

А.А. Баранов^{1, 2}, Л.С. Намазова-Баранова^{2, 3}, Ю.В. Лобзин⁴, В.К. Таточенко⁵, А.Н. Усков⁴, Т.В. Куличенко³, Е.А. Вишнёва^{2, 3}, А.С. Колбин⁶, Г.А. Новик⁷, В.А. Булгакова^{2, 3}, М.Д. Бакрадзе⁸, А.С. Полякова⁵, Л.Р. Селимзянова^{1, 2, 3}, М.В. Федосеенко^{2, 3}, И.В. Артемова⁸, Д.С. Чемакина², Е.А. Добрынина², М.С. Карасева², А.Е. Анджель⁹, Т.А. Теновская⁹

¹ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

² НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», Москва, Российская Федерация

³ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

⁴ ДНКЦИБ ФМБА, Москва, Российская Федерация

⁵ НМИЦ здоровья детей, Москва, Российская Федерация

⁶ СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁷ СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁸ Союз педиатров России

⁹ Морозовская ДГКБ ДЗМ, Москва, Российская Федерация

Современные подходы к ведению детей с острой респираторной вирусной инфекцией

Автор, ответственный за переписку:

Намазова-Баранова Лейла Сеймуровна, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, заведующая кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», президент Союза педиатров России

Адрес: 119333, Москва, ул. Фотиевой, д. 10, тел.: +7 (499) 400-47-33, e-mail: lsnamazova@yandex.ru

Экспертами Союза педиатров России разработаны актуальные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с острой респираторной вирусной инфекцией. Понятие «острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)» суммирует следующие нозологические формы: острый назофарингит, острый фарингит, острый ларингит, острый трахеит, острый ларингофарингит, острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная. Подробно разобраны вопросы эпидемиологии, диагностики, лечения и профилактики.

Ключевые слова: дети, ОРВИ, клинические рекомендации

Для цитирования: Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Лобзин Ю.В., Таточенко В.К., Усков А.Н., Куличенко Т.В., Вишнёва Е.А., Колбин А.С., Новик Г.А., Булгакова В.А., Бакрадзе М.Д., Полякова А.С., Селимзянова Л.Р., Федосеенко М.В., Артемова И.В., Чемакина Д.С., Добрынина Е.А., Карасева М.С., Анджель А.Е., Теновская Т.А. Современные подходы к ведению детей с острой респираторной вирусной инфекцией. *Педиатрическая фармакология*. 2023;20(2):162–174. doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v20i2.2539>

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

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.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Возбудителями острых заболеваний респираторного тракта преимущественно являются вирусы. 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. Спектр возбудителей ОРВИ, ежегодно вызывающих эпидемии в мире в осенне-зимний период, включает РНК-содержащие вирусы семейства *Orthomyxoviridae* родов *Influenzavirus* (*Influenzavirus A* — A(H1N1), A(H3N2) и *Influenzavirus B*), семейства *Coronaviridae*

(*Coronavirinae*) рода *Alphacoronavirus*: *Duvinacovirus* (HCoV), семейства *Paramyxoviridae* (*Paramyxovirinae*) рода *Rubulavirus* (HPIV-2, -4), рода *Respirovirus* (HPIV-1, -3 — вирусы парагриппа человека), рода *Pneumovirus* (HRSV — респираторно-синцитиальный (РС) вирус человека), рода *Metapneumovirus* (HMPV — метапневмовирус человека), семейства *Picornaviridae* рода *Enterovirus* (HEV-D — энтеровирус D человека, прежде HRV — риновирус человека, > 152 серотипов) и ДНК-содержащие вирусы семейства *Parvoviridae* (*Parvovirinae*) рода *Bocavirus* (HBV — бокавирус человека) и семейства *Adenoviridae* рода *Mastadenovirus*, куда входят 54 серотипа 7 аденовирусов человека (HAdV): HAdV-A (12, 18, 31); HAdV-B (3, 7, 11, 14, 16, 21, 34, 35, 50); HAdV-C (1, 2, 5, 6); HAdV-D (8-10, 13, 15, 17, 19, 20, 2230, 32, 33, 36-39, 42-49, 51, 53, 54); HAd-E (4); HAd-F (40, 41); HAd-G (52) [1].

Циркуляция эпидемического вируса SARS-CoV-2 определяет сложность выявления реальных этиологических факторов любой сезонной эпидемической вспышки с респираторным заражением. Распространение вирусов происходит чаще всего путем самоинокуляции на слизистую оболочку носа или конъюнктиву с рук, загрязненных при контакте с заболевшим (например,

через рукопожатие) или с зараженными вирусом поверхностями (риновирус сохраняется на них до суток).

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

Инкубационный период большинства вирусных болезней — от 2 до 7 дней. Выделение вирусов больным максимально на 3-и сут после заражения, резко снижается к 5-му дню; неинтенсивное выделение вируса может сохраняться до 2 нед.

Симптомы ОРВИ являются результатом не столько повреждающего влияния вируса, сколько реакции системы врожденного иммунитета. Пораженные клетки эпителия выделяют цитокины, в том числе интерлейкин 8 (IL-8), количество которого коррелирует как со степенью привлечения фагоцитов в подслизистый слой и эпителий, так и с выраженностью симптомов. Увеличение назальной секреции связано с повышением проницаемости сосудов, количество лейкоцитов в секрете может увеличиваться многократно, меняя его цвет с прозрачного на бело-желтый или зеленоватый, т.е. считать изменение цвета назальной слизи признаком бактериальной инфекции безосновательно [2].

Установка на то, что при всякой вирусной инфекции активируется бактериальная флора (так называемая «вирусно-бактериальная этиология ОРВИ») на основании, например, наличия у пациента лейкоцитоза, не подтверждается практикой. Бактериальные осложнения ОРВИ возникают относительно редко.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ОРВИ — самая частая инфекция человека: дети в возрасте до 5 лет переносят в среднем 6–8 эпизодов ОРВИ в год [3, 4], в детских дошкольных учреждениях

особенно высока заболеваемость на 1–2-м году посещения — на 10–15% выше, чем у неорганизованных детей, однако в школе последние болеют чаще [5]. Заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей может значительно различаться в разные годы. Наиболее высока она в период с сентября по апрель, пик приходится на февраль–март. Спад заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей неизменно регистрируется в летние месяцы, когда она снижается в 3–5 раз [6]. Согласно данным Минздрава России и Роспотребнадзора, в 2018 г. заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей у детей в возрасте 0–17 лет составила 75,4 тыс. случаев заболеваний на 100 тыс. человек (против 81,1 тыс. на 100 тыс. населения в 2017 г.). Абсолютное число заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей в Российской Федерации составило в 2018 г. 30,9 млн случаев [6].

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

Кодирование по МКБ-10:

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

J06.9 Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная

Aleksander A. Baranov^{1, 2}, Leyla S. Namazova-Baranova^{2, 3}, Yuri V. Lobzin⁴, Vladimir K. Tatochenko⁵, Aleksandr N. Uskov⁴, Tatiana V. Kulichenko³, Elena A. Vishneva^{2, 3}, Alexey S. Kolbin⁶, Gennady A. Novik⁷, Vilya A. Bulgakova^{2, 3}, Maiya D. Bakradze⁸, Anastasiya S. Polyakova⁵, Lilia R. Selimzyanova^{1, 2, 3}, Marina V. Fedoseenko^{2, 3}, Inga V. Artemova⁸, Daria S. Chemakina², Elena A. Dobrynina², Mariya S. Karaseva², Andrey E. Angel⁹, Tatiana A. Tenovskaya⁹

¹ Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

² Research Institute of Pediatrics and Children's Health in Petrovsky National Research Centre of Surgery, Moscow, Russian Federation

³ Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

⁴ Pediatric Research and Clinical Center for Infectious Diseases, Saint-Petersburg, Russia

⁵ National Medical Research Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation

⁶ Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation

⁷ Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation

⁸ Union of Pediatricians of Russia

⁹ Morozovskaya Children's City Hospital, Moscow, Russian Federation

Modern Approaches to the Management of Children with Acute Respiratory Viral Infection

Experts of the Union of Pediatricians of Russia have developed modern guidelines on management of children with acute respiratory viral infection. The term "acute respiratory viral infection" (ARVI) combines following nosological forms: acute nasopharyngitis, acute pharyngitis, acute laryngitis, acute tracheitis, acute laryngopharyngitis, upper respiration tract infection (unspecified). The issues of epidemiology, diagnosis, treatment, and prevention have been considered in detail.

