

Клинические рекомендации

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у детей

Кодирование по Международной
статистической классификации
болезней и проблем, связанных
со здоровьем: **J00-J06; J20-J22;**

Возрастная группа: **дети**

Год утверждения: **202**

Разработчик клинической рекомендации:

- Международная общественная организация «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням»
- Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	8
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	16
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	17
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	18
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	19
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	22
2.1 Жалобы и анамнез	22
2.2 Физикальное обследование.....	24
2.4 Инструментальные диагностические исследования	28
2.5 Иные диагностические исследования.....	29
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	29
3.1 Консервативное лечение.....	30
<i>перенесенное ранее острое инфекционное заболевание (в предшествующие 3 недели).....</i>	<i>30</i>
3.2 Иное лечение	36
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.....	37

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	37
6. Организация оказания медицинской помощи	37
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболеванияили состояния)	38
Критерии оценки качества медицинской помощи	39
Список литературы.....	40
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	53
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	57
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	60
Приложение В. Информация для пациента	63

Список сокращений

АД – Артериальное давление крови
ВИЧ – Вирус иммунодефицита человека
ГПЗ - Гриппоподобные заболевания
ДН – Дыхательная недостаточность
ДНК – Дезоксирибонуклеаза
ЖКТ – Желудочно-кишечный тракт
ИФА – Иммуноферментный анализ
ИФМ – Иммунофлюоресцентный метод
ИЦХ – Иммуноцитохимический метод
КТ – Компьютерная томография
МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра
НК – Недостаточность кровообращения
НПВС – Нестероидные противовоспалительные средства
ОБО – Острая бронхообструкция
ОДН – Острая дыхательная недостаточность
ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция
ОРВИ – Острые респираторные вирусные инфекции
ОРДС – Острый респираторный дистресс синдром
ОРИ - Острые респираторные заболевания
ОРИТ – Отделение реанимации и интенсивной терапии
РНК - Рибонуклеаза
РСВ – Респираторно-синцитиальный вирус
РСВИ – Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция
СОЭ – Скорость оседания эритроцитов
СРБ – С реактивный белок
УЗИ – Ультразвуковое исследование
ЦНС – Центральная нервная система
ЭКГ – Электрокардиография
мин - Минута
SaO₂ – Сатурация крови кислородом
PaO₂ – Парциальное давление кислорода

Термины и определения

Клинические рекомендации (протокол лечения) – документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи (323-ФЗ). **Нозологическая форма** – это совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.

Заболевание – это возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Основное заболевание – это заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.

Сопутствующее заболевание – это заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.

Тяжесть заболевания или состояния – это критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.

Исходы заболеваний – медицинские и биологические последствия заболевания.

Последствия (результаты) – это исходы заболеваний, социальные, экономические результаты применения медицинских технологий.

Осложнение заболевания – это присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса: нарушение целостности органа или его стенки;

кровотечение; развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов.

Состояние – это изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.

Клиническая ситуация – это случай, требующий регламентации медицинской помощи вне зависимости от заболевания или синдрома.

Синдром – это состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.

Симптом – это любой признак болезни, доступный для определения независимо от метода, который для этого применялся.

Пациент – это физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Медицинское вмешательство – это, выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность, виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

Медицинская услуга – это медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Качество медицинской помощи – это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Физиологический процесс – это взаимосвязанная совокупная деятельность различных клеток, тканей, органов или систем органов (совокупность функций), направленная на удовлетворение жизненно важной потребности всего организма.

Функция органа, ткани, клетки или группы клеток – это, составляющее физиологический процесс, свойство, реализующее специфическое для соответствующей структурной единицы организма действие.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) – острая вирусная инфекция респираторного тракта, проявляющаяся катаральным воспалением верхних дыхательных путей и протекающая чаще всего с повышением температуры тела, ринитом, чиханием, кашлем, болью в горле, нарушением общего состояния разной степени выраженности (**ОРИ** – острая респираторная инфекция вне зависимости от этиологии: вирусная и/или бактериальная) [1-3].

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Все ОРВИ объединены в одну группу на основании общности механизмов передачи и развития основного патологического процесса в респираторном тракте больного с похожими клиническими проявлениями. Вирусы, вызывающие ОРВИ, входят в семейства РНК- и ДНК–содержащих вирусов: РНК-содержащие; *пикорнавирусы* – риновирусы, *парамиксовирусы* – вирусы парагриппа, метапневмовирусы, респираторно-синтициальные вирусы, *ортомиксовирусы* – вирусы гриппа, *коронавирусы*; ДНК-содержащие; *аденовирусы*, *парвовирусы* - бокавирус человека [1-3].

Выраженность и скорость развития клинических проявлений ОРВИ обусловлены свойствами возбудителя, массивностью инвазии и активностью факторов иммунной защиты. Основными этапами развития инфекции являются адгезия и внедрение возбудителя в клетки эпителия дыхательных путей, его репродукция; вирусемия, формирование интоксикационного синдрома и токсико-аллергических реакций; развитие воспалительного процесса в дыхательной системе; обратное развитие инфекционного процесса, формирование иммунитета. Эти фазы, во многом, являются условными, они нечетко следуют друг за другом, и могут протекать одномоментно, им соответствуют характерные клинические проявления, которые развиваются обычно в фазе виремии. При безусловном значении для клинических проявлений заболевания вида возбудителя и массивности инвазии решающую роль играет совокупная активность факторов

специфической и неспецифической резистентности организма. Когда система защиты справляется, инфекционный процесс может прерваться или, оставаясь локализованным, не сопровождается развитием выраженных клинических симптомов, то есть адекватность защитных реакций приводит к быстрой инактивации возбудителя, восстановлению нарушенных функций организма и выздоровлению

Вирус способен адсорбироваться только на ограниченном типе клеток, что указывает на высокую специфичность процесса, обусловленного наличием в структуре вирусных белков определенных аминокислотных последовательностей, получивших название «вирусные рецепторы». Взаимодействие вириона с клеточными рецепторами является процессом, необходимым не только для прикрепления вириона к поверхности клетки, но и для передачи сигналов трансдукции, подготавливающих клетку к инвазии вирионов. Одним из первых факторов защиты, препятствующих адгезии вирусов является слой муцина. Ранний защитный воспалительный ответ, развивающийся в течение первых четырех суток после внедрения возбудителя, представлен фагоцитозом, активацией системы комплемента, апоптозом, секрецией провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, синтезом интерферонов, локальными сосудистыми реакциями, а также хемотаксисом нейтрофилов, а затем и моноцитов, в очаг внедрения. Выраженность клинических симптомов заболевания определяется степенью активности иммунных реакций, в процессе которых реализуется эффекторный цитолитический потенциал к инфицированным вирусом клеткам-мишеням. Это приводит к разрушению пораженных клеток и выходу из них продуктов клеточного распада. Эндогенные биологически активные вещества и продукты клеточного распада проникают в кровь, что также способствует развитию интоксикационного синдрома. Благодаря цитотоксическому действию лимфоцитов, макрофагов и специфических антител постепенно происходит элиминация возбудителя с дальнейшим формированием специфического гуморального и клеточного иммунитета. В слизистых оболочках пораженных отделов дыхательных путей идут репаративные процессы, нормализуется местный гомеостаз.

Во время и после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции имеет место истощение местного и общего иммунитета, может формироваться иммуносупрессия, и ослабленный организм становится особенно подверженным воздействию других вирусно-бактериальных агентов [1-5].

Особенности инфекционного процесса в зависимости от вида возбудителя.

Риновирусная инфекция. Острое антропонозное вирусное заболевание с избирательным поражением слизистой оболочки носа. Возбудители - РНК-геномные вирусы рода *Rhinovirus* семейства *Picomaviridae*. В настоящее время известно более 110 серотипов риновирусов, объединённых в группы Н и М. Во внешней среде вирионы нестойки, инактивируются при 50°C в течение 10 минут, при высушивании на воздухе большая часть теряет инвазивность через несколько минут. Резервуар и источник инфекции - человек (больной или носитель). Больной начинает выделять возбудитель за 1 сутки до проявления клинических признаков болезни и на протяжении последующих 5-10 дней. Болезнь распространена повсеместно, в умеренном климате её регистрируют в течение всего года с подъёмом заболеваемости весной и осенью. Риновирусы вызывают до 25-40% всех ОРВИ. Вспышки обычно локальные. Болеют люди всех возрастных групп, нередко по несколько раз в год. Наиболее часто заболевание регистрируют у детей до 5 лет. Инкубационный период не превышает 7 дней, в среднем продолжаясь 1-3 дня. Вирусы проникают в организм человека через нос. Их репродукция реализуется в эпителиоцитах слизистой оболочки носа, что сопровождается дегенерацией клеток, развитием местной воспалительной реакции катарального характера с полнокровием и расширением сосудов, умеренной лимфомоноцитарной инфильтрацией, резким набуханием, отёчностью слизистой оболочки и обильной секрецией (ринореей). Острое начало заболевания проявляется заложенностью носа, сухостью и саднением в носоглотке, небольшим общим недомоганием. Развивается катаральный ринит с обильным серозным, а затем слизистым отделяемым. Выраженный насморк - ведущий и постоянный синдром. Обращает внимание несоответствие выраженного ринита и слабых общетоксических явлений (субфебрильная или нормальная температура тела, удовлетворительное общее состояние). Может присоединиться сухой кашель. При осмотре больных отмечают обильную ринорею, гиперемию и небольшой отёк слизистой оболочки ротоглотки, мелкую зернистость мягкого нёба. Иногда наблюдают слезотечение, гиперемию конъюнктив, инъекцию сосудов склер. У детей воспалительный процесс может захватывать другие отделы дыхательных путей - гортань, трахею, бронхи. Длительность клинических проявлений обычно не превышает 5-7 дней, иногда может затягиваться до 10-14 дней.

В ходе инфекционного процесса образуются вируснейтрализующие антитела, сохраняющиеся в течение нескольких лет. Однако постинфекционный иммунитет строго типоспецифичен, поэтому возможны повторные заболевания при инфицировании возбудителем иного серотипа. [1-3,6].

Аденовирусная инфекция. Аденовирусы – ДНК-содержащие вирусы, из семейства Adenoviridae, рода Mastadenovirus. Известно 49 серотипов аденовируса. Аденовирусы по гемагглютинирующим характеристикам и патогенности для человека подразделяются на 7 подгрупп (А, В, С, D, Е, F, G). Антигенная структура аденовируса стабильна, представлена тремя растворимыми антигенами: А-антиген – групповой, общий для всех серотипов; В-антиген – токсический, обуславливающий цитопатическое действие в культуре ткани, подавляющий активность интерферона; С-антиген – типоспецифический. Основными свойствами аденовирусов являются эпителиотропность - поражение эпителия респираторного тракта, лимфоидной ткани, конъюнктивы и кишечника. Патогенез аденовирусной инфекции обусловлен развитием местных воспалительных реакций под воздействием вируса в слизистой оболочке верхних дыхательных путей и конъюнктивы, гиперплазией лимфоидной ткани и общим токсическим воздействием на организм. Входными воротами являются слизистые оболочки верхних дыхательных путей, значительно реже эпителий кишечника. Репликация вирусной ДНК в ядре клетки достигает максимального уровня через сутки после внедрения в эпителиальные клетки верхних дыхательных путей, конъюнктивы, кишечника, с последующим поражением региональных лимфатических узлов. Лимфогенным путем вирусы попадают в кровь, вирусемия обычно продолжается до 10 суток. Поражается эндотелий сосудов, что обуславливает экссудативный тип воспаления слизистых оболочек и склонность к выпадению фибрина на поверхности слизистых оболочек. Под действием тромбокиназы, образующейся при некрозе эпителия, на слизистых оболочках носоглотки, миндалин и конъюнктивы появляются пленчатые налеты. Аденовирусы бронхогенным или гематогенным путями могут проникать в легкие и вызывать развитие пневмонии. Возбудитель из верхних дыхательных путей с заглатываемой слюной или гематогенно попадает в желудочно-кишечный тракт. В тонкой кишке происходит размножение аденовирусов. Репликация аденовирусов в энтероцитах кишечника более длительная, чем в респираторном тракте; нередко сопровождается диареей и мезаденитом, а также дистрофическими изменениями в печени и селезенке.

Дети до полугода жизни практически не болеют аденовирусной инфекцией в силу наличия у них пассивного иммунитета, переданного им матерью в виде специфических антител. После шести месяцев ребенок становится восприимчив к вирусу. До 7-летнего возраста ребенок может неоднократно переболеть аденовирусной инфекцией, с

формированием естественного приобретенного иммунитета. В последующие годы аденовирусной инфекцией болеют редко.

Заболевание встречается повсеместно, возможны вспышки аденовирусной инфекции, особенно в организованных детских коллективах [1-3,6].

Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция (РСВИ) – острое респираторное вирусное заболевание, характеризующееся выраженным катаральным синдромом, в том числе и в нижних отделах респираторного тракта, доминирующим над умеренно выраженными температурной реакцией и интоксикацией, с частым развитием бронхита, бронхиолита и пневмонии, нередко с острым обструктивным синдромом (ОБО) и выраженной дыхательной недостаточностью (ДН).

Возбудитель инфекции — РНК-содержащий вирус, относящийся к семейству *Paramyxoviridae*, роду *Pneumovirus*. Вирус обладает стабильным антигенным составом, все известные варианты, патогенные для человека, относятся к одному серотипу, хотя имеются сведения о выделении двух подтипов возбудителя: А и В, отличающихся по поверхностному белку G. Входными воротами инфекции являются эпителиальные клетки слизистой респираторного тракта, в том числе бронхов и альвеол. Внедрение вируса возможно при условии наличия в них специфических клеточных рецепторов, представленных для РСВ гепарансульфатом. Прикрепление РСВ происходит посредством G-белка, слияние с клеткой опосредовано F-белком. Затем оболочка вируса встраивается в клеточную мембрану, и нуклеокапсид высвобождается в цитоплазму клетки-хозяина. Репродукция новых вирионов сопровождается цитопатическим (по отношению к эпителиальным клеткам дыхательных путей) эффектом, их разрушением и отторжением вместе с вновь образующимися вирусами. При РСВИ развиваются ринит, фарингит, трахеит, ларингит, бронхит, а также их сочетания друг с другом. Одними из самых тяжелых вариантов этого процесса является развитие бронхиолита и пневмонии с ОБО и отеком легкого, что нередко требует перевода в ОРИТ. Возможна, особенно у детей первых месяцев жизни, генерализация процесса

Инфекция высоко контагиозна. Инкубационный период составляет 3–5 (до 8) дней. Дети первого года жизни вовлекаются в процесс практически в 100% случаев, более старшего возраста — в 70–80 % случаев. Иммуитет после перенесенной инфекции — нестойкий, ребенок может перенести РСВИ неоднократно не только в течение жизни, но и

за один эпидемический сезон. в случае реинфекции заболевание протекает менее тяжело [1-3,6,9].

Метапневмовирусная инфекция. Вирус впервые выделен в 2001 году в Нидерландах. Метапневмовирус человека – РНК-содержащий вирус, относится к семейству Paramyxoviridae, роду Metapneumovirus. Эпидемиология и клинические проявления при метапневмовирусной инфекции МПВ-инфекции сходны с таковыми при инфекции, вызываемой респираторно-синцитиальным вирусом человека. Имеет выраженное сезонное распространение с пиком зимой и ранней весной. Среди детей раннего возраста, госпитализированных с ОРВИ, указанный возбудитель обычно обнаруживается в 5–10% случаев [1-3,6,8,10].

Грипп. «Грипп» (J10; J 10.1; J10.8; J 11; J 11.1; J11.8; по МКБ-10) – острое респираторное вирусное заболевание, характеризующееся лихорадкой и симптомами общей интоксикации, доминирующими над умеренным катаральным синдромом в верхних отделах респираторного тракта. Подтвержденным считается случай гриппа после лабораторного подтверждения диагноза (любыми стандартизованными в Российской Федерации методами, рекомендованными для диагностики гриппа, или проведенные с использованием разрешенных на территории Российской Федерации медицинских изделий для диагностики гриппа). Лабораторно подтвержденный случай не обязательно должен отвечать клиническому определению случая. В период эпидемических подъемов заболеваемости гриппом окончательный диагноз "грипп" может быть установлен как на основании лабораторного подтверждения, так и на основании клинических и эпидемиологических данных.

При наличии типичных симптомов заболевания и отсутствии возможности определения его этиологии можно использовать диагноз «гриппоподобное заболевание» (ГПЗ), предложенный ВОЗ, наряду с терминами ОРИ (острая респираторная инфекция) и ТОРИ (тяжелая ОРИ), для более точной и быстрой возможности диагностики и лечения.

Грипп вызывается РНК-содержащими вирусами, относящимися к семейству Orthomyxoviridae, род Influenza virus, включающий вирусы гриппа типов А, В и С. Способность вирусов гриппа к антигенной изменчивости определяет высокую восприимчивость населения и основные эпидемиологические особенности этой инфекции: повсеместное распространение, короткие интервалы между эпидемиями (1 –2 года для гриппа А и 2–4 года — для гриппа В), вовлечение в эпидемический процесс всех возрастных групп взрослых и детей. Основной причиной возникновения эпидемий и

пандемий гриппа является изменение нуклеотидной последовательности в генах, кодирующих поверхностные антигены вирусов типов А и В - гликопротеиды гемагглютинин (НА) и нейраминидаза (NA), определяющие их специфичность. Входными воротами инфекции являются клетки респираторного тракта. Репродукция новых вирионов сопровождается цитопатическим (по отношению к эпителиальным клеткам дыхательных путей) эффектом, их разрушением и отторжением вместе с вновь образующимися вирионами. Вирусемия, характерная для тяжелых вариантов гриппа, приводит к развитию вазопатии, токсических или токсико-аллергических реакций. При тяжело протекающей инфекции репродукция вирусов гриппа происходит и в клетках эндотелия кровеносных сосудов с развитием эндотелиоза в виде клеточного некроза и апоптоза, повышения проницаемости капилляров, а в наиболее критических случаях – и циркуляторных нарушений. Нарушение баланса между процессами фибринолиза, коагуляции и антикоагуляции приводит к активации процессов тромбообразования. Возможно развитие капилляротоксикоза и микротромбоэмболий в виде застойного полнокровия головного мозга и мелких кровоизлияний в эпикард, плевру, легкие и другие органы с глубокими гемодинамическими расстройствами. При гриппе преимущественно развиваются ринит, фарингит, трахеит, ларингит, бронхит, а также их сочетания друг с другом. Одним из самых тяжелых вариантов этого процесса, обусловленного новым (пандемическим) возбудителем, является развитие массивной пневмонии с острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС) и отеком легкого [1-6].

Парагрипп или парагриппозная инфекция (англ. Parainfluenza) - острое инфекционное заболевание, вызванное вирусом парагриппа, характеризующееся умеренно или слабо выраженной интоксикацией и преимущественным поражением слизистой носоглотки и гортани. У маленьких детей парагрипп может протекать тяжело с развитием ложного крупа (острого стеноза гортани).

В структуре ОРВИ парагрипп, в среднем, составляет 30%, а у детей до 3-х лет встречается еще чаще (50-70% в разные сезоны года). Заболевание распространено повсеместно, чаще его регистрируют в осенний и весенний периоды года. Дети, посещающие детские учреждения, заболевают в 3-4 раза чаще детей, воспитывающихся дома. Наиболее резко эта разница выявлена в группе детей первых 2 лет жизни (в 6-15 раз). Иммуитет после перенесенного парагриппа слабый. У детей и взрослых, имеющих антитела, через 3-4 года возможна повторная инфекция с поражением верхних дыхательных путей.

Инкубационный период колеблется от 2 до 7 дней, чаще 3-4 дня. У большинства больных парагрипп протекает как кратковременное заболевание (не более 3-6 дней), без выраженной общей интоксикации. Заболевание возникает остро лишь у половины больных, у остальных оно начинается постепенно. Интоксикация при парагриппе выражена нерезко. Беспокоит субфебрильная температура тела, общая слабость, головная боль. В клинической картине катарального синдрома преобладают признаки поражения верхних дыхательных путей.

Воротами инфекции являются слизистые оболочки респираторного тракта, особенно носа, глотки и гортани, где возникают выраженные воспалительные изменения. Глотка и трахея вовлекаются в процесс реже и в меньшей степени. Вирусемия при парагриппе непродолжительная и неинтенсивная. Однако, образовавшиеся иммунные комплексы могут оседать в капиллярах и вызывать иммунопатологические реакции. У детей из-за отека слизистой оболочки гортани и ее воспалительной инфильтрации может возникнуть синдром "круп". В возникновении пневмоний при парагриппе существенную роль играет наслоившаяся бактериальная флора [1-6].

Коронавирусная инфекция (сезонная). Коронавирусы (*Coronaviridae*) — семейство РНК-содержащих вирусов, впервые выделены в середине 60-х годов, в современный период составляют до 30% случаев сезонной ОРВИ у детей. Известно 4 рода вирусов — альфа, бета, гамма и дельта. По происхождению антропозоонозная инфекция. Пути распространения воздушно-капельный, контактный, фекально-оральный. Вызывают поражение респираторного и желудочно-кишечного тракта, обладает нейротропностью. Инкубационный период 2-3 дня. Начало острое. Интоксикация выражена мало. Основным симптом — ринит с обильным отделяемым. Отмечаются признаки фарингита, сухой кашель, температура повышается незначительно, часто отмечается дисфункция желудочно-кишечного тракта [1-3,6].

Бокавирусная инфекция. В 2005г. в Швеции был описан новый респираторный вирус, принадлежащий к семейству Parvoviridae, получивший название «бокавирус человека» (human Bocavirus, hBoV), который был выделен от младенцев и детей, страдающих острыми респираторными заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей. Бокавирус относится к семейству Parvoviridae, роду Bocavirus. Парвовирусы широко распространены в природе и являются одними из самых мелких вирусов эукариотов. Чаще для этой инфекции характерна клиника назофарингита, обструктивный

бронхит развивается у 7-10% больных. Заболевание в среднем протекает до 2-3х недель, чаще встречаются среднетяжелые формы заболевания [1-3, 6, 10-12].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Традиционно в структуре инфекционных и паразитарных болезней лидируют острые инфекции верхних дыхательных путей [1,13-15]. Среднепогодная заболеваемость ОРВИ в Российской Федерации за период с 2009–2020 гг. составила 20 907,74 на 100 тыс. населения, при незначительном снижении показателя до 20 318,16 на 100 тыс. населения в 2019 году, при преобладающей частоте заболеваний у детей 71 850,02 на 100 тысяч населения соответствующего возраста (до введения карантинных мероприятий, связанных с новой коронавирусной инфекцией) [13-15]. Доля заболевших детей составляла 70-75%. Необходимо отметить, что это количество случаев заболеваний, зарегистрированных по обращаемости, истинная частота перенесенных ОРВИ существенно выше. Полностью учесть истинную заболеваемость ОРВИ невозможно. Практически каждый человек несколько раз в году болеет ОРВИ. Распространенность ОРВИ связана с наличием чрезвычайного множества респираторных патогенов, формированием только типоспецифического постинфекционного иммунитета и легкостью передачи возбудителей. Дети первых месяцев жизни болеют редко, поскольку находятся в относительной изоляции, и многие из них сохраняют в течение некоторого времени факторы иммунитета, полученный от матери трансплацентарно и с грудным молоком. Наибольшая заболеваемость наблюдается среди детей от 3 до 6 лет жизни, что, как правило, связано с посещением ими детских учреждений, значительным увеличением числа контактов и формированием нового вирусно-бактериального фона. Спектр возбудителей разный, но он определяется сезоном года и возрастом пациента. При госпитализации возможна этиологическая расшифровка до 70% случаев заболеваний [4]. Традиционно, у детей младшего возраста доминирует РС-инфекция, в эпидемические сезоны до 20% случаев составляет грипп А и В, традиционно часто встречается аденовирусная и риновирусная инфекция, однако, в последние годы структура возбудителей несколько изменилась за счет увеличения доли сезонных коронавирусов до 10%-15%, а также метапневмовирусов и бокавирусов до 20%, для которых более характерны поражения нижних отделов дыхательных путей. Другой особенностью современного течения инфекций является сочетание вирусно-вирусных, вирусно-

бактериальных патогенов [16], сочетание поражения респираторного и желудочно-кишечного трактов [17]. Сочетание возбудителей прогностически неблагоприятно, поскольку оно оказывает более значимое патологическое воздействие на организм и имеет менее характерную симптоматику [16,17].

Источником инфекции являются больные с клинически выраженными, стертыми формами болезни и вирусоносители, не имеющие симптомов заболевания. Распространение вирусов происходит воздушно-капельным путем – попадание частичек аэрозоля, содержащего вирус на эпителий слизистых оболочек или путем самоинокуляции на слизистую оболочку носа или конъюнктиву с рук, контаминированных вирусом, при общении с больным или с контаминированными вирусом поверхностями (контактный путь передачи), в некоторых случаях возможен фекально-оральный путь передачи.

Инкубационный период большинства ОРВИ от 2-х до 7-и дней. Выделение вирусов больным максимально на 3-4-е сутки заболевания, снижается к 5-6 дню, неинтенсивное выделение вируса у ряда ОРВИ может сохраняться до 2 недель.

В настоящее время насчитывается более 200 охарактеризованных вирусов, вызывающих ОРВИ, особенность клинической картины обусловлена тропизмом вирусов (наличием белков-рецепторов) к определенным участкам дыхательных путей [3].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Кодирование по МКБ-10

Острый назофарингит (насморк) (J00)

Острый фарингит (J02)

J02.9 - Острый фарингит неуточненный

Острый ларингит и трахеит (J04)

J04.0 - Острый ларингит

J04.1 - Острый трахеит

J04.2 - Острый ларинготрахеит

J05 - Острый обструктивный ларингит (круп)

J05.0 - Острый обструктивный ларингит (круп).

Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (J06)

J06.0 - Острый ларингофарингит

Ю6.9 - Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная

При подтверждении этиологической роли вирусного агента, уточнение выносится в диагноз. В качестве диагноза рекомендуется устанавливать клинический диагноз, или после диагноза ОРВИ указывать клиническую расшифровку диагноза, используя термины «острый назофарингит» или «острый ларингит», или «острый фарингит», поскольку возбудители ОРВИ вызывают также ларингит (круп), тонзиллит, возможно поражение нижних дыхательных путей- бронхит, бронхиолит, что следует указывать в диагнозе.

Лабораторное обследование в целях идентификации возбудителя гриппа и ОРВИ проводится при:

- госпитализации больного по поводу острой респираторной инфекции верхних и нижних дыхательных путей (тяжелые формы заболевания, нетипичная клиническая картина заболевания);

- заболевании лиц с высоким риском неблагоприятного исхода гриппа и ОРВИ (в том числе детей до 1 года, беременных, лиц с хроническими заболеваниями сердца, легких, метаболическим синдромом, иммунодефицитными состояниями и лиц старше 60 лет и других);

- регистрации очагов ОРИ с множественными случаями заболеваний в организованных коллективах детей и взрослых с числом пострадавших 5 и более человек в один инкубационный период, заболевания лиц из организаций с круглосуточным пребыванием.*

(*Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 N 4

"Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней")

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Клиническая классификация [1, 2, 18].

I. По форме (степени) тяжести заболевания:

- Легкая;
- Среднетяжелая;
- Тяжелая.

II. По характеру течения:

- Гладкое (неосложненное);

- Негладкое (специфические осложнения; осложнения, вызванные вторичной микрофлорой; обострение хронических заболеваний)

III. По типу:

- Типичная;
- Атипичная (стертая, бессимптомная).

IV. По локализации поражения (топическим признакам):

- Острый ринит;
- Острый фарингит;
- Острый тонзиллит;
- Острый ларингит;
- Острый трахеит;
- Острый бронхит;
- Сочетания анатомических локализаций (например, назофарингит, тонзиллофарингит, ларинготрахеит).

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Заболевание обычно начинается остро, часто сопровождается повышением температуры тела до субфебрильных цифр (37,5°C—38,0°C). Фебрильная лихорадка более свойственна гриппу, аденовирусной инфекции, энтеровирусным инфекциям. Повышенная температура у 80% больных снижается на 2-3-й день болезни; более длительно (до 5-7 дней) фебрилитет держится при гриппе и аденовирусной инфекции. Нарастание уровня лихорадки, особенно повторные подъемы температуры через 5-6 дней от начала заболевания, нарастание симптомов интоксикации у ребенка должны настораживать в отношении присоединения бактериальной инфекции. У детей младшего возраста повторный подъем температуры на фоне продолжительного насморка после кратковременного улучшения нередко бывает при развитии острого среднего отита. В некоторых случаях отмечается увеличение регионарных лимфатических узлов.

Острый ринит – воспаление слизистой оболочки носовой полости. Характерные симптомы: чихание, отделение слизи из носа (ринорея), нарушение носового дыхания.

Фарингит – воспаление слизистой оболочки глотки. Для него характерны внезапно возникающие ощущения першения и сухости в горле, а также болезненность при глотании. Отмечаются гиперемия и отечность задней стенки глотки, её зернистость, вызванная гиперплазией лимфоидных фолликулов. Возможен навязчивый кашель, не требующий назначения муколитиков и других противокашлевых препаратов.

Тонзиллит – местные изменения в небных миндалинах, характеризующиеся гиперемией и отеком миндалин, небных дужек, паутинообразными наложениями или в рыхлым содержимым в лакунах. Часто отмечается при аденовирусной инфекции, но требует исключения бактериальной (стрептококковой) инфекции.

Ларингит – воспаление гортани с вовлечением голосовых связок и подсвязочного пространства. Первые симптомы – грубый («лающий») кашель, осиплость голоса.

Трахеит – воспалительный процесс в слизистой оболочке трахеи. Симптомы: саднение за грудиной, сухой болезненный кашель.

Для детей характерно сочетание анатомических локализаций поражений при ОРВИ.

Назофарингит. 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 кашель (постназальный синдром). У грудных детей на фоне выраженного затруднения носового дыхания могут отмечаться беспокойство, трудности при кормлении и засыпании. При распространении воспаления на слизистую оболочку слуховых труб (евстахеит) могут появиться шум и боль в ушах, может снизиться слух.

У детей средняя длительность ринита и назофарингита составляет до 6-8 дней, при более длительном течении, сопровождающемся головной болью, необходимо исключить развитие синусита.

Ларинготрахеит характеризуется осиплостью голоса с сохранением звонких нот при крике ребенка, грубым («лающим») сухим кашлем. Кашель может быть навязчивым, частым, сопровождаться болью в области трахеи. По мере течения процесса кашель перестает быть сухим и становится продуктивным. При отсутствии синдрома крупа (обструктивного ларинготрахеита) явлений стеноза гортани не отмечается, дыхательной недостаточности нет.

Бронхит – поражение бронхов любого калибра. Основным симптомом – кашель (в начале заболевания сухой, через несколько дней – влажный с увеличивающимся количеством мокроты). Мокрота чаще имеет слизистый характер, но на 2-й неделе может приобретать зеленоватый оттенок за счет примеси фибрина. Кашель сохраняется в течение 2 недель и дольше (до 1 месяца) при заболеваниях аденовирусной, респираторно-синцитиальной, а также при атипичных бактериальных (микоплазменной и хламидийной

инфекциях). Аускультативно отмечается жесткое дыхание, появление рассеянных сухих хрипов, после кашля меняющих свою локализацию, перкуторно- ясный звук.

Бронхиолит – воспалительное поражение бронхов мелкого калибра (bronchiolitis), Характерны явления бронхиальной обструкции (цианоз носогубного треугольника экспираторная одышка, спастический кашель, тахипноэ, диффузные рассеянные крепитирующие хрипы) с явлениями дыхательной недостаточности.

Бронхит и бронхиолит преимущественно имеют вирусную этиологию (РС-инфекция, метапневмо- и бокавирусная инфекции) [19].

В среднем симптомы неосложненного ОРВИ могут сохраняться до 10-14 дней. Осложнения при острых респираторных вирусных инфекциях подразделяются на специфические и вторичные, вызванные активизацией вторичной микрофлоры.

Специфические осложнения [2, 9, 18,19, 9, 20].

Острая дыхательная недостаточность (ОДН) — чаще развивается при респираторных вирусных инфекциях, протекающих с поражением нижних дыхательных путей, особенно при развитии бронхообструктивного синдрома (чаще при респираторно-синцитиальной, бокавирусной, метапневмовирусной инфекциях) или при парагриппе (при формировании ложного крупа). Клинически проявляется в виде тяжелой одышки, цианоза (синюшности), тахикардии, беспокойства больных.

Отек и набухание головного мозга. При ОРВИ у детей развивается редко - при тяжелом гипоксическом состоянии, преимущественно у пациентов с тяжелыми формами ОРВИ Проявления: сильная головная боль, тошнота, рвота, возможно психомоторное возбуждение, брадикардия, повышение артериального давления, судороги, расстройство дыхания, нарастающие менингеальная и очаговая симптоматика, расстройство сознания от оглушения до развития комы.

Осложнения, вызванные активацией вторичной бактериальной микрофлоры

Острый синусит. Бактериальные синуситы (воспаление околоносовых пазух - гайморит, фронтит, сфеноидит) являются частым осложнением ОРВИ, преимущественно у детей старше 5 лет. Заподозрить наличие синусита необходимо при длительном (более 7 дней) сохранении заложенности носа, тяжести в голове и головной боли, в ряде случаев повышения температуры. При отсутствии лечения острый синусит легко переходит в хроническую форму заболевания.

Острый отит. Острый отит гнойный проявляется постоянными или пульсирующими (стреляющими) болями в ухе, может наблюдаться болезненность в области сосцевидного отростка. Катаральный средний отит - у детей является частым осложнением респираторных вирусных инфекций, особенно при наличии ринита или у пациентов с РС-инфекцией.

Острый бронхит. Может быть, как проявлением ОРВИ, так и ее осложнением. Острый бронхит проявляется длительным продуктивным кашлем.

Пневмония. Одно из самых частых осложнений ОРВИ. Развитие пневмонии следует подозревать при сохранении высокой температуры тела более 7–10 дней, сохранением кашля. Характерными признаками пневмонии является локальная симптоматика: ослабление дыхания, наличие влажных хрипов, крепитации (не меняют локализацию после кашля), локальном притуплении легочного звука при перкуссии. Диагноз подтверждается при рентгенологическом исследовании легких. Возможна вирусная этиология пневмонии

2.Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагностика острых респираторных вирусных инфекций у детей производится путем оценки эпидемиологического анамнеза, анамнеза болезни, анализа жалоб, клинического осмотра, лабораторных и специальных методов обследования и направлена на определение клинической формы, степени тяжести, выявление осложнений, при необходимости расшифровке этиологии заболевания и выбора тактики лечения.

2.1 Жалобы и анамнез

У всех пациентов/законных представителей пациентов с ОРВИ, необходимо провести сбор анамнеза и жалоб:

- Рекомендуется обратить внимание на сведения эпидемиологического анамнеза: о пребывании в очаге ОРВИ, заболеваемости в детском учреждении, контакты с

больными детьми и взрослыми в период, соответствующий инкубационному периоду [2, 3, 18, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано обратить внимание на наличие эпидемического подъема заболеваемости ОРВИ [1, 2, **Ошибка! Источник ссылки не найден.** 18, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано обратить внимание на характерную сезонность ОРВИ (осенне-зимний, зимне-весенний период) с максимумом подъема заболеваемости [1, 2, **Ошибка! Источник ссылки не найден.**, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется обратить внимание на общее недомогание, повышение температуры тела, утомляемость, слабость, снижение аппетита, у детей грудного возраста отказ от груди матери или затрудненное кормление, немотивированное беспокойство, головные боли, боли в горле, затруднение носового дыхания, насморк (ринорея), осиплость голоса, кашель (сухой и влажный), увеличение лимфоузлов, боли в животе (при аденовирусной инфекции). При тяжелом течении некоторых заболеваний возможно появление одышки, проявляющейся затруднение вдоха и/или выдоха. При тяжёлом течении некоторых ОРВИ также могут появляться выраженные головные боли, многократная рвота, судороги и потеря сознания (симптомы менингита и отёка мозга). Возможно также наличие таких жалоб, как тошнота, иногда рвота, ощущение сердцебиения или перебоев в работе сердца, что является проявлением общего интоксикационного синдрома [2, 3, 6, 8, 16, 18, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется при сборе анамнеза выявить длительность заболевания, динамику клинических симптомов, переносимость температуры [2, 19, 21].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: При развитии воспалительного процесса для ОРВИ типична смена симптоматики – заложенность носа может смениться ринореей, сухой кашель постепенно становится продуктивным, температура в первые 3-4 дня может

находиться на фебрильных показателях, затем постепенно снижается до субфебрильных цифр

- Рекомендуется у всех пациентов с симптомами ОРВИ уточнить аллергологический анамнез и проявления аллергических реакций в семье для проведения дифференциальной диагностики и выявления факторов риска развития осложненного течения заболевания и лекарственной непереносимости [2, 3, 5, 7, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: у детей сотягощенным аллергическим фоном возможно более длительное сохранение симптомов ринита, кашля, чаще развивается бронхообструктивный синдром. Необходимо всегда уточнять наличие аллергических реакций на лекарственные препараты.

- Рекомендуется у всех пациентов с симптомами ОРВИ обратить внимание на наличие сопутствующих хронических заболеваний для выявления факторов риска развития тяжелого и осложненного течения заболевания [2,3, 6, 18, 19, 20, 22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: ОРВИ являются провоцирующим фактором для развития обострений хронических заболеваний, наличие коморбидных заболеваний прогнозирует риск тяжелого и негладкого течения ОРВИ.

- Рекомендуется у всех пациентов с симптомами ОРВИ уточнить переносимость высокой температуры – необходимо уточнить наличие фебрильных судорог, судорожного синдрома в анамнезе [23, 24]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: данные сведения необходимы для решения вопроса о назначении жаропонижающих средств и решения вопроса о необходимости госпитализации пациента .

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендовано у всех пациентов с подозрением на ОРВИ и наличием симптомов ОРВИ начать с визуального исследования с оценкой состояние кожных покровов и видимых слизистых оболочек: цвет (гиперемия, бледность, цианоз), влажность, отечность, инъекция сосудов склер. Выявляют гиперемии дужек и/или задней стенки ротоглотки, рыхлость и зернистость слизистой задней стенки, увеличение

лимфоидных фолликулов по задней стенке, реже миндалин, проводят оценку состояния регионарных лимфатических узлов [19, 26, 27, 28].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательности - 5)

Комментарии: выявление катаральных симптомов обязательно на начальном этапе диагностики ОРВИ. В ряде случаев возможно выявление болезненности и увеличение размеров регионарных лимфатических узлов, что свидетельствует о развитии лимфаденита. Однако, вышеуказанные симптомы могут быть также проявлением некоторых бактериальных инфекций, в частности стрептококкового тонзиллита или тонзиллофарингита [25, 268].

- Рекомендовано у всех пациентов с ОРВИ физикальные методы исследования сердца: измерение частоты сердцебиений, аускультация [29].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательства - 5).

Комментарии: данные методы обследования необходимы для диагностики возможных осложнений ОРВИ (кардиомиопатия, эндокардит, изменения сердечного ритма вследствие нарушения проводимости).

- Рекомендовано у всех пациентов с ОРВИ физикальное исследование легких (пальпация, перкуссия, аускультация) для оценки уровня поражения респираторного тракта [5, 6, 7, 18, 19, 23, 27]:

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательства - 5).

Комментарии: проведение исследования необходимо для оценки уровня поражения респираторного тракта, для выявления характерных изменений при бронхите, бронхообструктивном синдроме или появления локальной симптоматики, типичной для пневмонии.

- Рекомендовано у всех пациентов с ОРВИ проводить визуальное исследование и пальпацию живота для оценки вовлеченности органов желудочно-кишечного тракта в воспалительный процесс или выявления сопутствующих заболеваний [16, 17].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательства - 5).

Комментарии: для ОРВИ, особенно для аденовирусной инфекции, характерно поражение органов ЖКТ; поражение также возможно при сочетанной инфекции

- Рекомендовано у всех пациентов с ОРВИ при наличии жалоб на головную боль проверять менингеальные симптомы с целью дифференциальной диагностики с инфекционными заболеваниями, протекающими с поражением ЦНС [2, 18, 19, 27].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательства - 5).

Комментарии: *Инфекционные заболевания с поражением ЦНС вирусно-бактериальной природы могут иметь первые проявления в виде катаральных симптомов, типичных для ОРВИ*

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Рекомендовано пациентам с ОРВИ при среднетяжелом и тяжелом течении, длительном сохранении повышенной температуры тела, выполнение клинического анализа крови развернутого с определением лейкоцитарной формулы для комплексной оценки степени тяжести болезни, диагностики, и своевременного выявления осложнений [2, 5, 18, 19, 27, 30].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: *при вирусных инфекциях в клиническом анализе крови характерны лейкопения или нормоцитоз, увеличение процентного соотношения различных форм лейкоцитов в сторону лимфоцитов и моноцитов. Однако возможно наличие изменений, схожих с бактериальными инфекциями (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ).*

- Рекомендовано пациентам с ОРВИ при сохраняющейся повышенной температуре тела более 5-6 дней выполнение общего (клинического) анализа мочи для выявления патологии мочевыделительной системы [2, 5, 18, 19, 27, 30].

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств – 5.

Комментарии: *при неосложненном течении ОРВИ патологических изменений нет; при выраженной лихорадке, интоксикационном синдроме, возможно появления признаков «токсической почки» - протеинурия, цилиндрурия, лейкоцит-и эритроцитурия, которые обусловлены развитием тубулоинтерстициального нефрита на фоне ОРВИ, кроме того возможно присоединение или обострение инфекции мочевыводящей системы.*

- Рекомендовано проводить исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови для исключения тяжелой бактериальной инфекции у детей с длительной фебрильной лихорадкой (повышение температуры выше 38°C более 4-5 дней), особенно при отсутствии видимого очага инфекции [31, 32, 33].

(Уровень убедительности рекомендаций В; уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: *Повышение его выше 40-45 мг/л более характерно для бактериальных инфекций.*

- Рекомендовано пациентам с среднетяжелой и тяжелой формой ОРВИ, или ее негладком течением, при госпитализации, проведение молекулярно–генетического исследования мазков из носоглотки на возбудителей ОРВИ (ОРВИ-скрин) [1, 19, 23, 34, 35,37,38].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: *на амбулаторном этапе оказания помощи показано при наличии эпидемического очага, на стационарном этапе – при тяжелой степени тяжести, негладком течении, раннем возрасте ребенка, угрозе развития ОРДС.*

Применение экспресс тестов для диагностики вирусных инфекций в отделениях неотложной помощи и отделениях стационаров может уменьшать риск необоснованной антибиотикотерапии, а также ненужных диагностических исследований, в т.ч. рентгенографии грудной клетки. Особенно важен экспресс-тест при диагностике гриппа, так как может быть начато этиотропное лечение ингибиторами нейраминидазы.

- Рекомендовано лицам с симптомами гриппоподобного заболевания определение РНК вирусов гриппа в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР на вирусы гриппа А и В для своевременного назначения специфической этиотропной терапии [1, 19, 23, 34, 35].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: *ПЦР наиболее эффективный метод, который позволяет обнаружить нуклеиновые кислоты вируса в среднем до 7 дней, и максимум – до 2 недель от начала заболевания (при условии сохранении признаков поражения верхних дыхательных путей). Результаты получают в течение 4–6 часов после представления образца.*

- Рекомендовано лицам с симптомами ОРВИ проведение молекулярно-биологического исследования мазков со слизистой оболочки носоглотки на возбудителя COVID-19 для проведения дифференциальной диагностики у всех заболевших [36].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *Обследование на возбудителя COVID-19 проводится в зависимости от текущей эпидемической обстановки.*

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 2).

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано выполнение пульсоксиметрии с измерением SpO₂ пациентам со среднетяжелой и тяжелой формой ОРВИ для ранней диагностики респираторных нарушений [36, 39, 40].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: *пульсоксиметрия является простым и надежным скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке, и оценивать эффективность кислородотерапии.*

- Рекомендовано выполнение рентгенографии легких пациентам при подозрении на развитие пневмонии [33,39, 41, 42, 43, 44].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии:

Показаниями для рентгенографии легких являются:

- *признаки респираторного дистресса (одышка, тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании, хрипящее/стонущее дыхание);*

- *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 $10 \times 10^9/\text{л}$ и более, уровень С-реактивного белка выше 45 мг/л в отсутствие очага бактериальной инфекции .*

- Рекомендуется рентгенография придаточных пазух носа пациентам с затруднением носового дыхания при подозрении на синусит, вызванный присоединением бактериальной флоры для своевременной консультации отоларинголога и оказания специализированной помощи [45, 46, 47, 48].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств - 3).

Комментарии: *проведение рентгенографии придаточных пазух носа на ранних сроках заболевания часто выявляет обусловленное вирусом воспаление придаточных пазух носа, которое самопроизвольно разрешается в течение 2 недель [48].*

- **Рекомендовано пациентам** при подозрении на поражение сердца выполнение электрокардиографии для своевременной диагностики нарушений ритма сердца [2, 39, 49, 50].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: *исследование рекомендовано пациентам с тяжелой и осложненной ОРВИ, с пороками сердца, миокардиопатией или миокардитом в анамнезе, при клинических признаках аритмии*

2.5 Другие диагностические исследования

- **Рекомендовано пациентам с ОРВИ** при подозрении на развитие отита или синусита консультация врача –оториноларинголога для определения дальнейшей тактики ведения пациента [46, 47, 48].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Учитывая высокую частоту острого среднего отита у детей с ринитом, рекомендовано проведение отоскопии пациентам с ринитом, особенно при наличии лихорадки.*

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Принципы лечения больных с ОРВИ предусматривают решение следующих задач: предупреждение дальнейшего развития патологического процесса, обусловленного заболеванием, достижение полного и стойкого выздоровления; профилактика развития возможных осложнений заболевания.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы: период заболевания; тяжесть заболевания; клиническая форма заболевания; ведущие клинические

проявления и особенности течения заболевания с учетом признаков иммунодефицита, возраст больного; наличие и характер осложнений; доступность и возможность выполнения лечения в соответствии с необходимым видом оказания медицинской помощи.

Рекомендовано лечение в амбулаторных условиях пациентов с легкой и среднетяжелой формой ОРВИ. В случае безуспешности проводимого лечения или невозможности его проведения в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации в стационар. Рекомендована госпитализация пациентов, переносящих заболевание в тяжелой форме, с осложнениями болезни, а также по эпидемическим показаниям в инфекционные отделения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детям с инфекционными заболеваниями [1.2.6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

3.1 Консервативное лечение

Этиологическая диагностика ОРВИ и гриппа требует времени и не всегда возможна, поэтому противовирусное лечение можно начинать при наличии показаний, без идентификации возбудителя ОРВИ и гриппа, руководствуясь анамнезом и клинической картиной заболевания. Такими показаниями являются: гипертермия, среднетяжелая или тяжелая форма или негладкое течение заболевания с самого его начала; наличие сопутствующих хронических болезней, независимо от степени тяжести ОРВИ и гриппа; перенесенное ранее острое инфекционное заболевание (в предшествующие 3 недели)

3.1.1. Этиотропная (противовирусная терапия, препараты с доказанным противовирусным действием)

Рекомендовано назначение пациентам с симптомами ОРВИ противовирусных препаратов для прекращения репликации вирусов. Целесообразность назначения противовирусных препаратов определяется врачом индивидуально для каждого пациента:

- Рекомендована этиотропная терапия при гриппе А (в т.ч. H1N1) и В в первые 24-48 часов болезни [51, 52]. Пациентам, переносящим грипп, могут быть назначены ингибиторы нейраминидазы: Осельтамивир** с возраста 1 года, или Занамивир детям с 5 лет.

(Уровень убедительности рекомендаций В; уровень достоверности

доказательств - 1).

Комментарии: В период эпидемического подъема детям с гриппоподобным заболеванием и наличием факторов риска тяжелой степени тяжести гриппа рекомендовано применение ингибиторов нейраминидазы, причем для достижения оптимального эффекта лечение должно быть начато при появлении первых симптомов заболевания. При отсутствии факторов риска у больного гриппоподобным заболеванием или на фоне эпидемиологического благополучия по гриппу рекомендованы противовирусные препараты прямого или непрямого механизма действия, или иммуномодуляторы. Без этиологического подтверждения лечение ингибиторами нейраминидазы целесообразно при наличии типичных клинических проявлений гриппа у пациента в эпидемический сезон подъема заболеваемости, а также при эпидемиологически связанных случаях (в очагах).

На другие респираторные вирусы, не содержащие нейраминидазы, данные препараты не действуют.

• **Рекомендовано использование противовирусных средств для лечения ОРВИ любой этиологии :**

– Умифеновир [36,52-58].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: умифеновир** – противовирусное средство, применяется для лечения ОРВИ любой этиологии, включая грипп и новую коронавирусную инфекцию.

Лечение у взрослых и детей с 2-х лет в суспензии, с 3 лет в таблетках, с 12 лет – в капсулах

– Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты [59-60].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты** реализует противовирусное и противовоспалительное действие за счет нормализации уровня интерферона и снижения противовоспалительных цитокинов. Разрешен к применению у детей старше 3-х лет в сиропе и старше 13 лет в капсулах.

- Кагоцел** - таблетки по 12 мг [72-88]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: Основным механизмом действия препарата Кагоцел является способность индуцировать продукцию поздних интерферонов α и β , обладающих высокой противовирусной эффективностью Индуктор интерферонов. Разрешен к применению у детей старше 3-х лет.

3.1.2. Этиопатогенетическая терапия препаратами с широкой противовирусной и иммуномодулирующей активностью

- Рекомендовано применение препаратов Интерферона альфа 2b ** в качестве противовирусного, иммуномодулирующего и противовоспалительного средства [63-71].

Препараты могут применяться в различных формах - капли (гриппферон), мазь (виферон), суппозитории (виферон), гель (виферон), капсулы (реаферон-ЕС липинт).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: наиболее эффективно применение интерферонов в первые 3-е суток от начала заболевания. Препараты интерферона альфа2b могут применяться в каплях, в виде назального спрея и капель, геля и мази для местного применения, глазных капель при вирусном поражении глаз. При интраназальном применении концентрация действующего вещества, достигаемая в крови, не имеет клинической значимости.

– Меглюмина акридонацетат [93-104].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: низкомолекулярный индуктор интерферонов с выраженной интерфероногенной активностью. Применяется по схеме, разрешен к применению у детей старше 4-х лет.

- Анаферон детский (Антитела к гамма-интерферону афинно очищенные) [105-111].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Обладает иммуностимулирующим и противовирусным действием, Снижает концентрацию вируса в пораженных тканях, влияет на систему эндогенных интерферонов и сопряженных с ними цитокинов, индуцирует образование эндогенных «ранних» интерферонов (ИФН α/β) и гамма-интерферона (ИФН γ). Стимулирует гуморальный и клеточный иммунный ответ. Разрешен к применению у детей старше 1 месяца.

- Эргоферон (Антитела к гамма-интерферону афинно очищенные, антитела к гистамину афинно очищенные, антитела к CD4 афинно очищенные) [112-117]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: *Препарат обладает противовирусным, иммуномодулирующим, противовоспалительным и антигистаминным действием, может быть назначен в виде монотерапии или в составе комплексной терапии. Разрешен к применению у детей старше 6 месяцев.*

3.1.3. Патогенетическая и симптоматическая терапия

- Рекомендуется обязательное проведение базисной терапии всем пациентам независимо от тяжести течения заболевания [2, 2, 19, 118].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *Базисная терапия включает в себя полупостельный или постельный режим в зависимости от самочувствия, диету. В рацион включают легко усваиваемые продукты, богатые витаминами (нежирные сорта мяса, рыбы, молочные продукты и молочно-кислые продукты, фрукты, овощи, соки, компоты). Жидкость назначается с учетом физиологической потребности с добавлением на патологические потери (гипертермию, одышку и т.д.) Дети первого года жизни находятся на грудном вскармливании или получают адаптированные смеси по показаниям (в зависимости от возраста и особенностей соматического статуса)*

- Рекомендуется при синдроме ринита проводить ирригационно-элиминационную терапию, т.к. данная терапия эффективна и безопасна. Введение в нос натрия хлорида (0,9%) или стерилизованного раствора морской воды несколько раз в день обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия. При заложенности носа показано использование гипертонических растворов на основе морской воды. [119-121].

Уровень убедительности рекомендаций В; (уровень достоверности доказательств - 3).

Комментарии: *Вводить растворы лучше в положении лежа на спине с запрокинутой назад головой для орошения свода носоглотки и аденоидов. У маленьких детей с обильным отделяемым эффективна аспирация слизи из носа специальным ручным отсосом с последующим введением растворов. Положение в*

кроватке с поднятым головным концом способствует отхождению слизи из носа. У старших детей показано применение спреев на основе стерилизованной морской воды.

- Рекомендуется при выраженном затруднении носового дыхания назначение местных препаратов, обладающих сосудосуживающим действием – противоконгестивных средств интраназально коротким курсом не более 5 дней [121-123].

Уровень убедительности рекомендаций С; (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: *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. Могут применяться и другие препараты этой группы для местного применения» в соответствии с инструкциями.*

- С целью снижения температуры тела у детей при ОРВИ рекомендуются к применению жаропонижающие средства только на основе препаратов, содержащих парацетамол** до 60 мг/кг/сут или ибупрофен** до 30 мг/кг/сут [124-128].

Уровень убедительности рекомендаций В; (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: *Жаропонижающие препараты у здоровых детей старше 3-х месяцев оправданы 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. Регулярный (курсовой) прием жаропонижающих нежелателен, повторную дозу вводят только после нового повышения температуры.*

*Парацетамол** и ибупрофен** могут применяться внутрь per os или в форме ректальных суппозиториев, существует также парацетамол для внутривенного введения.*

- Не рекомендуется у детей с жаропонижающей целью применять ацетилсалициловую кислоту**, нимесулид, метамизон натрия в связи с высоким риском развития нежелательных реакций [125, 27-129].

Уровень убедительности рекомендаций С; (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендуется лихорадящего ребенка раскрыть, обернуть водой с температурой 25-30°C [24, 23].

Уровень убедительности рекомендаций С; (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: для улучшения теплоотдачи и снижения температуры тела.

- Рекомендуется проведение инфузионной терапии детям со среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести ОРВИ при стационарном лечении с целью дезинтоксикации и коррекции водно-электролитного баланса с использованием растворов для внутривенного введения: растворы электролитов, электролиты в комбинации с углеводами, углеводы (с учетом возраста детей и показаний) [1, 2, 18, 60, 124, 128, 129].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –3).

Комментарии: Парентеральное введение жидкости проводят исходя из расчета физиологической потребности, текущих патологических потерь и имеющегося дефицита жидкости.

- **Не рекомендуется** использование противомикробных препаратов системного действия для лечения неосложненных ОРВИ и гриппа, в том числе, если заболевание сопровождается в первые 10 дней болезни риносинуситом, конъюнктивитом, ларингитом, крупом, бронхитом, бронхообструктивным синдромом [130-132].

(Уровень убедительности рекомендаций А; уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: Антибактериальная терапия в случае неосложненной вирусной инфекции не только не предотвращает бактериальную суперинфекцию, но способствует ее развитию из-за подавления нормальной флоры человека в различных биотопах.

- Не рекомендовано одновременное применение отхаркивающих и противокашлевых средств пациентам с кашлем [3, 18, 60, 132- 138].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: назначение противокашлевых средств пациентам с кашлем может способствовать застою мокроты за счет подавления кашлевого рефлекса.

- Рекомендовано назначение пациентам с симптомами ОРВИ иммуномодулирующих препаратов с широким действием в комплексной терапии. Целесообразность назначения иммуномодулирующих препаратов в комплексной терапии определяется врачом индивидуально для каждого пациента:

- Азоксимера бромид ** [139].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *обладает комплексным действием: иммуномодулирующим, детоксицирующим, антиоксидантным, умеренным противовоспалительным. Разрешен к применению. у детей старше 6 месяцев*

- Глюкозаминилмурамилдипептид

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *иммуностимулятор в комплексной терапии ОРВИ - стимулирует функциональную (бактерицидную, цитотоксическую) активность фагоцитов (нейтрофилов, макрофагов), усиливает пролиферацию Т- и В-лимфоцитов, повышает синтез специфических антител, повышает активность естественных киллерных клеток. Применяется у детей старше 3 лет в комплексной терапии заболеваний, сопровождающихся вторичным иммунодефицитным состоянием.*

3.2 Иное лечение

- Рекомендуется при ОРВИ терапия местными средствами в виде полосканий, теплого питья или инсуффляций, ингаляций, таблеток и пастилок для рассасывания, физиотерапевтические процедуры с целью уменьшения местного воспаления, выраженности болевого синдрома, профилактика вторичного инфицирования поврежденной слизистой ротоглотки [1,6,127-135].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: *Терапия проводится по назначению врача с учетом показаний к применению и возрастного ценза.*

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Рекомендуется проводить медицинскую реабилитацию реконвалесцентов ОРВИ в медицинских организациях государственной системы здравоохранения или профильных структурных подразделениях медицинских организаций, включая центры восстановительной медицины и реабилитации, а также санаторно-курортное лечение [1,2,3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Профилактические мероприятия направлены на раннюю и активную диагностику, изоляцию пациентов из организованных коллективов. Требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проводимых с целью предупреждения возникновения и распространения заболевания ОРВИ установлены Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 N 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (вместе с «СанПиН 3.3686-21. Санитарные правила и нормы...») (Зарегистрировано в Минюсте России 15.02.2021 N 62500)

6. Организация оказания медицинской помощи

Ребенок при ОРВИ обычно наблюдается в амбулаторно-поликлинических условиях медицинским работником в случае легких и среднетяжелых форм ОРВИ. Повторный осмотр необходим при сохранении температуры более 3 дней или ухудшении состояния.

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

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- наличие признаков респираторного дистресса (одышка, тахипноэ, втяжение

уступчивых мест грудной клетки при дыхании, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, кряхтящее/стонущее дыхание);

- обструктивные заболевания верхних и нижних дыхательных путей (стеноз гортани, бронхообструктивный синдром, бронхиолит) при наличии признаков дыхательной недостаточности; 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;
- снижения сатурации крови кислородом (SpO₂) менее 95% при дыхании комнатным воздухом;
- наличие выраженных симптомов интоксикации: ребенок вялый и сонливый, недоступен контакту или резко выраженное беспокойство, отказ от питья, гиперестезия, судороги
- повторные рвоты;
- снижение мочеотделения;
- сохранение высокой лихорадки (более 4-5 суток) с рефрактерностью к жаропонижающим средствам;
- признаки развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, ЦНС и др.
- наличие тяжелых преморбидных заболеваний/состояний
- дети до 3-х месяцев с фебрильной лихорадкой в связи с высоким риском развития у них тяжелой бактериальной инфекции

Критерии выздоровления:

- отсутствие интоксикации;
- отсутствие осложнений;
- нормализация функций всех пораженных органов.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

ОРВИ, особенно повторные могут явиться триггером обострения хронических заболеваний.

ОРВИ, протекающие в легкой и среднетяжелой форме, в отсутствие бактериальных осложнений, доброкачественны, однако могут оставаться некоторые симптомы (покашливание, слизистое отделяемое из носовых ходов) до 10-14 дней.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1.	Проведен сбор анамнеза и жалоб	Да/нет
2.	Проведено визуальное исследование	Да/нет
3.	Проведено физикальное исследование сердца	Да/нет
4.	Проведено физикальное исследование легких	Да/нет
5.	Проведено физикальное исследование и пальпация живота	Да/нет
6.	Выполнен клинический анализ крови развернутый с определением лейкоцитарной формулы (по показаниям)	Да/нет
7.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи (по показаниям)	Да/нет
8.	Проведено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (по показаниям)	Да/нет
9.	Проведено молекулярно-генетическое исследование мазков из носоглотки на возбудителей ОРВИ (по показаниям)	Да/нет
10.	Выполнена пульсоксиметрия с измерением SpO ₂ пациентам со среднетяжелой и тяжелой формой ОРВИ	Да/нет
11.	Выполнение рентгенография легких при подозрении на развитие пневмонии	Да/нет
12.	Выполнена электрокардиография при подозрении на поражение сердца	Да/нет
13.	Проведена консультация врача-оториноларинголога (по показаниям)	Да/нет
14.	Проведена этиотропная терапия (по показаниям)	Да/нет
15.	Проведена инфузионная терапия (по показаниям)	Да/нет
16.	Проведена симптоматическая терапия	Да/нет

Список литературы

1. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Под ред. акад. РАМ Н.Д. Ющука, акад. РАЕН Ю.Я. Венгерова. – 2-е изд., перераб. и доп. М.: Издательство ГЭОТАР-Медиа, 2019.; 1004 с.
2. Острые инфекции дыхательных путей у детей. Диагностика, лечение профилактика: клиническое руководство/ Геппе Н.А и др – 2-е изд. обновленное и переработанное М. Издательство МедКом- про, 2020:254с.
3. Руководство по вирусологии. Вирусы и вирусные инфекции человека и животных. Под ред академика РАН Д.К. Львова. М: ООО «Издательство «Медицинское Информационное агенство» 2013; 1200 с
4. Сологуб Т.В., Токин И.И., Цветков В.В., Цыбалова Л.М. Грипп в практике клинициста, эпидемиолога и вирусолога.: М. «Медицинское информационное агенство» 2017:272с.
5. Смирнов В.С., Петленко С.В. Грипп и острые респираторные вирусные инфекции. С-ПБ: Гиппократ; 2019.248с.
6. Детские инфекционные болезни. Учебное пособие /И.О. Стома и др./ Гомель:ГомГМУ; 2021, 412с.
7. Хмилевская С.А, Зрячкин Н.М., Михайлов В.Е. Клинико-эпидемиологические особенности острых респираторных инфекций у детей и оценка эффективности противовирусной терапии. *Журнал инфектологии.*2019;3 (11):38-45.
8. Соколовская В.В., Грукова А.И., Жилина Е.А. и др. Клинико-эпидемиологические особенности течения метапневмовирусной инфекции у детей. *Журнал инфектологии.*2019;4(11):Прил.1.121-122.
9. Савиных В.А., Калужских Т.И., Савиных М.В.,Зайцева Е.Г. Респираторно-синтициальная инфекция у детей в Кировской области. *Журнал инфектологии.*2019;4(11):Прил.1.117-118.
10. Калужских Т.И., Савиных Н.А., Савиных М.В. Клинико-эпидемиологические особенности метапневмовирусной и бокавирусной инфекций у детей. *Журнал инфектологии.*2019;4(11):Прил1.71-72.
11. Шарипова Е.В., Бабаченко И.В., Щербатых М.А. Поражение дыхательных путей при бокавирусной инфекции у детей. *Детские инфекции.* 2020; 19 (2): 14-18.
12. Сивец Н.В., Шмелева Н.П., Лапо Т.П. Бокапарвовирусная инфекция у детей в республике Беларусь: молекулярно-эпидемиологические аспекты. *Журнал инфектологии.*2019;4(11):113-121

13. Государственный доклад «О состоянии санитарно–эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году» М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2019.
14. Государственный доклад «О состоянии санитарно–эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году» М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2020.
15. Государственный доклад «О состоянии санитарно–эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2020 году» М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2021
16. Шкарин В.В., Сергеева А.В. Эпидемиологические и клинические особенности сочетанных респираторных инфекций у детей. *Детские инфекции*. 2017;1(16):51-56
17. Каннер Е.В., Печкуров Д.В., Горелов А.В. Эпидемиологическая характеристика острых инфекций с сочетанным поражением дыхательной и пищеварительной систем у детей. *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2019;2:24-30.
18. Инфекционные болезни у детей: учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов / под ред. проф. В.Н. Тимченко. – 4-е издание, испр. и доп. – СПб: СпецЛит, 2012. – 623 с.
19. Острые респираторные инфекции у детей и подростков: практическое руководство для врачей /Л.В. Осидак, В.П. Дринецкий, Л.М. Цыбалова и др.; под ред. Л.В. Осидак. – 3-е изд., доп. – СПб: ИнформМед, 2014. – 256 с.
20. Ровный В.Б. Клинико-эпидемиологические особенности респираторно-синцитиальной инфекции у детей разного возраста./ В.Б. Ровный, Ю.В. Лобзин, И.В. Бабаченко, О.М. Ибрагимова, Е.С. Романова // *Журнал инфектологии*. 2013; 2 (5): 76-81.
21. Ситников И.Г., Фазылов В.Х., Силина Е.В., Шевченко С.Б., Малышев Н.А., Еганян Г.А., Гроппа Л.Г., Корсантия Б.М. Влияние сроков начала терапии острой респираторной вирусной инфекции и гриппа на динамику клинических симптомов и исход заболевания (результаты когортного международного наблюдательного исследования FLUEE). // *Клин. мед.* 2017; 95(7): 634—641.
22. Булгакова В.А., Поромов А.А., Грекова А.И., Пшеничная Н.Ю., Сельскова Е.П., Львов Н.И., Ленева И.А., Шестакова И.В., Малеев В.В.

- Фармакоэпидемиологическое исследование течения гриппа и других ОРВИ в группах риска. *Терапевтический Архив*. 01.2017; с. 61–70.
23. Руководство по амбулаторно-клинической педиатрии./ под ред. А.А. Баранова. М.: Гэотар-Медиа. 2009. – 2-е изд.
 24. Meremikwu MM, Oyo-Ita A. Physical methods versus drug placebo or no treatment for managing fever in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD004264. DOI: 10.1002/14651858.CD004264.
 25. Селькова Е.П., Калюжин О.В. ОРВИ и грипп. В помощь практикующему врачу. М.: МИА; 2015; 224 с.
 26. Карпухин Г.И., Карпухина О.Г. Диагностика, профилактика и течение острых респираторных заболеваний. СПб.: Гиппократ. 2000; 184 с.
 27. Инфекционные болезни у детей: Руководство для врачей. –2-е издание, испр. и доп./ под ред. В.В. Ивановой.– М: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009.–832 с.
 28. Острый тонзиллофарингит. Клинические рекомендации. Поляков Д.П., Карнеева О.В., Рязанцев С.В., Гаращенко Т.И., Гуров А.В., Казанова А.В., Максимова Е.А. 2016; 19 с.
 29. Левина А.С. Респираторные инфекции как фактор развития кардиальных нарушений. // А.С. Левина, И.В. Бабаченко, С.Н. Чупрова, Н.В. Кочевая, И.Ю. Мельникова, В.Е. Карев. Материалы всероссийского ежегодного конгресса / Инфекционные болезни у детей: диагностика, лечение и профилактика. 2015 г. *Журнал инфектологии*. 2015. Приложение. 4 (7): 52.
 30. Мартынов А.И., Малявин А.Г., Журавлева М.В. с соавт. Консенсус экспертного совета РНМОТ «Улучшение результатов лечения инфекций дыхательных путей». *Профилактическая медицина*. 2019; 22(4): 144–151.
 31. Trippella G, et al. Inflammatory biomarkers to guide diagnostic and therapeutic decisions in children presenting with fever without apparent source. *J Chemother* 2018.
 32. Рачина С.А., Козлов Р.С., Таточенко В.К., и др. Анализ подходов к применению антибиотиков при инфекциях верхних дыхательных путей и ЛОР-органов у детей: результаты опроса участковых педиатров. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2016. Т. 18. № 1. С. 20-32.
 33. Лабораторные критерии прогноза течения острых респираторных инфекций у детей: медицинская технология. Алексеева Л.А., Бабаченко И.В., Григорьев С.Г., Бессонова Т.В., Макаренкова Е.В., Евдокимов К.В., Шарипова Е.В. «Современные

- подходы к диагностике, терапии и профилактике инфекционных заболеваний у детей»: научные труды, том 7./под редакцией академика РАН Ю.В. Лобзина, профессора Н.В. Скрипченко. – Санкт-Петербург, 2017. – С.32-40.
34. Лабораторная диагностика гриппа и других ОРВИ методом полимеразной цепной реакции. Клинические рекомендации // ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва –2016.–62 с.
 35. Esposito S. et al. Multiplex Platforms for the Identification of Respiratory Pathogens: Are They Useful in Pediatric Clinical Practice? *Front Cell Infect Microbiol* 9, 196. 2019. PMID 31275863.
 36. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» Версия 14 (27.12.2021).
 37. Echavarría M, et al. Clinical impact of rapid molecular detection of respiratory pathogens in patients with acute respiratory infection. *J Clin Virol* 2018 - Clinical Trial. PMID 30267999.
 38. Doan Q, Enarson P, Kisson N, Klassen TP, Johnson DW. Rapid viral diagnosis for acute febrile respiratory illness in children in the Emergency Department. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 9. Art. No.: CD006452. DOI: 10.1002/14651858.CD006452.pub4.
 39. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжёлой внебольничной пневмонии у взрослых. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Авдеев С.Н., Тюрин И.Е., Руднов В.А., Рачина С.А., Фесенко О.В. 2014; 82 с.
 40. Малявин А.Г., Бабак С.Л. с соавт. Физиотерапия и кислородотерапия пациентов с дыхательными расстройствами и нарушением мукоцилиарного клиренса. Клинические рекомендации РНМОТ. *Терапия*. 2019; 5:101-152.
 41. Shah SN, Bachur RG, Simel DL, Neuman MI. Does This Child Have Pneumonia?: The Rational Clinical Examination Systematic Review [published correction appears in *JAMA*. 2017 Oct 3;318(13):1284]. *JAMA*. 2017;318(5):462–471. doi:10.1001/jama.2017.9039.
 42. Chao JH, Lin RC, Marneni S, Pandya S, Alhajri S, Sinert R. Predictors of Airspace Disease on Chest X-ray in Emergency Department Patients With Clinical Bronchiolitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Acad Emerg Med*. 2016;23(10):1107–1118. doi:10.1111/acem.13052.
 43. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. М. Боргес. 2019. 300 с.

44. Chao JH, Lin RC, Marneni S, Pandya S, Alhajri S, Sinert R. Predictors of Airspace Disease on Chest X-ray in Emergency Department Patients With Clinical Bronchiolitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Acad Emerg Med.* 2016;23(10):1107–1118. doi:10.1111/acem.13052.
45. Лопатин А.С., Свистушкин В.М. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации. М.: Российское общество ринологов. -2009-26 с.
46. 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.
47. Wald E.R., Applegate K.E., Bordley C., Darrow D.H., Glode M.P. et al. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. *Pediatrics.* 2013 Jul;132(1):e262-80.
48. Рачина С.А., Козлов Р.С., Таточенко В.К., и др. Анализ подходов к применению антибиотиков при инфекциях верхних дыхательных путей и ЛОР-органов у детей: результаты опроса участковых педиатров. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.* 2016. Т. 18. № 1. С. 20-32.
49. Войтенков В.Б. Инструментальные методы диагностики кардиальной патологии при инфекционных заболеваниях / В.Б. Войтенков, С.Н. Чупрова, И.В. Бабаченко и др. // *Журнал инфектологии,* 2018. - №1 (т.10). – С 15–23.
50. Алгоритм диагностики поражений сердца при инфекционных заболеваниях у детей: медицинская технология. «Современные подходы к диагностике, терапии и профилактике инфекционных заболеваний у детей»: научные труды, том 7./под редакцией академика РАН Ю.В. Лобзина, профессора Н.В. Скрипченко. – Санкт-Петербург, 2017. – С. 68-83.
51. Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции: принципы выбора препаратов для лечения (доказательная медицина) и схемы назначения, алгоритмы оказания медицинской помощи больным. Специфическая профилактика гриппа. Метод. Рекомендации [авторы-составители: Никифоров В.В. и др.]. – М.: Спецкнига – 2019. – 32 с.
52. Сологуб Т.В. Грипп в современных условиях: Противовирусная терапия прямого действия. *Медицинский совет.* 2015; №4: с. 36–45.

53. Huang L. Zhang L. Liu Y. Luo R. Zeng L. et. al. Arbidol for preventing and treating influenza in adults and children. Cochrane Database of Systematic Reviews. City: Chichester, UK Editors: Zhang L. Publisher: John Wiley & Sons, Ltd. 2015.
54. Мартынов А.И., Малявин А.Г., Журавлева М.В. с соавт. Консенсус экспертного совета РНМОТ «Улучшение результатов лечения инфекций дыхательных путей». Профилактическая медицина. 2019; 22(4): 144–151.
55. Киселев О.И., Малеев В.В., Деева Э.Г., Ленева И.А., Селькова Е.П., Осипова Е.А., Обухов А.А., Надоров С.А., Куликова Е.В. Клиническая эффективность препарата Арбидол (умифеновир) в терапии гриппа у взрослых: промежуточные результаты многоцентрового двойного слепого рандомизированного плацебо-контролируемого исследования АРБИТР. Терапевтический Архив. 01.2015; с. 88–96.
56. Ленёва И.А., Фалынскова И.Н., Леонова Е.И., Федякина И.Т., Махмудова Н.Р., Осипова Е.А. и др. Эффективность умифеновира (Арбидола) на модели экспериментальной сочетанной вирусно-бактериальной пневмонии мышей. Антибиотики и химиотерапия. 2014; №9–10: с. 17–24.
57. Pecheur E. Borisevich V. Halfmann P. Morrey J. Smee D. et. al. The Synthetic Antiviral Drug Arbidol Inhibits Globally Prevalent Pathogenic Viruses. Journal of virology. 2016; vol: 90 (6): 3086-3092.
58. Булгакова В.А., Поромов А.А., Грекова А.И., Пшеничная Н.Ю., Сельскова Е.П., Львов Н.И., Ленева И.А., Шестакова И.В., Малеев В.В. Фармакоэпидемиологическое исследование течения гриппа и других ОРВИ в группах риска. Терапевтический Архив. 01.2017; с. 61–70.
59. Ашахер Т., Крохин А., Кузнецова И. с соавт. Влияние препарата Ингавирин® (имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты) на интерфероновый статус клеток в условиях вирусной инфекции. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2016; 21(4): 196–205.
60. Викулов Г.Х. Новые и возвращающиеся респираторные вирусные инфекции: алгоритмы диагностики и терапии // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018, №8 (1). – с. 5–11.
61. Осидак Л.В., Образцова Е.В. и соавт. Виферон в терапии гриппа и других ОРВИ вирусной и вирусно-бактериальной этиологии у детей. Детские инфекции. 2012. № 1 (11). С. 44–50.
62. Захарова И.Н., Курбанова Х.И., Малиновская В.В., Коровина Н.А. Влияние местной терапии мазью Виферон на течение ОРВИ различной этиологии у детей раннего возраста. Фарматека. 2013. № 4. С. 35–44.

63. Малиновская В.В., Мазанкова Л.Н., Тимина В.П. и др. Иммунопатогенез острых респираторных инфекций, тактика рационального выбора этиотропной и иммуномодулирующей терапии у детей. Детские инфекции. 2013. № 4. С. 14–19.
64. Захарова И.Н., Торшхоева Л.Б., Заплатников А.Л. и др. Особенности системы интерферона при острых респираторных инфекциях и клинико-иммунологическая эффективность модифицированной интерферонотерапии у детей раннего возраста. Эффективная педиатрия. 2011. № 1. С. 3–5.
65. Локшина Э.Э., Зайцева О.В., Мазанкова Л.Н. и др. Современные возможности использования интерферонов в комплексной терапии острых респираторных инфекций у детей. Лечащий врач. 2011. № 8. С. 2–5.
66. Захарова И.Н., Малиновская В.В., Коровина Н.А. и др. Клинико-иммунологическое обоснование местной интерферонотерапии при респираторных вирусных инфекциях у детей. Вопросы практической педиатрии. 2011. № 5 (6). С. 21–26.
67. Чеботарева Т.А., Выжлова Е.Н., Захарова И.Н. и др. Современная интерферонотерапия гриппа и острых респираторных инфекций у детей. Лечащий врач. 2013. № 4. С. 92–94.
68. Малиновская В.В., Тимина В.П., Мазанкова Л.Н., Чеботарева Т.А. Иммунопатогенез острых респираторных инфекций, тактика рационального выбора этиотропной и иммуномодулирующей терапии у детей. Детские инфекции. 2013; №4(12).С. 14–19.
69. Гладких В.П., Молочный В.П., Малиновская В.В. и др. Динамика содержания цитокинов и неоптерина у детей раннего возраста с острыми респираторными вирусными инфекциями на фоне использования рекомбинантного интерферона альфа-2b с антиоксидантами (токоферола ацетат и аскорбиновая кислота). Педиатрия им. Сперанского. 2017. №4 (69). С. 16–21.
70. Руженцова Т.А., Левицкая Д.С. Лечение острых респираторных вирусных инфекций и гриппа у детей: результаты метаанализа. Лечащий врач. 2000. №3. С. 1-5.
71. Тимченко В.Н. Суховецкая В.Ф., Чернова Т.М. и др. Роль ранней этиологической расшифровки острых респираторных вирусных инфекций в выборе противовирусной терапии у детей в условиях стационара.. Педиатрия. 2020. №1 (99). С.100-106.
72. Клинический протокол лечения детей с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), находящихся на стационарном лечении в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы. / Е. И. Алексеева, М. Б. Анциферов, Л. С. Аронов [и др.]; Под редакцией А. И. Хрипуна. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 52 с.
73. Ситников И.Г., Фазылов В.Х., Силина Е.В., Шевченко С.Б., Малышев Н.А., Еганян Г.А., Гроппа Л.Г., Корсантия Б.М. Влияние сроков начала терапии острой

- респираторной вирусной инфекции и гриппа на динамику клинических симптомов и исход заболевания (результаты когортного международного наблюдательного исследования FLUEE). // Клин. мед. – 2017. - 95(7). - 634—641.
74. Бабаченко И.В., Шарипова Е.В., Беликова Т.Л. Подходы к терапии ОРВИ у детей в стационаре и поликлинике. Медицинский совет. 2017 г., № 1. С. 94-99
75. Шарипова Е.В., Бабаченко И.В., Левина А.С., Григорьев С.Г. Противовирусная терапия ОРВИ и гриппа у детей в стационарных условиях //Журнал инфектологии, Том 10, № 4, 2018, С.82-89.
76. Харламова, Ф.С. Клиническая эффективность индуктора интерферонов при метапневмовирусной и бокавирусной респираторных инфекциях у детей / Ф.С. Харламова, О.В. Кладова, В.Ф. Учайкин [и др.] // Журнал инфектологии. – 2017. – № 1 (Приложение). – С. 18–31.
77. Маринич В.В., Мизерницкий Ю.Л. Эффективность профилактики респираторных заболеваний у спортсменов-подростков // Лечащий врач. -2017, №9, с. 20-25.
78. Кокорева С.П., Разуваев О.А. Микоплазменная пневмония и факторы риска ее развития при вспышке респираторного микоплазмоза в детском коллективе. / Вопросы практической педиатрии, 2016, т. 11, №2. С. 1-6
79. Елкина Т.Н., Пирожкова Н.И., Грибанова О.А., Лиханова М.Г. Комплексная терапия острых респираторных заболеваний у детей дошкольного возраста на педиатрическом участке. Леч врач. 2014 г. №2. С. 86–90.
80. Харламова Ф.С., Учайкин В.Ф., Бевза С.Л., Ершов Ф.И., Нестеренко В.Г., Сергеева Э.М., Легкова Т.П., Фельдфикс Л.И. Клиническая эффективность Кагоцела при ОРВИ со стенозирующим ларинготрахеитом у детей. // Детские инфекции, 2008 (4).
81. Вартамян Р.В., Сергеева Э.М., Чешик С.Г. Оценка терапевтической эффективности препарата Кагоцел® у детей младшего и дошкольного возраста с острыми респираторными вирусными инфекциями. // Детские инфекции, 2011 (1); 36-41.
82. Харламова Ф.С., Кладова О.В., Сергеева Э.М., Щербакова А.А., Яблонская К.П., Легкова Т.П., Фельдфикс Л.И., Рогова Л.А., Самсон О.С., Учайкин В.Ф. Клиническая эффективность препарата Кагоцел® при гриппе и ОРВИ у детей с 2 до 6 лет. // Детские инфекции, 2010 (4).
83. Харламова Ф.С., Кладова О.В., Учайкин В.Ф., Чешик С.Г., Вартамян Р.В., Яблонская К.П. Метапневмовирусная и бокавирусная респираторные инфекции в структуре ОРВИ у детей//Детские инфекции. 2015 (2); 5-11.

84. Харламова Ф.С., Бевза С.Л., Нестеренко В.Г., Сергеева Э.М., Учайкин В.Ф. Профилактическая эффективность Кагоцела при острых респираторных заболеваниях у детей // Детские инфекции, 2009(4); 34-40.
85. Харламова Ф.С., Учайкин В.Ф., Кладова О.В., Сергеева Э.М., Нестеренко В.Г. Клиническая и профилактическая эффективность индуктора интерферона при ОРВИ у детей младшего дошкольного возраста // Педиатрическая фармакология, 2012, 1 (9); 81-89.
86. Кагоцел в педиатрии. К вопросу о репродуктивной безопасности: Сборник статей и материалов / Под общ. ред. чл.-корр. РАН Т.А. Гуськовой. - Москва: ООО Издат. "Медицинское информационное агентство", 2018.- 112 с.
87. Кокорева С.П., Разуваев О.А.. Прогнозирование развития пневмонии у детей при вспышке респираторного микоплазмоза. Казанский медицинский журнал. 2017. С. 921-927.
88. Савенкова М.С., Караштина О.В. Интерфероновый статус и выбор индукторов интерферонов у часто болеющих детей. Детские инфекции. 2016. № 2. С. 45-51
89. Шамшева О.В. Новые свойства отечественного препарата с противовирусным и иммуномодулирующим действием. Детские инфекции. 2016. Т. 15. № 4. С. 33-36.
90. Учайкин В.Ф., Чешик С.Г., Балаболкин И.И. Терапевтическая эффективность и безопасность амиксина при гриппе и других респираторных вирусных инфекциях у детей. РМЖ. 2001; №19: с. 803.
91. Кладова О.В., Молочкова О.В., Вальтц Н.Л., Компаниец Ю.В., Гришкевич Н.Л. Значение индукторов интерферона в лечении и профилактике респираторных инфекций// Детские инфекции – 2016;4: 48-53.
92. Шульженко А.Е, Зуйкова И.Н., Караулов А.В, Щубелко Р.В. Эффективность низкомолекулярного индуктора интерферона Амиксина в лечении и профилактике хронических рецидивирующих воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей// Российский биотерапевтический журнал – 2016; 2 (15): 66-75.
93. Мазина Н.К., Шешунов И.В., Мазин П.В., Мазин В.П, Коваленко А.Л., Заплутанов В.А. Клиническая эффективность иммуномодулятора циклоферона (таблетки) при вирусных инфекциях органов дыхания: результаты систематического обзора и метаанализа. Терапевтический архив. 2017. № 11. С. 83-91.
94. Исаков В.А., Романцов М.Г., Каболова И.В., Ерофеева М.К., Водейко Л.П., Смагина А.Н. Эффективность циклоферона в терапии и профилактике гриппа и ОРЗ. РМЖ. 2011. № 23. С. 1420.

95. Вахитов Х.М., Пикуза О.И., Вахитова Л.Ф., Закирова А.М., Ризванова Ф.Ф. Индукторы интерферона в профилактике и лечении респираторных инфекций у детей. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2019; 64:(3): 103-108.
96. Ershov F.I., Kovalenko A.L., Garashchenko T.I., Sel'kova E P., Botvin'eva V.V. Cycloferon--a new domestic preparation for the prophylaxis of influenza and other acute respiratory viral infections. *Zhurnal Mikrobiologii, Epidemiologii, I Immunobiologii*. 2004; 6: 47–51.
97. Alimbarova L. The use of Cycloferon for the treatment and prevention of influenza and acute respiratory viral infections. *Klinicheskaja Meditsina*. 2015; 93, №3: с. 57–63.
98. Мазина Н.К., Шешунов И.В., Мазин П.В., Мазин В.П., Коваленко А.Л., Заплутанов В.А. Клиническая эффективность иммуномодулятора циклоферона (таблетки) при вирусных инфекциях органов дыхания: результаты систематического обзора и метаанализа. *Терапевтический архив* 11, 2017. С. 84-92.
99. Колобухина Л.В., Меркулова Л.Н., Малышев Н.А. и др. Применение местной интерферонотерапии в комплексном лечении гриппа, осложнённого ангиной. В сб.: Ершов Ф.И., Наровлянский А.Н., ред. *Интерферон-2011*. М., 2012. С. 174–178.
100. Романцов М.Г., Сологуб Т.В., Коваленко А.Л. Циклоферон в лечении и экстренной профилактике респираторных вирусных инфекций и гриппа, *Клиническая медицина*, 2011, № 1, С. 51–54.
101. Сологуб Т.В. Циклоферон как средство лечения и экстренной профилактики гриппа и ОРВИ (многоцентровое рандомизированное контрольно-сравнительное исследование), *Клиническая медицина*, 2009, Том 54, 7-8, С. 30-36
102. Романцов М.Г., Голофеевский С.В. Эффективность циклоферона при лечении ОРВИ и гриппа в период эпидемического подъёма респираторной заболеваемости (2009-2010 гг.). *Антибиотики и Химиотерапия*, 2010, 55 (1-2), С. 30-35.
103. Исаков В.А., Архипов Г.С., Коваленко А.Л., Туркин В.В. Терапия вирусных инфекций. *Лечащий врач*, 2000 №3 С. 57–59.
104. Мазина Н.К., Шешунов И.В., Мазин П.В. и др. Клиническая эффективность иммуномодулятора циклоферона (таблетки) при вирусных инфекциях органов дыхания: результаты систематического обзора и мета-анализа. *Терапевтический архив*. 2017. № 11. С. 83-91.
105. Заплатников А.Л., Блохин Б.М., Геппе Н.А., и др. Результаты международного многоцентрового исследования релиз-активных антител к

- интерферону гамма в лечении гриппа и острых респираторных вирусных инфекций у детей. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019. №8 С.18-24.
106. Кондюрина Е.Г. Анаферон детский. Феномен современной российской фармации. Практика педиатра. 2015; №2. С. 56-63.
107. Лобзин Ю.В., Де Роза Ф., Эсауленко Е.В. Отечественные и зарубежные исследования анаферона детского: эффективность, безопасность и опыт применения (обзор литературы). Журнал инфектологии. 2015. Т.7, №4.С.23-31.
108. Усенко Д.В. Анаферон детский: эффективность и безопасность в профилактике и терапии вирусных и бактериальных инфекций. Обзор литературы. ConsiliumMedicum. Педиатрия. 2016. №3. С. 6-14.
109. AndrianovaE., ZakM. The efficacy and safety of use of anaferon for children in the treatment of influenza and other acute respiratory viral infections in children. International congress of pediatrics (ICP). Melbourne, Australia. August 24-29, 2013.
110. LobzinY., VolzhaninV.M., BabachenkoI.V. (St. Petersburg, RU). Antiviral efficacy and interferon inducing activity of the release-active antibodies to interferongamma in children with influenza: results of randomized comparative (vs oseltamivir) parallelgroup clinical study, season 2012-2013, ECMID, Germany, LB2955, Abstract (poster session).
111. Заплатников А.Л., Блохин Б.М., Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Сукало А.В., Войтович Т.Н. Результаты международного многоцентрового исследования релиз-активных антител к интерферону гамма в лечении гриппа и острых респираторных вирусных инфекций у детей. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019; 8:18-24.
112. Averyanov A., Bart B., et al. Efficacy and safety of Ergoferon versus oseltamivir in adult outpatients with seasonal influenza virus infection: a multicenter, open-label, randomized trial. International Journal of InfectiousDiseases. 2016; 51: 47-55.
113. Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Галустян А.Н. и др. Жидкая лекарственная форма эргоферона – эффективное и безопасное средство лечения острых респираторных инфекций у детей. Промежуточные итоги многоцентрового двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного клинического исследования // Антибиотики и химиотерапия, 2014; 59 (5–6): 6–14.
114. Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Мельникова И.М. и др. Релиз-активный противовирусный препарат Эргоферон в лечении острых респираторных инфекций у детей. Эффективность жидкой лекарственной формы Эргоферона: результаты

- рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого клинического исследования. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2019. №1. С. 87-94.
115. Геппе Н.А., Валиева С.Т., Фараджева Н.А. и др. Лечение ОРВИ и гриппа в амбулаторно-поликлинической практике: результаты международной наблюдательной неинтервенционной программы «ЭРМИТАЖ». Терапия. 2017. №8 (18). С.63-78.
116. Никифоров В.В., Руженцова Т.А. Клиническая эффективность и безопасность Эргоферона при гриппе и других острых респираторных вирусных инфекциях: критическая оценка с позиции доказательной медицины. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2019. №4(8). С.84-97.
117. Сабитов А.У., Ершова А.В. Оптимизация лечения острой респираторной вирусной инфекции у детей с бронхиальной астмой. Практическая медицина. 2015. №2(87). С. 85–90.
118. Мартынов А.И., Малявин А.Г., Журавлева М.В. с соавт. Консенсус экспертного совета РНМОТ «Улучшение результатов лечения инфекций дыхательных путей». Профилактическая медицина. 2019; 22(4): 144–151.
119. King D., 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.
120. Papsin B, McTavish A. Saline nasal irrigation: Its role as an adjunct treatment. Can Fam Physician. 2003.
121. Лопатин А.С., Свистушкин В.М. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации. М.: Российское общество ринологов. -2009-26 с.
122. Wald E.R., Applegate K.E., Bordley C., Darrow D.H., Glode M.P. et al. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. Pediatrics. 2013 Jul;132(1):e262-80.
123. Deckx L, De Sutter AIM, Guo L, Mir NA, van Driel ML. Nasal decongestants in monotherapy for the common cold. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 10. Art. No.: CD009612. DOI: 10.1002/14651858.CD009612.pub2.
124. Pappas DE, Hendley JO, Hayden FG, Winther B. Symptom profile of common colds in school-aged children. Pediatr Infect Dis J 2008; 27:8.

125. Meremikwu MM, Oyo-Ita A. Physical methods versus drug placebo or no treatment for managing fever in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD004264. DOI: 10.1002/14651858.CD004264.
126. Tolba M., Abdelrahim M., Fahmy S. et al. The Effect of Nimesulide Compared to Other NSAIDs on Liver Functions in Children. *Beni-Suef University Journal of Applied Sciences* 2012; 1(2): 26-31
127. А.А. Баранов (ред.). Руководство по амбулаторно-клинической педиатрии. М.Гэотар-Медиа. 2-е изд. 2009.
128. Баранов А.А., Таточенко В.К., Бакрадзе М.Д. Лихорадочные синдромы у детей. Рекомендации по диагностике и лечению. М., 2011, 211 стр.
129. Александрович Ю. С., Гордеев В. И., Пшениснов К. В. А46 Неотложная педиатрия: учебное пособие / Ю. С. Алек сандрович, В. И. Гордеев, К. В. Пшениснов. — СПб. :СпецЛит, 2010 — 568 с.
130. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6:CD000247
131. Баранов А.А., Страчунский Л.С. (ред.) Применение антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Практические рекомендации, 2007 г. КМАХ 2007; 9(3):200-210.
132. 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* 2014 Nov24;(11):CD001831.
133. The common cold in children: Management and prevention
<https://www.uptodate.com/contents/the-common-cold-in-children-management-and-prevention> (last updated: May 26, 2020)
134. Acute pharyngitis in children and adolescents: Symptomatic treatment
https://www.uptodate.com/contents/acute-pharyngitis-in-children-and-adolescents-symptomatic-treatment?topicRef=16629&source=see_link (last updated: Nov 15, 2019)
135. DeGeorge KC, Ring DJ, Dalrymple SN. Treatment of the Common Cold. *Am Fam Physician*. 2019 Sep 1;100(5):281-289. PMID: 31478634
136. Хамитов Р.Ф., Илькович М.М., Акопов А.Л., Михайлусова М.П., Петров Д.В., Алпенидзе Д.Н., Шаповалова Ю.С., Козырев О.А., Абраменкова Н.Ю., Шуньков В.Б., Павлыш Е.Ф., Ерофеева С.Б. Результаты многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования эффективности и безопасности применения Ренгалина для лечения кашля при

- острой респираторной инфекции у взрослых пациентов. Терапия. 2019, Т.5, №1(27):38-53.
137. Акопов А.Л., Александрова Е.Б., Илькович М.М., Петров Д.В., Трофимов В.И. Ренгалин – новый эффективный и безопасный препарат в лечении кашля. Результаты многоцентрового сравнительного рандомизированного клинического исследования у больных с острыми респираторными инфекциями. Антибиотики и химиотерапия, 2015: 60: 19-26.
138. Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Галустян А.Н., Пак Т.Е., Бальцеревич Н.Б., Жиглинская О.В., Камаев А.В., Лазарева С.Г., Лалэко С.Л., Мельникова И.М., Михайлова Е.В., Перминова О.А., Сабитов А.У., Спиваковский Ю.М., Шамшева О.В., Черная Н.Л. Новые возможности эффективной терапии кашля при острых респираторных инфекциях у детей. Лечащий врач. 2017; 10: 25-33.
139. Мазина Н.К., Шешунов И.В., Мазин П.В. Адьювантная энергопротекция реамберином в практике интенсивной терапии и реанимации: эффективность по данным метаанализа (систематический обзор). Анестезиология и реаниматология. 2016; 61(4), С. 314–319
140. Chalumeau M., Duijvestijn Y.C. Acetylcysteine and carbocysteine for acute upper and lower respiratory tract infections in paediatric patients without chronic bronchopulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev.2013 May31; 5:CD003124. doi:10.1002/14651858.CD003124.pub4.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Ф.И.О. разработчиков	Место работы с указанием занимаемой должности, ученой степени и звания	Адрес места работы с указанием почтового индекса	Рабочий телефон с указанием кода города	Членство в ассоциациях	Конфликт интересов
-------------------------	--	--	--	------------------------	-----------------------

Лобзин Юрий Владимирович	Президент ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, академик РАН, д.м.н., профессор	197022, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, д. 9	(812)234-60-04	Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням;	нет
Усков Александр Николаевич	Директор ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, д.м.н., доцент	197022, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, д. 9	(812)234-60-04	Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням;	нет
Горелов Александр Васильевич	Заместитель директора по научной работе, ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора член – корреспондент РАН, д.м.н. наук, профессор	111123, Москва, Новогиреевская 23а	8 (495) 974-96-46	Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского	нет
Усенко Денис Валерьевич	Ведущий научный сотрудник ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, д.м.н.	111123, Москва, Новогиреевская 23а	8 (495) 974-96-46	Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского	нет
Плоскирева Антонина Александровна	Заместитель директора по клинической работе, ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, д.м.н., доцент	111123, Москва, Новогиреевская 23а	8 (495) 974-96-46	Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского	нет
Бабаченко Ирина Владимировна	Зав. НИО капельных инфекций ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, д.м.н., Профессор	197022, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, д. 9	(812)234-37-18	Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням;	нет

Рычкова Светлана Владиславовна	Зав. НИО организации медицинской помощи ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, д.м.н., доцент	197022, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, д. 9	(812)234-37-18	Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням;	нет
Мазанкова Людмила Николаевна	ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. Зав. кафедрой детских инфекционных болезней, Заслуженный врач РФ, профессор, д.м.н.	125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1, стр.1.	: (495)949-17-22	Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского	нет
Анохин Владимир Алексеевич	ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России. Заведующий кафедрой детских инфекционных болезней профессор, д.м.н.	420140, г. Казань, ул. Проспект Победы, д.83,	(843) 267-81-00	Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням;	нет
Краснов Виктор Валентинович	ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ зав кафедрой инфекционных болезней, д.м.н., профессор	603155 Россия, , Нижний Новгород, ул.Семашко, 22		Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням;	нет
Краснова Елена Игоревна	ФГБУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России. Заведующая кафедрой	630091, г. Новосибирск, Красный проспект, д.52,	8 (383) 218 – 19 - 95	Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням;	нет

	инфекционных болезней (педиатрического факультета), профессор, д.м.н.				
--	---	--	--	--	--

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врач-анестезиолог-реаниматолог;
2. врач-бактериолог;
3. врач-вирусолог;
4. врач-дезинфектолог;
5. врач здравпункта;
6. врач-инфекционист;
7. врач клинической лабораторной диагностики;
8. врач - клинический фармаколог;
9. врач-лаборант;
10. врач-невролог;
11. врач общей практики (семейный врач);
12. врач-паразитолог;
13. врач-педиатр;
14. врач-неонатолог
15. врач -оториноларинголог
16. врач-педиатр городской (районный);
17. врач-педиатр участковый;
18. врач по медицинской профилактике;
19. врач по медицинской реабилитации;
20. врач приемного отделения;
21. врач-терапевт;
22. врач-терапевт подростковый;
23. врач-терапевт участковый;
24. врач-эпидемиолог.
25. Фельдшер
26. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
---	---

Порядок обновления клинических рекомендаций.

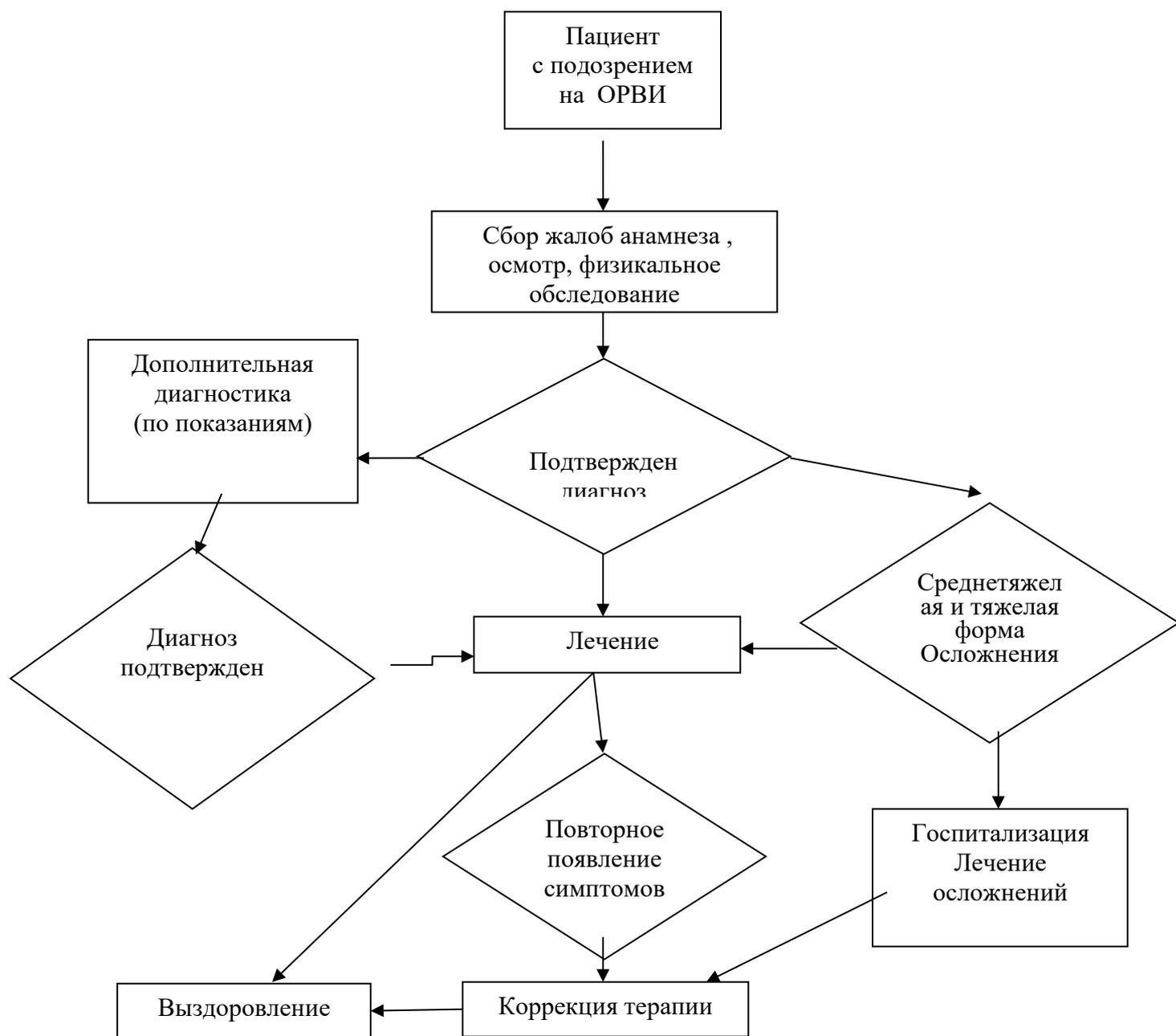
Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. 22.12.2020);
- Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред 24.02.2021);
- Федеральный закон Российской Федерации от 30 марта .1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"(ред. От13.07.2020)
- Приказ Минздравсоцразвития России от 5 мая 2012г. №521н “Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями”, зарегистрирован в Минюсте РФ 10 июля 2012г., регистрационный №24867 (ред 21.02.2020);
- Приказ Минздрава России №804н от 13 октября 2017 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», зарегистрирован в Минюсте 07ноября 2017 , регистрационный № 48808 (ред. 24.03.2020);
- Приказ Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», зарегистрирован в Минюсте РФ 25 августа 2010 г., регистрационный №18247 (ред 09.04.2018);
- Приказ Минздрава РФ от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрировано в Минюсте России 17 мая 2017 г. N 46740)
- Государственный доклад «О состоянии санитарно–эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году» М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека,2019.

- Государственный доклад «О состоянии санитарно–эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году» М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2020.
- Государственный доклад «О состоянии санитарно–эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2020 году» М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2021.
- Государственный реестр лекарственных средств. Доступ: <https://grls.rosminzdrav.ru/>
- Стандарты лечебного питания. Методическое руководство. 2017г. Доступ: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/manuals/adults/>
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 N 4 "Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" (вместе с "СанПиН 3.3686-21. Санитарные правила и нормы..") (Зарегистрировано в Минюсте России 15.02.2021 N 62500)

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

ОРВИ (острая респираторная вирусная инфекция) – острое инфекционное заболевание, которое вызывается различными респираторными вирусами, передается преимущественно воздушно-капельным путем или контактным путем (через руки) и наиболее часто поражает слизистые оболочки верхних дыхательных путей.

Клинические проявления: Период от заражения до начала болезни в большинстве случаев – от 1-2 до 7 дней. Выделение вирусов больным (заразность для окружающих) максимально в течение первых 2-3-х суток после заражения, резко снижается к 5-му дню; длительность выделения вируса зависит от его вида и может сохраняться до 2-3-х недель.

Наиболее частым проявлением ОРВИ у детей являются выделения из носа: прозрачные и/или белого и/или желто-зеленого цвета (что не обязательно является признаком присоединения бактериальной инфекции), боли в горле при глотании, кашель, чихание, реже бывает покраснение глаз, возможно некоторое учащение и разжижение стула. Повышение температуры чаще длится не более 3-4 дней, затем температура тела снижается. При некоторых инфекциях (грипп и аденовирусная инфекция) сохраняется более длительно (до 5-7 дней). Повторное повышение температуры после ее нормализации чаще свидетельствует о развитии осложнений.

В большинстве случаев при лечении на дому дополнительных обследований ребенку с ОРВИ не требуется. ОРВИ, в большинстве случаев, носит доброкачественный характер. Ребенок выздоравливает в течение 7-10 дней. В ряде случаев требуется только симптоматическая терапия для снижения температуры. Противовирусные препараты назначаются по рекомендации врача. Антибиотики не действуют на вирусы, вызывающие ОРВИ. Вопрос о назначении антибиотиков решается врачом при подозрении на бактериальную инфекцию.

Снижение температуры: лихорадящего ребенка следует раскрыть, обтереть водой T° 25-30 $^{\circ}$ C. С целью снижения температуры у детей допустимо применение только 2-х препаратов – парацетамола или ибупрофена. Жаропонижающие препараты у здоровых детей старше 3 месяцев оправданы при температуре выше 39 - 39,5 $^{\circ}$ C. При менее выраженной лихорадке (38-38,5 $^{\circ}$ C) средства, снижающие температуру, показаны детям до 3 месяцев, пациентам с хронической патологией, а также при связанном с температурой дискомфорте. При отсутствии эффекта от жаропонижающих средств обязательно вызвать врача. Возможно, потребуется госпитализация.

Профилактика ОРВИ. Заболевшего ребенка следует оставить дома (не водить в детский сад или школу). Первостепенное значение имеют меры, препятствующие распространению вирусов: ношение масок, мытье поверхностей в окружении больного, соблюдение режима проветривания, тщательное мытье рук после контакта с больным. Ежегодная вакцинация против гриппа с возраста 6 месяцев снижает риск этой инфекции. Доказано также, что вакцинация детей от гриппа и пневмококковой инфекции уменьшает вероятность развития острого среднего отита у детей и осложненного течения ОРВИ.

