



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ОРВИ «компания» 2022

ГБУЗ НО «Инфекционная клиническая больница № 23 г. Нижнего Новгорода»




Сидоренкова Е.В.
декабрь 2022г.



Клинические рекомендации 2022

Катя Сидоренков: □

 **Рубрикатор**
клинических рекомендаций

[О рубрикаторе](#) [Обратная связь](#) [Вход](#)

[Главная](#) [Клинические рекомендации](#) [Методические руководства](#) [Алгоритмы действий врача](#) [О разработке клинических рекомендаций](#) [Справочники](#) [Портал общественного обсуждения](#)

Введите наименование заболевания [Расширенный поиск](#)

[Главная](#) / [Все клинические рекомендации](#) / Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)

+ Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)

ID: 25

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **J00, J02.9, J04.0, J04.1, J04.2, J06.0, J06.9**

Возрастная категория: **Дети**

Год утверждения: **2022**

Пересмотр не позднее: **2024**

Дата размещения: **13.09.2022**

[Открыть](#)

[Скачать в формате .pdf](#)

Активация Windows
Чтобы активировать Windows, перейдите к параметрам компьютера.



Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) – острая, наиболее часто встречающаяся и в большинстве случаев самоограничивающаяся инфекция респираторного тракта, проявляющаяся катаральным воспалением верхних дыхательных путей и протекающая с лихорадкой, ринитом, чиханием, кашлем, болью в горле, нарушением общего состояния разной выраженности.

Сезонный комплекс возбудителей острых респираторных вирусных инфекций включает десятки **одновременно циркулирующих вирусов** (>200 генетических групп из 6 семейств и 10 родов), практически не различающихся по клинической картине.

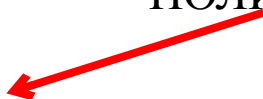
ГРИПП

COVID-19

ДРУГИЕ ВИРУСЫ

ПОЛИЭТИОЛОГИЯ

МОНОЭТИОЛОГИЯ



МЕТАПНЕВМОВИРУС + ГРИПП
COVID-19 + РС-ВИРУС



АДЕНОВИРУСНАЯ
ФАРИНГОКОНЬЮНКТИВАЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА



Клинические рекомендации 2022

ОРВИ – самая частая инфекция человека: дети в возрасте до 5 лет переносят, в среднем, 6-8 эпизодов ОРВИ в год, в детских дошкольных учреждениях особенно высока заболеваемость на 1-2 году посещения – на 10-15% выше, чем у неорганизованных детей, однако, в школе последние болеют чаще.

Заболеваемость наиболее высока в период с сентября по апрель, пик заболеваемости приходится на февраль-март.

Спад заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей неизменно регистрируется в летние месяцы, когда она снижается в 3-5 раз.





Клинические рекомендации 2022

В качестве диагноза следует избегать термина «ОРВИ», используя термины «острый назофарингит» или «острый ларингит», или «острый фарингит», поскольку возбудители ОРВИ вызывают также ларингит (круп), тонзиллит, бронхит, бронхиолит, что следует указывать в диагнозе.

Подробно данные синдромы рассматриваются отдельно (см. Клинические рекомендации по ведению детей с острым тонзиллитом, острым бронхитом, острым бронхиолитом и обструктивным ларинготрахеитом).

Примеры формулировки диагнозов

- *Острый назофарингит, острый конъюнктивит.*
- *Острый ларингит парагриппозной этиологии (ПЦР носоглоточная слизь выделена РНК парагриппа 14.12.22.)*

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



Клинические рекомендации 2022

J00 Острый назофарингит

J02 Острый фарингит

J02.8 - Острый фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями

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

J06.9 - Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная



1. Рубрика **J09** «Грипп, вызванный идентифицированным зоонозным или пандемическим вирусом гриппа А.
2. Рубрика **J10** «Грипп, вызванный идентифицированным сезонным вирусом гриппа В».

Подрубрики:

J10.0 Грипп с пневмонией, вызванный сезонным вирусом гриппа.

J10.1 Грипп с другими респираторными проявлениями

J10.8 Грипп с другими проявлениями, вызванный сезонным вирусом гриппа.