Keywords: children, ARVI, clinical guidelines

For citation: Baranov Aleksander A., Namazova-Baranova Leyla S., Lobzin Yuri V., Tatochenko Vladimir K., Uskov Aleksandr N., Kulichenko Tatiana V., Vishneva Elena A., Kolbin Alexey S., Novik Gennady A., Bulgakova Vilya A., Bakradze Maiya D., Polyakova Anastasiya S., Selimzyanova Lilia R., Fedoseenko Marina V., Artemova Inga V., Chemakina Daria S., Dobrynina Elena A., Karaseva Mariya S., Angel Andrey E., Tenovskaya Tatiana A. Modern Approaches to the Management of Children with Acute Respiratory Viral Infection. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2023;20(2):162–174. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v20i2.2539>

Примеры формулировки диагнозов

- Острый назофарингит, острый конъюнктивит.
- Острый ларингит.

При подтверждении этиологической роли вирусного агента уточнение выносится в диагноз.

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, бронхолит, что следует указывать в диагнозе. Подробно данные синдромы рассматриваются отдельно (см. клинические рекомендации по ведению детей с острым тонзиллитом, острым бронхитом, острым бронхолитом и обструктивным ларинготрахеитом).

КЛАССИФИКАЦИЯ

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

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Заболевание обычно начинается остро, часто сопровождается повышением температуры тела до субфебрильных цифр (37,5–38,0 °С). Фебрильная лихорадка более свойственна гриппу, аденовирусной инфекции, энтеровирусным инфекциям. Повышенная температура у 82% пациентов снижается на 2–3-й день болезни; более длительно (до 5–7 дней) фебрилитет держится при гриппе и аденовирусной инфекции [7]. Нарастание уровня лихорадки в течение болезни, симптомы бактериальной интоксикации у ребенка должны настораживать в отношении присоединения бактериальной инфекции. Повторный подъем температуры после кратковременного улучшения нередко бывает при развитии острого среднего отита на фоне продолжительного насморка.

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 продуктивный кашель. При распространении воспаления на слизистую оболочку слуховых труб (евстахиит) появляются пощелкивание, шум и боль в ушах, может снизиться слух. У грудных детей на фоне выраженного затруднения носового дыхания могут отмечаться беспокойство, трудности при кормлении и засыпании. У старших детей типичными проявлениями являются симптомы ринита (пик на 3-й день, длительность до 6–7 дней), у 1/3–1/2 заболевших — чихание и/или кашель (пик в 1-й день, средняя длительность — 6–8 дней), реже — головная боль (20% в 1-й и 15% — до 4-го дня) [8].

Ларингит и ларинготрахеит

Симптомом, позволяющим диагностировать ларингит, является осиплость голоса. В отличие от синдрома крупа (обструктивного ларинготрахеита), явлений стеноза гортани не отмечается, дыхательной недостаточности нет, однако может отмечаться грубый сухой кашель. При трахеите кашель может быть навязчивым, частым, изнуряющим пациента.

Фарингит

При фарингите отмечаются гиперемия и отечность задней стенки глотки, ее зернистость, вызванная гиперплазией лимфоидных фолликулов. На задней стенке

глотки может быть заметно небольшое количество слизи (катаральный фарингит) [8], фарингит также характеризуется непродуктивным, часто навязчивым кашлем. Этот симптом вызывает крайнее беспокойство родителей, доставляет неприятные ощущения ребенку, поскольку кашель может быть очень частым. Такой кашель не поддается лечению бронходилататорами (препаратами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей), муколитическими препаратами, ингаляционными глюкокортикоидами (и не требует их назначения).

В среднем симптомы ОРВИ могут продолжаться до 10–14 дней [9].

ДИАГНОСТИКА

Общепринятых критериев ОРВИ верхних дыхательных путей нет.

Наблюдается катаральное воспаление верхних дыхательных путей, возможны лихорадка, ринит, чихание, кашель, боль в горле, нарушение общего состояния различной выраженности.

Жалобы и анамнез

Пациент или родители (законные представители) могут пожаловаться на остро возникший ринит, и/или кашель, и/или гиперемию конъюнктив (катаральный конъюнктивит) в сочетании с явлениями ринита, фарингита.

Физикальное обследование

Общий осмотр подразумевает оценку общего состояния, физического развития ребенка, подсчет частоты дыхания, сердечных сокращений, осмотр верхних дыхательных путей и зева, осмотр, пальпацию и перкуссию грудной клетки, аускультацию легких, пальпацию живота.

Лабораторные диагностические исследования

Обследование пациента с ОРВИ имеет целью выявление бактериальных очагов, не определяемых клиническими методами.

Не рекомендуется рутинное вирусологическое и/или бактериологическое обследование всех пациентов, так как 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 [10]. **(Уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 5.)**

Современные мультиплексные панели позволяют выявлять до нескольких десятков вирусов и бактерий в биологических секретах при исследованиях в течение нескольких часов. Однако эти методы могут быть использованы в основном в крупных стационарах при наличии специального оборудования и персонала соответствующей квалификации. Кроме того, в большинстве случаев выявление микроорганизмов не обязательно свидетельствует об их этиологической значимости в текущей ОРВИ, поскольку возможно их бессимптомное носительство. Учитывая ограниченные возможности этиотропной терапии вирусных заболеваний, необходимость в рутинной верификации вирусов также сомнительна. Ценность вирусологических и бактериологических методов при ОРВИ высока при проведении эпидемиологических и клинических исследований, а также для обследования иммунокомпрометированных пациентов.

Рекомендовано проведение этиологической диагностики при подозрении на грипп: методом ПЦР-диагностики или при помощи иммунохроматографи-

ческого экспресс-теста, поскольку при этой инфекции может быть начато этиотропное противовирусное лечение [10, 11]. **(Уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 2.)**

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 том числе рентгенографии грудной клетки [12].

Клинический анализ мочи (в том числе 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 [13, 14]. **(Уровень убедительности рекомендаций — В; уровень достоверности доказательств — 1.)** 5–10% детей грудного и раннего возраста с инфекцией мочевых путей также имеют вирусную коинфекцию с клиническими признаками ОРВИ. Вместе с тем исследование мочи у детей с назофарингитом или ларингитом без лихорадки проводится только при наличии жалоб или особых рекомендаций в связи с сопутствующей патологией мочевыводящей системы.

При выраженных общих симптомах у детей с лихорадкой необходимо провести клинический анализ крови [13–15]. **(Уровень убедительности рекомендаций — В; уровень достоверности доказательств — 1.)** Повышение уровня маркеров бактериального воспаления является поводом для поиска бактериального очага, в первую очередь «немой» пневмонии, острого среднего отита, 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 клинического анализа крови нецелесообразно.

Особенности лабораторных показателей при некоторых вирусных инфекциях

Лейкопения, характерная для гриппа и энтеровирусных инфекций, обычно отсутствует при других ОРВИ.

Для РС-вирусной инфекции характерен лимфоцитарный лейкоцитоз, который может превышать $15 \times 10^9/\text{л}$.

При аденовирусной инфекции лейкоцитоз может достигать уровня $15\text{--}20 \times 10^9/\text{л}$ и даже выше, при этом возможны нейтрофилез более $10 \times 10^9/\text{л}$, повышение уровня С-реактивного белка выше 30 мг/л.

Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови следует проводить для исключения тяжелой бактериальной инфекции у детей с фебрильной лихорадкой (повышение температуры выше 38°C), особенно при отсутствии видимого очага инфекции [13–15]. **(Уровень убедительности рекомендаций — В; уровень достоверности доказательств — 1.)** Повышение его выше 30–40 мг/л более характерно для бактериальных инфекций (вероятность выше 85%).

Инструментальные диагностические исследования

Учитывая высокую частоту острого среднего отита у детей с ринитом, рекомендовано рассмотреть проведение отоскопии пациентам с ринитом, особенно при наличии лихорадки [16]. В сложных или сомнительных случаях показан прием врача-оториноларинголога первичный.

(Уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 4.) Отоскопия должна являться частью рутинного педиатрического осмотра каждого пациента наряду с аускультацией, перкуссией и т.д.

Рентгенография органов грудной клетки не рекомендована для проведения каждому ребенку с симптомами ОРВИ во избежание излишней лучевой нагрузки [17, 18]. **(Уровень убедительности рекомендаций — А; уровень достоверности доказательств — 1.)** Показаниями для рентгенографии легких являются:

- 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 SpO_2 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 30 мг/л в отсутствие очага бактериальной инфекции.

Следует помнить, что выявления на рентгенограмме легких усиления бронхососудистого рисунка, расширения тени корней легких, повышения воздушности недостаточно для установления диагноза «пневмония» и эти признаки не являются показанием для антибактериальной терапии.

