

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ**

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИЕЙ (ОСТРЫЙ НАЗОФАРИНГИТ)**

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

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

**Главный внештатный
детский специалист
аллерголог-иммунолог
Минздрава России
Член-корреспондент РАН
Л.С. Намазова-Баранова**

2015 г.

Оглавление

ОПРЕДЕЛЕНИЕ	5
КОД МКБ-10	6
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	6
ЭТИОЛОГИЯ	6
ПАТОГЕНЕЗ	6
КЛАССИФИКАЦИЯ	7
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА	7
ОСЛОЖНЕНИЯ	7
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ	7
ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ	8
ЛЕЧЕНИЕ	8
ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ	10
ПРОФИЛАКТИКА	10
ИСХОДЫ И ПРОГНОЗ	11

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (ОСТРЫЙ НАЗОФАРИНГИТ)

Данные клинические рекомендации разработаны профессиональной ассоциацией детских врачей Союз педиатров России, актуализированы и согласованы с главным внештатным специалистом по инфекционным болезням у детей Минздрава России в сентябре 2014г., рассмотрены, утверждены на XVIII Конгрессе педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» 14 февраля 2015г.

Состав рабочей группы: акад. РАН Баранов А.А., чл.-корр. РАН Намазова-Баранова Л.С., акад. РАН Ю.В. Лобзин, проф., д.м.н. А.Н. Усков, д.м.н., проф., Таточенко В.К., д.м.н. Бакрадзе М.Д., к.м.н. Вишнева Е.А., к.м.н. Селимзянова Л.Р., к.м.н. Полякова А.С.

Авторы подтверждают отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, который необходимо обнародовать.

МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, используемые для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для оценки качества и силы доказательств: доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE и PubMed. Глубина поиска - 5 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- консенсус экспертов;
- оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

Методы, использованные для анализа доказательств:

- обзоры опубликованных мета-анализов;
- систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь, влияет на силу рекомендаций.

Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо. Любые различия в оценках обсуждались всей группой авторов в полном составе. При невозможности достижения консенсуса привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств: заполнялись авторами клинических рекомендаций.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций: консенсус экспертов.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs)

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте авторов разработанных рекомендаций.

Экономический анализ

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций

- Внешняя экспертная оценка.
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых, прежде всего, попросили прокомментировать, насколько доступна для понимания интерпретация доказательств, лежащая в основе рекомендаций.

От врачей первичного звена получены комментарии в отношении доходчивости изложения данных рекомендаций, а также их оценка важности предлагаемых рекомендаций, как инструмента повседневной практики.

Все комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались членами рабочей группы (авторами рекомендаций). Каждый пункт обсуждался в отдельности.

Консультация и экспертная оценка

Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, которых, прежде всего, попросили прокомментировать доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации

Сила рекомендаций (1-2) на основании соответствующих уровней доказательств (А-С) и индикаторы доброкачественной практики (табл. 1) – good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

Таблица 1.

Схема для оценки уровня рекомендаций

Степень достоверности рекомендаций	Соотношение риска и преимуществ	Методологическое качество имеющихся доказательств	Пояснения по применению рекомендаций
1А Сильная рекомендация, основанная на доказательствах высокого качества	Польза отчетливо превалирует над рисками и затратами, либо наоборот	Надежные непротиворечивые доказательства, основанные на хорошо выполненных РКИ или неопровержимые доказательства, представленные в какой-либо другой форме. Дальнейшие исследования вряд ли изменят нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска.	Сильная рекомендация, которая может использоваться в большинстве случаев у преимущественного количества пациентов без каких-либо изменений и исключений
1В Сильная рекомендация, основанная на доказательствах умеренного качества	Польза отчетливо превалирует над рисками и затратами, либо наоборот	Доказательства, основанные на результатах РКИ, выполненных с некоторыми ограничениями (противоречивые результаты, методологические ошибки, косвенные или случайные и т.п.), либо других веских основаниях. Дальнейшие исследования (если они проводятся), вероятно, окажут влияние на нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска и могут изменить ее.	Сильная рекомендация, применение которой возможно в большинстве случаев

