

ПРОТОКОЛ
ведения пациента с диагнозом
Острая респираторная вирусная инфекция.
(нормативная ссылка: КР 25 «Острая респираторная вирусная инфекция»
2022г, МЗ РФ)

Категория возрастная	дети
Вид медицинской помощи	первичная
Условия оказания медицинской помощи	амбулаторно, стационарно
Форма оказания медицинской помощи	неотложная
Средние сроки лечения (количество дней)	Амбулаторно – (не указано); стационарно - период лихорадки и 1- 2 суток нормальной температуры.
Врач	Врач- педиатр участковый, врач педиатр
Этиология	
<p>Возбудителями острых заболеваний респираторного тракта преимущественно являются вирусы.</p> <p>Распространение вирусов происходит чаще путем самоинкуляции на слизистую оболочку носа или конъюнктиву с рук, загрязненных при контакте с заболевшим или с зараженными вирусом поверхностями.</p> <p>Другой путь, воздушно-капельный – при вдыхании частичек аэрозоля, содержащего вирус, или при попадании более крупных капель на слизистые оболочки при тесном контакте с заболевшим.</p>	
Классификация	
по МКБ	J00 Острый назофарингит (насморк) J02 Острый фарингит J02.9 - Острый фарингит неуточненный 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 J06.8 – Другие острые инфекции ВДП множественной локализации J06.9 - Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная
По степени тяжести	Деление ОРВИ (назофарингита, фарингита, ларинготрахеита без стеноза гортани) по степени тяжести нецелесообразно.
По наличию осложнений	Осложнения ОРВИ наблюдаются нечасто и связаны с присоединением бактериальной инфекции (отит, синусит, пневмония). Респираторная инфекция может явиться триггером обострения хронических заболеваний, чаще всего БА и ИМВП.
По длительности	В среднем симптомы ОРВИ могут продолжаться до 10-14 дней.
Диагностика	
Жалобы и анамнез	Общепринятых критериев ОРВИ верхних дыхательных путей нет. Наблюдаются катаральное воспаление верхних дыхательных путей, возможна лихорадка, ринит, чихание, кашель, боль в горле, гиперемия конъюнктив, нарушение общего состояния разной степени выраженности.

Данные объективного осмотра	<p>Необходимо оценить:</p> <ul style="list-style-type: none"> • общее состояние (характер и выраженность лихорадки, вялость, отказ от еды, от питья, глазной контакт); • общий осмотр с оценкой физ. развития, с измерением ЧД/мин, ЧСС/мин, АД, SpO₂; • термометрия (до нормализации температуры – каждые 3 часа), затем у/в, • фарингоскопия, риноскопия, отоскопия; • перкуссию и аускультацию легких, обращая внимание на симметричность аускультативных изменений.
Лабораторные диагностические исследования	
ОАК развернутый	<p>Рекомендован к проведению при выраженных общих симптомах у детей с лихорадкой (в стационаре- всем детям). Повторно – при выявлении отклонений от нормы в 1-м анализе.</p>
ОАМ	<p>Проводить у всех лихорадящих детей без катаральных явлений с целью своевременной диагностики ИМВП (в т.ч. с использованием тест-полосок в амбулаторных условиях и приемных отделениях стационаров).</p>
СРБ	<p>Проводить в стационаре при повышении температуры тела выше 38,0С</p>
Вирусологическое обследование	<p><i>Не рекомендуется рутинное вирусологическое обследование</i> всех пациентов, т.к. это не влияет на выбор лечения. (исключение составляют экспресс-тест на грипп у высоко лихорадящих детей и экспресс-тест на стрептококк при подозрении на острый стрептококковый тонзиллит). В стационаре рекомендовано проведение этиологической диагностики при подозрении на грипп: методом ПЦР-диагностики в мазках со слизистой оболочки носоглотки или при помощи иммунохроматографического экспресс-теста носоглоточного мазка.</p>
Инструментальная диагностика	
Пульсоксиметрия	<p>Всем пациентам (клинически значимо снижение менее 95%)</p>
Отоскопия	<p>Всем пациентам. В тяжелых/сомнительных случаях – консультация врача отоларинголога</p>
Рентгенография грудной клетки	<p>Проводится при наличии признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • признаки респираторного дистресса (одышка, тахипноэ, втяжение уступчивых мест ГК при дыхании, хрипящее/стонущее дыхание) • появление физикальных симптомов пневмонии (см. К/р «Пневмонии у детей», 2022). • снижение SpO₂ менее 95% при дыхании комнатным воздухом; • наличие выраженных симптомов бактериальной интоксикации (вялость, сонливость, недоступность глазного контакта, выраженное беспокойство, отказ от питья, гиперестезия) • высокий уровень маркеров бактериального воспаления: повышение в ОАК лейкоцитов более 15 x 10⁹/л в сочетании с нейтрофилезом 10 x 10⁹/л и более, уровень СРБ выше 30 мг/л при отсутствии очага бактериальной инфекции.
Рентгенография придаточных пазух	<p>Не рекомендуется проведение в первые 10-12 дней болезни. Показана при заложенности или возврате симптомов после «светлого» промежутка.</p>
Организация оказания медицинской помощи	
<p>Ребенок наблюдается в амбулаторно-поликлинических условиях врачом-педиатром участковым. Показания для госпитализации в стационар: - при отсутствии эффективности лечения на догоспитальном этапе, -при развитии осложнений и длительной фебрильной лихорадке, -при неблагоприятных социально-бытовых условиях (отсутствие возможности адекватного ухода и лечения на дому). Должны быть госпитализированы в стационар:</p> <ul style="list-style-type: none"> • дети до 3-х месяцев с фебрильной лихорадкой; 	

<ul style="list-style-type: none"> • дети любого возраста при наличии любого из следующих симптомов: неспособность пить / сосать грудь; сонливость или отсутствие сознания; симптомы респираторного дистресса; центральный цианоз; явления сердечной недостаточности; признаки обезвоживания; • дети с фебрильной лихорадкой и подозрением на тяжелую бактериальную инфекцию, имеющие следующие сопутствующие симптомы: вялость, сонливость; отказ от еды/питья; геморрагическая сыпь на коже; рвота; • дети с явлениями ДН, имеющие какие-либо из следующих симптомов: кряхтящее дыхание, раздувание крыльев носа при дыхании, кивательные движения (движения головы, синхронизированные со вдохом); частота дыхательных движений у ребенка до 2-х мес. > 60 в минуту; в 2-11 мес. > 50 в мин.; старше 1 года > 40 в мин.; втяжение нижней части грудной клетки при дыхании; насыщение крови кислородом < 92% при дыхании комнатным воздухом. 	
Лечение – основано на минимальных вмешательствах, важно разъяснить родителям доброкачественный характер болезни.	
Режим	полупостельный с быстрым переходом на общий после снижения температуры
Диетотерапия	ОВД, рациональное питание соответственно возрасту
ИЭТ	<p>Введение в нос натрия хлорида (0,9%) или стерильного раствора морской воды несколько раз в день обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия.</p> <p>Вводить натрия хлорид (0,9%) в положении лежа на спине с запрокинутой назад головой для орошения свода носоглотки и аденоидов. У маленьких детей с обильным отделяемым эффективно аспирация слизи из носа специальным ручным отсосом с последующим введением натрия хлорида (0,9%).</p> <p>Положение в кровати с поднятым головным концом способствует отхождению слизи из носа. У старших детей оправданы спреи с солевым изотоническим раствором натрия хлорида.</p>
Жаропонижающая терапия	<ul style="list-style-type: none"> • Терапия по-прежнему, предпочтение – монотерапия. У здоровых детей старше 3 -х месяцев оправданы при температуре 39-39,5 градусов: <ul style="list-style-type: none"> -Ибупрофен, с 3-х мес. - до 30 мг/кг/сут (повтор ч/з 4-5 ч); -Парацетамол с 2 мес. – до 60 мг/кг/сут каждые 6-8 часов. • Сразу после дачи ж/п рекомендуется раскрыть, обернуть водой T 25-30⁰C, пузырь со льдом над головой (в течение 30-40 мин.). <p>Федеральные клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при острой лихорадке у детей, под редакцией А.А. Баранова:</p> <ul style="list-style-type: none"> • При отсутствии эффекта 30 мин. - при «красной» лихорадке – парентерально 50% р-р Метамизола натрия (до 1г -0,01мл/кг; более 1г - 0,1мл/год) в сочетании с 2% р-ра Хлоропирамина (до 1г -0,01мл/кг; более 1г - 0,1мл/год, не более 1 мл). • При «белой» лихорадке - 50% р-р Метамизола натрия (0,1мл/год), 2% р-р папаверина (до 1г -0,1-0,2 мл; старше 1г – 0,1-0,2 мл/год) в сочетании с 2% р-ра Хлоропирамина (0,1мл/год, не более 1 мл). Согреть конечности.
Деконгестанты	Назначение местных препаратов, обладающих сосудосуживающим действием интраназально коротким курсом не более 5 дней. 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.
Симптоматическая терапия	<ul style="list-style-type: none"> • после 4 лет, можно использовать леденцы или пастилки, содержащие антисептические препараты для устранения кашля при фарингите, который связан с «першением в горле». • при сухом навязчивом кашле (фарингит/ ларинготрахеит) возможно использование Бутамирата (доказательная база отсутствует). • ингаляции паровые и аэрозольные; антигистаминные 1 поколения; аскорбиновая кислота - не рекомендованы (не показаны)
Гидратация	Назначается физиологическая потребность в жидкости на кг веса (вода, чай, минеральная вода) и равномерное распределение в течение суток.

	<p>Питье теплое.</p> <p>Не рекомендуется повышенное потребление жидкости на фоне ОРВИ. Польза обильного выпаивания сомнительна, а повышение секреции антидиуретического гормона в период болезни, напротив, способствует задержке жидкости.</p>
<p>Противовирусная терапия</p>	<p><u>Этиотропная терапия</u>- при гриппе А и В в первые 24-48 часов болезни назначают ингибиторы нейраминидазы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Осельтамивир с возраста 1 года при весе ≤ 15 кг - 30 мг (2 мл) 2 раза в день, при весе $>15-23$ кг – 45 мг (3 мл) 2 раза в день, при весе $>23-40$ кг – 60 мг (4 мл) 2 раза в день, >40 кг – 75 мг (5 мл), в течение 5 дней или Занамивир детям с 5 лет по 2 ингаляции (всего 10 мг) 2 раза в день, 5 дней <p>Назначение не позднее 1-2-го дня болезни топических форм интерферона-альфа-2β на 5 дней (<u>надежных доказательств противовирусной эффективности и безопасности нет</u>):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Виферон в свечах: 7 лет и старше 500 тыс. МЕ x 2р/с; с рожд. до 7 лет 150 тыс. x 2р/с. ✓ Виферон гель: полоску не более 0,5 см на СО носа, небных миндалин x 3-5 р/с. При помощи шпателя/ватного тампона. ✓ Гриппферон капли назальные: от 0 до 1г. по 1 кап. (1000 МЕ) в каждый носовой ход x 5р/с; от 1 до 3 л. по 2 кап. x 3-4р/с; от 3 до 14 лет по 2 кап. x 4-5р/с; старше 14л – 3 кап. x 5-6р/с. • интерферогены (прочие противовирусные препараты): <ul style="list-style-type: none"> ✓ Арбидол (Умифеновир) суспензия для приема внутрь – до приема пищи (5 дней): с 2 до 6 лет 10 мл (50 мг) x 4р/с; с 6 до 12 лет 20 мл (100 мг) x 4р/с; старше 12 лет – 40 мл (200 мг) x 4р/с. ✓ Арбидол таб. 50 мг, до приема пищи (5 дней): с 3 до 6 лет 50 мг x 4р/с; с 6 до 12 лет 100 мг x 4 р/с; старше 12 лет – 200 мг x 4р/с. ✓ Арбидол кап. 100 мг, до приема пищи (5 дней): с 6 до 12 лет 100 мг x 4 р/с; старше 12 лет – 200 мг x 4р/с. ✓
<p>Противомикробная терапия системного действия</p>	<p><u>При неосложненной ОРВИ – АБТ противопоказана.</u></p> <p>АБТ назначается детям с хр. патологией бронхолегочной системы (МВ), иммунодефицитом, детям с высоким риском бактериального инфицирования.</p>
<p>Критерии выписки из стационара:</p> <ul style="list-style-type: none"> • общее улучшение состояния, включающее активность, аппетит, снижение лихорадки; • родители способны обеспечить адекватное завершение лечения в домашних условиях. 	
<p style="text-align: center;">Профилактика и диспансерное наблюдение</p> <ul style="list-style-type: none"> • тщательное мытье рук после контакта с заболевшим, ношение масок, мытье контактных поверхностей в окружении заболевшего, в медицинских организациях – соблюдение санитарно-эпидемического режима (соответствующая обработка фонендоскопов, отоскопов, использование одноразовых полотенец), в детских учреждениях – быстрая изоляция заболевших детей, соблюдение режима проветривания; • ежегодная вакцинация против гриппа с возраста 6 месяцев, против пневмококковой инфекции; • профилактика РС-вирусной инфекции: у детей 1 года из групп риска (недоношенность, БЛД) в осенне-зимний сезон – пассивная иммунизация Поливизумабом (в/м 15 мг/кг – ежемесячно с ноября по март); до 2 лет – с гемодинамически значимыми ВПС - пассивная иммунизация Поливизумабом (в/м 15 мг/кг – ежемесячно с ноября по март); • детям старше 6 мес. с рецидивирующими инфекциями ЛОР-органов и дыхательных путей рекомендуется применение других иммуностимуляторов (системных бактериальных лизатов). • Рутинное использование иммуномодуляторов, растительных препаратов, аскорбиновой кислоты, гомеопатических препаратов – не рекомендовано (нет доказательной базы). 	

Критерии качества медицинской помощи детям в стационаре

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Выполнен анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар при лихорадке и выраженных общих симптомах	Да/Нет
2	Выполнен общий (клинический) анализ мочи у всех лихорадящих детей без катаральный явлений	Да/Нет
3	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (при повышении температуры тела выше 38,0 С)	Да/Нет
4	Проведена элиминационная терапия (промывание полости носа натрия хлоридом или стерильным раствором морской воды) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5	Выполнено лечение деконгестантами для местного применения (сосудосуживающие капли в нос) коротким курсом не более 5 дней (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет