

ЕВРАЗИЙСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ (ОРВИ) У ДЕТЕЙ

Возрастная группа: **дети**

Год утверждения: **2025**

Разработчики клинической рекомендации:

- Международная общественная организация «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням»;
- Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского;
- Евразийская ассоциация педиатров и неонатологов;
- Научный центр клинической метабомики генетики и фармакологии;
- Международная Ассоциация клинических фармакологов и фармацевтов;
- Педиатрическое респираторное общество;
- Федерация педиатров стран СНГ

Состав рабочей группы:

Председатели: Лобзин Ю. В. (Россия), Горелов А. В. (Россия)

Ахмедова М. Д. (Узбекистан), Абуова Г. Н. (Казахстан), Баешева Д. А. (Казахстан) Захарова И. Н. (Россия), Геппе Н.А. (Россия), Абдрахманова С. Т. (Казахстан), Бабаченко И.В. (Россия), Продеус А.П. (Россия), Ахмедова И. М. (Узбекистан), Суранбаева Г. С. (Кыргызская Республика), Калюжин О.В. (Россия), Кукес И.В. (Россия), Семенов В.М. (Беларусь)

Все члены рабочей группы внесли равноценный вклад в этот документ. Автор, ответственный за переписку с редакцией: Бабаченко Ирина Владимировна info@ipoeasid.ru

Отказ от ответственности.

Данные Рекомендации отражают точку зрения Международной общественной организации «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням, Национальной ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского, Евразийской ассоциация педиатров и неонатологов, Научно-клинического отдела Международной ассоциации клинических фармакологов и фармацевтов, Педиатрического респираторного общества, Федерации педиатров стран СНГ и были подготовлены после глубокого изучения научных и медицинских данных, имеющихся на момент их публикации. Составители не несут ответственности в случае какого-либо противоречия, несоответствия между Евразийскими Рекомендациями по диагностике и лечению ОРВИ у детей и любыми другими официальными рекомендациями или руководствами, выпущенными соответствующими органами общественного здравоохранения. Медицинским работникам

рекомендуется в полной мере учитывать Евразийские Рекомендации по диагностике и лечению ОРВИ у детей при оценке своего клинического суждения, а также при определении и проведении профилактических, диагностических или терапевтических медицинских действий. Тем не менее, данные Рекомендации не отменяют индивидуальную ответственность медицинских работников за принятие решений, с учетом состояния здоровья каждого пациента и в консультации с этим пациентом и, при необходимости и/или необходимости, опекуна пациента. Данные Рекомендации не освобождают медицинских работников знания и изучения соответствующих официальных обновленных рекомендаций или руководств, выпущенных компетентными органами здравоохранения, для рассмотрения каждого медицинского случая в свете современных научно обоснованных рекомендаций, в соответствии с их этическими и профессиональными обязательствами. Кроме того, медицинский работник обязан проверять действующие правила и положения, касающиеся лекарств и медицинских изделий, на момент назначения.

Оглавление

Определения.....	4
Этиология и патогенез	4
Эпидемиология	4
Особенности кодирования... ..	5
Классификация	6
Клиническая картина.....	7
Жалобы и анамнез.....	10
Физикальное обследование.....	11
Лабораторные диагностические исследования	12
Инструментальные диагностические исследования.....	13
Принципы лечения больных с ОРВИ	14
Консервативное лечение.....	14
Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение.....	19
Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	19
Организация оказания медицинской помощи.....	19
Список литературы	21

Определения

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, реже - нижних дыхательных путей с локализацией в них возбудителя, и нарушением общего состояния разной степени выраженности; ОРИ – острая респираторная инфекция вне зависимости от этиологии: вирусная и/или бактериальная) [1-3].

Этиология и патогенез

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, тропностью к различным отделам респираторного тракта, 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 вирусемии.

Эпидемиология

Традиционно в структуре инфекционных и паразитарных болезней лидируют острые инфекции верхних дыхательных путей [1,4-6]. 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. У детей младшего возраста (до 2-х лет) преобладает РС-инфекция, в эпидемические сезоны до 20% случаев составляет грипп

А и В, традиционно часто и всесезонно встречается аденовирусная и риновирусная инфекции, 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 [7], сочетание поражения респираторного и желудочно-кишечного трактов [8]. Сочетание возбудителей прогностически неблагоприятно, поскольку оно оказывает более значимое патологическое воздействие на организм и имеет менее характерную симптоматику [7,8].

