заинтересованных специальностей.

УДК 616.21:616.9-022-036.11-08-053.2(075.9)

ББК 55.142я73

ISBN 978-985-584-456-4

© Рубан А.П., 2020

© Оформление БелМАПО, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Перечень условных обозначений и сокращений.....	4
Введение.....	5
Этиология и эпидемиология.....	5
Клинические проявления ОРВИ в зависимости от вида возбудителя.....	6
Диагностика ОРВИ.....	10
Лечение ОРВИ на амбулаторном этапе.....	17
Показания для госпитализации в стационар при ОРВИ.....	27
Профилактика ОРВИ.....	28
Заключение.....	29
Список литературы.....	30

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ И СОКРАЩЕНИЙ

ААР – Американская академия педиатрии

АБТ – антибактериальная терапия

БЛД – бронхолегочная дисплазия

ВДП – верхние дыхательные пути

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВПС – врожденный порок сердца

ДДУ – детское дошкольное учреждение

ДН – дыхательная недостаточность

ИнКС – ингаляционные кортикостероиды

ИС – иммунная система

КТ – компьютерная томография

ЛАП – лимфаденопатия

ЛС – лекарственное средство

ЛЭГС – лимфоэпителиальная глоточная система

МЦК – мукоцилиарный клиренс

НДП – нижние дыхательные пути

ОГК – органы грудной клетки

ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция

ОРЗ – острое респираторное заболевание

ОХИ – очаг хронической инфекции

ППН – придаточные пазухи носа

РС-инфекция – респираторно-синцитиальная инфекция

СПЗ – синдром постназального затекания

СРБ – С-реактивный белок

ТОРС – тяжелый острый респираторный синдром

COVID-19 – инфекция, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2

ВВЕДЕНИЕ

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у детей во всем мире занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, определяют высокий уровень общей заболеваемости населения и значительные материальные затраты государства на оплату листов нетрудоспособности по уходу за больным ребенком.

Существует мнение [1], что ОРВИ, несмотря на доброкачественный характер течения, являются наиболее частой причиной необоснованного применения различных ЛС и процедур, с недоказанным действием, нередко вызывающих побочные эффекты. Тем не менее, при наличии ОРВИ в зависимости от клинической симптоматики проводятся этиотропная, патогенетическая и симптоматическая терапии в различных объемах и комбинациях.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Распространенность ОРВИ обусловлена высокой тропностью вирусных возбудителей к эпителию дыхательных путей. Дети в возрасте до 5 лет переносят, в среднем, 6-8 эпизодов ОРВИ в год [2, 3], в ДДУ особенно высока заболеваемость на 1-2-м году посещения – на 10-15% выше, чем у неорганизованных детей, однако, в школе последние болеют чаще [4]. Если частота ОРВИ составляет 8 и более, то принято говорить о рекуррентных (повторных) респираторных инфекциях, обусловленных возрастной дисфункцией ИС.

Этиологический спектр вирусов, вызывающих ОРЗ широк, превышает 200 разновидностей. Наиболее актуальными являются риновирусы, имеющие более 100 серотипов, а также РС-вирус, вирусы парагриппа, аденовирусы, бокавирус, метапневмовирус, коронавирусы, энтеровирусы. Инкубационный период большинства вирусных инфекций 24-72 часа. Выделение вирусов пациентом максимально на 3-и сутки после заражения, резко снижается к 5-

му дню; неинтенсивное выделение вируса может сохраняться до 2 недель. Рино-, адено- и энтеровирусы вызывают стойкий иммунитет, не исключающий заражение другими серотипами; РС-, корона- и парагриппозный вирусы стойкого иммунитета не оставляют.

Распространение вирусов происходит чаще всего контактным путем – самоинокуляцией на слизистую оболочку носа или конъюнктиву с рук, загрязненных при контакте с больным или с зараженными вирусом поверхностями. Актуален также воздушно-капельный путь – при вдыхании частичек аэрозоля, содержащего вирус, или при попадании более крупных капель на слизистые оболочки при тесном контакте с больным. Согласно теории динамики облаков, многие из более крупных капель при чихании могут перемещаться на 8 метров, при кашле на 6 метров, а мелкие могут оставаться в воздухе помещения до 10 минут [5].

Для ОРВИ характерна наиболее высокая заболеваемость в холодное время года. Подъем ее начинается с октября, пик приходится на февраль, а спад – к апрелю. Однако для каждого возбудителя имеются свои особенности. Так, для гриппа характерна заболеваемость в январе-феврале, обуславливающая 30-50% всех ОРВИ, для парагриппа – в феврале-марте, энтеровирусная инфекция (вирусы Коксаки, ЕСНО-вирусы) чаще выявляется в летне-осенние месяцы, аденовирусная инфекция выявляется равномерно в течение года, для бокавирусной инфекции актуален осенний период (октябрь, ноябрь), для парвовирусной инфекции – зимне-весенний период.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОРВИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВОЗБУДИТЕЛЯ

Клиническая симптоматика ОРЗ вирусной этиологии в основном сходна: катаральные явления, насморк, кашель, повышение температуры, воспалительный процесс часто ограничен ВДП. Однако для каждого вида вируса имеются свои характерные черты клинической картины (Таблица 1), позволяющие в амбулаторных условиях предположить этиологию ОРВИ.

Таблица 1.

Особенности клинической картины ОРВИ в зависимости от этиологии

Возбудитель	Клинические проявления
Вирусы гриппа	Трахеит, бронхит, выраженная интоксикация
Вирус парагриппа	Ларингит, ринофарингит, ложный круп
РС – инфекция	Ларингит, трахеит, бронхит, бронхиолит
Аденовирусы	Фарингит, тонзиллит, конъюнктивит, бронхит, абдоминальный синдром, ЛАП
Риновирусы	Ринит, фарингит
Коронавирусы	Ринофарингит, нарушение обоняния, бронхит, бронхиолит, пневмония, ОРДС, сепсис, септический шок, гастроинтестинальные симптомы, акроишемические поражения

Грипп диагностируют на основании внезапного подъема температуры тела до высоких цифр, выраженной интоксикации в виде озноба, адинамии, мышечных и головных болей, сухого кашля с болями за грудиной при слабовыраженных катаральных явлениях со стороны ротоглотки.