1С Сильная рекоменда- ция, основанная на доказательствах низ- кого качества	Польза, вероятно, будет превалировать над возможными рисками и затратами, либо наоборот	Доказательства, основанные на наблюдательных исследованиях, бессистемном клиническом опыте, результатах РКИ, выполненных с существенными недостатками. Любая оценка эффекта расценивается как неопределенная.	Относительно сильная рекомендация, которая может быть изменена при получении доказательств более высокого качества
2А Слабая рекоменда- ция, основанная на доказательствах вы- сокого качества	Польза сопоставима с возможными рисками и затратами	Надежные доказательства, основанные на хорошо выполненных РКИ или подтвержденные другими неопровержимыми данными. Дальнейшие исследования вряд ли изменят нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска.	Слабая рекомендация. Выбор наилучшей тактики будет зависеть от клинической ситуации (обстоятельств), пациента или социальных предпочтений.
2В Слабая рекоменда- ция, основанная на доказательствах уме- ренного качества	Польза сопоставима с рисками и осложнениями, однако в этой оценке есть неопределенность.	Доказательства, основанные на результатах РКИ, выполненных с существенными ограничениями (противоречивые результаты, методологические дефекты, косвенные или случайные), или сильные доказательства, представленные в какой-либо другой форме. Дальнейшие исследования (если они проводятся), скорее всего, окажут влияние на нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска и могут изменить ее.	Слабая рекомендация. Альтернативная тактика в определенных ситуациях может явиться для некоторых пациентов лучшим выбором.
2С Слабая рекоменда- ция, основанная на доказательствах низ- кого качества	Неоднозначность в оценке соотношения пользы, рисков и осложнений; польза может быть сопоставима с возможными рисками и осложнениями.	Доказательства, основанные на наблюдательных исследованиях, бессистемного клинического опыта или РКИ с существенными недостатками. Любая оценка эффекта расценивается как неопределенная.	Очень слабая рекомендация; альтернативные подходы могут быть использованы в равной степени.

*В таблице цифровое значение соответствует силе рекомендаций, буквенное - соответствует уровню доказательности

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) – острая, в большинстве случаев, самоограничивающаяся инфекция респираторного тракта, обуславливающая синдром катара верхних дыхательных путей (URI - upper respiratory infection) в англоязычной литературе), протекающий с лихорадкой, насморком, чиханием, кашлем, болью в горле, нарушением общего состояния разной выраженности.

В качестве диагноза следует избегать термина «ОРВИ», используя термин «*острый назофарингит*» (в англоязычной литературе применяются термин «common cold» – простуда), поскольку возбудители ОРВИ вызывают также ларингит (круп), тонзиллит, бронхит, бронхиолит, что следует указывать в диагнозе. Подробно данные синдромы рассматриваются отдельно (см. ФКР по ведению детей с острым тонзиллитом и стенозирующим ларинготрахеитом (крупом)).

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, налёты);
- бактериальный синусит (отёк, гиперемия мягких тканей лица, орбиты и др. симптомы);
- поражение нижних дыхательных путей (учащение или затруднение дыхания, обструкция, втяжения податливых мест грудной клетки, укорочение перкуторного звука, хрипы в лёгких);

При отсутствии указанных признаков вероятно вирусное поражение только верхних дыхательных путей (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.

КОД МКБ-10

J00 - острый назофарингит (насморк).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ОРВИ – самая частая инфекция человека: дети в возрасте 0-5 лет переносят, в среднем, 6-8 эпизодов ОРВИ в год [1], в ДДУ особенно высока заболеваемость на 1-2-м году посещения – на 10-15% выше, чем у неорганизованных детей, но в школе последние болеют чаще [2]. Заболеваемость наиболее высока в период с сентября по апрель и составляет (регистраруемая) 87-91 тыс на 100 тыс населения. Среди часто болеющих детей многие имеют аллергическую предрасположенность и/или бронхиальную гиперреактивность, что обуславливает более яркую манифестацию даже легкой респираторной инфекции.

ЭТИОЛОГИЯ

ОРВИ вызывают около 200 вирусов, чаще всего риновирусы, имеющие более 100 серотипов, а также РС-вирус, вирусы парагриппа, аденовирусы, бокавирус, метапневмовирус, коронавирусы. Сходные проявления могут вызывать некоторые неполиомиелитные энтеровирусы. Рино-, адено- и энтеровирусы вызывают стойкий иммунитет, не исключая заражение другими серотипами; РС-, корона- и парагриппозный вирусы стойкого иммунитета не оставляют.

Распространение вирусов происходит чаще всего путем самоинкуляции на слизистую оболочку носа или конъюнктиву с рук, загрязненных при контакте с больным (рукопожатие!) или с зараженными вирусом поверхностями (риновирус сохраняется на них до суток).