Источником инфекции являются больные с клинически выраженными, стертыми формами болезни и вирусоносители, не имеющие симптомов заболевания. Распространение вирусов происходит воздушно-капельным путем, в некоторых случаях возможен дополнительный фекально-оральный путь передачи.

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

В настоящее время насчитывается более 200 вирусов, вызывающих ОРВИ, особенности клинической картины обусловлены наличием белков-рецепторов вируса к определенным участкам дыхательных путей [3].

Особенности кодирования по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Международная классификация болезней X пересмотра (МКБ-X):

J00- J06 – Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей

J00 – Острый назофарингит (насморк)

J02 – Острый фарингит

J02.8 – Острый фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями

J02.9 – Острый фарингит неуточненный

J03 – Острый тонзиллит

J03.8 – Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями

J04 – Острый ларингит и трахеит

J04.0 – Острый ларингит

J04.1 – Острый трахеит

J04.2 – Острый ларинготрахеит

J06 – Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной

локализации

J06.0 – Острый ларингофарингит

J06.9 – Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная

J20- J22 – другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей

J20 – Острый бронхит

J22 – Острая респираторная инфекция нижних дыхательных путей неуточненная

B97 Вирусные агенты как причина болезней, классифицированных в других рубриках

B34.0 – Аденовирусная инфекция неуточненная;

B34.2 – Коронавирусная инфекция неуточненная;

B34.9 – Вирусная инфекция неуточненная;

B97.0 – Аденовирусная инфекция;

B97.4 – Респираторно-синцитиальная инфекция* (рассматривается в возрастной категории дети в отдельных клинических рекомендациях)

B97.5 – Реовирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках

B97.8 – Другие вирусные агенты как причина болезней, классифицированных в других рубриках

Человеческий метапневмовирус (Human metapneumovirus)

Классификация

Клиническая классификация [1, 2, 9].

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)

Пб. По длительности течения:

1. Острое (5–10 дней);
2. Подострое (11–30 дней);
3. Затяжное (более 30 дней).

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).

Клиническая картина

Заболевание обычно начинается остро, часто сопровождается повышением температуры тела до субфебрильных цифр ($37,5^{\circ}\text{C}$ — $38,0^{\circ}\text{C}$). Фебрильная лихорадка более свойственна гриппу, аденовирусной инфекции, метапневмовирусной инфекции. Повышенная температура у 80% больных снижается на 2-3 день болезни; более длительно (до 5–7 дней) фебрильная лихорадка сохраняется 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, что может отражать реактивацию герпесвирусных инфекций, персистирующих у часто болеющих детей. Для детей характерно сочетание анатомических локализаций поражений при ОРВИ.

Острый ринит – воспаление слизистой оболочки носовой полости, проявляющийся ринореей (выделениями из носа), чиханием, затруднением носового дыхания.

Тонзиллит – местные изменения в небных миндалинах, характеризующиеся гиперемией и отеком миндалин, небных дужек, паутинообразными наложениями или рыхлым содержимым в лакунах.

Фарингит – гиперемия и отечность задней стенки глотки, её зернистость, вызванная гиперплазией лимфоидных фолликулов. Для фарингита характерны боли в горле при глотании, может отмечаться навязчивый кашель.

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

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

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).

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.

Бронхит – поражение бронхов любого калибра. Основным симптом – кашель.

Бронхиолит – воспалительное поражение бронхов мелкого калибра (бронхиол), преимущественно у детей первых двух лет жизни. Характерны явления бронхиальной обструкции (цианоз носогубного треугольника, экспираторная одышка, спастический кашель, тахипноэ, рассеянные крепитирующие хрипы) с явлениями дыхательной недостаточности.

Бронхит и бронхиолит преимущественно имеют вирусную этиологию (РС-инфекция, метапневмо- и бокавирусная инфекции) [10].

В среднем симптомы неосложненного ОРВИ могут сохраняться до 7–10 дней.

Осложнения при острых респираторных вирусных инфекциях подразделяются на специфические и вторичные, вызванные активизацией вторичной микрофлоры.