Парагрипп может быть заподозрен в случае развития у ребенка острого лихорадочного заболевания с выраженными катаральными явлениями, фаринготонзиллитом и синдромом крупа (грубый лающий кашель, изменение тембра голоса, шумное стенотическое дыхание).

Аденовирусная инфекция диагностируется на основании лихорадки, симптомов катара ВДП с выраженным экссудативным компонентом (обильный насморк, влажный кашель), гиперплазии лимфоидных образований ротоглотки, увеличения шейных лимфатических узлов, характерного поражения слизистых оболочек глаз (конъюнктивит). Для постановки диагноза важное значение имеет последовательное развитие клинических симптомов, в результате чего лихорадочный период может удлиняться до 7-14 дней.

РС-инфекция характеризуется наличием клинической картины

бронхиолита с ярко выраженным обструктивным синдромом, гипоксией при умеренном повышении температуры тела. Наиболее тяжело РС-инфекция протекает у детей раннего возраста.

Риновиральная инфекция проявляется обильными слизистыми выделениями из носа при слабовыраженном катаре ВДП, мацерацией кожи в преддверии носа, легким недомоганием и покашливанием при нормальной или субфебрильной температуре тела. Источником инфекции является больной до прекращения насморка (1-2 недели). При всей своей склонности к локализации процесса именно риновирусная инфекция обладает мощнейшим триггером бронхиальной обструкции у пациентов с бронхиальной астмой.

Инфекции хламидийной и микоплазменной этиологии диагностируются при наличии упорного, часто приступообразного, мучительного кашля, продолжительной субфебрильной лихорадки, последовательного возникновения признаков поражения бронхолегочной системы вплоть до появления малосимптомных (атипичных) пневмоний, некоторого увеличения лимфатических узлов, длительного течения болезни.

Коронавирусная инфекция, вызывается большим семейством РНК-содержащих вирусов (Coronaviridae), способных инфицировать человека и некоторых животных и может проявляться от легких форм ОРЗ до ТОРС. К наиболее патогенным и высоковирулентным вирусам данной группы следует относить возбудителя атипичной пневмонии SARS-CoV (2002), возбудителя ближневосточного респираторного синдрома MERS-CoV (2012) и новый вид коронавируса SARS-CoV-2 (2019), возбудителя COVID-19, поставившего мир на порог пандемии. Для этих видов коронавирусной инфекции характерно тяжелое течение с развитием пневмонии, ОРДС, сепсиса и септического шока, обуславливающих высокую летальность. К специфическим симптомам COVID-19 можно отнести сухой кашель, потерю обоняния при отсутствии ринита, диарею и акроваскулит. Для детей, в отличие от взрослых, характерны стертые клинические проявления и легкая степень тяжести заболевания.

Установка на то, что при всякой вирусной инфекции активируется бактериальная флора («вирусно-бактериальная этиология ОРЗ» на основании, например, наличия у больного лейкоцитоза), не подтверждается практикой: у большинства больных ОРВИ течет гладко без применения АБТ. Бактериальные осложнения ОРВИ возникают редко (1-5% заболевших). Как правило, они уже имеются в 1-2-й дни болезни, а в более поздние сроки возникают чаще всего вследствие суперинфекции. Вопреки всеобщему мнению, изменение цвета или качества выделений из носа не является признаком бактериальной инфекции. Гнойные выделения из носа обусловлены притоком нейтрофилов вследствие избыточной выработки провоспалительных цитокинов (в т.ч. ИЛ 8) в зоне поражения. Увеличение назальной секреции связано с повышением проницаемости сосудов, количество лейкоцитов в секрете может повышаться более чем в 100 раз, меняя его цвет с прозрачного на бело-желтый (скопление лейкоцитов) или зеленоватый (пероксидаза).

Риск развития бактериальной инфекции увеличивается, если симптоматика длится более 10 дней или состояние ухудшается на 5-7 сутки болезни. Она может быть заподозрена при наличии симптомов интоксикации (вялость, адинамия, бледность кожи и слизистых, снижение аппетита), длительности лихорадки более 3 дней. Следует иметь в виду стрептококковый фарингит, который может не сопровождаться классической «ангиной с налетами» но яркий, «алый» цвет небных дужек и особенно задней стенки глотки может свидетельствовать о стрептококковой инфекции. В таких случаях может помочь диагностический экспресс-тест. Также необходимо помнить о «немой» пневмонии, выявить клинически которую трудно.

ДИАГНОСТИКА ОРВИ

Для правильной постановки диагноза требуются уточнение эпидемиологического анамнеза, корректный сбор жалоб и скрупулезное проведение объективного осмотра.

В первую очередь следует уделять внимание выявлению диагностических признаков вирусной и бактериальной респираторной инфекции (Таблица 2). Согласно руководствам по стрептококковой инфекции [6,7], вирусную инфекцию можно заподозрить по наличию следующего симптомокомплекса: конъюнктивит, ринит, кашель, диарея, охриплость, язвенный стоматит, вирусная экзантема. Любое сочетание вышеперечисленных симптомов будет указывать на ОРВИ. Отличить фарингит вирусной этиологии от бактериального фарингита можно при наличии следующих признаков последнего: внезапное появление боли в горле; возраст от 5 до 15 лет; лихорадка; головная боль; тошнота, рвота, боль в животе; тонзиллофарингеальное воспаление, тонзиллофарингеальные экссудаты (налеты); петехии на небе; передний шейный лимфаденит; появление симптоматики зимой или ранней весной; наличие в анамнезе стрептококкового фарингита; скарлатиноподобная сыпь [6,7].

При ОРВИ могут появиться жалобы на остро возникший ринит и/или кашель и/или гиперемию конъюнктивы (катаральный конъюнктивит) в сочетании с явлениями фарингита.