Другой путь – воздушно-капельный – при вдыхании частичек аэрозоля, содержащего вирус, или при попадании более крупных капель на слизистые оболочки при тесном контакте с больным.

Инкубационный период большинства вирусов – 24-72 часа. Выделение вирусов больным максимально на 3-и сутки после заражения, резко снижается к 5-му дню; неинтенсивное выделение вируса может сохраняться до 2 недель.

ПАТОГЕНЕЗ

Симптомы назофарингита 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 как со степенью привлечения полинуклеаров в подслизистый слой и эпителий, так и выраженностью симптомов. Увеличение назальной секреции связано с повышением проницаемости сосудов, количество лейкоцитов в нем может повышаться 100-кратно, меняя его цвет с прозрачного на бело-желтый (скопление лейкоцитов) или зеленоватый (пероксидаза) – считать изменение цвета секрета признаком бактериальной инфекции нет никаких осно-

ваний. Коронавирусы оставляют клетки назального эпителия интактными, цитопатический эффект присущ аденовирусам и вирусам гриппа.

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 антибиотиков. Бактериальные осложнения ОРВИ возникают редко (1-5% заболевших). Как правило, они уже имеются в 1-2-й дни болезни; в более поздние сроки они возникают чаще всего вследствие суперинфекции. Следует иметь в виду стрептококковый фарингит, который может не сопровождаться классической «ангиной с налетами»; 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 (особенно, если не перкутировать больного).

КЛАССИФИКАЦИЯ

Деление назофарингита по степени тяжести возможно в зависимости от уровня температуры и степени выраженности общих неспецифических симптомов.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Варьирует в широких пределах, проявления вирусных инфекций различной этиологии наслаиваются друг друга. У грудных детей обычны лихорадка, отделяемое из носовых ходов, иногда отмечается беспокойство, трудности при кормлении и засыпании. У старших детей типичными проявлениями являются: насморк, затруднение носового дыхания (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) [4, 5]. У ряда детей после перенесенной ОРВИ некоторые симптомы, как, например, кашель, могут сохраняться до 10-го дня и даже дольше.

Значительное большинство заболевших имеют нормальную или субфебрильную температуру, а среди госпитализированных чаще выявляется фебрильная лихорадка, которая у 82% больных снижается на 2-3-й день болезни; более длительно (до 5-7 дней) фебрилитет держится при гриппе и аденовирусной инфекции [6]. Сохранение такой температуры более 3 дней (в отсутствие признаков гриппа или аденовирусной инфекции) должно настораживать в отношении бактериальной инфекции. Повторный подъем температуры после кратковременного улучшения может говорить о том же, хотя чаще он является признаком суперинфекции.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Осложнения назофарингита наблюдаются нечасто, связаны с присоединением бактериальной инфекции и проявляются следующими признаками:

- сохранение заложенности носа дольше 10-14 дней, ухудшение состояния после улучшения, появление болей в области лица может указывать на развитие бактериального синусита;

- болезненные «щелчки» у пациентов младшего возраста, чувство «заложенности» уха у старших детей – следствие дисфункции слуховой трубы при вирусной инфекции, обусловленное изменением давления в полости среднего уха, что может приводить к развитию острого среднего отита.

ОРВИ и, особенно, грипп предрасполагают (тем чаще, чем младше ребенок) к инфицированию легких, в первую очередь, пневмококком с развитием пневмонии. Кроме того, респираторная инфекция является триггером обострения хронических заболеваний – чаще всего бронхиальной астмы и инфекции мочевых путей.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Обследование больного назофарингитом имеет целью выявление бактериальных очагов, не определяемых клиническими методами. *Анализ мочи* (в т.ч. с использованием тест-полосок в амбулаторных условиях) обязателен у всех лихорадящих детей, т.к. 5-10% детей грудного и раннего возраста с инфекцией мочевых путей также имеют вирусную коинфекцию с клиническими признаками ОРВИ.

Анализ крови оправдан при более выраженных общих симптомах. Лейкопения, характерная для гриппа и энтеровирусных инфекций, обычно отсутствует при других ОРВИ, при которых в 1/3 случаев лейкоцитоз достигает уровня $10-15 \cdot 10^9/\text{л}$ и даже выше. Такие цифры сами по себе не могут обосновывать назначение антибиотиков, но могут быть поводом для поиска бактериального очага, в первую очередь, «немой» пневмонии, в отношении которой прогностичность (ППР) лейкоцитоза $>15 \cdot 10^9/\text{л}$ достигает 88%, а СРБ >30 мг/л – почти 100%. Но у детей первых 2-3 месяцев жизни и при ОРВИ лейкоцитоз может достигать $20 \cdot 10^9/\text{л}$ и более.