Специфические осложнения [2, 9 -13].

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 развиваются редко - при тяжелом гипоксическом состоянии (гипоксической энцефалопатии), преимущественно у пациентов с тяжелыми формами ОРВИ, осложненными бронхообструктивным синдромом с выраженной дыхательной недостаточностью (ДН 2). 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.

Возможно развитие острого респираторного дистресс-синдрома взрослых, острой сердечно-сосудистой недостаточности, миокардита.

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, проявляется длительным продуктивным кашлем.

Пневмония. Одно из самых частых осложнений ОРВИ вирусно-бактериальной или бактериальной этиологии, часто на 5–6 сутки после перенесенной 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. Выражены воспалительные изменения в гемограмме, резко повышен С-реактивный белок (СРБ). Диагноз подтверждается при рентгенологическом исследовании легких.

Возможна вирусная этиология пневмонии у детей первых 5 лет жизни, при РС-, метапневмовирусной, бокавирусной, аденовирусной инфекциях, реже – другой этиологии. Вирусные пневмонии могут развиваться в первые дни заболевания, характеризуются бронхообструктивным синдромом, наличием экспираторной одышки, дыхательной недостаточности, двусторонними поражениями, отсутствием четкой локальной симптоматики при перкуссии и аускультации легких. Воспалительные изменения в гемограмме и повышение СРБ менее выражены.

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

Диагностика острых респираторных вирусных инфекций у детей проводится 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, в том числе у госпитализированных больных, расшифровке этиологии заболевания и выбора тактики лечения.

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 пребывание в очаге ОРВИ, заболеваемости в детском учреждении, контакты с больными детьми и взрослыми в период, соответствующий инкубационному периоду [2, 3, 9,10].
- Рекомендовано обратить внимание на характерную сезонность ОРВИ (осенне-зимний, зимне-весенний период) с максимумом подъема заболеваемости
- 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 [2,3,9,10,14-16]

- Рекомендуется при сборе анамнеза выявить длительность заболевания, динамику клинических симптомов, переносимость температуры [2,10,17].
- 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 [2,3,10,18,19].
- Рекомендуется у всех пациентов с симптомами ОРВИ обратить внимание на наличие сопутствующих хронических заболеваний для выявления факторов риска развития тяжелого и осложненного течения заболевания [2,3,9,10,13,14,20].

- Рекомендуется у всех пациентов с симптомами ОРВИ уточнить переносимость высокой температуры – необходимо уточнить наличие фебрильных судорог, судорожного синдрома в анамнезе [21,22]

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 гиперемия дужек и/или задней стенки ротоглотки, рыхлость и зернистость слизистой задней стенки, увеличение лимфоидных фолликулов по задней стенке, реде миндалин, проводят оценку состояния регионарных лимфатических узлов [10,23-25].
- Рекомендовано у всех пациентов с ОРВИ физикальные методы исследования сердца: измерение частоты пульса, сердцебиений, аускультация [26].
- Рекомендовано у всех пациентов с ОРВИ физикальное исследование легких для оценки уровня поражения респираторного тракта [9,10,14,18,19,21,24]
- 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 [7,8].
- 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, или развитии осложнений [2,9,10,24].

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 [2,9,10,18,24,27].

Комментарии: при вирусных инфекциях в клиническом анализе крови характерны лейкопения или нормоцитоз, увеличение процентного соотношения различных форм лейкоцитов в сторону лимфоцитов и моноцитов. Однако в первые 3–4 суток от начала заболевания при наличии лихорадки возможны умеренные изменения гематологических и биохимических показателей, 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 [2,9,10,18,24,27].

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 [28-30].

Комментарии: Повышение его выше 45–50 мг/л более характерно для бактериальных инфекций.

- Рекомендовано пациентам со среднетяжелой и тяжелой формой ОРВИ, или ее негладким течением, при госпитализации, проведение молекулярно–генетического исследования (ПЦР) мазков из носоглотки на возбудителей ОРВИ (ОРВИ-скрин) [1,10,21,31-34].

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 носо- и ротоглотки методом ПЦР на вирусы гриппа А и В для своевременного назначения специфической этиотропной терапии [1,10,21,31,32].

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 [35].