Включены: энцефалопатия, вызванная гриппом, гриппозный гастроэнтерит и миокардит (острый). Все случаи гриппа, включенные в рубрики J09 и J10, должны быть подтверждены лабораторным методом.

3. Рубрика **J11** «Грипп, вирус не идентифицирован» Включены: грипп и вирусный грипп без указания об идентификации вируса. Подрубрики:

J11.0 Грипп с пневмонией, вирус не идентифицирован

J11.1 Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус не идентифицирован.

J11.8 Грипп с другими проявлениями, вирус не идентифицирован.



Клинические рекомендации 2022

Заболевание обычно начинается остро.

Часто сопровождается повышением температуры тела до субфебрильных цифр (37,5°C—38,0°C). Повышенная температура у 82% пациентов снижается на 2-3-й день болезни.

Назофарингит.

Ларингит и ларинготрахеит.

Трахеит.

Фарингит

В среднем симптомы ОРВИ могут продолжаться до 10-14 дней.

Исходы и прогноз

Как указано выше, ОРВИ, в отсутствии бактериальных осложнений, скоротечны, хотя и могут оставлять на 1-2 недели такие симптомы как отделяемое из носовых ходов, кашель.

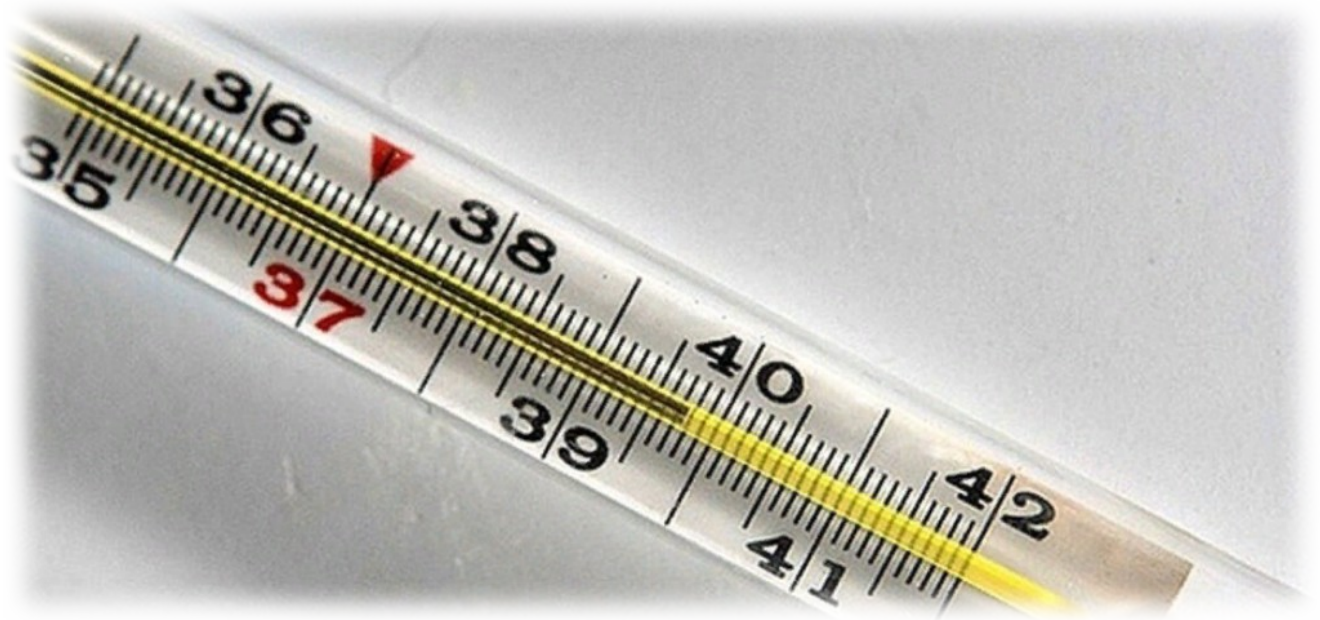
Мнение о том, что повторные ОРВИ, особенно частые, являются проявлением или приводят к развитию «вторичного иммунодефицита» безосновательно.



Клинические рекомендации 2022

Заболевание обычно начинается остро и сопровождается:

- **повышением температуры тела до фебрильных цифр (38,5°C – 39,5°C)**
- **головная боль**
- **миалгия**
- **артралгия**





Клинические рекомендации 2022

Не рекомендуется рутинное вирусологическое и/или бактериологическое обследование всех пациентов, т.к. это не влияет на выбор лечения!

Исключение составляют:

- 1. экспресс-тест на грипп у высоко лихорадящих детей**
- 2. экспресс-тест на стрептококк при подозрении на острый стрептококковый тонзиллит**

Применение экспресс тестов для диагностики вирусных инфекций в отделениях неотложной помощи и приемных отделениях стационаров может уменьшать риск необоснованной антибиотикотерапии, а также ненужных диагностических исследований, в т.ч. рентгенографии грудной клетки.



Клинические рекомендации 2022

Общий (клинический) анализ крови рекомендован к проведению при выраженных общих симптомах у детей с лихорадкой.

Общий (клинический) анализ мочи (в т.ч. с использованием тест-полосок в амбулаторных условиях и приемных отделениях стационаров) рекомендуется проводить у всех лихорадящих детей без катаральных явлений с целью своевременной диагностики инфекции мочевыводящих путей.

Повторные клинические анализы крови и мочи необходимы только в случае выявления отклонений от нормы при первичном обследовании или появления новых симптомов, требующих диагностического поиска. Если симптомы вирусной инфекции купировались, ребенок перестал лихорадить и имеет хорошее самочувствие, повторное исследование Общего (клинического) анализа крови нецелесообразно.

Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови рекомендовано проводить для исключения тяжелой бактериальной инфекции у детей с фебрильной лихорадкой (повышение температуры выше 38°C), особенно при отсутствии видимого очага инфекции



Клинические рекомендации 2022

- **признаки респираторного дистресса** (одышка, тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании, кряхтящее/стонущее дыхание);
- появление **физикальных симптомов пневмонии** (см. клинические рекомендации «Пневмонии у детей»);
- 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 x 10⁹/л в сочетании с нейтрофилезом 10 x 10⁹/л и более**, уровень С-реактивного белка выше 30 мг/л в отсутствие очага бактериальной инфекции.

Рентгенография придаточных пазух носа не рекомендована пациентам с острым назофарингитом в первые 10-12 дней болезни [19].



Этиотропная терапия рекомендована при гриппе А (в т.ч. H1N1) и В **в первые 24-48 часов болезни** [20]. Могут быть назначены ингибиторы нейраминидазы:

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



Рекомендовано рассмотреть назначение не позднее 1-2-го дня болезни топических форм интерферона-альфа** с терапевтической целью, однако, надежных доказательств противовирусной эффективности и безопасности для детей у этих препаратов нет .

При ОРВИ иногда рекомендуются интерферогены (Прочие противовирусные препараты), но следует помнить, что при их применении лихорадочный период сокращается менее чем на 1 сутки, т.е. их применение при большинстве ОРВИ с коротким фебрильным периодом не оправдано.

Результаты исследований эффективности использования иммуномодуляторов при респираторных инфекциях, как правило, показывают малодостоверный эффект. Препараты интерферонов, рекомендованные для лечения более тяжелых инфекций, например, вирусных гепатитов, при ОРВИ не используются и не рекомендованы.

Эффективность гомеопатических средств для лечения ОРВИ у детей не доказана .

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



1. **Рекомендуется** проводить **элиминационную терапию**, т.к. данная терапия эффективна и безопасна. Введение в нос натрия хлорида (0,9%) или стерильного раствора морской воды несколько раз в день обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия.
2. **Рекомендуется** назначение местных препаратов, обладающих сосудосуживающим действием интраназально (группа АТХ «деконгестанты и другие препараты для местного применения») **коротким курсом не более 5 дней**. 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
3. **Использование системных препаратов, содержащих деконгестанты (например, псевдоэфедрин, гвайфенезин) крайне нежелательно**, лекарственные средства данной группы не должны применяться у детей **до достижения возраста 12 лет**



ПРОТИВОПОКАЗАНА!!!

Антибактериальная терапия в случае неосложненной вирусной инфекции не только не предотвращает бактериальную суперинфекцию, но способствует ее развитию из-за подавления нормальной пневмотропной флоры, «сдерживающей агрессию» стафилококков и кишечной флоры.

Антибиотики могут быть показаны детям с хронической патологией, затрагивающей бронхолегочную систему (например, муковисцидоз), иммунодефицитом, у которых есть риск обострения бактериального процесса; выбор антибиотика у них обычно предопределен заранее характером флоры.



Клинические рекомендации 2022

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

С целью снижения температуры тела у детей **рекомендуются к применению только два препарата:**

- парацетамол** до 60 мг/кг/сут
- ибупрофен** до 30 мг/кг/сут вследствие доказанной безопасности

Жаропонижающие препараты у здоровых детей ≥ 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.

Регулярный (курсовой) прием жаропонижающих нежелателен, повторную дозу вводят только после нового повышения температуры



У детей с жаропонижающей целью **не рекомендуется** применять **ацетилсалициловую кислоту**** в связи с высоким риском развития нежелательных реакций.

У детей с жаропонижающей целью **не рекомендуется** применять **нимесулид** в связи с вероятным риском развития нежелательных реакций .

Не рекомендуется использование **метамизола натрия (анальгина)** у детей в связи с высоким риском развития агранулоцитоза.



Клинические рекомендации 2022

Противокашлевые, отхаркивающие, муколитические препараты в том числе многочисленные патентованные препараты с различными растительными средствами, **не рекомендуются** для использования при ОРВИ ввиду неэффективности

Ингаляции паровые и аэрозольные не рекомендованы к использованию, т.к. не показали эффекта в рандомизированных исследованиях, а также не рекомендованы Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для лечения ОРВИ [83, 84].

Антигистаминные средства системного действия (1-го поколения), обладающие атропиноподобным действием, **не рекомендованы для использования у детей**: они обладают неблагоприятным терапевтическим профилем, имеют выраженные седативный и антихолинергический побочные эффекты, нарушают когнитивные функции (концентрацию внимания, память и способность к обучению).

Не рекомендуется всем детям с ОРВИ назначать аскорбиновую кислоту так как при терапевтическом приеме после появления симптомов болезни высокие дозы аскорбиновой кислоты не показали явного улучшения в состоянии.



Клинические рекомендации 2022

- дети до 3-х месяцев с фебрильной лихорадкой
- дети любого возраста при наличии любого из следующих симптомов (основные опасные признаки): неспособность пить / сосать грудь; сонливость или отсутствие сознания; частота дыхания менее 30 в минуту или апноэ; симптомы респираторного дистресса; центральный цианоз; явления сердечной недостаточности; тяжелое обезвоживание
- дети со сложными фебрильными судорогами (продолжительностью более 15 минут и/или повторяющиеся более одного раза в течение 24 часов) госпитализируются на весь период лихорадки.
- дети с фебрильной лихорадкой и подозрением на тяжелую бактериальную инфекцию (НО может быть и гипотермия!), имеющие следующие сопутствующие симптомы: вялость, сонливость; отказ от еды и питья; геморрагическая сыпь на коже; рвота.
- дети с явлениями дыхательной недостаточности



Клинические рекомендации 2022

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

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

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



Клинические рекомендации 2022

Установка на то, что при всякой вирусной инфекции активируется бактериальная флора (так называемая «вирусно-бактериальная этиология ОРВИ» на основании, например, наличия у пациента с лейкоцитозом) не подтверждается практикой.

Бактериальные осложнения ОРВИ возникают относительно редко!



Клинические рекомендации 2022

Осложнения ОРВИ наблюдаются нечасто и связаны с присоединением бактериальной инфекции.

Существует риск развития **острого среднего отита** на фоне течения назофарингита, особенно у детей раннего возраста, обычно на 2-5-е сутки болезни. Его частота может достигать 20 – 40%, однако далеко не у всех возникает гнойный отит, требующий назначения антибактериальной терапии.

Сохранение заложенности носа дольше 10-14 дней, ухудшение состояния после первой недели болезни, появление болей в области лица может указывать на развитие **бактериального синусита**.

На фоне гриппа **частота вирусной и бактериальной (чаще всего обусловленной *Streptococcus pneumoniae*) пневмонии** может достигать 12% заболевших вирусной инфекцией детей.

Бактериемия осложняет течение ОРВИ в среднем в 1% случаев при РС-вирусной инфекции и в 6,5% случаев при энтеровирусных инфекциях.

Кроме того, респираторная инфекция может явиться триггером обострения хронических заболеваний, чаще всего бронхиальной астмы и инфекции мочевыводящих путей.



Клинические рекомендации 2022

Рекомендуется проведение профилактических мероприятий, препятствующих распространению вирусов:

ВСЕМ - тщательное мытье рук после контакта с заболевшим, ношение масок, мытье поверхностей в окружении заболевшего

В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ – соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, соответствующая обработка фонендоскопов, отоскопов, использование одноразовых полотенец.

В ДЕТСКИХ УЧЕРЕЖДЕНИЯХ – быстрая изоляция заболевших детей, соблюдение режима проветривания .

Профилактика большинства вирусных инфекций остается сегодня неспецифической, поскольку вакцин против всех респираторных вирусов пока нет.



Клинические рекомендации 2022

Вместе с тем рекомендуется **ежегодная ВАКЦИНАЦИЯ** против гриппа с **возраста 6 мес**, которая снижает заболеваемость.

Комментарии: Доказано, что вакцинация детей от гриппа и пневмококковой инфекции снижает риск развития острого среднего отита у детей, т.е. уменьшает вероятность осложненного течения ОРВИ.



Клинические рекомендации 2022

1. **У детей первого года жизни из групп риска (недоношенность, бронхолегочная дисплазия)** для профилактики РС-вирусной инфекции в осенне-зимний сезон рекомендована пассивная иммунизация *паливизумабом***, препарат вводится внутримышечно в дозе 15 мг/кг ежемесячно 1 раз в месяц с ноября по март [92, 93].

2. **У детей до 2-х лет с гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца** для профилактики РС-вирусной инфекции в осенне-зимний сезон рекомендована пассивная иммунизация *паливизумабом***, препарат вводится внутримышечно в дозе 15 мг/кг ежемесячно 1 раз в месяц с ноября по март [92, 93].

Комментарий: см. клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с бронхолегочной дисплазией, КР по иммунопрофилактике респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей.

3. **Детям старше 6 мес. с рецидивирующими инфекциями ЛОР-органов и дыхательных путей** рекомендуется применение других иммуностимуляторов (системных бактериальных лизатов). Эти препараты, вероятно, могут сократить заболеваемость респираторными инфекциями, хотя доказательная база у них не велика.



Клинические рекомендации 2022

Не рекомендуется рутинное использование иммуномодуляторов с целью профилактики острых респираторно-вирусных инфекций, т.к. надежных свидетельств о снижении респираторной заболеваемости под влиянием различных иммуномодуляторов – нет .

Не доказана также профилактическая **эффективность** растительных препаратов и аскорбиновой кислоты , гомеопатических препаратов .



Клинические рекомендации 2022

Определение.

Причина заболевания.

Как заражаются инфекцией, вызывающей ОРВИ.

Признаки ОРВИ.

Обследования.

Лечение

Ограничения:

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

Крайне нежелательно использование метамизола.

Антибиотики – не действуют на вирусы (основную причину ОРВИ). Вопрос о назначении антибиотиков рассматривается при подозрении на бактериальную инфекцию. Антибиотики должен назначать врач. Бесконтрольный прием антибиотиков может способствовать развитию устойчивых к ним микробов и вызывать осложнения.

Как предупредить развитие ОРВИ.

Обратитесь к специалисту если:

- ребенок длительное время отказывается от питья
- вы видите изменения в поведении: раздражительность, необычная сонливость со снижением реакции на попытки контакта с ребенком
- у ребенка имеется затруднение дыхания, шумное дыхание, учащение дыхания, втяжение межреберных промежутков, яремной ямки (места, расположенного спереди между шеей и грудью)
- у ребенка судороги на фоне повышенной температуры
- у ребенка бред на фоне повышенной температуры
- повышенная температура тела (более 38,4-38,5°C) сохраняется более 3 дней
- заложенность носа сохраняется без улучшения более 10-14 дней, особенно если при этом вы видите «вторую волну» повышения температуры тела и/или ухудшение состояния ребенка
- у ребенка есть боль в ухе и/или выделения из уха
- у ребенка кашель, длящийся более 10-14 дней без улучшения

Спасибо за внимание!



С уважением, Сидоренкова Елена Викторовна.