

ПИМУ

Приволжский
исследовательский
медицинский университет



Анализ федеральных клинических рекомендаций «Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) у детей». Что нужно знать педиатру.

Азова Елена Александровна

д.м.н., профессор кафедры педиатрии им.Ф.Д.Агафонова

Н.Новгород, 29 мая, 2019



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

**О внесении изменений в статью 40 Федерального закона
«Об обязательном медицинском страховании в Российской
Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья
граждан в Российской Федерации» по вопросам
клинических рекомендаций**

Принят Государственной Думой
Одобен Советом Федерации

19 декабря 2018 года

21 декабря 2018 года



Президент
Российской Федерации В.Путин

Москва, Кремль
25 декабря 2018 года
№ 489-ФЗ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- В соответствии с законом: **клинические рекомендации – это документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам :**
 - профилактики, диагностики, лечения, реабилитации,
 - *включая описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, других факторов, влияющих на результаты лечения.*
- **Цель законопроекта – повышение качества организации и оказания медицинской помощи за счет регламентации и унификации требований.**

Клинические рекомендации ОСТРАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (ОРВИ) У ДЕТЕЙ

Утверждены : Союзом педиатров России

- **Согласованы Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации , 2016,
переутверждены 2018**

Состав рабочей группы

- Баранов А.А. акад. РАН, профессор, д.м.н., Председатель Исполкома Союза педиатров России;
- Лобзин Ю. В., акад. РАН, профессор, д.м.н., Президент Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням, заместитель Председателя национального научного общества инфекционистов
- Намазова-Баранова Л.С. акад. РАН, профессор, д.м.н., заместитель Председателя Исполкома Союза педиатров России;
- Таточенко В.К. д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки, эксперт Всемирной Организации Здравоохранения, член Союза педиатров России; • Усков А.Н. д.м.н., профессор
- Куличенко Т.В. д.м.н., профессор РАН, эксперт Всемирной Организации Здравоохранения, член Союза педиатров России;
- Бакрадзе М.Д. д.м.н., член Союза педиатров России;
- Вишнева Е.А. к.м.н., член Союза педиатров России;
- Селимзянова Л.Р. к.м.н., член Союза педиатров России;
- Полякова А.С. к.м.н., член Союза педиатров России;
- Артемова И.В. м.н.с., член Союза педиатров России.
- Авторы подтверждают отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ
ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ
ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ (ОРВИ)

Главный внештатный
специалист педиатр
Минздрава России
Академик РАН
А.А. Баранов

Главный внештатный
специалист по инфекционным
болезням у детей
Минздрава России
Ю.В. Лобзин