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

Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано выполнение пульсоксиметрии с измерением SpO₂ пациентам со среднетяжелой и тяжелой формой ОРВИ для ранней диагностики респираторных нарушений [35-37].
- Рекомендовано выполнение рентгенографии легких пациентам при подозрении на развитие пневмонии [30,36,38-41].
- 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 [41-44].
- Рекомендовано пациентам при подозрении на поражение сердца выполнение электрокардиографии для своевременной диагностики нарушений ритма сердца [2, 36, 46, 47].

Иные диагностические исследования

- Рекомендовано пациентам с ОРВИ при подозрении на развитие отита или синусита консультация врача –оториноларинголога для определения дальнейшей тактики ведения пациента [43-45].

Принципы лечения больных с ОРВИ

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, коморбидных заболеваний; 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 [1,2,14].

Консервативное лечение

Этиотропная (противовирусная терапия, препараты с доказанным противовирусным действием)

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).

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 [48,49]. Пациентам, переносящим грипп, могут быть назначены ингибиторы нейраминидазы: Осельтамивир с возраста 1 года, или Занамивир детям с 5 лет.

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 назначение пациентам с симптомами ОРВИ не гриппозной этиологии вне периода сезонного подъема гриппа иммуномодулирующих препаратов с широким противовирусным действием в комплексной терапии. Целесообразность назначения иммуномодулирующих препаратов в комплексной терапии определяется врачом индивидуально для каждого пациента.

Рекомендовано по показаниям использовать препараты:

- ✓ ингибитор гемагглютинаина вирусов (Умифеновир),
- ✓ препараты интерферона альфа 2b (в виде назального спрея и капель, геля и мази для местного применения, глазных капель, суппозиторий),

- ✓ индукторы интерферогенеза (имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты, тилорон, меглюмина акридонатацетат, инозин пранобекс и другие),
- ✓ препараты, обладающие иммуностимулирующим и противовирусным действием содержащих релиз-активные антитела очищенные к γ -интерферону, к CD4, к гистамину, к белкам главного комплекса гистосовместимости в различных комбинациях,
- ✓ многокомпонентные препараты на основе малого содержания лечебных трав и минеральных компонентов (Энгистол®)

Применение препарата Энгистол® (МНН отсутствует) [50-52], способствует повышению активности альвеолярных макрофагов, являющихся одним из важнейших компонентов первой линии иммунной защиты, стимулирует фагоцитарную активность лейкоцитов человека и функцию Т-лимфоцитов, вырабатывающих ИФН- γ . Энгистол® повышает секрецию ИФН I типа и ингибирует репликацию вирусов, чаще всего вызывающих ОРВИ у детей (вирусы гриппа А, риновирусы, вирусы простого герпеса 1-го типа, аденовирусы 5-го типа, РС-вирусы). Кроме того, была продемонстрирована противовоспалительная активность препарата, что способствует облегчению состояния пациента, уменьшению проявления симптомов. [50-53]. Применяется у детей с 3-х лет.

Патогенетическая и симптоматическая терапия

- Рекомендуются обязательное проведение базисной терапии всем пациентам независимо от тяжести течения заболевания [2,10,54].

Базисная терапия включает в себя полупостельный или постельный режим в зависимости от самочувствия, диету. В рацион включают легко усвояемые продукты, богатые витаминами (нежирные сорта мяса, рыбы, молочные продукты и молочнокислые продукты, фрукты, овощи, натуральные 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)

- Рекомендовано в качестве противовоспалительной детоксикационной, спазмолитической терапии использование детям с рождения многокомпонентного препарата Вибуркол® (МНН отсутствует) в форме суппозитория ректальных с целью облегчения симптомов ОРВИ.

Вибуркол® в клинических исследованиях снижал выраженность таких симптомов ОРВИ как нарушение аппетита и сна, плач, беспокойство, лихорадка [55,56]. При хорошем профиле безопасности и возможности длительного применения Вибуркол® не вызывает значительного и резкого снижения температуры тела, таким образом, не блокирует защитное действие лихорадки как важнейшего звена естественной иммунной защиты при инфекционном процессе, а лишь устраняет ее избыточность [57]. Кроме того, в исследовании было продемонстрировано противовоспалительное, обезболивающее, детоксикационное, спазмолитическое действие препарата [58]. Вибуркол® также может

являться препаратом выбора при затруднении в дифференциальной диагностике между симптомами ОРВИ и прорезывания временных зубов, а также при их одновременном сочетании. Вибуркол[®], имея натуральный состав и низкие дозировки, не вызывает аллергических реакций.

- 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 в виде орошения слизистой носа несколько раз в день обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия. [59-61].

- Рекомендуется при выраженном затруднении носового дыхания назначение местных препаратов, обладающих сосудосуживающим действием – «деконгестанты и другие препараты для местного применения интраназально» коротким курсом **не более 5 дней** [61-63].

Данные препараты не укорачивают длительность насморка, но могут облегчить симптомы заложенности носа, а также восстановить функцию слуховой трубы. У детей 0–6 лет применяют оксиметазолин 0,01–0,025%, ксилометазолин 0,05% (с 2 лет), у старших – более концентрированные растворы. Могут применяться и другие препараты этой группы в соответствии с инструкциями.

- Рекомендуется для уменьшения воспаления и отека, восстановления функции ресничек и структуры слизистой, активации мукозального иммунитета многокомпонентный назальный спрей Эуфорбиум композитум[®] Назентропфен С (МНН отсутствует).

Клинические исследования препарата показали эффективное уменьшение симптомов ринита, улучшение проходимости носовых ходов, отсутствие привыкания и синдрома отмены, отсутствие побочных эффектов. Эуфорбиум композитум[®] Назентропфен С способствует уменьшению воспаления, восстановлению структуры и функции слизистой носа и подавлению репликации ряда вирусов (в частности РСВ, вируса простого герпеса 1-го типа, парагриппа типа А) [64-67]. Результаты исследования показывают, что использование спрея Эуфорбиум композитум[®] Назентропфен С поддерживает целостность эпителиального барьера, улучшает иммунологическую и мукоцилиарную функцию во время вирусной инфекции [68]. Препарат так же может быть использован длительным курсом в комплексной терапии аллергического ринита, который может сочетаться и/или одновременно протекать вместе с ринитом на фоне острой вирусной инфекции.

- Рекомендуются к применению жаропонижающие средства только на основе препаратов, содержащих парацетамол до 60 мг/кг/сут или ибупрофен до 30 мг/кг/сут с целью снижения температуры тела у детей при ОРВИ [69-73].

Комментарии: Жаропонижающие препараты у здоровых детей старше 3-х месяцев оправданы только при лихорадке выше 38°C. При менее выраженной температуре 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.

- Рекомендовано в температурном окне до 38°C, а также в промежутке между приемами жаропонижающих, применение препарата Вибуркол® в виде ректальных суппозиторий, так как он не оказывает литического действия на температуру и не нарушает иммунный ответ организма [57].
- Рекомендуется лихорадящего ребенка раскрыть, обтереть водой с температурой 25-30°C [70,72] для улучшения теплоотдачи и снижения температуры тела.
- Рекомендуется проведение регидратационной оральной или 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) [1,2,10,69,73-75].

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 [76-78].

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 [3,10,75-82].

Назначение противокашлевых средств пациентам с кашлем может способствовать застою мокроты за счет подавления кашлевого рефлекса.

Иное лечение

- Рекомендуется при ОРВИ терапия местными средствами в виде полосканий, теплого питья, ингаляций, таблеток и пастилок для рассасывания, физиотерапевтические процедуры с целью уменьшения местного воспаления, выраженности болевого синдрома, профилактика вторичного инфицирования поврежденной слизистой ротоглотки [1,14,72].
- Терапия проводится по назначению врача с учетом показаний к применению и возрастных ограничений.

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 [1-3].

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. 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.

Организация оказания медицинской помощи

Ребенок при ОРВИ обычно наблюдается в амбулаторно-поликлинических условиях медицинским работником в случае легких и среднетяжелых форм с гладким течением 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 детей с ОРВИ:

- 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, бронх обструктивный 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;

- снижение 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

Показания для госпитализации в стационар пациентов старше 18 лет:

- тахипноэ более 24 дыханий в минуту;
- гипоксемия (SpO₂ <95%);
- наличие очаговых изменений на рентгенограмме грудной клетки;
- коморбидные заболевания с риском их утяжеления.