Показаниями для *рентгенографии органов грудной клетки* являются:

- сохранение фебрильной температуры более 3 дней,
- выявление указанных выше высоких уровней маркеров воспаления,
- появление физикальных симптомов пневмонии (см. ФКР по ведению пневмонии у детей).

Следует помнить, что выявление на снимках усиления бронхососудистого рисунка и тени корней легких, повышения воздушности не являются показанием для антибактериальной терапии.

Отоскопия – рутинный метод и при показан всем пациентам с симптомами назофарингита.

Рентгенография околоносовых пазух больным ОРВИ в остром периоде (первые 10-12 дней) не показана – она часто выявляет обусловленное вирусом воспаление синусов, которое самопроизвольно разрешается в течение 2 недель [6,7].

Рутинное вирусологическое и/или бактериологическое обследование всех пациентов не имеет смысла, т.к. не влияет на выбор лечения, исключение составляет экспресс-тест на грипп у высоко лихорадящих детей и экспресс-тест на стрептококк при тонзиллите.

ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ

- *Острый назофарингит, конъюнктивит, тяжелое течение.*
- *Острый назофарингит, легкое течение.*

При наличии назофарингита, а также других проявлений вирусной инфекции (ларингит, бронхит и т.д.), бактериальных осложнений, - выносить в диагноз «ОРВИ» не следует. Диагноз формулируется в соответствии с нозологической формой.

ЛЕЧЕНИЕ

ОРВИ - наиболее частая причина применения различных лекарственных средств 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.

Противовирусная терапия, абсолютно оправданная при гриппе, менее эффективна при ОРВИ и в большинстве случаев не требуется. Возможно назначение не позднее 1-2-го дня болезни интерферона-альфа (код АТХ: L03AB05), однако, надежных доказательств его эффективности нет. Может быть оправдано его введение в виде капель в нос – по 1-2 капли 3-4 раза в день, используют и ректальные суппозитории (интерферон альфа-2b) в течение 2-5 дней:

- новорожденные: возраст гестации <34 недель 150 000 МЕ трижды в день, >34 недель до 150 000 МЕ дважды в день;
- дети в возрасте от 1 месяца до 7 лет – 150 000 МЕ дважды в день;

- дети старше 7 лет – 500 000 МЕ дважды в день.

При ОРВИ иногда рекомендуются **интерфероногены**:

умифеновир (код АТХ: J05AX13): дети 2-6 лет 0,05, 6-12 лет – 0,1, >12 лет – 0,2 г 4 раза в день,

тилорон (код АТХ: J05AX): 60 мг/сут в 1, 2, 4 и 6-й дни болезни.

Однако, у детей старше 7 лет при применении интерфероногенов лихорадочный период сокращается лишь на 1 сутки, т.е. их применение при большинстве ОРВИ с коротким фебрильным периодом не оправдано (2А) [8].

При гриппе А и В: в первые 24-48 часов болезни эффективны ингибиторы нейраминидазы (**1А**):

- осельтамивир (код АТХ: J05AH02) дети с 1 года по 4 мг/кг/сут 5 дней или
- занамивир (код АТХ: J05AH01) дети ≥5 лет по 2 ингаляции (всего 10 мг) 2 раза в день 5 дней.

На другие вирусы, не выделяющие нейраминидазы, эти препараты не действуют.

В крайне тяжелых случаях гриппа оправдано введение *внутривенного иммуноглобулина* (код АТХ: J06BA02), который содержит антитела к вирусам гриппа.

Антибиотики для лечения неосложненных ОРВИ и гриппа не используют (1А), в т.ч. если заболевание сопровождается в первые 10-14 дней болезни ринитом, конъюнктивитом, затемнением синусов на рентгенографии, ларингитом, крупом, бронхитом, бронхообструктивным синдромом [2, 9, 23]. 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.

Антибиотики могут быть показаны детям с хронической патологией легких, иммунодефицитом, у которых есть риск обострения бактериального процесса; выбор антибиотика у них обычно predetermined заранее по характеру флоры.

Результаты исследований эффективности использования **иммуномодуляторов** при респираторных инфекциях, как правило, показывают малодостоверный эффект. Препараты, рекомендованные для лечения более тяжелых инфекций, например, вирусных гепатитов, при ОРВИ с коротким острым периодом неуместны. Для лечения ОРВИ не рекомендованы так называемые «безрецептурные препараты» как у детей до 6 лет (**1А**), так и у детей 6-12 лет (**2А**) [17].

Симптоматическая (поддерживающая) терапия – основа лечения ОРВИ. Адекватная гидратация способствует разжижению секретов и облегчает их отхождение (**2С**).

Элиминационная терапия эффективна и безопасна. Введение в нос физиологического раствора 2-3 раза в день обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия (**2С**) [2, 10]. Вводить физиологический раствор лучше в положении лежа на спине с запрокинутой назад головой для орошения свода носоглотки и аденоидов. У маленьких детей с обильным отделяемым эффективно аспирация слизи из носа специальными ручным отсосом с последующим введением физиологического раствора. Положение в кровати с поднятым головным концом способствует отхождению слизи из носа. У старших детей оправданы спреи с солевым изотоническим раствором.

Сосудосуживающие капли в нос (**деконгестанты** коротким курсом до 2-3 дней) не укорачивают длительность насморка, но могут облегчить борьбу с заложенностью носа (**2С**), а также восстановить функцию слуховой трубы. У детей 0-6 лет применяют фенилэфрин (код АТХ: R01AB01) 0,125%, ксилометазолин (код АТХ: R01AB06) 0,5%, оксиметазолин (код АТХ: R01AB07) 0,01-0,025%, у старших – более концентрированные растворы. Использование системных препаратов, содержащих деконгестанты (например, псевдоэфедрин) крайне нежелательно, лекарственные средства данной группы разрешены только с возраста 12 лет.

Снижение температуры: лихорадящего ребенка следует раскрыть, обтереть водой Т°

25-30°C, (при ознобе и дрожи - дать парацетамол). **Жаропонижающие** препараты у здоровых детей ≥ 3 месяцев оправданы при температуре выше 39,5° С. Эти препараты вводят при более низкой (38-38,5°C) температуре у детей до 3 месяцев, у детей с хронической патологией, а также при связанном с температурой дискомфорте. Регулярный (курсовой) прием жаропонижающих нежелателен, повторную дозу вводят только после нового повышения температуры. Назначение жаропонижающих при $T^{\circ} > 38,0^{\circ}\text{C}$ более 3 дней может затруднить диагноз бактериальной инфекции. Жаропонижающее вместе с антибиотиками чреваты маскировкой неэффективности последних и, соответственно, задержкой их смены. С целью снижения температуры у детей допустимо применение только 2 препаратов – парацетамола (код АТХ: N02BE01) до 60 мг/сут или ибупрофена (код АТХ: M01AE01) 25-30 мг/сут.

У детей с жаропонижающей целью не применяют метамизол, ацетилсалициловую кислоту и нимесулид.

Купирование кашля: поскольку при назофарингите кашель чаще всего обусловлен раздражением гортани стекающим секретом, туалет носа – наиболее эффективный метод его купирования. Кашель, связанный с «першением в горле» из-за воспаления слизистой оболочки глотки или ее пересыхании при дыхании носом, устраняется теплым сладким питьем (2С) [13] или, после 6 лет, использованием леденцов или пастилок, содержащих антисептики (2С).

Противокашлевые, отхаркивающие, муколитики, в том числе многочисленные патентованные препараты с различными растительными средствами, при «простуде» не показаны ввиду неэффективности (2С), что было доказано в рандомизированных исследованиях [13, 14, 15].

Ингаляции паровые и аэрозольные не показали эффекта в рандомизированных исследованиях [11, 12] и не рекомендованы Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для лечения «простуды» (2В) [13].

Антигистаминные препараты, обладающие атропиноподобным действием, в рандомизированных испытаниях не показали эффективности в уменьшении насморка и заложенности носа (2С) [14].

Прием витамина С (200 мг/сут) с начала ОРВИ не влияет на течение (2В) [18].

ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ

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

Госпитализация требуется при тяжелом течении и развитии осложнений.

ПРОФИЛАКТИКА

Борьба с передачей инфекции - тщательное мытье рук после контакта с больным, имеет первостепенное значение. Важно также ношение масок, мытье поверхностей в окружении больного, в ДДУ – быстрая изоляция заболевших детей, соблюдение режима проветривания и длительности прогулок.

Закаливание защищает от инфицирования при небольшой дозе инфекта и, вероятно, способствует более легкому течению ОРВИ.

Вакцинация. Несмотря на то, что вакцин против респираторных вирусов пока нет, ежегодная вакцинация против гриппа с возраста 6 мес. снижает и заболеваемость ОРВИ [19]. У детей первого года жизни из групп риска (недоношенность, бронхолегочная дисплазия (ФКР по оказанию медицинской помощи детям с БЛД), врожденные пороки сердца (ВПС), нейромышечные расстройства) для профилактики РС-вирусной инфекции в осенне-зимний сезон используют паливизумаб - в/м, в дозе 15 мг/кг ежемесячно – от 3 до 5 введений

Бактериальные лизаты (код АТХ J07AX; код АТХ L03A; код АТХ J07AX; код АТХ

A01AB11; код АТХ R07AX; код АТХ L03AX) у часто болеющих ОРВИ детей, особенно организованных в детские коллективы могут сократить заболеваемость [2].

Надежных свидетельств о снижении респираторной заболеваемости под влиянием иммуномодуляторов (тактивин, инозин пранобекс и др. [20]), растительных препаратов [21, 22] или витамина С [17] - нет.

ИСХОДЫ И ПРОГНОЗ

Как указано выше, ОРВИ, в отсутствии бактериальных осложнений, скоротечны, хотя и могут оставлять на 1-2 недели такие симптомы как отделяемое из носовых ходов, кашель. Мнение о том, что ОРВИ, особенно частые, приводят к развитию «вторичного иммунодефицита» безосновательно.

Литература

1. Heikkinen T, Järvinen A. The common cold. *Lancet* 2003; 361:51.
2. Союз педиатров России, Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка. Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика». М., 2002 г.
3. Noah TL, Henderson FW, Wortman IA, et al. Nasal cytokine production in viral acute upper respiratory infection of childhood. *J Infect Dis* 1995; 171:584.
4. Pappas DE, Hendley JO, Hayden FG, Winther B. Symptom profile of common colds in school-aged children. *Pediatr Infect Dis J* 2008; 27:8.
5. Thompson M., Cohen H. D , Vodicka T.A et al. Duration of symptoms of respiratory tract infections in children: systematic review *BMJ* 2013; 347 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f7027> (Published 11 December 2013)
6. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. М. ПедиатрЪ. 2012
7. Gwaltney JM Jr, Hendley JO, Phillips CD, et al. Nose blowing propels nasal fluid into the paranasal sinuses. *Clin Infect Dis* 2000; 30:387.
8. А.А. Баранов (ред.). Руководство по амбулаторно-клинической педиатрии. М. Гэотар-Медиа. 2-е изд. 2009
9. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6:CD000247.
10. Papsin B, McTavish A. Saline nasal irrigation: Its role as an adjunct treatment. *Can Fam Physician* 2003; 49:168.
11. Singh M, Singh M. Heated, humidified air for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6:CD001728.
12. Little P, Moore M, Kelly J, et al. Ibuprofen, paracetamol, and steam for patients with respiratory tract infections in primary care: pragmatic randomised factorial trial. *BMJ* 2013; 347:f6041.
13. World Health Organization. Cough and cold remedies for the treatment of acute respiratory infections in young children, 2001. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_CAH_01.02.pdf.
14. Clemens CJ, Taylor JA, Almquist JR, et al. Is an antihistamine-decongestant combination effective in temporarily relieving symptoms of the common cold in preschool children? *J Pediatr* 1997; 130:463.
15. Taylor JA, Novack AH, Almquist JR, Rogers JE. Efficacy of cough suppressants in children. *J Pediatr* 1993; 122:799.
16. 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.
17. Mathie RT, Frye J, Fisher P. Homeopathic Oscillocochinum(®) for preventing and treating influenza and influenza-like illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12;12:
18. Hemilä H, Chalker E. Vitamin C for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 1:CD000980.
19. Митюшин И.Л., Таточенко В.К., Бурцева Е.И. с соавт. Эпидемиологическая эффективность инактивированной субъединичной гриппозной вакцины Инфлювак у детей *Детский доктор* 2001; 5-6, с. 39-44.
20. Litzman J, Lokaj J, Krejčí M, Pesák S, Morgan G. Isoprinoline does not protect against frequent respiratory tract infections in childhood. *Eur J Pediatr*. 1999 Jan;158(1):32-7
21. Lissiman E, Bhasale AL, Cohen M. Garlic for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; CD006206.
22. Linde K, Barrett B, Wölkart K, et al. Echinacea for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; CD000530.
23. А.А. Баранов, Л.С. Страчунский (ред.) Применение антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Практические рекомендации, 2007 г. *КМАХ* 2007; 9(3):200-210.