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

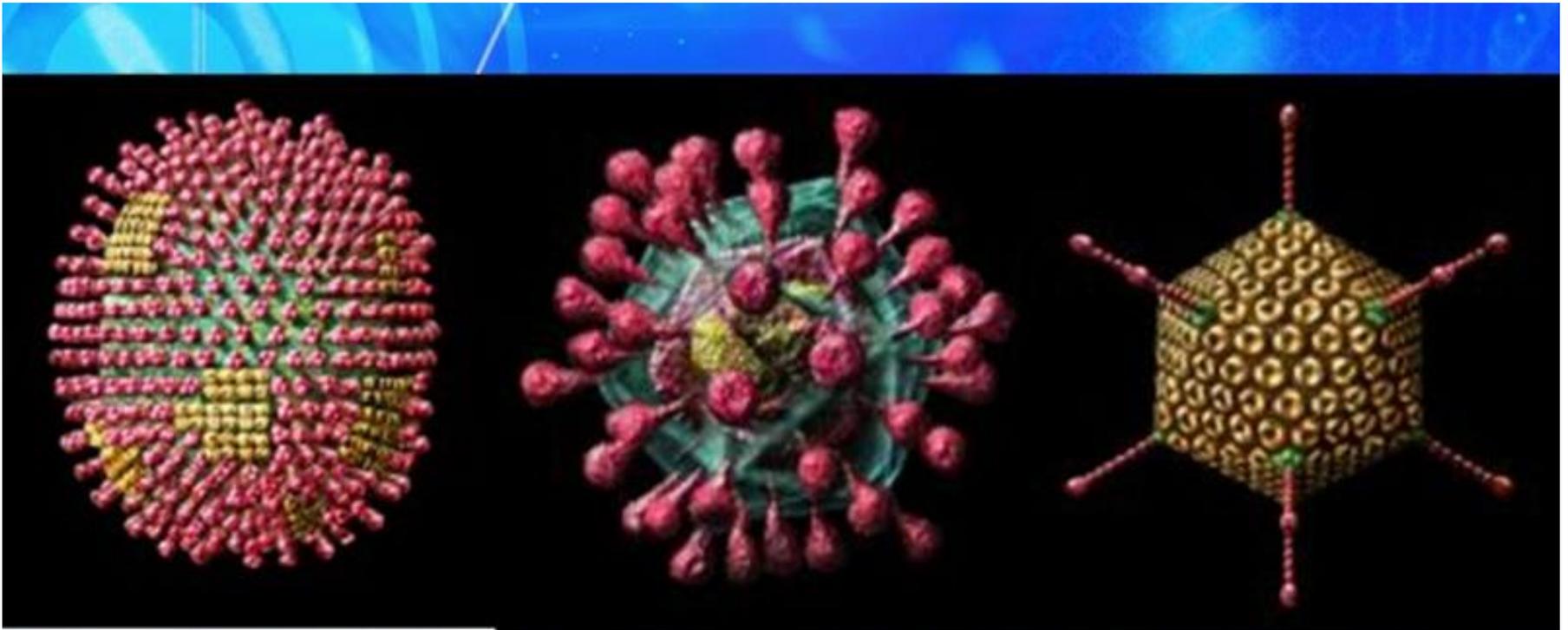
- ✓ **Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) – острая, в большинстве случаев, самоограничивающаяся инфекция респираторного тракта, проявляющаяся катаральным воспалением верхних дыхательных путей и протекающая с:**
 - ✓ лихорадкой,
 - ✓ насморком,
 - ✓ чиханием,
 - ✓ кашлем,
 - ✓ болью в горле,
- ✓ **нарушением общего состояния разной выраженности**

1.1 ОПРЕДЕЛЕНИЕ *

ОРВИ суммирует следующие нозологические формы:

- ✓ **острый назофарингит,**
- ✓ **острый фарингит,**
- ✓ **острый ларингит,**
- ✓ **острый трахеит,**
- ✓ **острый ларингофарингит,**
- ✓ **острая инфекция верхних дыхательных путей
неуточненная**

ЭТИОЛОГИЯ



На сегодняшний день известно более 500 различных возбудителей ОРЗ.

1.2 ПАТОГЕНЕЗ ОРВИ *

- Вирусные инфекции характеризуются **развитием катарального воспаления.**
- **Симптомы ОРВИ являются результатом не столько повреждающего влияния вируса, сколько реакции системы врожденного иммунитета.**
- **Пораженные клетки эпителия выделяют цитокины, в т.ч. интерлейкин 8 (ИЛ 8), количество которого коррелирует со степенью привлечения фагоцитов в подслизистый слой и эпителий.**
- **Увеличение назальной секреции связано с повышением проницаемости сосудов, количество лейкоцитов в нем может повышаться многократно, меняя его цвет с прозрачного на бело-желтый или зеленоватый, т.е. считать изменение цвета назальной слизи признаком бактериальной инфекции безосновательно.**



1.2 ПАТОГЕНЕЗ ОРВИ *

- Установка на то, что при всякой вирусной инфекции активируется бактериальная флора (так называемая «вирусно-бактериальная этиология ОРВИ») не подтверждается практикой. 
- Бактериальные осложнения ОРВИ возникают относительно редко. 

1.3 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ОРВИ - самая частая инфекция человека

**Заболеваемость
наиболее высока в
период с сентября
по апрель**

**Пик
заболеваемости
приходится на
февраль-март**

1.3 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Дети в возрасте до 5 лет переносят, в среднем, 6-8 эпизодов ОРВИ в год



В детских дошкольных учреждениях особенно высока заболеваемость на 1-2-м году посещения – на 10-15% выше, чем у неорганизованных детей,



1.3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Пути заражения:

- Контактно-бытовой
- Воздушно-капельный

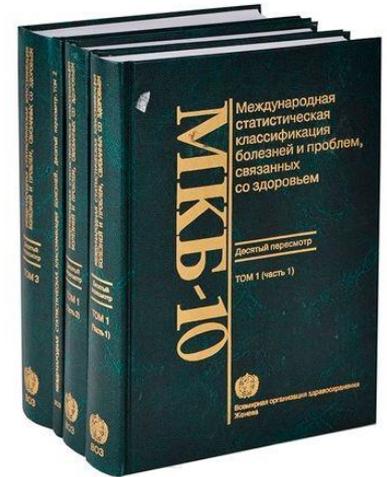
Инкубационный период – от 2-х до 7 дней

- Выделение вирусов больным максимально на 3-и сутки после заражения, резко снижается к 5-му дню
- неинтенсивное выделение вируса может сохраняться до 2 недель

1.4. КОДИРОВАНИЕ ПО МКБ-10

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

- **Острый назофарингит (насморк) (J 00)**
- **Острый фарингит (J 02)**
J02.9 - Острый фарингит неуточненный
- **Острый ларингит и трахеит (J 04)**
J04.0 - Острый ларингит
J04.1 - Острый трахеит
J04.2 - Острый ларинготрахеит
- **Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (J 06)**
J06.0 - Острый ларингофарингит
J06.9 - Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная



1.5 КЛАССИФИКАЦИЯ

NOTA BENE!

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

В качестве диагноза следует избегать термина «ОРВИ», используя термины **«острый назофарингит» или «острый ларингит», или «острый фарингит»,**

Примеры диагнозов: *Острый назофарингит, острый конъюнктивит. Острый ларингит.*

*При подтверждении этиологической роли вирусного агента, уточнение выносится в диагноз



2.1 ЖАЛОБЫ, АНАМНЕЗ, КЛИНИКА

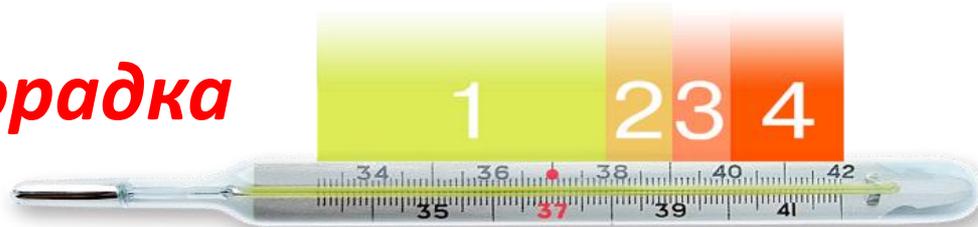
Лихорадка



- Заболевание обычно начинается остро, часто сопровождается повышением температуры тела **до субфебрильных цифр** ($37,5^{\circ}\text{C}$ — $38,0^{\circ}\text{C}$)
- **Фебрильная лихорадка** более свойственна гриппу, аденовирусной инфекции, энтеровирусным инфекциям
- Повышенная температура у **82% больных** снижается на **2-3-й день** болезни
- **Более длительно** (до 5-7 дней) фебрилитет держится при гриппе и аденовирусной инфекции

2.1 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Лихорадка



- Нарастание уровня лихорадки в течение болезни, симптомы 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



2.1 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Назофарингит

- заложенность носа
- выделения из носовых ходов
- неприятные ощущения в носоглотке (жжение, покалывание, сухость, скопление слизистого отделяемого)
- продуктивный кашель, вызванный стеканием слизи по задней стенке глотки

Фарингит

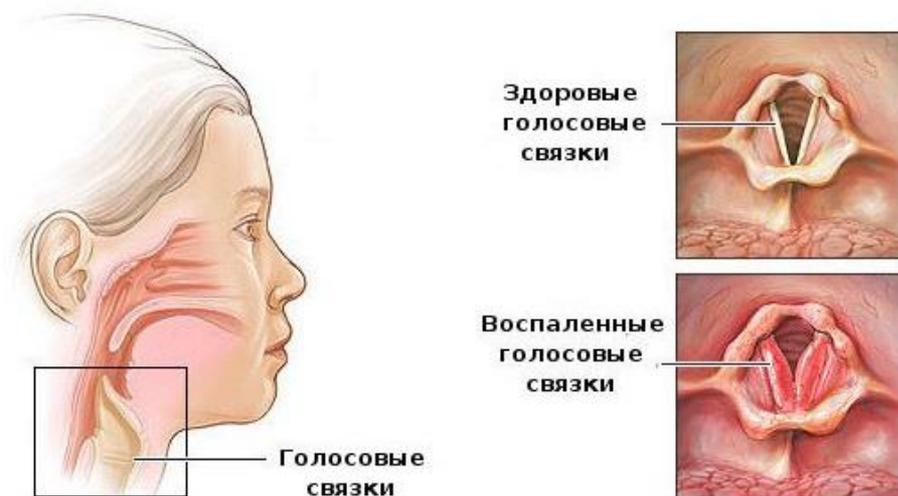
- Изменения задней стенки глотки:
 - гиперемия
 - отёчность
 - зернистость, вызванная гиперплазией лимфоидных фолликулов
 - наличие небольшого количества слизи
- (катаральный фарингит)
- Непродуктивный, часто навязчивый кашель



2.1 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Ларингит, трахеит, ларинготрахеит

- **Диагностический признак ларингита - осиплость голоса без признаков стеноза гортани и дыхательной недостаточности**
- Ларингиту и ларинготрахеиту свойственны грубый кашель, осиплость голоса
- При трахеите кашель может быть навязчивым, частым, изнуряющим больного



2.2 ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Общий осмотр подразумевает оценку общего состояния, физического развития ребенка, подсчет частоты дыхания, сердечных сокращений, осмотр верхних дыхательных путей и зева, осмотр, пальпацию и перкуссию грудной клетки, аускультацию легких, пальпацию живота



2.3 ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

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 ,
- экспресс-тест на стрептококк при подозрении на острый стрептококковый тонзиллит



(Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – С)

2.3 ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Клинический анализ мочи рекомендуется проводить у всех лихорадящих детей без катаральных явлений

(Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – С)

*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:

при выраженных общих симптомах у детей с лихорадкой

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С)

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***

2.3. ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ НЕКОТОРЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

- **Лейкопения**, характерная для гриппа и энтеровирусных инфекций, обычно отсутствует при других ОРВИ
- Для РС-вирусной инфекции характерен **лимфоцитарный лейкоцитоз**, который может превышать $15 \times 10^9/\text{л}$
- При аденовирусной инфекции лейкоцитоз может достигать уровня $15 - 20 \times 10^9/\text{л}$ и даже выше, при этом возможны **нейтрофилез** более $10 \times 10^9/\text{л}$, повышение уровня **С-реактивного белка** выше **30 мг/л**

2.3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА

Рекомендовано проводить **для исключения тяжелой бактериальной инфекции у детей с фебрильной лихорадкой** (повышение температуры выше 38°C), особенно при отсутствии видимого очага инфекции

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – C)

Комментарии:

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

2.4 ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Всем пациентам с симптомами ОРВИ
рекомендовано проводить **ОТОСКОПИЮ**

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности
доказательств – С)

Комментарии:

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



2.4 РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Не рекомендована для проведения каждому
ребенку с симптомами ОРВИ

(Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – С)

2.4 ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ РЕНТГЕНОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:

- ✓ появление физикальных симптомов пневмонии
- ✓ **SpO₂ – снижение 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 15×10^9 /л в сочетании с нейтрофилезом более 10×10^9 /л,
 - ✓ уровень С-реактивного белка выше 30 мг/л в отсутствие очага бактериальной инфекции

2.4 РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

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

Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С

Комментарии:

Проведение рентгенографии околоносовых пазух на ранних сроках заболевания часто выявляет обусловленное вирусом воспаление придаточных пазух носа, которое **самопроизвольно разрешается в течение 2 недель**

3.1 ПРОТИВОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ С ИММУНОТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ

Не оказывают значимого клинического эффекта, их назначение нецелесообразно

Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – А

Комментарий:

*Данные препараты развивают **малодостоверный эффект**.*

При ОРВИ иногда рекомендуются интерферогены, но следует помнить, что у детей старше 7 лет при их применении лихорадочный период сокращается менее чем на 1 сутки, т.е. их применение при большинстве ОРВИ с коротким фебрильным периодом **не оправдано**

АНТИБИОТИКИ



Не рекомендуется использование антибиотиков для лечения неосложненных ОРВИ и гриппа, в т.ч. если заболевание сопровождается в первые 10-14 дней болезни риносинуситом, конъюнктивитом, ларингитом, крупом, бронхитом, бронхообструктивным синдромом

Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – А

- **Комментарии:**
- Антибактериальная терапия в случае неосложненной вирусной инфекции не только не предотвращает бактериальную суперинфекцию, но способствуют ее развитию **из-за подавления нормальной пневмотропной флоры, «сдерживающей агрессию» стафилококков и кишечной флоры.**
- Хр.заболевания (муковисцидоз), ИДС

ЛИХОРАДКА

Комментарии:

- ***Жаропонижающие препараты у здоровых детей ≥ 3 месяцев при температуре выше 39 - 39,5°C.***
- ***При менее выраженной лихорадке (38-38,5°C) средства, снижающие температуру, показаны детям до 3 месяцев, пациентам с хронической патологией, а также при связанном с температурой дискомфорте.***
- ***повторную дозу вводят только после нового повышения температуры***

ЛИХОРАДКА

Для снижения температуры тела лихорадящего ребенка рекомендуется раскрыть, обтереть водой $T^{\circ} 25-30^{\circ}\text{C}$

Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С

С целью снижения температуры тела у детей рекомендуется к применению только двух препаратов:

парацетамола (код АТХ N02BE01) до 60 мг/кг/сут

или ибупрофена (код АТХ M01AE01) до 30 мг/кг/сут

Сила рекомендации 1, уровень достоверности доказательств – А

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ПРИ ЛИХОРАДКЕ



** Насонов Е.Л. Фармакотерапия боли: взгляд ревматолога. Consilium Medicum №12 2000.

Жаропонижающие препараты

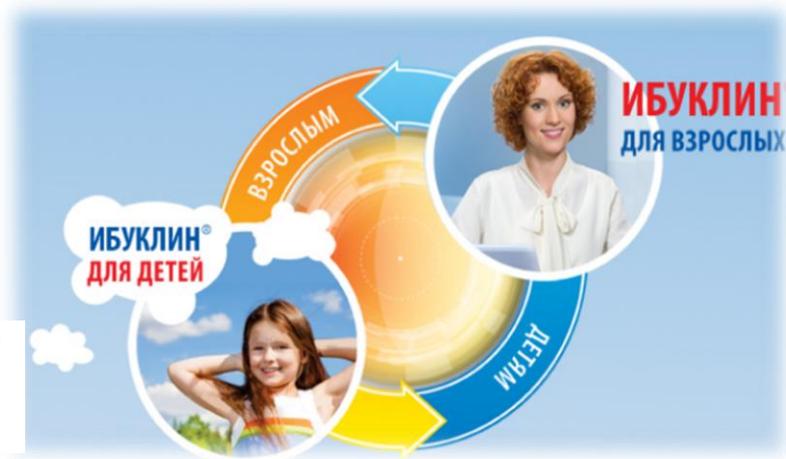
Согласно рекомендациям ВОЗ
только **Парацетамол** и **Ибупрофен**
могут быть использованы в качестве
жаропонижающих препаратов у детей!



3+

ИБУПРОФЕН 400 мг
ПАРАЦЕТАМОЛ 325 мг

ИБУПРОФЕН 100 мг
ПАРАЦЕТАМОЛ 125 мг



Лихорадка

У детей с жаропонижающей целью
не рекомендуется применять:

✓ *ацетилсалициловую кислоту и нимесулид*

(Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – С)

✓ *метамизола у детей в связи с высоким
риском развития агранулоцитоза*

(Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – С)



СОСУДОСУЖИВАЮЩИЕ (ДЕКОНГЕСТАНТЫ)

- Рекомендуется назначение капель в нос коротким курсом не более 5 дней.
- У детей 0-6 лет применяют фенилэфрин (код АТХ: R01AB01) 0,125%, **оксиметазолин** (код АТХ: R01AB07) 0,01-0,025%,
с 2 лет - ксилометазолин (R01AB06) 0,05% (),
- у старших – более концентрированные растворы

Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С

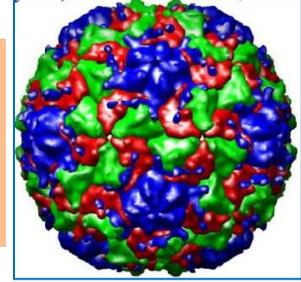
Классификация деконгестантов по длительности действия:

Группа препаратов	Длительность действия	препараты
Деконгестанты ультракороткого действия	От 30 минут до 2 часов	Эпинефрин (адреналин)
Деконгестанты короткого действия	От 4 до 6 часов	Фенилэфрин, Нафазолин, Тетризолин
Деконгестанты средней продолжительности действия	От 6 до 8 часов	Ксилометазолин
Деконгестанты длительного действия	От 8 до 12 часов	Оксиметазолин (Називин)

1. Martindale et Al. *Clinical Pharmacology*, 2009

2..Карпова Е.П., Тулупов Д.А. ГБОУ ДПО «РМАПО» Минздравсоцразвития России, "ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ. Педиатрия" №1 | 2012

ПРОТИВОВИРУСНАЯ АКТИВНОСТЬ ОКСИМЕТАЗОЛИНА (НАЗИВИН)



Оболочка риновируса,
вызывающего вирусный
ринит

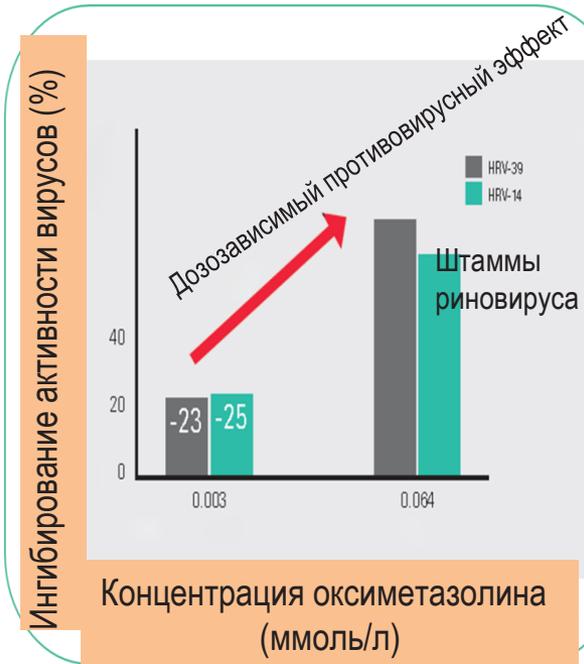
Цель:

Оценка ингибирующего действия оксиметазолина на репликацию риновирусов, его влияния на уровень экспрессии рецепторов клеточной поверхности ICAM-1 и прямого вирулицидного действия *in vitro*

Результаты:

Оксиметазолин обладает мощной противовирусной активностью:

- Ингибирует активность вирусов HRV-14 и HRV-39 до 74 % (рисунок 1)
- Снижает уровень экспрессии белка клеточной поверхности ICAM-1 (места связывания вирусов) на 39 %
- Уменьшает инфекционность риновирусов на 22 %



ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ОКСИМЕТАЗОЛИНА (НАЗИВИН)



По материалам Beck-Speier I 2009²

Оксиметазолин демонстрирует противовоспалительный эффект, ингибирует образование провоспалительного ЛТВ₄

ЭЛИМИНАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ

Рекомендуется проводить, т.к. данная терапия эффективна и безопасна



Введение в нос физиологического раствора 2-3 раза в день обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия

Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С

У старших детей оправданы **спреи с солевым изотоническим раствором.**

КАШЕЛЬ

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

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

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

(Сила рекомендации 2 уровень достоверности доказательств – С).

КАШЕЛЬ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

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

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С).

Не рекомендуется:

- Антигистаминные препараты **1-го поколения**, обладающие атропиноподобным действием, не рекомендованы для использования у детей: (Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С).
- Не рекомендуется всем детям с ОРВИ назначать **аскорбиновую кислоту** (витамин С) так как это не влияет на течение болезни.
(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – В).
- **Паровые ингаляции**

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

- дети до 3-х месяцев с фебрильной лихорадкой
- дети со сложными фебрильными судорогами (продолжительностью более 15 минут и/или повторяющиеся более одного раза в течение 24 часов) госпитализируются на весь период лихорадки
- дети с фебрильной лихорадкой и подозрением на тяжелую бактериальную инфекцию, имеющие следующие сопутствующие симптомы:
 - ✓ вялость, сонливость;
 - ✓ отказ от еды и питья; рвота
 - ✓ геморрагическая сыпь на коже;

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

- **дети любого возраста при наличии любого из следующих симптомов (основные опасные признаки):**
 - ✓ неспособность пить/сосать грудь;
 - ✓ сонливость или отсутствие сознания;
 - ✓ апноэ;
 - ✓ симптомы респираторного дистресса;
 - ✓ центральный цианоз;
 - ✓ явления сердечной недостаточности;
 - ✓ тяжелое обезвоживание

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

- **дети с явлениями дыхательной недостаточности, имеющие какие-либо из следующих симптомов:**
 - ✓ кряхтящее дыхание,
 - ✓ раздувание крыльев носа при дыхании,
 - ✓ кивательные движения (движения головы, синхронизированные со вдохом);
 - ✓ частота дыхательных движений у ребенка до 2-х месяцев > 60 в минуту, у ребенка в возрасте 2-11 месяцев > 50 в минуту, у ребенка старше 1 года > 40 в минуту;
 - ✓ втяжение нижней части грудной клетки при дыхании;
 - ✓ насыщение крови кислородом < 92% при дыхании комнатным воздухом

Госпитализация детей с назофарингитом, ларингитом, трахеобронхитом без сопутствующих опасных признаков нецелесообразна.

Фебрильная лихорадка при отсутствии других патологических симптомов у детей старше 3-х мес не является показанием для госпитализации в стационар.

Дети с простыми фебрильными судорогами (продолжительностью до 15 минут, однократно в течение суток), завершившимися к моменту обращения в стационар, не нуждаются в госпитализации, но ребенок должен быть осмотрен врачом для исключения нейроинфекции и других причин судорог.

6.2 Ведение детей

Ребенок при ОРВИ обычно наблюдается в амбулаторно-поликлинических условиях врачом педиатром.

Режим общий или полупостельный с быстрым переходом на общий после снижения температуры. Повторный осмотр необходим при сохранении температуры более 3 дней или ухудшении состояния.

Стационарное лечение (госпитализация) требуется при развитии осложнений и длительной фебрильной лихорадке.

ПРОФИЛАКТИКА

- остается сегодня **неспецифической**, поскольку вакцин против всех респираторных вирусов пока нет.
- Вместе с тем **рекомендуется ежегодная вакцинация против гриппа с возраста 6 мес**, которая снижает заболеваемость (Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – В).

Комментарии:

- *Доказано, что вакцинация детей от гриппа и пневмококковой инфекции снижает риск развития острого среднего отита у детей, уменьшает вероятность осложненного течения ОРВИ.*
- *В случае контакта ребенка с больным гриппом, в качестве профилактики возможно применение **ингибиторов нейраминидазы (осельтамивир, занамивир).***

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ОСЕННЕ-ЗИМНИЙ СЕЗОН

- У детей первого года жизни из групп риска (**недоношенность, бронхолегочная дисплазия**) рекомендована пассивная иммунизация **паливизумабом**, препарат вводится внутримышечно в дозе 15 мг/кг ежемесячно 1 раз в месяц с ноября по март .

(Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – А)

- У детей с гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца для профилактики РС-вирусной инфекции в осенне-зимний сезон рекомендована пассивная иммунизация паливизумабом, препарат вводится внутримышечно в дозе 15 мг/кг ежемесячно 1 раз в месяц с ноября по март.

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – А)

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ ЛОР-ОРГАНОВ И ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

- Детям старше 6 мес с рекомендуется применение **системных бактериальных лизатов** (код АТХ J07AX; код АТХ L03A; код АТХ L03AX)
- Эти препараты, вероятно, могут сократить заболеваемость респираторными инфекциями, хотя доказательная база у них не велика.

(Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С)

Критерии качества оказания медицинской помощи

№ п/п	Критерии качества	Сила рекомендации	Уровень достоверности доказательств
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	2	C
2.	Выполнен общий анализ мочи (при повышении температуры тела выше 38 ⁰ C)	1	C
3.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при повышении температуры тела выше 38,0 C)	2	C
4.	Проведена элиминационная терапия (промывание полости носа физиологическим раствором или стерильным раствором морской воды) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	2	C
5.	Выполнено лечение местными деконгестантами (сосудосуживающие капли в нос) коротким курсом от 48 до 72 часов (при отсутствии медицинских противопоказаний)	2	C



Благодарю за внимание