Критерии выздоровления:

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

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 – 3-е изд. обновленное и переработанное М. Издательство МедКом- про, 2022; 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. 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.
5. 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.
6. 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
7. Шкарин В.В., Сергеева А. В. Эпидемиологические и клинические особенности сочетанных респираторных инфекций у детей. Детские инфекции. 2017;1(16):51-56
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Савиных В. А., Калужских Т.И., Савиных М.В.,Зайцева Е. Г. Респираторносинцитиальная инфекция у детей в Кировской области. Журнал инфектологии.2019; 4(11): Прил.1.117-118.
12. Шарипова Е. В., Бабаченко И. В., Щербатых М.А. Поражение дыхательных путей при бокавирусной инфекции у детей. Детские инфекции. 2020; 19 (2): 14–18.
13. Ровный В.Б. Клинико-эпидемиологические особенности респираторносинцитиальной инфекции у детей разного возраста. / В.Б. Ровный, Ю.В. Лобзин,
14. Детские инфекционные болезни. Учебное пособие /И.О. Стома и др./ Гомель:ГомГМУ; 2021, 412с.
15. 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.

16. 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.
17. 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.
18. Смирнов В. С., Петленко С.В. Грипп и острые респираторные вирусные инфекции. С-ПБ: Гиппократ; 2019.248с.
19. 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.
20. 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.
21. Руководство по амбулаторно-клинической педиатрии. / под ред. А. А. Баранова. М.:Гэотар-Медиа. 2009. – 2-е изд.
22. 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.
23. Карпухин Г.И., Карпухина О.Г. Диагностика, профилактика и течение острых респираторных заболеваний. СПб.: Гиппократ. 2000; 184 с.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.

28. Trippella G, et al. Inflammatory biomarkers to guide diagnostic and therapeutic decisions in children presenting with fever without apparent source. *J Chemother* 2018.
29. 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.
30. 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.
31. Лабораторная диагностика гриппа и других ОРВИ методом полимеразной цепной реакции. Клинические рекомендации // ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва, 2016.–62 с.
32. 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.
33. 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.
34. Doan Q, Enarson P, Kissoon 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.
35. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» Версия 14 (27.12.2021).
36. 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. 20
37. 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.
38. 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.
39. 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.

40. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. М. Боргес. 2019. 300 с.44
41. 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.
42. Лопатин А. С., Свистушкин В.М. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации. М.: Российское общество ринологов. -2009-26 с.
43. 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.
44. 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.
45. 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.
46. 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.
47. 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. – СанктПетербург, 2017. – С. 68-83.
48. 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.
49. Сологуб Т. В. Грипп в современных условиях: Противовирусная терапия прямого действия. *Медицинский совет*. 2015; №4: с. 36–45.
50. Wronski S, Dannenmaier J, Schild S, Macke O, Müller L, Burmeister Y, et al. Engystol reduces onset of experimental respiratory syncytial virus-induced respiratory inflammation in mice by modulating macrophage phagocytic capacity. *PLoS One*. 2018 Apr 19;13(4):e0195822. DOI: 10.1371/journal.pone.0195822
51. Roeska K, Seilheimer B. Antiviral activity of Engystol® and Gripp-Heel®: an in vitro assessment. *J Immune Based Ther Vaccines*. 2010 Nov 16;8:6. DOI: 10.1186/1476-8518-8-6

52. Oberbaum M, Glatthaar-Saalmüller B, Stolt P, Weiser M. Antiviral activity of Engystol: an in vitro analysis. *J Altern Complement Med.* 2005 Oct;11(5):855-62. Erratum in: *J Altern Complement Med.* 2005 Dec;11(6):1122. DOI: 10.1089/acm.2005.11.855
53. Kukes I.V. Investigation of the effectiveness of the use of the immunomodulatory drug Engistol in animals with respiratory pathology. *Pharmacology & Pharmacotherapy.* 2022; (4): 22–26. DOI 10.46393/27132129_2022_4_22
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. Nikolaeva SV, Ploskireva AA, Khlypovka YuN, Petrov VA. Viburcol in pediatric practice. *Vopr. prakt. pediatri. (Clinical Practice in Pediatrics).* 2018; 13(6): 67–71. DOI: 10.20953/1817-7646-2018-6-67-71 (In Russian).
56. Muzyka AD, Melekhina EV. Antipyretic drugs in children: problems and solutions. *Vopr. prakt. pediatri. (Clinical Practice in Pediatrics).* 2019; 14(2): 73–80. DOI: 10.20953/1817-7646-2019-2-73-80 (In Russian).
57. Gottval'd R, Vaizer M. Antigomotoksicheskoe lechenie vozbuzhdeniya s likhoradkoi i bez nee u detei. *Mezhdunarodnyi zhurnal biomeditsinskikh issledovaniy i terapii* 1999;28(6):308-312. (In Russian).
58. Кукес И.В., Поздняков Д.И. Фармакодинамические свойства препарат Вибуркол® с позиции иммунофармакологии. Лекарственные средства и рациональная фармакотерапия. 2025; 1(14): 17-25. doi: 10.56356/27827259_2025_14_17
59. 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.
60. Papsin B, McTavish A. Saline nasal irrigation: Its role as an adjunct treatment. *Can Fam Physician.* 2003.
61. Лопатин А. С., Свистушкин В.М. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации. М.: Российское общество ринологов. -2009-26 с.
62. 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.
63. 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.

64. Glatthaar-Saalmüller B, Fallier-Becker P. Antiviral action of Euphorbium compositum and its components. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd.* 2001 Aug;8(4):207-12. DOI: 10.1159/000057223
65. Glatthaar-Saalmüller B, Borner M, Weiser M. Euphorbium compositum: viruses of the upper respiratory tract inhibited. *Biologische Medizin.* 2002;31(4):194-195.
66. Shmolts M, Metelmann Kh. Modulyatsiya sinteza tsitokinov v leukotsitakhcheloveka ot del'nymi komponentami kombinirovannogo gomeopaticheskogo nazal'nogo spreya. *Biomed Ter.* 1999;17(2):61-63. (In Russian).
67. Metel'mann Kh, Glattkher-Saalmyuller B. Protivovirusnoe deistvie gomeopaticheskogo preparata. *Biomed Ter.* 2000;18(1):160-164. (In Russian).
68. Rajput C, Ganjian H, Muruganandam G, et al. Euphorbium compositum SN improves the innate defenses of the airway mucosal barrier network during rhinovirus infection. *Respir Res.* 2024;25(1):407. DOI:10.1186/s12931-024-03030-7
69. Pappas DE, Hendley JO, Hayden FG, Winther B. Symptom profile of common colds in school-aged children. *Pediatr Infect Dis J* 2008; 27:8. 52
70. 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.
71. 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
72. Баранов А. А. (ред.). Руководство по амбулаторно-клинической педиатрии. М. Гэотар-Медиа. 2-е изд. 2009.
73. Баранов А. А., Таточенко В. К., Бакрадзе М. Д. Лихорадочные синдромы у детей. Рекомендации по диагностике и лечению. М., 2011, 211 стр.
74. Александрович Ю. С., Гордеев В. И., Пшениснов К. В. А46 Неотложная педиатрия: учебное пособие / Ю. С. Александрович, В. И. Гордеев, К. В. Пшениснов. — СПб.: СпецЛит, 2010 — 568 с.
75. Викулов Г. Х. Новые и возвращающиеся респираторные вирусные инфекции: алгоритмы диагностики и терапии // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018, №8 (1). — с. 5–11.
76. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6:CD000247
77. Баранов А. А., Страчунский Л. С. (ред.) Применение антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Практические рекомендации, 2007 г. КМАХ 2007; 9(3):200-210.

78. 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.
79. The common cold in children: Management and prevention <https://www.uptodate.com/contents/the-common-cold-in-children-management-andprevention> (last updated: May 26, 2020)
80. Acute pharyngitis in children and adolescents: Symptomatic treatment https://www.uptodate.com/contents/acute-pharyngitis-in-children-and-adolescentssymptomatic-treatment?topicRef=16629&source=see_link (last updated: Nov 15, 2019)
81. DeGeorge KC, Ring DJ, Dalrymple SN. Treatment of the Common Cold. *Am Fam Physician*. 2019 Sep 1;100(5):281-289. PMID: 31478634
82. Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Галустян А.Н., Пак Т.Е., Бальцерович 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.