Заболевание обычно начинается остро, часто сопровождается повышением температуры тела до субфебрильных цифр (37,5-38,0°C). Фебрильная лихорадка более свойственна гриппу, аденовирусной и энтеровирусной 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 [8]. 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.

Таблица 2.

Дифференциальная диагностика стрептококкового и вирусного фарингита.

	Фарингит вирусной этиологии	Фарингит бактериальной этиологии
Клинические признаки	конъюнктивит	тонзиллофарингеальное воспаление
	ринит	тонзиллофарингеальный экссудат (налеты)
	кашель	передний шейный лимфаденит
	чаще субфебрилитет	чаще фебрилитет
	охриплость	головная боль
	диарея	тошнота, рвота, боль в животе
	вирусная экзантема	скарлатиноподобная сыпь
	язвенный стоматит	петехии на небе
Анамнестические данные	появление боли в горле постепенно	появление боли в горле внезапно
	симптомы в осенне-зимний период	симптомы зимой или ранней весной
	любой возраст	возраст от 5 до 15 лет
	повторные ОРЗ	ангины в анамнезе
Лабораторные тесты	лейкопения, лимфоцитоз	лейкоцитоз, нейтрофилез
	СОЭ м.б. норма	увеличение СОЭ
	АСЛ-О норма	нарастание титров АСЛ-О
	СРБ чаще N, м.б. > при аденовирусной инфекции	СРБ >30
		+ стрептатест
		+ прокальцитониновый тест

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. Этот процесс лежит в основе синдрома постназального затекания

(СПЗ). 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) [9].

В настоящее время доказано, что практически любая ОРВИ, особенно с клиническими проявлениями в виде назофарингита в той или иной степени сопровождается воспалением слизистой околоносовых пазух с соответствующими ринологическими симптомами. По данным исследований с использованием КТ, признаки риносинусита выявляются в 95% случаев ОРВИ [10].

Это обусловлено тем, что слизистая ППН является продолжением слизистой полости носа, их строение идентично и логично предполагать и думать не об изолированном поражении (рините), а о тотальном (т.е. риносинусите). В процессе воспаления слизистой оболочки, выстилающей полость носа и пазух, постепенно увеличивается количество бокаловидных клеток с усилением продукции слизи, уменьшается число реснитчатых клеток. Под воздействием вирусов клетки мерцательного эпителия теряют реснички, развивается отек слизистой оболочки, происходит активация воспалительного каскада. В случае острого воспаления слизистая оболочка пораженных пазух, в норме имеющая толщину папиросной бумаги, утолщается в 20-100 раз. Все эти патологические изменения приводят к непосредственному угнетению МЦК, нарушению дренажа и оттока из ППН.

Как ведущий этиологический фактор, вирусная инфекция актуальна в первые часы заболевания, в дальнейшем ее роль заключается в снижении

естественной резистентности слизистой оболочки, создании условий для бактериального инфицирования. Трансформация вирусного (послевирусного) риносинусита в бактериальный происходит не всегда, этот процесс зависит от степени транзиторной дисфункции ИС и индивидуальных анатомических особенностей строения носоглотки. Так, по данным опроса журнала *Pediatrics*, длительность симптомов острого синусита у детей по мнению 17% педиатров составляет 7-9 дней, 37% — 10-13 дней, 38% — 14-16 дней. По истечению таких сроков заболевания педиатры считают правомочным консультирование пациента специалистом-оториноларингологом. Согласно Европейским рекомендациям по риносинуситу и назальному полипозу (*European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps — EP³OS*) 2012 г., наличие острого поствирусного риносинусита требует консультации специалиста лишь после 14 дней безуспешной терапии врачом первичного звена [10].

Существует еще одно мнение относительно последствий наличия повреждений слизистой при назофарингите и риносинусите: при попадании назального секрета в НДП реализуется его высокий протеолитический потенциал, разрушается слизистый слой НДП, покрывающий мерцательный эпителий, вследствие чего повышается риск инфицирования этих зон.

Клинические проявления ОРВИ с вовлечением в патологический процесс других анатомических зон обозначены в таблице 3.

На следующем этапе диагностики проводится тщательное физикальное обследование. Общий осмотр подразумевает оценку общего состояния; физического развития ребенка; осмотр ВДП и зева; оценку носового дыхания; пальпацию болевых точек лица при синуситах; осмотр, пальпацию и перкуссию грудной клетки; подсчет частоты дыхания и сердечных сокращений; аускультацию легких; пальпацию живота. Алгоритм осмотра детей с ОРВИ для врачей первичного звена и специалистов не ЛОР-профиля также должен включать проведение отоскопии и передней риноскопии [10].

Таблица 3.

Клинические проявления ОРВИ разной локализации

Диагноз	Локальные симптомы
Назофарингит	Ринорея, заложенность носа, першение в горле, кашель
Острый ринусинусит	Заложенность носа, выделения из носа, СПЗ, боль или чувство давления в области лица, кашель
Ларингит	Сиплость, осиплость голоса, кашель
Ларинготрахеит	Грубый кашель, осиплость голоса
Стенозирующий ларинготрахеит	Стеноз гортани, кашель, ДН
Фарингит	Гиперемия, отечность задней стенки глотки; непродуктивный, навязчивый кашель
Тонзиллит	Эритематозные миндалины без гипертрофии или экссудата
Аденоидит	Кашель, храп, СПЗ, заложенность носа
Евстахеит	Шум, боль в ушах, снижение слуха
Осложненный (бактериальный) синусит	Отек и гиперемия мягких тканей лица и /или орбиты
Отит	Соответствующие жалобы, данные отоскопии
Бронхит	Кашель, аускультативные и перкуторные феномены
Пневмония	Одышка, кашель, аускультативные и перкуторные феномены
Бронхиолит	Одышка, бронхообструкция, гипоксемия

Лабораторное обследование больного с ОРВИ направлено на выявление бактериальных очагов, не определяемых клиническими методами. В этой связи 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, экспресс-тест на стрептококк при подозрении на острый стрептококковый тонзиллит, а также экспресс-тест и/или ПЦР-диагностика при подозрении на COVID-19.

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

При некоторых вирусных инфекциях имеются особенности лабораторных показателей: для гриппа и энтеровирусных инфекций характерна лейкопения (обычно отсутствует при других ОРВИ); для РС-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 $10 \times 10^9/\text{л}$ и повышение уровня СРБ выше 30 мг/л ; для COVID-19 характерны лимфопения, тромбоцитопения, повышение СРБ и ферритина, изменения в системе гемостаза. Определение уровня СРБ рекомендовано проводить для исключения тяжелой бактериальной инфекции у детей с фебрильной лихорадкой (повышение температуры выше 38°C), особенно при отсутствии видимого очага инфекции. Повышение его выше $30-40 \text{ мг/л}$ более характерно для бактериальных инфекций (вероятность выше 85%). С этой же целью возможно проведения прокальцитонинового теста.

Инструментальная диагностика пациентов с неосложненным течением ОРВИ должна быть ограничена. Однако всем пациентам с симптомами ОРВИ рекомендовано проводить отоскопию, которая должна являться

частью рутинного педиатрического осмотра наряду с осмотром зева, аускультацией и перкуссией.

Рентгенография ОГК не рекомендована для проведения каждому ребенку с симптомами ОРВИ. Показаниями для рентгенографии ОГК являются:

- ✓ подозрение на COVID-19;
- ✓ появление физикальных симптомов пневмонии;
- ✓ снижение SpO₂ менее 95% при дыхании комнатным воздухом;
- ✓ наличие выраженных симптомов бактериальной интоксикации: ребенок вялый и сонливый, недоступен главному контакту, резко выраженное беспокойство, отказ от питья, гиперестезия;
- ✓ высокий уровень маркеров бактериального воспаления: повышение в общем анализе крови лейкоцитов более $15 \times 10^9/\text{л}$ в сочетании с нейтрофилиезом более $10 \times 10^9/\text{л}$, уровень СРБ выше 30 мг/л при отсутствии явного очага бактериальной инфекции.

Следует помнить, что выявление на рентгенограмме ОГК усиления бронхосудистого рисунка, расширения тени корней легких, повышения воздушности недостаточно для установления диагноза «пневмония» и не является показанием для АБТ.

При подозрении на COVID-19, кроме рентгенографии, возможно проведение КТ ОГК. Выявляются характерные изменения в легких в виде теней по типу «матового стекла», с тенденцией к преимущественному периферическому и базальному расположению. Перспективным является и такой метод визуализации, как УЗИ легких, т.к. результаты этого метода коррелируют с находками на КТ.

Рентгенография ППН не рекомендована пациентам с острым назофарингитом в первые 10-12 дней болезни, поскольку это исследование на ранних сроках заболевания часто выявляет обусловленное вирусом воспаление ППН, которое самопроизвольно разрешается в течение 2 недель [11]. Эксперты EP³OS 2012 не рекомендуют проведение рентгенографии в носо-подбородочной проекции, а также КТ, если не присутствуют следующие состояния: очень тяжелое течение заболевания; пациенты с иммунодефицитными состояниями; признаки развития осложнений [10].

ЛЕЧЕНИЕ ОРВИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

ОРВИ - наиболее частая причина применения различных ЛС 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 [1]. Тем не менее, при наличии ОРВИ в зависимости от клинической симптоматики проводятся этиотропная, патогенетическая и симптоматическая терапии в различных объемах и комбинациях.

Этиотропная терапия ОРВИ, классически представленная ингибиторами нейраминидазы и амантадинами, актуальна лишь при гриппе А (в т.ч. H1N1) и В в первые 24-48 часов болезни [12]. В данном случае при появлении первых симптомов гриппа назначают ингибиторы нейраминидазы: озельтамивир с возраста 1 года по 4 мг/кг/сут, 5 дней или занамивир детям с 5 лет по 2 ингаляции (всего 10 мг) 2 раза в день, 5 дней. Вирусы, не содержащие нейраминидазы, к этим препаратам не чувствительны. Следует отметить, что в терапии гриппа ингибиторы нейраминидазы в ряде клинических исследований показали низкую эффективность при значительном числе побочных эффектов. Так, Кокрановское общество опубликовало обзор 46 клинических испытаний – 20 по озельтамивиру (Тамифлю) и 26 исследований по занамивиру, где делались следующие выводы: оба лекарства сокращали продолжительность симптомов гриппа менее чем на один день. Озельтамивир не влиял на снижение числа госпитализаций и пневмоний [12]. Тем не менее, ингибиторы нейраминидазы внесены в список лекарственных препаратов ВОЗ и рекомендованы ВОЗ для лечения гриппа.

Амантадины, ранее широко применяемые в терапии гриппа, согласно данным обзора Кокрейн, не обладают заявленной противовирусной активностью [13]. С учетом последних данных, ремантадин и амантадин не

эффективны как в режиме монотерапии, так и не усиливают эффект комбинированных безрецептурных ЛС, применяемых для симптоматической терапии ОРВИ. Новый класс противогриппозных ЛС, ингибиторы эндонуклеазы (Балоксавир, Ксафлюза, Xofluza), не разрешены к применению у детей до 12 лет и в настоящий момент в Беларуси не зарегистрированы. Опыт их применения накапливается.

Для лечения пациентов с COVID-19 ВОЗ предлагает в качестве этиотропной терапии ремдесевир, гидроксихлорохин, рибавирин, антиретровирусные ЛС лопинавир/ритонавир, а также рекомбинантный интерферон бета-1b для п/к введения. Отрабатываются схемы их применения на основе оценки эффективности. Ведется поиск новых противовирусных ЛС с тропностью к коронавирусной инфекции нового типа.

Ведение пациентов с ОРВИ не гриппозной этиологии с помощью этиотропных ЛС в настоящий момент также дискутируется. Так, терапия РС-инфекции при помощи тропного к ней рибавирина сопряжена с множеством побочных эффектов, а превентивное назначение паливизумаба (Синагис) ограничено его высокой стоимостью. Заявленный ранее противовирусный эффект капсидингибирующих препаратов (Плеконарил) относительно рино-, пикорно- и энтеровирусной инфекции также не оправдался.

Иммуномодуляторы и противовоспалительная терапия являются звеньями **патогенетического подхода** в лечении детей с ОРВИ.

Интерфероны, или эндогенные низкомолекулярные белки, обладают противовирусным, иммуномодулирующим и противоопухолевым эффектами. Существует большая линейка ЛС этой группы, однако в настоящий момент с позиции доказательной медицины об эффективности интерферонов относительно противовирусного действия при ОРВИ говорить не приходится [1].

Индукторы интерферонов являются высоко- и низкомолекулярными соединениями природного или синтетического происхождения, стимулирующими эндогенную выработку интерферонов в организме. В

настоящий момент эскалация эндогенной индукции интерферона под влиянием интерфероногенов рассматривается как неэффективная. Доказано, что у детей старше 7 лет при применении индукторов интерферонов лихорадочный период сокращается менее чем на 1 сутки, т.е. их применение при большинстве ОРВИ с коротким фебрильным периодом не оправдано [14]. Кроме того, ЛС этой группы имеют возрастные ограничения: производные тилорона (амиксин), применяется с 7-ми лет, кридоманид (циклоферон) с 4-х лет, умифеновир (арбидол) с 3-х лет. Применение классических гомеопатических средств в качестве индукторов интерферонов для лечения ОРВИ у детей в настоящий период также не рассматривается [15].

Результаты исследований эффективности использования других иммуномодуляторов при респираторных инфекциях, как правило, противоречивы. Препараты группы иммуномодуляторов, рекомендованные для лечения более тяжелых вирусных инфекций, например, вирусных гепатитов, при ведении пациентов с ОРВИ не используются.

Ранее примером системной противовоспалительной терапии могло быть назначение фенспирида гидрохлорида. Однако, недавно доказанные значимые побочные эффекты этого ЛС в виде развития нарушений ритма сердца не позволили продолжить практику его применения. Местная противовоспалительная терапия заключается в применении топических назальных стероидов (рассмотрена ниже, в разделе лечения острого риносинусита), а также ИнКС (суспензия будесонида) при стенозирующем ларингите или обструктивном синдроме [1, 16].

Для терапии пациентов с тяжелым течением COVID-19 с целью купирования «цитокинового шторма», сопровождающегося повышением уровня ИЛ-6, основного провоспалительного цитокина, возможно применение тоцилизумаба. Стероидная терапия при COVID-19 в большинстве случаев не показана, рассматривается только при наличии ОРДС. Тем не менее, в настоящий момент дискутируется вопрос более

широкого применения стероидов. С целью патогенетической терапии также предложены схемы ведения пациентов с акцентом на антикоагулянтную терапию.

При ОРВИ наиболее обоснованным методом ведения пациентов является проведение **симптоматической терапии**, включающей жаропонижающую, регидратационную, элиминационно-ирригационную, местную сосудосуживающую и противомикробную терапию, а также назначение средств, влияющих на кашель.

Роль лихорадки значима в борьбе с инфекцией, поэтому не требует лечения у здорового ребенка. На фоне лихорадки клетки организма продуцируют интерферон. Некоторые исследования даже указывают на то, что снижение температуры может пролонгировать ряд болезней. Тем не менее, лихорадка увеличивает скорость метаболизма и потребности в кардиореспираторных затратах, поэтому может быть опасна детям с легочными, кардиологическими заболеваниями или неврологической патологией. С целью купирования лихорадки в педиатрии рекомендуется применение только двух препаратов – парацетамола до 60 мг/кг/сут или ибупрофена до 30 мг/кг/сут [4,8,17].

В зависимости от варианта лихорадки и фонового состояния здоровья пациентов подходы к снижению температурной реакции различаются. Антипиретики здоровым детям старше 3 месяцев показаны при температуре выше 39-39,5°C при отсутствии эффекта от физического охлаждения (ребенка рекомендуется раскрыть, обтереть водой 25-30°C). Пациентам из групп риска при наличии хронической патологии возможно купирование лихорадки уже с 37,5°C, детям до 3 месяцев жизни - при наличии T выше 38⁰C [1]. Регулярный (курсовой) прием жаропонижающих нежелателен, повторную дозу вводят только после нового повышения температуры. Такой подход обусловлен тем, что при курсовом приеме больше вероятности нивелировать симптоматику возможных бактериальных осложнений, а применение жаропонижающих вместе с антибиотиками чревато маскировкой

неэффективности последних. Парацетамол и ибупрофен могут применяться внутрь (суспензии, таблетки, диспергируемые таблетки) или в форме ректальных суппозиториях, существует также парацетамол для внутривенного введения. Возможно чередование этих двух антипиретиков или применение комбинированных ЛС. Мнение экспертов на этот счет разное [1], однако, согласно данным Кокрейновского обзора [17], комбинированная терапия парацетамолом и ибупрофеном по сравнению с монотерапией этими ЛС способствует более выраженному эффекту.

У детей с жаропонижающей целью не рекомендуется применять ацетилсалициловую кислоту (риск развития синдрома Рейе) и нимесулид [14]. Использование метамизола у детей также не рекомендуется (возможно развитие агранулоцитоза и длительного коллаптоидного состояния с гипотермией), в этой связи во многих странах он запрещен к применению в детской практике. Однако применение метамизола все же возможно (при непереносимости парацетамола и ибупрофена, отсутствии их эффекта) в составе литической смеси для парентерального введения.

Проводимая одновременно с назначением жаропонижающих ЛС адекватная регидратация уменьшает вирусную нагрузку, приводит к снижению симптомов вирусемии, способствует разжижению секретов и облегчает их отхождение. С этой целью применяется обильное теплое питье, оказывающее также и местный эффект на зону фарингиального воспаления.

При остром назофарингите рекомендуется проводить ирригационно-элиминационную терапию, т.к. туалет носа является в данной ситуации наиболее эффективным методом купирования кашля, обусловленного чаще всего СПЗ. Введение в нос физиологического раствора 2-3 раза в день обеспечивает удаление слизи, вымывание вирусов и восстановление работы мерцательного эпителия [18]. Некоторые авторы рекомендуют вводить физиологический раствор в положении лежа на спине с запрокинутой назад головой для орошения свода носоглотки и аденоидов [1] или промывание полости носа с помощью особых приспособлений-лечек. С другой стороны,

существует мнение ЛОР-специалистов, о том, что промывание носа большим объемом может приводить к развитию тубатита вследствие развития рефлюкса в глоточное соустье слуховой трубы. Поэтому у детей, особенно раннего возраста, ирригационная терапия должна быть щадящей. Маленьким детям с обильным отделяемым проводится аспирация слизи из носа специальным ручным отсосом с последующим применением спрея или закапыванием в нос нескольких капель физиологического раствора поочередно при наклоне головы в верхнюю ноздрю. Аспирацию содержимого полости носа повторяют через непродолжительное время. В педиатрии разрешено применение только стандартизованных растворов для ирригационной терапии. У старших детей оправданы спреи с солевым изотоническим раствором, в том числе растворы морской или океанической воды (Флуимарин, Аква Марис, Отривин Море, Маример, Квикс, Физиомер, Салин и др.), в некоторых случаях применяется гипертонический раствор океанической воды. В то же время существует полярное мнение о вреде ирригационно-элиминационной терапии за счет повреждения МЦК на фоне избыточной ирригации [10].

При остром рините/риносинусите возможно назначение деконгестантов коротким курсом не более 5 дней. Данные препараты не укорачивают длительность насморка, но могут облегчить симптомы заложенности носа, а также восстановить функцию слуховой трубы. В международных руководствах не рекомендуют применять деконгестанты до 6-ти летнего возраста, а до 12-ти лет их назначают с осторожностью (UpToDate 2020). Обусловлена такая тактика высокой частотой отравлений сосудосуживающими ЛС, в первую очередь в связи с передозировками ими за счет превышения объема или концентрации. Тем не менее, деконгестанты входят в отечественных протоколы оказания помощи детям с ОРВИ [19]. У детей 0-6 лет применяют фенилэфрин 0,125%, оксиметазолин 0,01-0,025%, ксилометазолин 0,05% (с 2 лет), у старших – более концентрированные растворы [4,8]. Системные деконгестанты (псевдоэфедрин) у детей не

используются. В этой связи большинство комбинированных безрецептурных ЛС, применяемых для симптоматического лечения ОРВИ, разрешены к применению только с 12-ти летнего возраста, т.к. псевдоэфрин входит в их состав. Назначение деконгестанов в виде комбинации их с антагонистами H₁-гистаминовых рецепторов, муколитиками, препаратами антимикробного действия возможно при наличии соответствующей симптоматики. Перспективным можно считать комбинацию деконгестантов с репаратом декспантенолом (СептаНазал, Ринекс). В международных руководствах есть рекомендации о применении с сосудосуживающей целью ипратропиума в виде назального спрея (Atrovent Nasal spray 0,06%) с 12-ти летнего возраста (UpToDate 2020).

Местная противомикробная терапия направлена на санацию зоны поражения и восстановление целостности слизистой оболочки носоглотки. При назначении местной противомикробной терапии в педиатрической практике необходимо учитывать требования к наносимым на слизистую оболочку полости носа и зева препаратам, а именно: отсутствие раздражающего действия на слизистую, низкая скорость абсорбции со слизистой, противовирусная активность, отсутствие токсического эффекта, широкий спектр антимикробного действия, отсутствие или низкая аллергенность.

Местная противомикробная терапия может включать следующие мероприятия: применение назальных спреев, в т.ч. комбинированных (Ринодекса с фенилэфрином, Фраминазин, Изофра, Полидекса с фенилэфрином); ушных капель (Отофа, Полидекса), применение аэрозолей (Гексаспрей, Гексорал, Тантум-Верде, Стопангин, Септолете - Тотал и др.); детям старше 6 лет - назначение бактерицидных таблеток, леденцов или пастилок (Гексализ, Стрепсилс, Бронхикум, Фарингосепт, Септолете, Антиангин и др.); детям старше 4-5 лет при наличии соответствующих навыков возможно полоскание зева и промывание носовых ходов антисептическими растворами (растворы мирамистина, повидон-йода, хлоргексидина, гекситидина,

фурациллина, отвары ромашки, зверобоя и др.). Местная антимикробная терапия позволяет значительно снизить частоту использования системной АБТ, способствует предупреждению становления ОХИ и тем самым значительно уменьшает антигенную нагрузку на ЛЭГС.

Применение системной АБТ для профилактики бактериальных осложнений ОРВИ нецелесообразно и может рассматриваться лишь у проблемной категории больных (ослабленных, с хроническими заболеваниями, иммунокомпрометированных и т.п.). Даже при наличии риносинусита, конъюнктивита, ларингита, крупа, бронхита или обструктивного синдрома в первые 10-14 дней заболевания АБТ не показана [3,20,21]. При необходимости проведения системной АБТ, а таковая может возникнуть при развитии бактериального осложнения ОРВИ (гнойный средний отит, гнойный синусит, ангина, ларингит с явлениями стеноза гортани II—III степени, острый гнойный трахеобронхит/бронхит, пневмония) или изначально бактериального генеза ОРЗ акцент должен быть сделан на препараты, обладающие минимальным риском развития аллергических реакций и наименьшим побочным действием как на иммуногенез, так и на состояние микробиоты слизистых кишечника и носоглотки. В этой связи эмпирический подход в выборе антибактериального препарата должен быть основан на учете возраста пациента, наличия или отсутствия предшествующей АБТ, а также эпизодов лекарственной гиперчувствительности к ней, топике процесса и клинической картины [20].

В дебюте ОРВИ при наличии кашля применение ЛС, влияющих на этот симптом (противокашлевых, отхаркивающих, муколитических, бронхолитических) оспаривается разными авторами, поскольку на первый план выходит СПЗ [22, 23]. Показания для применения противокашлевых средств в педиатрической практике в настоящий период пересмотрены. Так, в различных международных руководствах минимальный возраст для применения бутамирата регламентирован с 6-ти, кодеина – с 12-ти лет, вплоть до запрета применения противокашлевых ЛС до 18-ти летнего возраста (AAP, UpToDate 2020). В этих же источниках назначение синтетических муколитиков (ацетилцистеин, карбоцистеин, амброксол) рекомендуется детям не ранее 4-х

лет, их прием оправдан лишь при наличии хронических бронхолегочных заболеваний. Основанием для такого подхода стали многочисленные побочные эффекты в виде парадоксальной бронхореи, бронхоспазма, визинга, диспепсии, цервикалгии. Применение бронхолитических ЛС, преимущественно в ингаляционной форме уместно лишь у пациентов с бронхиальной астмой при обострении заболевания на фоне ОРВИ (UpToDate 2020). При затяжном поствирусном кашле возможен короткий курс ингаляционных кортикостероидов (5-7 дней), однако его целесообразность дискутируется различными авторами.

ВОЗ не рекомендует применять для лечения ОРВИ паровые и аэрозольные ингаляции, т.к. их эффект не был доказан в рандомизированных исследованиях [24]. Однако при остром стенозирующем ларингите ингаляционная терапия в виде назначения будесонида или эпинефрина является терапией выбора, как и ингаляции бронхолитиков при обструктивном синдроме. Для купирования крупа эффективно ингаляционное введение суспензии будесонида через компрессорный небулайзер в дозировке 0,5-2 мг на 1 ингаляцию [16,25,26,27]. В 85% случаев (обычно при стенозе гортани 1 степени) бывает достаточно 1 процедуры, ингаляции повторяют 2 раза в сутки до полного разрешения стеноза. При тяжелом крупе, отсутствии будесонида или эффекта от его применения может быть использован раствор эпинефрина 1:1000 [16, 27], при этом на одну ингаляцию детям в возрасте до 4 лет используют не более 2,5 мл, в возрасте старше 4 лет не более 5 мл. Эпинефрин разводят в 3 мл 0,9% раствора натрия хлорида, проводят не более трех ингаляций. Применение бронхолитических ЛС производится согласно рекомендациям, обозначенным в клиническом протоколе диагностики и лечения детей с заболеваниями органов дыхания [28].

Эффект антигистаминных препаратов 1-го поколения в уменьшении симптомов ринита не был доказан в рандомизированных исследованиях. Эти препараты в настоящий момент не рекомендованы для использования у детей, т.к. обладают побочными эффектами в виде седации и нарушения когнитивных функций (концентрации внимания, памяти и способности к обучению), а также

способствуют развитию парадоксальной возбудимости, угнетения дыхания и галлюцинаций [29].

Назначение поливитаминных комплексов, а также аскорбиновой кислоты не рекомендуется назначать детям с ОРВИ в связи с отсутствием эффективности [30].

В случае подозрения на наличие острого риносинусита эксперты ЕР³ОS 2012 г предлагают врачам амбулаторного звена придерживаться алгоритма ведения пациентов, представленного на рисунке 1. В остром периоде акцент делается на местную и симптоматическую терапию. Интерес представляют рекомендации по применению топических назальных стероидов. Их следует назначать в случае легкого течения риносинусита при отсутствии эффекта от местной и симптоматической терапии в течении 10 дней или при усугублении его симптомов после 5-го дня заболевания. Кроме того, назначение топических назальных стероидов показано при наличии изначально среднетяжелого и тяжелого течения поствирусного риносинусита, а также риносинусита бактериального генеза.



Рисунок 1. Алгоритм ведения детей с острым риносинуситом для врачей первичного звена [10].

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР ПРИ ОРВИ

Госпитализации в стационар должны быть подвержены следующие категории пациентов:

- дети до 3-х месяцев с фебрильной лихорадкой в связи с высоким риском развития у них тяжелой бактериальной инфекции;

- 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;

- 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 или гипотермией и подозрением на тяжелую бактериальную инфекцию, имеющие следующие сопутствующие симптомы: вялость, сонливость; отказ от еды и питья; геморрагическая сыпь на коже; рвота;

- дети с явлениями ДН, имеющие какие-либо из следующих симптомов: хрипящее дыхание; раздувание крыльев носа при дыхании; кивательные движения (движения головы, синхронизированные со вдохом); частоту 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 вида осложнения и тяжести состояния.

Не требуют госпитализации в стационар следующие пациенты:

- дети с назофарингитом, ларингитом, трахеобронхитом без сопутствующих опасных признаков;

- фебрильная лихорадка при отсутствии других патологических симптомов у детей старше 3-х месяцев;
- дети с простыми фебрильными судорогами (продолжительностью до 15 минут, однократно в течение суток), завершившимися к моменту обращения в стационар, однако ребенок должен быть осмотрен врачом для исключения нейроинфекции и других причин судорог.

ПРОФИЛАКТИКА ОРВИ

Превентивные меры в плане профилактики ОРВИ складываются из комплекса неспецифических и специфических мероприятий: соблюдение санитарно-гигиенических мер и мер личной гигиены при наличии очага инфекции; повышение резистентности организма ребенка в виде организации рационального режима дня и рационального питания; контроля за окружающей средой и за тепловым режимом; санации ОХИ; при необходимости - коррекция дисбиотических нарушений; использование адаптогенов и биогенных стимуляторов; корректного применения иммуностропных препаратов и проведения вакцинопрофилактики.

Как наиболее действенная превентивная мера в отношении ОРВИ, особенно при повторных ОРЗ, показана специфическая профилактика гриппа с 6-ти месячного возраста с применением инактивированных гриппозных вакцин, предпочтительно субъединичных (Гриппол Плюс, Инфлювак, Агриппал, Совигрипп) или расщепленных сплит-вакцин (Ваксигрипп, Флюарикс, Бегривак, Ультрикс, Флю-М). Особое внимание в настоящий период уделяется 4-х валентным вакцинам, как наиболее действенным для перекрытия большего числа антигенных штаммов вирусов (Ваксигрипп Тетра, Ультрикс Квадри, Гриппол Квадривалент). Несмотря на отсутствие вакцин против большинства актуальных вирусов, доказан эффект иммунопрофилактики гриппа в виде снижения эпизодов ОРВИ не только гриппозной (на 80%), но и негриппозной этиологии (на 25%). Получены данные, что осложнения ОРВИ у вакцинированных детей регистрируются в 6,8 раза реже, чем в группе невакцинированных [31]. Стратегия защиты детей против гриппа в возрасте до 6 месяцев основана на вакцинации беременных и соблюдении принципа «кокона».

В настоящее время доступна специфическая профилактика РС-

инфекции паливизумабом (гуманизированные моноклональные антитела к РС-вирусу). Такая профилактика особенно актуальна для детей с ВПС и БЛД, т.к. РС-вирус вызывает преимущественное поражение НДП. Широкое применение паливизумаба ограничивается его высокой стоимостью. Американские ученые в настоящий период работают над экспериментальной РС-вакциной, применяя новый технологический подход, названный структурной конструкцией вакцины. Идут работы и над созданием вакцины против коронавирусной инфекции.

Применение иммулотропных препаратов в педиатрической практике в большинстве своем не имеет доказательной базы при наличии возрастных ограничений (см. выше), в этой связи возрастает интерес к иммуномодулирующим ЛС бактериального происхождения. Препараты микробного происхождения влияют в основном на систему фагоцитоза, стимулируя активность макрофагов, оказывают мягкий иммуномодулирующий эффект. Однако, они не только повышают активность неспецифических факторов иммунной защиты, но и, обладая вакцинальным эффектом, способствуют формированию специфического иммунного ответа к наиболее значимым респираторным бактериальным возбудителям. С этой целью рекомендуется назначение иммулотропных препаратов микробного происхождения или их синтетических аналогов: бактериальные лизаты (Бронхомунал, ИРС 19, Имудон); с содержанием бактериальных антигенов (Рибомунил, поликомпонентная вакцина ВП-4); синтетические аналоги мембранных фракций бактерий (Ликопид).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, ОРВИ у детей, как правило, носит неосложненный характер и имеет благоприятный исход. В большинстве случаев лечение ОРВИ ограничивается применением комплекса симптоматических мер (регидратация, купирование лихорадки) и местной терапии (ирригационно-элиминационной, деконгестантов, противомикробной терапии зоны назофарингеального воспаления). В плане профилактики ОРВИ у детей основной акцент делается на вакцинацию против гриппа. Рациональная комбинация этих методов является залогом успешного лечения детей с ОРВИ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_orvi2018.pdf
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. Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика». М., 2002г.
5. Bourouiba, L., Dehandschoewercker, E. & Bush, J. W. M. J. *Fluid Mech.* 745, 537–563 (2014).
6. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America *Clin Infect Dis.* 2012 Nov 15;55(10):1279-82. doi: 10.1093/cid/cis847.
7. Wessels MR. Clinical Practice. Streptococcal Pharyngitis. *NEJM.* 2011; 364:648-55
8. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. М. ПедиатрЪ. 2012
9. Pappas DE, Hendley JO, Hayden FG, Winther B. Symptom profile of common colds in school-aged children. *Pediatr Infect Dis J* 2008; 27:8.
10. Fokkens W. J., Lund V. J., Mullol J. et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012 // *Rhinology.* 2012; 50 (1): 1–12.
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.
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.

13. Alves Galvão MG, Rocha Crispino Santos M, Alves da Cunha AJL (2014) Amantadine and rimantadine for influenza A in children and the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 November 21. DOI: 10.1002/14651858.CD002745.pub2
14. А.А. Баранов (ред.). Руководство по амбулаторно-клинической педиатрии. М. Гэотар-Медиа. 2-е изд. 2009.
15. 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.
16. Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с болезнями уха, горла и носа»: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.05.2018 № 46.
17. 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.
18. 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.
19. Об утверждении клинического протокола диагностики и лечения детей с инфекционными заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения Республики Беларусь: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.08.2012 № 961.
20. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6:CD000247
21. 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)

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.
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.
24. Singh M, Singh M. Heated, humidified air for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6:CD001728.
25. Bjornson CL, Johnson DW. Croup in children. *CMAJ*. 2013; 185:1317–23.
26. Russell KF1, Liang Y, O'Gorman K, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for croup. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jan 19;(1):CD001955. doi: 10.1002/14651858.CD001955.pub3.
27. Bjornson C., Russell K., Vandermeer B., Klassen T.P., Johnson D.W. Nebulized epinephrine for croup in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 10;10:CD006619. doi: 10.1002/14651858.CD006619.pub3.
28. Клинические протоколы диагностики и лечения детей с заболеваниями органов дыхания: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.12.2012г. №1536.
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. Hemila H, Chalker E. Vitamin C for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 1:CD000980
31. Мирошниченко В.В., Александрова О.К., Гусакова Л.В.// Педиатрия и инфекции: Материалы XI конгресса детских инфекционистов. – М.: Ассоциация педиатров-инфекционистов. – 2012. – С. 54.

Учебное издание

Рубан Анна Петровна

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОРВИ
НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 24.04.2020. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,06. Уч.- изд. л. 1,67. Тираж 100 экз. Заказ 81.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, корп.3.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра поликлинической педиатрии

А.П. РУБАН

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОРВИ
НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**



Минск БелМАПО
2020