Рентгенографию придаточных пазух носа не следует проводить пациентам с острым назофарингитом в первые 10–12 дней болезни [19]. **(Уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 2.)** Проведение рентгенографии придаточных пазух носа на ранних сроках заболевания часто выявляет обусловленное вирусом воспаление придаточных пазух носа, которое самопроизвольно разрешается в течение 2 нед [9, 19].

ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное лечение

ОРВИ — наиболее частая причина применения различных лекарственных средств и процедур, чаще всего ненужных, с недоказанным действием, нередко вызывающих побочные эффекты. Поэтому очень важно разъяснить родителям доброкачественный характер болезни и сообщить, какова предполагаемая длительность имеющихся симптомов, а также убедить их в достаточности минимальных вмешательств.

Этиотропная терапия рекомендована при гриппе А (в том числе H1N1) и В в первые 24–48 ч 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, при весе > 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 [20–22]. **(Уровень убедительности рекомендаций — В; уровень достоверности доказательств — 1.)** Для достижения оптимального эффекта лечение должно быть начато при появлении первых симптомов заболевания. На дру-

гие вирусы, не содержащие нейраминидазы, данные препараты не действуют.

Осельтамивир и занамивир показали небольшое сокращение времени до начала улучшения самочувствия при гриппе у взрослых. Исследования применения осельтамивира в постмаркетинговом периоде продемонстрировали увеличение риска тошноты, рвоты, психических расстройств у взрослых и рвоты у детей. Осельтамивир не оказал протективного действия в отношении снижения смертности среди пациентов с гриппом 2009A/H1N1 [22]. При применении занамивира возможны бронхоспазм и другие аллергические реакции [23], а также развитие резистентности вирусов гриппа к ингибиторам нейраминидазы [24].

При принятии решения об использовании ингибиторов нейраминидазы следует соблюдать осторожность и учитывать баланс между пользой и вредом. Однозначные данные, подтверждающие противовирусную эффективность и безопасность применения у детей других лекарственных препаратов, в том числе иммуномодуляторов со стимулирующим действием, получивших широкое распространение в Российской Федерации, в настоящее время отсутствуют, сокращение времени до улучшения самочувствия, по данным большинства публикаций, в пределах одного дня, в связи с чем не следует их рутинно применять всем пациентам с ОРВИ [25–55].

Не позднее 1–2-го дня болезни необходимо рассмотреть назначение топических форм интерферона альфа с терапевтической целью, однако надежных доказательств противовирусной эффективности и безопасности для детей у этих препаратов нет [56–68]. **(Уровень убедительности рекомендаций — В; уровень достоверности доказательств — 2.)**

При ОРВИ иногда рекомендуются интерферонотерапия, но следует помнить, что при их применении лихорадочный период сокращается менее чем на 1 сут, т.е. их применение при большинстве ОРВИ с коротким фебрильным периодом неоправданно [26]. Результаты исследований эффективности использования иммуномодуляторов при респираторных инфекциях, как правило, показывают малоубедительный 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 [69].

Не рекомендуется использование противомикробных препаратов системного действия для лечения неосложненных ОРВИ и гриппа, в том числе если заболевание сопровождается в первые 10–14 дней риносинуситом, конъюнктивитом, ларингитом, крупом, бронхитом, бронхообструктивным синдромом [4, 70, 71]. **(Уровень убедительности рекомендаций — А; уровень достоверности доказательств — 1.)**

Антибактериальная терапия в случае неосложненной вирусной инфекции не только не предотвращает бактериальную суперинфекцию, но и способствует ее развитию из-за подавления нормальной пневмоотропной 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.

Повышенное потребление жидкости на фоне ОРВИ не показано. Польза обильного выпивания сомнитель-

на, а повышение секреции антидиуретического гормона в период болезни, напротив, способствует задержке жидкости [72]. **(Уровень убедительности рекомендаций — А; уровень достоверности доказательств — 2.)**

Необходимо проводить элиминационную терапию, так как 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 [4, 73]. **(Уровень убедительности рекомендаций — А; уровень достоверности доказательств — 1.)** Вводить натрия хлорид 0,9% 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 натрия хлорида 0,9%. Положение в кровати с поднятым головным концом способствует отхождению слизи из носа. У старших детей оправданны спреи с солевым изотоническим раствором натрия хлорида.

Назначение местных препаратов, обладающих сосудосуживающим действием интраназально (коротким курсом — не более 5 дней), может облегчить симптомы заложенности носа, а также восстановить функцию слуховой трубы (данные препараты не укорачивают длительность насморка). 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 [5, 74, 75]. **(Уровень убедительности рекомендаций — А; уровень достоверности доказательств — 1.)**

Использование системных препаратов, содержащих деконгестанты (например, псевдоэфедрин, фенилэфрин) крайне нежелательно, лекарственные средства данной группы не должны применяться у детей до достижения возраста 12 лет [76].

Для снижения температуры тела лихорадящего ребенка необходимо раскрыть, обернуть водой 25–30 °С. [77, 78]. **(Уровень убедительности рекомендаций — А; уровень достоверности доказательств — 1.)**

С целью снижения температуры тела у детей применяют только два препарата — парацетамол (до 60 мг/кг/сут) или ибупрофен (до 30 мг/кг/сут) вследствие доказанной безопасности [5, 75, 77, 78]. **(Уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 5.)**

Жаропонижающие препараты у здоровых детей ≥ 3 мес оправданы при температуре выше 39–39,5 °С. При менее выраженной лихорадке (38–38,5 °С) средства, снижающие температуру, показаны детям до 3 мес, пациентам с хронической патологией, а также при связанном с температурой дискомфорте. Регулярный (курсовой) прием жаропонижающих нежелателен, повторную дозу вводят только после нового повышения температуры [5, 14, 75]. Парацетамол и ибупрофен могут применяться внутрь или в форме ректальных суппозиториях, существует также парацетамол для внутривенного введения. Если с лихорадкой справиться не удастся, рассмотрите постепенный переход с одного жаропонижающего лекарственного препарата на другой, продолжив монотерапию. Чередование этих двух антипиретиков или применение комбинированных препаратов не имеет существенных преимуществ перед монотерапией одним из этих лекарственных средств [79].

Необходимо помнить, что самая главная проблема при лихорадке — вовремя распознать бактериальную

инфекцию. Таким образом, диагностика тяжелой бактериальной инфекции гораздо важнее борьбы с лихорадкой. Применение жаропонижающих вместе с антибиотиками чревато маскировкой неэффективности последних.

У детей с жаропонижающей целью не рекомендуется применять ацетилсалициловую кислоту в связи с высоким риском развития нежелательных реакций [77, 80]. **(Уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 5.)**

У детей с жаропонижающей целью не рекомендуется применять нимесулид в связи с вероятным риском развития нежелательных реакций [81]. **(Уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 4.)**

Не рекомендуется использование метамизола натрия у детей в связи с высоким риском развития агранулоцитоза [82, 83]. **(Уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 5.)** Во многих странах мира метамизол натрия был запрещен к применению уже более 50 лет назад.

Следует рассмотреть назначение теплого питья или, после 4 лет, использование леденцов или пастилок, содержащих антисептические препараты, для устранения кашля при фарингите, который связан с «першением в горле» из-за воспаления слизистой оболочки глотки или ее пересыхания при дыхании ртом [84–86]. **(Уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 5.)** Имеются сообщения о возможности облегчения симптомов с помощью данных вмешательств, однако в настоящее время недостаточно доказательств для однозначных выводов.

Противокашлевые, отхаркивающие, муколитические препараты, в том числе многочисленные патентованные лекарственные средства с различными веществами растительного происхождения, не рекомендованы для использования при ОРВИ ввиду неэффективности [87, 88]. **(Уровень убедительности рекомендаций — А; уровень достоверности доказательств — 2.)**

При сухом навязчивом кашле у ребенка с фарингитом или ларинготрахеитом иногда удается достигнуть хорошего клинического эффекта при использовании бутамирата, однако доказательная база по применению противокашлевых препаратов отсутствует [87].

Ингаляции паровые и аэрозольные не рекомендованы к использованию, так как не показали эффекта в рандомизированных исследованиях, а также не рекомендованы Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для лечения ОРВИ [89, 90]. **(Уровень убедительности рекомендаций — А; уровень достоверности доказательств — 1.)**

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 (концентрация внимания, память и способность к обучению). В рандомизированных исследованиях препараты данной группы не показали эффективности в уменьшении симптомов ринита [87, 91]. **(Уровень убедительности рекомендаций — А; уровень достоверности доказательств — 1.)**

Нет необходимости 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 [92, 93]. **(Уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 1.)** Имеются публикации о возможном сокращении длительности болезни, если пациент принимал аскорбиновую кислоту с профилактической целью до заражения ОРВИ [93].

ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Рекомендуется проведение профилактических мероприятий, препятствующих распространению вирусов: тщательное мытье рук после контакта с заболевшим, ношение масок, мытье 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 [94]. **(Уровень убедительности рекомендаций — А; уровень достоверности доказательств — 3.)**

Профилактика большинства вирусных инфекций остается сегодня неспецифической, поскольку вакцин против всех респираторных вирусов пока нет. Вместе с тем рекомендуется ежегодная вакцинация против гриппа с возраста 6 мес, которая снижает заболеваемость [95, 96]. **(Уровень убедительности рекомендаций — А; уровень достоверности доказательств — 2.)** Доказано, что вакцинация детей от гриппа и пневмококковой инфекции снижает риск развития острого среднего отита у детей, т.е. уменьшает вероятность осложненного течения ОРВИ [97, 98].

У детей первого года жизни из групп риска (недоношенность, бронхолегочная дисплазия), у детей до 2 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 [99, 100]. **(Уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 5.)**

Детям старше 6 мес с рецидивирующими инфекциями ЛОР-органов и дыхательных путей показано применение других иммуностимуляторов (системных бактериальных лизатов). Эти препараты, вероятно, могут сократить заболеваемость респираторными инфекциями, хотя доказательная база у них невелика [101–103]. **(Уровень убедительности рекомендаций — А; уровень достоверности доказательств — 1.)**

Не рекомендуется рутинное использование иммуномодуляторов с целью профилактики острых респираторно-вирусных инфекций, так как надежных свидетельств о снижении респираторной заболеваемости под влиянием различных иммуномодуляторов нет [104]. Не доказана также профилактическая эффективность растительных препаратов [105–107] и аскорбиновой кислоты [92], гомеопатических препаратов [108]. **(Уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 5.)**

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ребенок при ОРВИ обычно наблюдается в амбулаторно-поликлинических условиях врачом-педиатром.

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

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

Должны быть госпитализированы в стационар:

- дети до 3 мес с фебрильной лихорадкой в связи с высоким риском развития у них тяжелой бактериальной инфекции [109];
- дети любого возраста при наличии любого из следующих симптомов (основные опасные признаки): неспособность пить / сосать грудь; сонливость или отсутствие сознания; частота дыхания менее 30/мин или апноэ; симптомы респираторного дистресса; центральный цианоз; явления сердечной недостаточности; тяжелое обезвоживание [109];
- дети со сложными фебрильными судорогами (продолжительностью более 15 мин и/или повторяющиеся более одного раза в течение 24 ч) 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, имеющие какие-либо из следующих симптомов: кряхтящее дыхание, раздувание крыльев носа при дыхании, кивательные движения (движения головы, синхронизированные с вдохом); частота дыхательных движений у ребенка до 2 мес > 60/мин, у ребенка в возрасте 2–11 мес > 50/мин, у ребенка старше 1 года > 40/мин; втяжение нижней части грудной клетки при дыхании; насыщение крови кислородом < 92% при дыхании комнатным воздухом [109].

Средняя длительность нахождения в стационаре может составить 3–7 дней в зависимости от нозологической формы осложнения и тяжести состояния. Госпитализация детей с назофарингитом, ларингитом, трахеобронхитом без сопутствующих опасных признаков нецелесообразна.

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

Дети с простыми фебрильными судорогами (продолжительностью до 15 мин, 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.

ОСЛОЖНЕНИЯ

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 сут болезни. Его частота может достигать 20–40%, однако далеко не у всех возникает гнойный отит, требующий назначения антибактериальной терапии [8, 110].

Сохранение заложенности носа дольше 10–14 дней, ухудшение состояния после первой недели болезни, появление болей в области лица может указывать на развитие бактериального синусита [9, 19].

На фоне гриппа частота вирусной и бактериальной (чаще всего обусловленной *Streptococcus pneumoniae*) пневмонии может достигать 12% заболевших вирусной инфекцией детей [20, 111].

Бактериемия осложняет течение ОРВИ в среднем в 1% случаев при РС-вирусной инфекции и в 6,5% случаев — при энтеровирусных инфекциях [7].

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

ИСХОДЫ И ПРОГНОЗ

Как указано выше, ОРВИ в отсутствие бактериальных осложнений скоротечно, хотя и могут оставлять на 1–2 нед 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.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Отсутствует.

FINANCING SOURCE

Not specified.

РАСКРЫТИЕ ИНТЕРЕСОВ

Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

DISCLOSURE OF INTEREST

Not declared.

ORCID

А.А. Баранов

<https://orcid.org/0000-0003-3987-8112>

Л.С. Намазова-Баранова

<https://orcid.org/0000-0002-2209-7531>

Ю.В. Лобзин

<https://orcid.org/0000-0001-9524-7513>

В.К. Таточенко

<https://orcid.org/0000-0001-8085-4513>

Т.В. Куличенко

<https://orcid.org/0000-0002-7447-0625>

Е.А. Вишнева

<https://orcid.org/0000-0001-7398-0562>

А.С. Колбин

<https://orcid.org/0000-0002-1919-2909>

Г.А. Новик

<https://orcid.org/0000-0002-7571-5460>

В.А. Булгакова

<https://orcid.org/0000-0003-4861-0919>

М.Д. Бакрадзе

<https://orcid.org/0000-0001-6474-6766>

А.С. Полякова

<https://orcid.org/0000-0003-4655-3375>

Л.Р. Селимзянова

<https://orcid.org/0000-0002-3678-7939>

М.В. Федосеенко

<https://orcid.org/0000-0003-0797-5612>

И.В. Артемова

<https://orcid.org/0000-0002-8591-8616>

Д.С. Чемакина

<https://orcid.org/0000-0002-3598-9600>

М.С. Карасева

<https://orcid.org/0000-0002-9883-0445>

А.Е. Анджелъ

<https://orcid.org/0000-0003-1287-3039>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Львов Д.К., Бурцева Е.И., Колобухина Л.В. и др. Особенности циркуляции вирусов гриппа и ОРВИ в эпидемическом сезоне 2019–2020 гг. в отдельных регионах России // *Вопросы вирусологии*. — 2020. — Т. 65. — № 6. — С. 335–349. — doi: <https://doi.org/10.36233/0507-4088-2020-65-6-4> [L'vov DK, Burtseva EI, Kolobukhina LV, et al. Peculiarities of the influenza and ARVI viruses during epidemic season 2019–2020 in some regions of Russia. *Problems of Virology = Voprosy Virusologii*. 2020;65(6):335–349. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.36233/0507-4088-2020-65-6-4>]
2. Van den Broek MF, Gudden C, Kluijfhout WP, et al. No evidence for distinguishing bacterial from viral acute rhinosinusitis using symptom duration and purulent rhinorrhea: a systematic review of the evidence base. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;150(4):533–537. doi: <https://doi.org/10.1177/0194599814522595>
3. Hay AD, Heron J, Ness A. The prevalence of symptoms and consultations in pre-school children in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC): a prospective cohort study. *Fam Prac*. 2005;22(4):367–374. doi: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi035>
4. Fendrick AM, Monto AS, Nightengale B, Sarnes M. The economic burden of non-influenza-related viral respiratory tract infection in the United States. *Arch Intern Med*. 2003;163(4):487–494. doi: <https://doi.org/10.1001/archinte.163.4.487>
5. Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика: научно-практическая программа / Союз педиатров России, Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка. — М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка; 2002. [Ostrye respiratornye zabolevaniya u detei. *Lechenie i profilaktika*: Scientific and practical program. Russian Union of Pediatricians, International Foundation for Maternal and Child Health. Moscow: International Foundation for Maternal and Child Health; 2002. (In Russ).]
6. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за январь–декабрь 2018. — 08.02.2019 // *Роспотребнадзор*: официальный сайт. [Svedeniya ob infektsionnykh i parazitarnykh zabolevaniyakh za yanvar'-dekabr' 2018. February 08, 2009. In: *Rospotrebnadzor*: Official website. (In Russ).] Доступно по: https://rospotrebnadzor.ru/activities/statistika_materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=11277. Ссылка активна на 09.03.2023.
7. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. — М.: Бопрец; 2019. — 300 с. [Tatochenko VK. *Bolezni organov dykhaniya u detei*. Moscow: Borges; 2019. 300 p. (In Russ).]
8. Thompson M, Cohen HD, Vodicka TA, et al. Duration of symptoms of respiratory tract infections in children: systematic review. *BMJ*. 2013;347:f7027. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f7027>
9. Wald ER, Applegate KE, Bordley C, 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;132(1):e262–e280. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1071>
10. Esposito S, Mencacci A, Cenci E, et al. Multiplex Platforms for the Identification of Respiratory Pathogens: Are They Useful in Pediatric Clinical Practice? *Front Cell Infect Microbiol*. 2019;9:196. doi: <https://doi.org/10.3389/fcimb.2019.00196>
11. Echavarría M, Marcone DN, Querci M, et al. Clinical impact of rapid molecular detection of respiratory pathogens in patients with acute respiratory infection. *J Clin Virol*. 2018;108:90–95. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2018.09.009>
12. Doan Q, Enarson P, Kissoon N, et al. Rapid viral diagnosis for acute febrile respiratory illness in children in the Emergency Department. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(9):CD006452. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006452.pub4>
13. Vos-Kerkhof E, Gomez B, Milcent K, et al. Clinical prediction models for young febrile infants at the emergency department: an international validation study. *Arch Dis Child*. 2018;103(11):1033–1041. doi: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-314011>
14. Trippella G, Galli L, de Martino M, Chiappini E. Inflammatory biomarkers to guide diagnostic and therapeutic decisions in children presenting with fever without apparent source. *J Chemother*. 2018;30(5):255–265. doi: <https://doi.org/10.1080/1120009X.2018.1451430>
15. Lacroix L, Manzano S, Vandertuin L, et al. Impact of the lab-score on antibiotic prescription rate in children with fever without source: a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2014;9(12):e115061. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115061>
16. 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 антибактериальная химиотерапия*. — 2016. — Т. 18. — № 1. — С. 20–32. [Rachina SA, Kozlov RS, Tatochenko VK, et al. Paediatricians Approach to Prescribing of Systemic Antimicrobials in Outpatient Children with Upper Respiratory Tract and ENT Infections: Data from Multicenter Survey. *Clinical Microbiology and Antimicrobial Chemotherapy*. 2016;18(1):20–32. (In Russ).]
17. Shah SN, Bachur RG, Simel DL, Neuman MI. Does This Child Have Pneumonia?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. *JAMA*. 2017;318(5):462–471. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.9039>
18. Chao JH, Lin RC, Marneni S, et al. 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: <https://doi.org/10.1111/acem.13052>
19. Smith MJ. Evidence for the diagnosis and treatment of acute uncomplicated sinusitis in children: a systematic review. *Pediatrics*. 2013;132(1):e284–e296. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1072>
20. Jefferson T, Jones MA, Doshi P, et al. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(4):CD008965. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008965.pub4>
21. Uyeki TM, Bernstein HH, Bradley JS, et al. Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America: 2018 Update on Diagnosis, Treatment, Chemoprophylaxis, and Institutional Outbreak Management of Seasonal Influenza. *Clin Infect Dis*. 2019;68(6):e1–e47. doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciy866>
22. Heneghan CJ, Onakpoya I, Jones MA, et al. Neuraminidase inhibitors for influenza: a systematic review and meta-analysis of regulatory and mortality data. *Health Technol Assess*. 2016;20(42):1–242. doi: <https://doi.org/10.3310/hta20420>
23. Занамивир. Инструкция по применению // *Регистр лекарственных средств России*: официальный сайт. [Zanamivir. Instructions for use. In: *Register of medicines of Russia*: Official website. (In Russ).] Доступно по: <https://www.rlsnet.ru/active-substance/zanamivir-2528>. Ссылка активна на 05.04.2023.
24. Thorlund K, Awad T, Boivin G, Thabane L. Systematic review of influenza resistance to the neuraminidase inhibitors. *BMC Infect Dis*. 2011;11:134. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2334-11-134>
25. Бабаченко И.В., Шарипова Е.В., Беликова Т.Л. Подходы к терапии ОРВИ у детей в стационаре и поликлинике // *Медицинский совет*. — 2017. — № 1. — С. 94–99. — doi: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-1-94-99> [Babachenko IV, Sharipova EV, Belikova TL. Hospital- and clinic-based approaches to the treatment of ARVI in children. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2017;(1):94–99. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-1-94-99>]
26. Шарипова Е.В., Бабаченко И.В., Левина А.С., Григорьев С.Г. Противовирусная терапия ОРВИ и гриппа у детей в стационарных условиях // *Журнал инфектологии*. — 2018. — Т. 10. — № 4. — С. 82–88. — doi: <https://doi.org/10.22625/2072-6732-2018-10-4-82-88> [Sharipova EV, Babachenko IV, Levina AS, Grigoriev SG. Antiviral therapy of acute respiratory viral infection and influenza in children in a hospital. *Jurnal infektologii = Journal Infectology*. 2018;10(4):82–88. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.22625/2072-6732-2018-10-4-82-88>]
27. Харламова Ф.С., Кладова О.В., Учайкин В.Ф. и др. Клиническая эффективность индуктора интерферонов при метапневмовирусной и боксавирусной респираторных инфекциях у детей // *Журнал инфектологии*. — 2017. — Т. 9. — № 1S. — С. 17–21. [Kharlamova FS, Kladova OV, Uchaikin VF, et al. Klinicheskaya effektivnost' induktora interferonov pri metapnevmo-virusnoi i bokavirusnoi respiratornykh infektsiyakh u detei. *Jurnal infektologii = Journal Infectology*. 2017;9(1S):17–21. (In Russ).]
28. Савенкова М.С., Исаева Е.И., Караштина О.В. и др. Анализ сравнительного лечения ОРВИ в эпидсезонах 2015–2016 г. на основе результатов мультиплексной ПЦР-диагностики в условиях амбулаторной практики // *Фарматека*. — 2017. — № 1. — С. 38–45. [Savenkova MS, Isaeva EI, Karashtina OV, et al. Comparative analysis of treatment of sars in the 2015–2016 epidemic season based on the results of the multiplex PCR-based

- diagnostics in outpatient practice. *Farmateka*. 2017;(1):38–45. (In Russ.)]
29. Елкина Т.Н., Пирожкова Н.И., Грибанова О.А., Лиханова М.Г. Комплексная терапия острых респираторных заболеваний у детей дошкольного возраста на педиатрическом участке // *Лечащий врач*. — 2014. — № 2. — С. 86–86. [Elkina TN, Pirozhkova NI, Griбанова OA, Likhonova MG. Kompleksnaya terapiya ostrykh respiratornykh zabolevaniy u detei doshkol'nogo vozrasta na pediatricheskom uchastke. *Lechaschi vrach*. 2014;(2):86–86. (In Russ.)]
30. Харламова Ф.С., Учайкин В.Ф., Бевза С.Л. и др. Клиническая эффективность Кагоцела при ОРВИ со стенозирующим ларинготрахеитом у детей // *Детские инфекции*. — 2008. — Т. 7. — № 4. — С. 28–34. [Kharlamova FS, Uchaikin VF, Bevza SL, et al. Linical efficacy of Kagotsel in treatment for acute respiratory virus infections (ARVI) in children with constrictive laryngotracheitis. *Children infections*. 2008;7(4):28–34. (In Russ.)]
31. Вартанян 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. — Т. 10. — № 1. — С. 36–41. [Vartanyan RV, Sergeeva EM, Cheshik SG. Evaluation of therapeutic efficacy of Kagocel® preparation in children of early and preschool age with acute respiratory viral infections. *Children infections*. 2011;10(1):36–41. (In Russ.)]
32. Харламова Ф.С., Кладова О.В., Сергеева Э.М. и др. Клиническая эффективность препарата Кагоцел® при гриппе и ОРВИ у детей с 2 до 6 лет // *Детские инфекции*. — 2010. — Т. 9. — № 4. — С. 34–41. [Kharlamova FS, Kladova OV, Sergeeva EM, et al. Clinical efficacy of Kagocel® preparation for treatment of influenza and ARVI in children aged 2 to 6 years. *Children infections*. 2010;9(4):34–41. (In Russ.)]
33. Харламова Ф.С., Кладова О.В., Учайкин В.Ф. и др. Метапневмовирусная и бокавирусная респираторные инфекции в структуре ОРВИ у детей // *Детские инфекции*. — 2015. — Т. 14. — № 2. — С. 5–11. — doi: <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2015-14-2-5-11> [Kharlamova FS, Kladova OV, Uchaikin VF, et al. Metapneumovirus and Bokavirus Respiratory Infections in the Structure of SARS in Children. *Children infections*. 2015;14(2):5–11. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2015-14-2-5-11>]
34. Харламова Ф.С., Учайкин В.Ф., Кладова О.В. и др. Клиническая и профилактическая эффективность индуктора интерферона при ОРВИ у детей младшего дошкольного возраста // *Педиатрическая фармакология*. — 2012. — Т. 9. — № 1. — С. 81–89. — doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v9i1.169> [Harlamova FS, Utchaykin VF, Kladova OV, et al. Clinical and preventive efficacy of interferon inductor in viral respiratory tract infections in children younger preschool age. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2012;9(1):81–89. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v9i1.169>]
35. Харламова Ф.С., Кладова О.В., Учайкин В.Ф. и др. Возможности применения противовирусного препарата Кагоцел® для профилактики и лечения гриппа и других острых респираторных инфекций у часто болеющих детей младшего возраста // *Эффективная фармакотерапия. Эпидемиология и инфекции*. — 2012. — № 53. — С. 26–34. [Kharlamova FS, Kladova OV, Uchaikin VF, et al. Vozmozhnosti primeneniya protivovirusnogo preparata Kagotsel® dlya profilaktiki i lecheniya grippa i drugikh ostrykh respiratornykh infektsii u chasto boleyushchikh detei mladshogo vozrasta. *Effective Pharmacotherapy. Epidemiology & Infections*. 2012;(53)26–34. (In Russ.)]
36. Савенкова М.С., Караштина О.В., Шабат М.Б. и др. Интерфероновый статус и выбор индукторов интерферонов у часто болеющих детей // *Детские инфекции*. — 2016. — № 2. — С. 45–51. [Savenkova MS, Karashtina OV, Shabat MB, et al. Interferon Status and Choice of Interferons Inducers in Frequently Ill Children. *Children infections*. 2016;(2):45–51. (In Russ.)]
37. Шамшева О.В. Новые свойства отечественного препарата с противовирусным и иммуномодулирующим действием // *Детские инфекции*. — 2016. — Т. 15. — № 4. — С. 33–36. — doi: <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2016-15-4-33-36> [Shamsheva OV. New Features of the Domestic Drug with Antiviral and Immunomodulatory Effects. *Children infections*. 2016;15(4):33–36. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2016-15-4-33-36>]
38. 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. [Lobzin YuV, De Rosa F, Esaulenko EV. National and foreign research of Anaferon Kid: efficacy, safety and experience of application (review). *Jurnal infektologii = Journal Infectology*. 2015;7(4):23–31. (In Russ.)]
39. Осидак Л.В., Афанасьева О.И., Образцова Е.В. и др. Новое в профилактике и терапии гриппа и ОРВИ у детей // *Лечащий врач*. — 2003. — № 2. — С. 75–76. [Osidak LV, Afanas'eva OI, Obratsova EV, et al. Novoe v profilaktike i terapii grippa i ORVI u detei. *Lechaschi Vrach*. 2003;(2):75–76. (In Russ.)]
40. Блохин Б.М., Шамшева О.В., Черная Н.Л. и др. Результаты многоцентрового двойного слепого плацебо-контролируемого исследования жидкой формы Анаферона детского в лечении острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. — 2019. — Т. 64. — № 4. — С. 105–112. — doi: <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2019-64-4-105-113> [Blokhin BM, Shamsheva OV, Chernaya NL, et al. Results of a multicentre double-blind placebo-controlled randomized trial of the liquid form of Anaferon for children in the treatment of acute upper respiratory tract infections. *Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i Pediatrii = Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2019;64(4):105–113. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2019-64-4-105-113>]
41. 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. [Zaplatnikov AL, Blokhin BM, Geppe NA, et al. An international multicenter study of release-active antibodies against interferon gamma for flu and acute respiratory viral infections in children. *RMJ. Medical Review*. 2019;(8):19–24. (In Russ.)]
42. Кондюрина Е.Г., Елкина Т.Н., Зеленская В.В. и др. Профилактика и лечение острых респираторных инфекций у детей с бронхиальной астмой // *Доктор.Ру*. — 2013. — № 9. — С. 17–22. [Kondyurina EG, Elkina TN, Zelenskaya VV, et al. Prevention and Treatment of Acute Respiratory Infections in Children with Asthma. *Doctor.Ru*. 2013;(9):17–22. (In Russ.)]
43. Малахов А.Б. Анаферон детский: безопасность (обзор литературы) // *Поликлиника*. — 2014. — № 6. — С. 67–71. [Malakhov AB. Anaferon for children – safety. *Poliklinika*. 2014; 6: 67–71. (In Russ.)]
44. Усенко Д.В. Анаферон детский: эффективность и безопасность в профилактике и терапии вирусных и бактериальных инфекций. Обзор литературы // *Педиатрия. Consilium Medicum*. — 2016. — № 3. — С. 6–14. [Usenko DV. Anaferon for children: efficacy and safety in the prevention and treatment of viral and bacterial infections. Literature review. *Pediatrics. Consilium Medicum*. 2016;(3):6–14. (In Russ.)]
45. Кондюрина Е.Г. Анаферон детский. Феномен современной российской фармации // *Практика педиатра*. — 2015. — № 1. — С. 13–20. [Kondyurina EG. Anaferon detskii. Fenomen sovremennoi rossiiskoi farmatsii. *Praktika pediatria*. 2015;(1):13–20. (In Russ.)]
46. 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. — Т. 8. — № 4. — С. 84–97. — doi: <https://doi.org/10.24411/2305-3496-2019-14011> [Nikiforov VV, Ruzhentsova TA. Clinical efficacy and safety of Ergoferon in flu and other acute respiratory viral infections: a critical evaluation from the standpoint of evidence-based medicine. *Infektsionnye bolezni: novosti, mneniya, obuchenie*. 2019;8(4):84–97. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.24411/2305-3496-2019-14011>]
47. Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Галустян А.Н. 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. — Т. 98. — № 1. — С. 87–94. — doi: <https://doi.org/10.24110/0031-403X-2019-98-1-87-94> [Geppe NA, Kondiurina EG, Galustyan AN,

et al. Release-active antiviral drug Ergoferon in treatment of acute respiratory infections in children. The efficacy of the liquid dosage form of Ergoferon: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical research. *Pediatrics. Journal n.a. G.N. Speransky*. 2019;98(1):87–94. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.24110/0031-403X-2019-98-1-87-94>

48. Заплатников А.Л., Кондюрина Е.Г., Елкина Т.Н. и др. Применение различных схем противовирусной терапии ОРВИ у детей // *Детские инфекции*. — 2015. — Т. 14. — № 3. — С. 34–42. — doi: <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2015-14-3-34-42> [Zaplatnikov AL, Kondyurina EG, Elkina TN, et al. The use of Different Schemes of Antiviral Therapy of Acute Respiratory Viral Infection in Children. *Children infections*. 2015;14(3):34–42. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2015-14-3-34-42>]

49. Кондюрина Е.Г., Бурцева Е.И., Трушакова С.В. и др. Оценка эффективности противовирусной терапии у детей с острым обструктивным бронхитом // *Лечащий врач*. — 2017. — № 1. — С. 65–70. [Kondyurina EG, Burtseva EI, Trushakova SV, et al. Otsenka effektivnosti protivovirusnoi terapii u detei s ostrym obstruktivnym bronkhitom. *Lechaschi vrach*. 2017;(1):65–70. (In Russ).]

50. Сабитов А.У., Ершова А.В. Оптимизация лечения острой респираторной вирусной инфекции у детей с бронхиальной астмой // *Практическая медицина*. — 2015. — № 2. — С. 85–90. [Sabitov AU, Ershova AV. Optimizatsiya lecheniya ostroi respiratornoi virusnoi infektsii u detei s bronkhial'noi astmoi. *Prakticheskaya meditsina*. 2015;(2):85–90. (In Russ).]

51. Афанасьева О.И., Эсауленко Е.В. Эффективность препаратов Эргоферон, Анаферон и Анаферон детский в лечении и профилактике гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций // *Consilium Medicum*. — 2016. — Спецвыпуск. — С. 2–4. [Afanas'eva OI, Esaulenko EV. Effektivnost' preparatov Ergoferon, Anaferon i Anaferon detskii v lechenii i profilaktike grippa i drugikh ostryykh respiratornykh virusnykh infektsii. *Consilium Medicum*. 2016;Spetsvypusk:2–4. (In Russ).]

52. 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. — Т. 59. — № 5-6. — С. 6–14. [Geppe NA, Kondyurina EG, Galustyan AN, et al. Ergoferon Liquid Dosage Form — Efficacious and Safe Treatment for Childhood Acute Respiratory Infections. Interim Outcomes of a Multi-Center, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial. *Antibiotics and Chemotherapy*. 2014;59(5-6):6–14. (In Russ).]

53. Геппе Н.А., Валиева С.Т., Фараджеева Н.А. и др. Лечение ОРВИ и гриппа в амбулаторно-поликлинической практике: результаты международной наблюдательной неинтервенционной программы «ЭРМИТАЖ» // *Терапия*. — 2017. — № 8. — С. 63–78. [Geppe NA, Valiyeva ST, Farajova NA, et al. Treatment of ARVI and grippe in ambulatory-polyclinical practice: results of international observing non-interventional programme “Ermitage”. *Therapy*. 2017;(8):63–78. (In Russ).]

54. Афанасьева О.И., Суховецкая В.Ф., Осидак Л.В. и др. Клинико-лабораторная характеристика и терапия ОРВИ со стенозирующим ларинготрахеитом у детей // *Детские инфекции*. — 2005. — Т. 4. — № 1. — С. 32–36. [Afanas'eva OI, Sukhovetskaya VF, Osidak LV, et al. Kliniko-laboratornaya kharakteristika i terapiya ORVI so stenoziruyushchim laringotrakheitom u detei. *Children infections*. 2005;4(1):32–36. (In Russ).]

55. Осидак Л.В., Головачева Е.Г., Дондурей Е.А. и др. Противовирусная терапия и профилактика острых респираторных инфекций // *Детские инфекции*. — 2012. — Т. 11. — С. 16–23. — doi: <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2012-11-0-16-23> [Osidak LV, Golovacheva EG, Dondurey EA, et al. Antiviral therapy and prophylaxis of acute respiratory infections. *Children infections*. 2012;11:16–23. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2012-11-0-16-23>]

56. Кешишян Е.С., Мешкова Е.Н., Касохов Т.Б. Клинико-иммунологическая эффективность препаратов различных генно-инженерных интерферонов для лечения тяжелых форм инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных // *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. — 1995. — № 3. — С. 70–73. [Keshishyan ES, Meshkova EN, Kasokhov TB.

Kliniko-immunologicheskaya effektivnost' preparatov razlichnykh genno-inzhenernykh interferonov dlya lecheniya tyazhelykh form infektsionno-vozpалitel'nykh zabolevaniy u novorozhdennykh. *Pediatrics. Journal n.a. G.N. Speransky*. 2019;98(1):87–94. (In Russ).]

57. Осидак Л.В., Образцова Е.В., Головачева Е.Г. и др. Виферон® в терапии гриппа и других ОРВИ вирусной и вирусно-бактериальной этиологии у детей // *Детские инфекции*. — 2012. — Т. 11. — № 1. — С. 44–50. [Osidak LV, Obratsova EV, Golovachova EG, et al. Viferon® in Treatment of Influenza and Other ARI of Viral and Viral-bacterial Etiology in Children. *Children infections*. 2012;11(1):44–50. (In Russ).]

58. 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. [Zakharova IN, Kurbanova KhI, Malinovskaya VV, Korovina NA. Vliyaniye mestnoi terapii maz'yu Viferon na techenie ORVI razlichnoi etiologii u detei rannego vozrasta. *Farmateka*. 2013;(4):35–44. (In Russ).]

59. 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. — Т. 12. — № 4. — С. 14–19. — doi: <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2013-12-4-14-19> [Malinovskaya VV, Timina VP, Mazankova LN, Chebotareva TA. Immunopathogenesis of acute respiratory infections and tactics of rational choice of etiotropic immunomodulatory therapies in children. *Children infections*. 2013;12(4):14–19. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2013-12-4-14-19>]

60. 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 фармакотерапия*. — 2011. — № 1. — С. 3–5. [Zakharova IN, Torshkhoeva LB, Zaplatnikov AL, et al. Osobennosti sistemy interferona pri ostryykh respiratornykh infektsiyakh i kliniko-immunologicheskaya effektivnost' modifitsirovannoi interferonoterapii u detei rannego vozrasta. *Effektivnaya farmakoterapiya*. 2011;(1):3–5. (In Russ).]

61. 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. [Lokshina EE, Zaitseva OV, Mazankova LN, et al. Sovremennyye vozmozhnosti ispol'zovaniya interferonov v kompleksnoi terapii ostryykh respiratornykh infektsii u detei. *Lechaschi vrach*. 2011;(8):2–5. (In Russ).]

62. 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. — Т. 6. — № 5. — С. 21–26. [Zakharova IN, Malinovskaya VV, Korovina NA, et al. A clinico-immunological rationale for local interferon therapy in respiratory viral infections in children. *Clinical Practice in Pediatrics*. 2011;6(5):21–26. (In Russ).]

63. 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. [Chebotareva TA, Vyzhlova EN, Zakharova IN, et al. Sovremennaya interferonoterapiya grippa i ostryykh respiratornykh infektsii u detei. *Lechaschi vrach*. 2013;(4):92–94. (In Russ).]

64. Бабаченко И.В. Виферон в комплексной терапии острых респираторных инфекций различной этиологии // *Эффективная фармакотерапия*. — 2014. — № 2. — С. 25–43. [Babachenko IV. Viferon v kompleksnoi terapii ostryykh respiratornykh infektsii razlichnoi etiologii. *Effektivnaya farmakoterapiya*. 2014;(2):25–43. (In Russ).]

65. 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. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. — 2017. — Т. 96. — № 4. — С. 16–21. — doi: <https://doi.org/10.24110/0031-403X-2017-96-4-16-21> [Gladkih RA, Molochnyy VP, Malinovskaya VV,

- et al. Dynamics of cytokines and neopterin in content in young children with acute respiratory viral infections after the use of recombinant interferon alpha-2b with antioxidants (tocopherol acetate and ascorbic acid). *Pediatrics. Journal n.a. G.N. Speransky*. 2017;96(4):16–21. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.24110/0031-403X-2017-96-4-16-21>
66. Вавилова В.П., Вавилов А.М., Черкаева А.Х. Опыт применения препарата Виферон® в периоде адаптации детей к дошкольным образовательным учреждениям // *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. — 2018. — Т. 97. — № 6. — С. 53–58. — doi: <https://doi.org/10.24110/0031-403X-2018-97-6-50-56> [Vavilova VP, Vavilov AM, Cherkaeva AKh. Experience of using Viferon® in children during the period of adaptation to preschool educational institutions. *Pediatrics. Journal n.a. G.N. Speransky*. 2018;97(6):50–56. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.24110/0031-403X-2018-97-6-50-56>]
67. Дракина С.А., Перевощикова Н.К. Профилактика респираторных заболеваний у детей раннего возраста в период адаптации детей к дошкольным образовательным учреждениям // *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. — 2019. — Т. 98. — № 1. — С. 122–128. — doi: <https://doi.org/10.24110/0031-403X-2019-98-1-122-128> [Drakina SA, Perevoschikova NK. Prophylaxis of respiratory diseases in young children during the period of adaptation to preschool educational institutions. *Pediatrics. Journal n.a. G.N. Speransky*. 2019; 98 (1):122–128. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.24110/0031-403X-2019-98-1-122-128>]
68. Чеботарева Т.А. Эффективность Виферона в терапии и профилактике гриппа и других ОРВИ у детей // *Новости медицины и фармации*. — 2010. — № 2 (307). [Chebotareva TA. Effektivnost' Viferona v terapii i profilaktike grippa i drugikh ORVI u detei. *Novosti meditsiny i farmatsii*. 2010; (2(307)). (In Russ).]
69. Hawke K, van Driel ML, Buffington BJ, et al. Homeopathic medicinal products for preventing and treating acute respiratory tract infections in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;4(4):CD005974. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005974.pub4>
70. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(6):CD000247. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000247.pub3>
71. Баранов А.А., Богомилский М.Р., Волков И.К. и др. Применение антибиотиков у детей в амбулаторной практике: практические рекомендации / под ред. А.А. Баранова, Л.С. Страчунского // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. — 2007. — Т. 9. — № 3. — С. 200–210. [Baranov AA, Bogomil'skii MR, Volkov IK, et al. Primenenie antibiotikov u detei v ambulatornoi praktike: prakticheskie rekomendatsii. Baranov AA, Strachunskii LS, eds. *Clinical Microbiology and Antimicrobial Chemotherapy*. 2007;9(3):200–210. (In Russ).]
72. Guppy MPB, Mikan SM, Del Mar CB, et al. Advising patients to increase fluid intake for treating acute respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;2011(2):CD004419. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004419.pub3>
73. King D, Mitchell B, Williams CP, Spurling GK. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(4):CD006821. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006821.pub3>
74. Deckx L, De Sutter AIM, Guo L, et al. Nasal decongestants in monotherapy for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;10(10):CD009612. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009612.pub2>
75. Pappas DE, Hendley JO, Hayden FG, Winther B. Symptom profile of common colds in school-aged children. *Pediatr Infect Dis J*. 2008;27(1):8–11. doi: <https://doi.org/10.1097/INF.0b013e31814847d9>
76. De Sutter AIM, van Driel ML, Kumar AA, et al. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(2):CD004976. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004976.pub3>
77. Meremikwu MM, Oyo-lta A. Physical methods versus drug placebo or no treatment for managing fever in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;2003(2):CD004264. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004264>
78. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / под ред. А.А. Баранова. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009. — 592 с. [Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. Baranov AA, eds. 2nd ed, rev. and exp. Moscow: GEOTAR-Media; 2009. 592 p. (In Russ).]
79. Wong T, Stang AS, Ganshorn H, et al. Cochrane in context: Combined and alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children. *Evid Based Child Health*. 2014;9(3):730–732. doi: <https://doi.org/10.1002/ebch.1979>
80. Beutler A, Chesnut GT, Mattingly JC, Jamieson B. FPIN's Clinical Inquiries. Aspirin use in children for fever or viral syndromes. *Am Fam Physician*. 2009;80(12):1472.
81. 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.
82. Лихорадочные синдромы у детей: рекомендации по диагностике и лечению / А.А. Баранов, В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе. — М.: ПедиатрЪ; 2011. — 211 с. [Likhoroadochnye sindromy u detei: Recommendations for diagnosis and treatment. Baranov AA, Tatchenko VK, Bakradze MD, eds. Moscow: Pediatr; 2011. 211 p. (In Russ).]
83. Александрович Ю.С., Гордеев В.И., Пшенисннов К.В. Неотложная педиатрия: учебное пособие. — СПб.: СпецЛит; 2010. — 568 с. [Aleksandrovich YuS, Gordeev VI, Pshenishnov KV. Neotlozhnaya pediatriya: Tutorial. St. Petersburg: SpetsLit; 2010. 568 p. (In Russ).]
84. Pappas DE. The common cold in children: Management and prevention. In: *UpToDate*. April 25, 2022. Available online: <https://www.uptodate.com/contents/the-common-cold-in-children-management-and-prevention>. Accessed on Marth 26, 2023.
85. Drutz JE. Acute pharyngitis in children and adolescents: Symptomatic treatment. In: *UpToDate*. September 10, 2021. Available online: https://www.uptodate.com/contents/acute-pharyngitis-in-children-and-adolescents-symptomatic-treatment?topicR ef=16629&source=see_link. Accessed on Marth 26, 2023.
86. DeGeorge KC, Ring DJ, Dalrymple SN. Treatment of the Common Cold. *Am Fam Physician*. 2019;100(5):281–289.
87. 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;2014(11):CD001831. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001831.pub5>
88. Chalumeau M, Duijvestijn YC. Acetylcysteine and carbocysteine for acute upper and lower respiratory tract infections in paediatric patients without chronic broncho-pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(5):CD003124. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003124.pub4>
89. Singh M, Singh M. Heated, humidified air for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(6):CD001728. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001728.pub5>
90. Little P, Moore M, Kelly J, et al. Ibuprofen, paracetamol, and steam for patients with respiratory tract infections in primary care: pragmatic randomised factorial trial. *BMJ*. 2013;347:f6041. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f6041>
91. De Sutter AI, Saraswat A, van Driel ML. Antihistamines for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(11):CD009345. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009345.pub2>
92. Vorilhon P, Arpajou B, Vaillant Roussel H, et al. Efficacy of vitamin C for the prevention and treatment of upper respiratory tract infection. A meta-analysis in children. *Eur J Clin Pharmacol*. 2019;75(3):303–311. doi: <https://doi.org/10.1007/s00228-018-2601-7>
93. Hemilä H, Chalker E. Vitamin C for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(1):CD000980. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858>
94. Jefferson T, Del Mar CB, Dooley L, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;11(11):CD006207. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006207.pub5>
95. Prutsky GJ, Domecq JP, Elraiyah T, et al. Influenza vaccines licensed in the United States in healthy children: a systematic review and network meta-analysis (Protocol). *Syst Rev*. 2012;1:65. doi: <https://doi.org/10.1186/2046-4053-1-65>
96. Osterholm MT, Kelley NS, Sommer EA, Belongia EA. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2012;12(1):36–44. doi: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(11\)70295-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(11)70295-X)
97. Fortanier AC, Venekamp RP, Boonacker CW, et al. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing otitis media. *Cochrane*

Database Syst Rev. 2014;(4):CD001480. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001480.pub4>

98. Norhayati MN, Ho JJ, Azman MY. Influenza vaccines for preventing acute otitis media in infants and children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(3):CD010089. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010089.pub2>

99. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases; American Academy of Pediatrics Bronchiolitis Guidelines Committee. Updated Guidance for Palivizumab Prophylaxis Among Infants and Young Children at Increased Risk of Hospitalization for Respiratory Syncytial Virus Infection. *Pediatrics*. 2014;134(2):e620–e638. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1666>

100. Баранов А.А., Иванов Д.О., Алямовская Г.А. и др. Паливизумаб: четыре сезона в России // *Вестник Российской академии медицинских наук*. — 2014. — № 7-8. — С. 54–68. [Baranov AA, Ivanov DO, Alyamovskaya GA, et al. Palivizumab: Four Seasons in Russia. *Vestnik Rossiiskoi Akademii Meditsinskikh Nauk* — *Annals of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2014;(7-8):54–68. (In Russ).]

101. Schaad UB, OM-85 BV, an immunostimulant in pediatric recurrent respiratory tract infections: a systematic review. *World J Pediatr*. 2010;6(1):5–12. doi: <https://doi.org/10.1007/s12519-010-0001-x>

102. Kearney SC, Dziekiewicz M, Feleszko W. Immunoregulatory and immunostimulatory responses of bacterial lysates in respiratory infections and asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2015;114(5):364–369. doi: <https://doi.org/10.1016/j.anai.2015.02.008>

103. Del-Rio-Navarro BE, Espinosa-Rosales FJ, Flenady V, Sienra-Monge JLL. Immunostimulants for preventing respiratory tract infection in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD004974. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004974.pub2>

104. Panchin AY, Khromov-Borisov NN, Dueva EV. Drug discovery today: no molecules required. *BMJ Evid Based Med*. 2019;24(2):48–52. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2018-111121>

105. Lissiman E, Bhasale AL, Cohen M. Garlic for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(11):CD006206. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006206.pub4>

106. Linde K, Barrett B, Wölkart K, et al. Echinacea for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(1):CD000530. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000530.pub2>

107. Jiang L, Deng L, Wu T. Chinese medicinal herbs for influenza. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;3:CD004559. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004559.pub4>

108. Steinsbekk A, Bentzen N, Fønnebo V, Lewith G. Self treatment with one of three self selected, ultramolecular homeopathic medicines for the prevention of upper respiratory tract infections in children. A double-blind randomized placebo controlled trial. *Br J Clin Pharmacol*. 2005;59(4):447–455. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2005.02336.x>

109. Оказание стационарной помощи детям: руководство по лечению наиболее распространенных болезней у детей: руководство по ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях ограниченных ресурсов: карманный справочник. — 2-е изд. — Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013. — 452 с. [Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2013. 438 p. (In Russ).]

110. Ilchukwu GC, Ilchukwu CG, Ubesie AC, et al. Otitis Media in Children: Review Article. *Open J Pediatr*. 2014;04(01):47–53. doi: <https://doi.org/10.4236/ojped.2014.41006>

111. World Health Organization Department of Communicable Disease Surveillance and Response. *WHO guidelines on the use of vaccines and antivirals during influenza pandemics*. 2004. Available online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70631>. Accessed on February 18, 2023.

Статья поступила: 01.03.2023, принята к печати: 14.04.2023
The article was submitted 01.03.2023, accepted for publication 14.04.2023

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций

- Врачи-педиатры
- Врачи общей врачебной практики (семейные врачи)
- Студенты медицинских вузов
- Обучающиеся в ординатуре
- При разработке соблюдались принципы, являющиеся залогом высококачественных и надежных клинических рекомендаций

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

Table 1. Grade scale for levels of evidence (LoE) for diagnostic methods (diagnostic intervention)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
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 метаанализа
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)
Table 2. Grade scale for levels of evidence (LoE) for prevention, treatment, and rehabilitation methods (preventive, treatment, rehabilitation interventions)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением метаанализа
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)
Table 3. Grade scale for grades of recommendation (GoR) for prevention, diagnostic, treatment, and rehabilitation methods (preventive, diagnostic, treatment, rehabilitation interventions)

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	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)
C	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))

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