

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ

А.П. РУБАН

**ОРВИ (ОСТРЫЙ НАЗОФАРИНГИТ)
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ НА
АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2018

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 Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол №11 от 20.12. 2017г.

Автор:

к.м.н., доцент, доцент кафедры поликлинической педиатрии *А.П. Рубан*

Рецензенты:

кафедра пропедевтики детских болезней БГМУ

д.м.н., профессор кафедры клинической фармакологии БГМУ

И.В. Василевский

Рубан А.П.

Р 82

ОРВИ (острый назофарингит). Тактика ведения детей на амбулаторном этапе: учеб.-метод. пособие /А.П.Рубан. – Минск: БелМАПО, 2018. – 36с.

ISBN 978-985-584-221-8

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. 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 антифлогистических средств; обоснована целесообразность применения различных групп противовирусных и иммуномодулирующих препаратов.

Учебно-методическое пособие предназначено для всех специальностей врачей. Пособие может быть использовано в учебном процессе студентами медицинских университетов, слушателями курсов повышения квалификации учреждений дополнительного образования взрослых.

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

ББК 55.142я73

ISBN 978-985-584-221-8

© Рубан А.П., 2018

Оформление БелМАПО, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Перечень условных обозначений и сокращений.....	4
Определение и диагностические критерии.....	5
Этиология и эпидемиология.....	6
Клинические проявления ОРВИ в зависимости от вида возбудителя.....	7
Диагностика ОРВИ.....	10
Лечение ОРВИ на амбулаторном этапе.....	18
Показания для госпитализации в стационар при ОРВИ.....	28
Профилактика ОРВИ.....	29
Заключение.....	31
Список литературы.....	32

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ И СОКРАЩЕНИЙ

- АБТ – антибактериальная терапия
- БЛД – бронхо-легочная 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
- ЧБД – часто болеющие дети

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

В современном представлении понятие «Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)» – острая, в большинстве случаев, самоограничивающаяся инфекция респираторного тракта, обуславливающая синдром катара ВДП (в англоязычной литературе – upper respiratory infection, URI), протекающий с лихорадкой, насморком, чиханием, кашлем, болью в горле, нарушением общего состояния разной выраженности [1].

Ряд авторов предлагают избегать термин «ОРВИ» при наличии лишь катара ВДП, используя формулировку «острый назофарингит (насморк)», кодирование по МКБ-10 (J00). В англоязычной литературе применяется также термин «common cold» – простуда, поскольку ОРВИ суммирует следующие нозологические формы: острый фарингит, острый ларингит, острый трахеит, острый ларингофарингит, острая инфекция ВДП неуточненная. Кроме того, возбудители ОРВИ также могут вызывать тонзиллит, бронхит, бронхиолит, вирусную пневмонию.

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

- острый средний отит (соответствующие жалобы, отоскопия);
- острый тонзиллит (преимущественное вовлечение небных миндалин, налеты, реакция региональных лимфатических узлов);
- бактериальный синусит (отек, гиперемия мягких тканей лица, орбиты и др.симптомы);
- поражение НДП (учащение или затруднение дыхания, обструкция, втяжения податливых мест грудной клетки, укорочение перкуторного звука, хрипы в легких).

При отсутствии указанных признаков вероятно вирусное поражение только ВДП (ОРВИ – ринит, ринофарингит, фарингит), нередко сопровождающееся конъюнктивитом. Признак «красных глаз» является простым для оценки и, в то же время, весьма специфичным для исключения

бактериальной инфекции, не уступая по диагностической ценности лабораторным маркерам воспаления.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ОРЗ 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 (до 32%). 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.

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).

Таблица 1.

Особенности клинической картины ОРВИ в зависимости от этиологии

Возбудитель	Основные варианты поражения дыхательных путей
Вирусы гриппа	Трахеит, бронхит, выраженная интоксикация
Вирусы парагриппа	Ларингит, ринофарингит, ложный круп
РС – инфекция	Ларингит, трахеит, бронхит, бронхиолит
Аденовирусы	Фарингит, тонзиллит, конъюнктивит, бронхит, абдоминальный синдром
Риновирусы	Ринит, фарингит
Коронавирусы человека	Ринофарингит, бронхит
Коронавирус ТОРС	Бронхит, бронхиолит, респираторный дистресс-синдром

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 клинической картиной бронхиолита с ярко выраженным обструктивным синдромом, гипоксией при умеренном повышении температуры тела.

Риновирусная 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 не вирусной, а таких как 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.

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) [1].

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 краткому руководству по острой инфекции 2016-17гг (IDSA Updates Guideline for Managing Group A Streptococcal Pharyngitis) [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, патч-тонзиллофарингеальные экссудаты; петехии на небе; передний шейный лимфаденит; появление симптоматики зимой или ранней весной; наличие в анамнезе стрептококкового фарингита; скарлатиноподобная сыпь.

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
симптомы в осенне-зимний период		симптомы зимой или ранней весной
любой возраст		возраст от 5 до 15 лет
ЧБД		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

При ОРВИ пациент или законные представители могут пожаловаться на остро возникший ринит и/или кашель и/или гиперемию конъюнктивы (катаральный конъюнктивит) в сочетании с явлениями ринита, 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 должныстораживать в отношении присоединения бактериальной инфекции. Повторный подъем температуры после кратковременного улучшения нередко бывает при развитии острого среднего отита на фоне продолжительного насморка.

Для назофарингита характерны жалобы на заложенность носа, выделения из носовых ходов, неприятные ощущения в носоглотке: жжение, покалывание, сухость, нередко скопление слизистого отделяемого, которое у детей, стекая по задней стенке глотки, может вызывать продуктивный кашель. 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 (Рис. 1). 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].

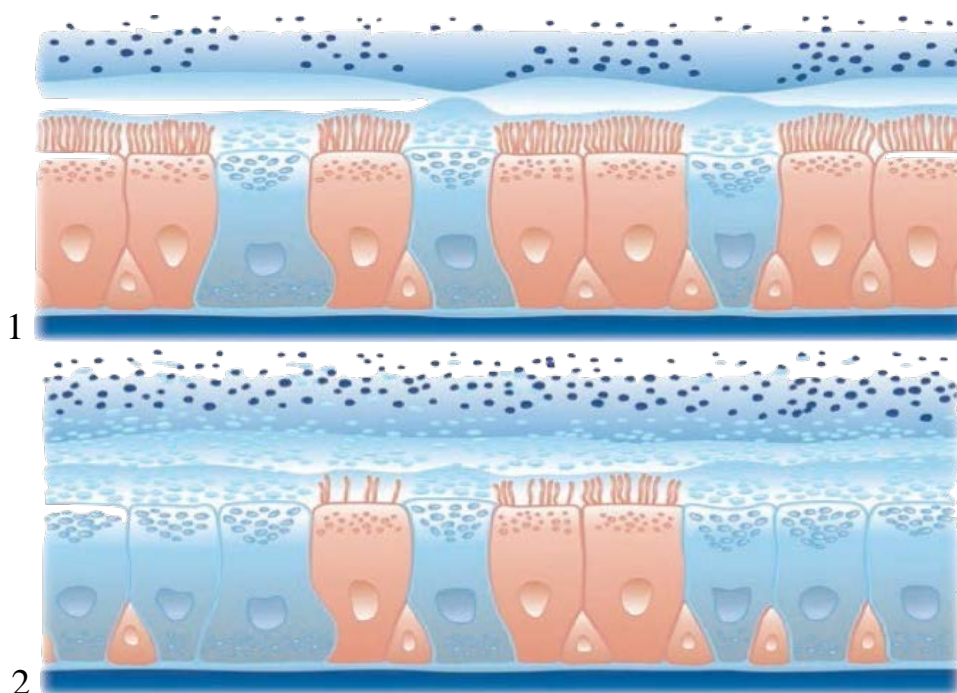


Рис.1 Слизистая дыхательных путей в норме (1) и при патологии (2)

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 острым ринофарингитом для врачей первичного звена и специалистов не ЛОР-профиля 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	Отек миндалин, налеты, региональная ЛАП
Аденоидит	Кашель, храп, СПЗ, заложенность носа
Евстахеит	Шум, боль в ушах, снижение слуха
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 высоко лихорадящих детей и экспресс-тест на стрептококк при подозрении на острый стрептококковый тонзиллит.

Клинический анализ мочи (в т.ч. с использованием тест-полосок в амбулаторных условиях) 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. 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 мг/л более характерно для бактериальных инфекций (вероятность выше 85%). С этой же целью возможно проведения прокальцитонинового теста.

Инструментальная диагностика пациентом 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:

- ✓ 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 нейтрофилезом более $10 \times 10^9/\text{л}$, уровень СРБ выше 30 мг/л в отсутствие очага бактериальной инфекции.

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

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 ЕР³OS 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. 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, в том числе гриппозной этиологии.

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, в различных лекарственных формах, позволяющих вводить интерфероны как

интраназально (Лаферон, нативный лейкоцитарный интерферон - ИФН альфа, Гриппферон), ингаляционно (Лаферон и др.), per rectum (Руферон, Виферон, Генферон), per os (Реаферон-Липинт), так и парентерально (Роферон-А, Интрон А, Реальдирон), обеспечивая удобство для пациентов и ухаживающим за ними лицами. Интерфероны рекомендуется назначать не позднее 1-2-го дня заболевания. В настоящий момент вопрос эффективности интерферонов относительно противовирусного действия остается дискуссионным [1].

Индукторы интерферонов являются высоко- и низкомолекулярными соединениями природного или синтетического происхождения, стимулирующими эндогенную выработку интерферонов в организме. 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. 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]. Дискуссионным остается и вопрос применения гомеопатических средств в качестве индукторов интерферонов для лечения ОРВИ у детей [15].

Результаты исследований эффективности использования других иммуномодуляторов при респираторных инфекциях, как правило, противоречивы. Наиболее заслуживающим внимание может являться инозина пранобекс (Гроприносин, Имунобекс, Иммунозин), поскольку, кроме иммуномодулирующего эффекта доказан и его непосредственно противовирусный эффект [16]. Препараты группы иммуномодуляторов, рекомендованные для лечения более тяжелых инфекций, например, вирусных гепатитов, при ведении пациентов с ОРВИ не используются.

Примером системной противовоспалительной терапии может быть назначение фенспирида гидрохлорида, воздействующего на

патогенетические звенья воспаления в виде уменьшения гиперсекреции слизи и миотропного спазмолитического эффекта. Местная противовоспалительная терапия заключается в применении топических назальных ИнКС (рассмотрена ниже, в разделе лечения острого риносинусита).

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. 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, сердечными 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 суппозиториев, 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. Так, после приема комбинированных препаратов, температура тела у детей в течение первого часа была ниже в среднем на $0,27^{\circ}\text{C}$, через четыре часа на $0,7^{\circ}\text{C}$, а через шесть часов на $1,3^{\circ}\text{C}$. Также была значительно ниже доля лихорадящих пациентов в течение четырех и шести часов после приема комбинированных ЛС при отсутствии различий в частоте побочных эффектов в сравнении с монотерапией антипиретиками. С учетом вышеизложенных данных, применение жаропонижающих ЛС у детей при ОРВИ предпочтительно проводить в режиме комбинированной терапии. В этой связи актуальным для педиатрической практики является применение у детей с 3-х летнего возраста препарата Ибуклин детский (Ibuclin junior). В отличие от других комбинированных ЛС, Ибуклин детский производится в форме удобных диспергируемых таблеток (обеспечение длительного хранения), а содержание парацетамола и ибупрофена выдержано в оптимальной безопасной комбинации.

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 метамизол запрещен к применению в детской практике. Однако применение метамизола все же возможно (при непереносимости парацетамола и ибупрофена, отсутствии их эффекта и, в случае необходимости, парентерального применения жаропонижающего средства при гипертермическом синдроме).

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-лечечек. С другой стороны, существует мнение практикующих ЛОР-специалистов, о том, что промывание носа большим объемом может приводить к развитию тубатита вследствие наличия 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, Маримери, Квикс, Физиомер, Салин и др.), в некоторых случаях применяется гипертонический раствор океанической воды.

При остром рините/риносинусите рекомендуется назначение сосудосуживающих капель в нос (деконгестанты) коротким курсом не более 5 дней. Данные препараты не укорачивают длительность насморка, но могут облегчить симптомы заложенности носа, а также восстановить функцию слуховой трубы. У детей 0-6 лет применяют фенилэфрин 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. псевдоэфедрин входит в их состав. Назначение деконгестанов в виде комбинации их с антагонистами H₁-гистаминовых рецепторов, муколитиками, препаратами антимикробного действия приветствуется при наличии соответствующей симптоматики.

Местная противомикробная терапия направлена на санацию зоны поражения и восстановление целостности слизистой оболочки носоглотки. Для устранения кашля вызванного «першением в горле» вследствие воспаления слизистой оболочки глотки или ее пересыхания при дыхании ртом, наряду с теплым питьем, применяются ЛС, содержащие антисептики в различных лекарственных формах. 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 (Изофра, Полидекса с фенилэфрином); ушных капель (Отофа, Полидекса), применение аэрозолей (Гексаспрей, Гексорал, Тантум-Верде, Стопангин); детям старше 6 лет - назначение бактерицидных таблеток, леденцов или пастилок (Гексализ, Стрепсилс, Бронхикум, Фарингосепт, Септолете, Антиангин и др.); детям старше 4-5 лет показано полоскание зева и промывание носовых ходов антисептическими растворами (растворы мирамистина, повидон-йода, хлоргексидина, гекситидина, фурациллина, отвары ромашки, зверобоя и др.).

Так, при наличии фарингеального воспаления (острого фарингита, фаринголарингита, тонзиллита, а также стоматита) с целью быстрого обратного развития симптомов ОРВИ и предотвращения распространения патологического процесса на НДП, показано назначение аэрозоля для полости рта и глотки Гексаспрей, обладающего антисептическим, противовоспалительным и обезболивающим эффектом за счет содержания биклотимола, высокоэффективного антисептика с минимальной токсичностью. С той же целью, также с 6-ти летнего возраста, возможно применение таблеток для рассасывания Гексализ. Входящие в его состав (кроме биклотимола) дополнительные компоненты эноксолон и лизоцим обуславливают противовирусный эффект и активацию местного неспецифического иммунитета.

Антимикробное топическое средство Изофра, назальный спрей раствора аминогликозида фрамицетина, применяется для лечения острых и хронических ринитов, риносинуситов, ринофарингитов, аденоидитов. Изофра не всасывается и не попадает в системный кровоток, не имеет риска ототоксического действия, поэтому разрешен к использованию у детей с 1

года жизни. Применяемый с этой же целью другой назальный спрей Полидекса с фенилэфрином обладает комплексным действием, в том числе сосудосуживающим, противовоспалительным (в состав входит дексаметазон) и антимикробным за счет содержания неомицина и полимиксина, применяется препарат у детей старше 2,5 лет.

При наличии ОРВИ, сопровождающейся отитом, показано назначение топических антимикробных средств в виде ушных капель. Наружный отит, в том числе инфицированная экзема наружного слухового прохода требует назначения Полидексы, комбинированного препарата с широким спектром активности (в состав входит неомицин, полимиксин и дексаметазон). Отофа (содержит рифамицин) применяется не только при наружном, но и при среднем отите, в том числе и при перфорации барабанной перегородки, при обострении хронических отитов, а также после оперативных вмешательств на среднем ухе. Оба препарата назначаются без ограничения по возрасту.

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 [3,19,20,21]. 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/bronхит, 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 острого назофарингита при наличии кашля применение ЛС, влияющих на этот симптом (противокашлевых, отхаркивающих, муколитических, бронхолитических) оспаривается разными авторами, поскольку на первый план выходит СПЗ [22, 23]. Тем не менее, вся линейка этих ЛС может быть применена в зависимости от дальнейшего развития клинической ситуации. Так, на первоначальных этапах ОРВИ при сухом навязчивом, болезненном кашле у ребенка с фарингитом или ларинготрахеитом может быть использован бутамират, при этом доказательная база по применению противокашлевых препаратов отсутствует [22]. В период разгара ОРВИ возможно применение отхаркивающих, муколитических, бронхолитических ЛС. При затяжном поствирусном кашле уместен короткий курс ингаляционных кортикостероидов (7-10 дней).

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 [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 в режиме off label у детей может быть использован раствор эпинефрина 1:1000 [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 бронхолитиков 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 нарушения когнитивных функций (концентрации внимания, памяти и способности к обучению) [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 EP³OS 2012 г предлагают врачам амбулаторного звена придерживаться алгоритма ведения пациентов, представленного на рисунке 2. В остром периоде акцент делается на местную и симптоматическую терапию, в том числе в виде назначения комплексных фитопрепаратов. Интерес представляют рекомендации по применению топических назальных ИнКС. ИнКС следует назначать в случае легкого течения риносинусита при отсутствии эффекта от местной и симптоматической терапии в течении 10 дней или при усугублении его симптомов спустя 5 дней заболевания. Кроме того, назначение ИнКТ показано при наличии изначально среднетяжелого и тяжелого течения поствирусного риносинусита, а также риносинусита бактериального генеза.



Рисунок 2. 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 [31];

- 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; коррекции дисбиотических нарушений; использование адаптогенов и биогенных стимуляторов; корректного применения иммуностропных препаратов [32] и вакцинопрофилактики.

Как наиболее действенная превентивная мера ОРВИ, особенно в группе ЧДБ детей, показана специфическая профилактика гриппа с 6-ти месячного возраста с применением инактивированных гриппозных вакцин, предпочтительно субъединичных (Гриппол, Инфлювак, Агриппал) или расщепленных сплит-вакцин (Ваксигрипп, Флюарикс, Бегривак). 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 [33]. 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.

Применение иммуностропных препаратов в педиатрической практике в большинстве своем имеет возрастные ограничения (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 иммуотропных препаратов микробного происхождения или их синтетических аналогов. К ним относятся бактериальные лизаты (Бронхомунал, ИРС 19, Имудон), комбинированные иммунокорректоры, содержащие бактериальные антигены (Рибомунил, поликомпонентная вакцина ВП-4) и синтетические аналоги мембранных фракций бактерий (Ликопид).

Ликопид, представитель 3-го поколения иммуномодуляторов микробного происхождения, показал высокую эффективность и безопасность при его применении в режиме профилактики ОРВИ из группы ЧБД, у детей с рецидивирующими и хроническими инфекциями дыхательных путей и ЛОР-органов. Ликопид, имея простую схему приема (по 1 мг каждые 10 дней месяца), обеспечивает комплексное иммуномодулирующее действие в виде активации функциональной активности фагоцитов (противобактериальный эффект) и цитотоксических свойств лимфоцитов и натуральных киллеров (противовирусный эффект). Эффективность препарата возрастает с количеством проведенных курсов [34].

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 и применение иммуномодулирующих ЛС микробного происхождения. Рациональная комбинация этих методов является залогом успешного лечения детей с ОРВИ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_orvi.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, Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка. Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика». М., 2002 г.
5. Bourouiba, L., Dehandschoewercker, E. & Bush, J. W. M. J. *Fluid Mech.* 745, 537–563 (2014).
6. Wessels MR. *Clinical Practice. Streptococcal Pharyngitis. NEJM.* 2011;364:648-55
7. <http://www.thecmafoundation.org/Portals/0/assets/docs/Physician-Resources/AWARE/compendium-pediatric-2016-11x17-final-web.pdf?ver=2016-12-14-090913-710>
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 Oscillococcinum® 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. Сергиенко Е.Н., Шмелева Е.П., Германенко И.Г, Грибкова Н.В. Грипп у детей: клинико-эпидемиологические особенности и новые возможности терапии // *Медицинские новости* – 2009. – No 14. – С.1-4.
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. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6:CD000247
20. Баранов А.А., Страчунский Л.С. (ред.) Применение антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Практические рекомендации, 2007 г. *КМАХ* 2007; 9(3):200-210.
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. http://minzdrav.gov.by/ru/static/spavochno-infirm/protololy_lechenia/protokoly_2012
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. Prutsky G.J., Domecq J.P., Elraiyah T., Wang Z., Grohskopf L.A., Prokop L.J., Montori V.M., Murad M.H. Influenza vaccines licensed in the United States in healthy children: a systematic review and network meta-analysis (Protocol). *Syst Rev*. 2012 Dec 29;1:65. doi: 10.1186/2046-4053-1-65.
32. Иммунореабилитация часто и длительно болеющих детей: учеб-метод пособие / А.П.Рубан. – Минск.: БелМАПО, 2013. – 25 с.

- 33.Мирошниченко В.В., Александрова О.К., Гусакова Л.В.// Педиатрия и инфекции: Материалы XI конгресса детских инфекционистов. – М.: Ассоциация педиатров-инфекционистов. – 2012. – С. 54.
- 34.Майоров Р.В., Черешнева М.В., Верзилин С.Д. и др. Эффективность применения иммунокорректирующих препаратов для профилактики респираторных инфекций и их осложнений у часто болеющих детей младшего школьного возраста // Медицинская иммунология. – 2013. – Т. 15. – № 3. – С. 255-262.

Учебное издание

Рубан Анна Петровна

**ОРВИ (ОСТРЫЙ НАЗОФАРИНГИТ)
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск А.П.Рубан

Подписано в печать 20. 12. 2017. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,09. Уч.- изд. л. 1,71. Тираж 100 экз. Заказ 66.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

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

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ

А.П. РУБАН

**ОРВИ (ОСТРЫЙ НАЗОФАРИНГИТ)
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ НА
АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО



