

Клинические рекомендации – Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) – 2026-2027-2028 (02.09.2026) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: J00, J04.1, J06.0, J06.9, J06.8, J39.9, B34.0, B34.2

Год утверждения (частота пересмотра): 2026

Пересмотр не позднее: 2028

ID: 25_3

Возрастная категория: Дети

Специальность:

Разработчик клинической рекомендации: Союз педиатров России, Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, Общероссийская общественная организация "Российское общество скорой медицинской помощи"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России

По состоянию на 02.09.2026 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Список сокращений

ВДИ – врожденные дефекты иммунитета

ГПЗ – гриппоподобное заболевание

ИЛ – интерлейкин

КОЕ – колониеобразующие единицы

КР – клинические рекомендации

МПИ – метапневмовирусная инфекция

ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция

ОРИ – острая респираторная инфекция

ОТ-ПЦР – полимеразная цепная реакция с обратной транскрипцией

ОХЛП – общая характеристика лекарственного препарата

РВ – риновирус

РСВИ – респираторно-синцитиальная вирусная инфекция

ЦНС – центральная нервная система

PAT – триаж – Pediatric Assessment Triangle

ABCDE – универсальный инструмент первичной оценки критически больных пациентов, включая детей с респираторными инфекциями (A – Airway (Дыхательные пути), B – Breathing (Дыхание), C – Circulation (Кровообращение), D – Disability, E – Exposure (Осмотр) – измерение температуры тела, осмотр тела на наличие сыпи)

CDS – Шкала (Clinical Dehydration Scale – шкала дегидратации)

HPIV – вирус парагриппа человека

HBoV – бокавирус человека

PEWS – Шкала (Paediatric Early Warning Score – Педиатрическая шкала раннего предупреждения)

Термины и определения

Понятие "острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)" – суммирует следующие нозологические формы: острый ринофарингит, острый трахеит, острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная.

Новые и узконаправленные профессиональные термины в настоящих клинических

рекомендациях не используются.

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

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) – это наиболее частая острая инфекция дыхательных путей, которая проявляется в виде их катарального воспаления и сопровождается лихорадкой, ринитом, чиханием, кашлем, болью в горле, осиплостью/охриплостью голоса, нарушением общего состояния разной выраженности и в большинстве случаев проходит самостоятельно (т.е. не требует специфического лечения).

Острая респираторная инфекция (ОРИ) без установленной этиологии: вирусная и/или бактериальная (ранее – острое респираторное заболевание (ОРЗ)).

Понятие "острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)" используется при следующих нозологических формах: острый ринофарингит, острый фарингит, острый трахеит, острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная.

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

Возбудителями ОРИ являются преимущественно вирусы.

Сезонный комплекс возбудителей ОРВИ включает десятки одновременно циркулирующих вирусов (> 200 генетических групп из 10 родов и 7 семейств), однако клиническая картина ОРВИ практически не зависит от этиологии ([Приложение А3.2](#)), а формулировка диагноза должна, в первую очередь, отражать нозологическую форму ([Приложение А3.3](#)).

Спектр возбудителей ОРВИ, ежегодно вызывающих эпидемии в мире в осенне-зимний период, составляют представители пяти семейств РНК-содержащих вирусов (ортомиксовирусы, парамиксовирусы, коронавирусы, пневмовирусы и пикорнавирусы) и двух семейств ДНК-содержащих вирусов (парвовирусы и аденовирусы). Ортомиксовирусы включают вирусы гриппа (Influenza A и B virus). К парамиксовирусам относят вирусы парагриппа человека (HPIV 1-4), а также вирус кори и эпидемического паротита. Коронавирусы представлены сезонными вирусами (HCoV-OC 43, HCoV-NKU 1, HCoV-229E и HCoV-NL63) и SARS-CoV-2. Метапневмовирус человека (MPV) и респираторно-синцитиальный вирус человека (RSV), ранее относившиеся к парамиксовирусам, в настоящее время классифицируют в отдельном семействе пневмовирусов. Наиболее разнообразны респираторные вирусы из семейства пикорнавирусов, в которое входят риновирусы человека (более 150 серотипов) и энтеровирусы, включая множественные серотипы вирусов Коксаки и эховирусов. Среди парвовирусов клиническое значение имеют бокавирус человека (HBoV) и парвовирус B19 (возбудитель инфекционной эритемы). Аденовирусы подразделяют на 7 подгрупп (A, B, C и т.д.) и более 80 серотипов [\[1\]](#). Видовое и серотиповое разнообразие респираторных вирусов подразумевает их иммунологическое разнообразие, поэтому "наивная" иммунная система ребенка воспринимает серовариант вируса как новый возбудитель, и заражение сопровождается симптомами ОРИ. В результате естественного контакта с множеством иммунологически разнообразных вирусов и формирования перекрестного иммунитета с возрастом частота ОРВИ уменьшается.

Циркуляция вируса SARS-CoV-2 осложнила идентификацию этиологии сезонных эпидемических вспышек с респираторным заражением.

Высокая заболеваемость ОРВИ после пандемии COVID-19 на фоне снижения частоты выделения РНК SARS-CoV-2 свидетельствует об увеличении актуальности в популяции людей

традиционных сезонных (всесезонных) возбудителей ОРВИ [2].

Вирусы распространяются чаще всего путем самоинокуляции на слизистую оболочку носа или конъюнктиву с рук, загрязненных при контакте с заболевшим (например, через рукопожатие) или зараженными поверхностями.

Воздушно-капельный путь заражения реализуется при вдыхании частичек аэрозоля, содержащего вирус, или при попадании более крупных капель на слизистые оболочки при тесном контакте с заболевшим.

Инкубационный период большинства вирусных инфекций составляет от 2 до 7 дней. Пик вирусывыделения у пациента приходится на 3 сутки после заражения с последующим быстрым снижением к 5 дню; неинтенсивное выделение вируса может сохраняться до 2-х недель.

Симптомы ОРВИ являются результатом не столько повреждающего влияния вируса, сколько реакции иммунной системы. Пораженные клетки эпителия выделяют цитокины, в т.ч. интерлейкин 8 (ИЛ 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 и может сопровождаться многократным ростом числа лейкоцитов в назальном секрете, меняя его цвет с прозрачного на бело-желтый или зеленоватый, в связи с чем считать изменение цвета назальной слизи признаком бактериальной инфекции безосновательно [3].

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

Особенности инфекционного процесса в зависимости от вида возбудителя

Риновирусная (РВ) инфекция: в структуре ОРВИ составляет 25-40%, возбудители – РНК-вирусы рода *Rhinovirus* семейства *Picornaviridae*. рода *Enterovirus* (HEV-D – энтеровирус D человека) [4, 5]. РВ нестойки во внешней среде, инактивируются при 50 °С в течение 10 минут, при нахождении на воздухе большая часть вирионов теряет инвазивность через несколько минут, однако на поверхностях инвазивность сохраняется до 1 суток. Резервуар и источник – больной человек. Выделение возбудителя: начало – за 1 сутки до манифестации болезни, длительность – 5-10 дней. Риновирусная инфекция распространена повсеместно, в умеренном климате регистрируется круглогодично, в виде локальных вспышек, с подъемом заболеваемости весной и осенью. Наиболее часто болеют дети до 5 лет, подвержены инфекции люди всех возрастов.

РВ инфекция проявляется преимущественно в виде ринита, однако, вирус обладает тропностью и к эпителию нижних дыхательных путей, являясь, в том числе, этиологическим фактором острого бронхита. Имеются убедительные свидетельства о роли риновирусной инфекции в формировании/провоцировании бронхообструкции и обострений бронхиальной астмы [6].

Несмотря на длительно сохраняющиеся после РВ антитела (в течение нескольких лет), возможны повторные заболевания при инфицировании риновирусом иного серотипа [7, 8].

Аденовирусная инфекция. Аденовирусы – ДНК-содержащие вирусы, семейство *Adenoviridae*, род *Mastadenovirus*. Описано более 80 серотипов, относящихся к 7 подгруппам (А, В, С, D, E, F, G). Антигенная структура аденовируса представлена тремя антигенами: А-антиген – групповой, общий для всех серотипов; В-антиген – токсический, обуславливающий цитопатическое действие в культуре ткани, подавляет активность интерферона; С-антиген – типоспецифический [4]. При аденовирусной инфекции поражаются эпителий дыхательных путей, лимфоидная ткань, конъюнктива и кишечник. Аденовирус обладает высокой устойчивостью во внешней среде. Вирус сохраняет жизнеспособность при комнатной температуре до 2 недель, выдерживает низкие температуры и высушивание. При этом инактивируется под воздействием ультрафиолетовых

лучей и хлорсодержащих дезинфектантов.

Аденовирусы не опасны для детей в возрасте до 6 месяцев благодаря материнским антителам. Далее ребенок может несколько раз перенести аденовирусную инфекцию, постепенно формируя приобретенный иммунитет. С возрастом вероятность заболевания аденовирусной инфекцией уменьшается.

Аденовирусная инфекция распространена повсеместно, возможны вспышки, особенно в организованных детских коллективах [8].

Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция (РСВИ) – высококонтагиозная респираторная инфекция.

Возбудитель инфекции – РНК-содержащий вирус, семейства *Pneumoviridae*, род *Pneumovirus*. Антигенный состав вируса стабилен, все известные варианты, патогенные для человека, относятся к одному серотипу, при этом существует два подтипа возбудителя: А и В с разными поверхностными белками G. Общим стабильным компонентом всех подтипов является F-белок. Благодаря G-белку происходит прикрепление РСВ к клеточной стенке, F-белку – слияние с эпителиальной клеткой слизистой оболочки респираторного тракта.

РСВИ распространена повсеместно, в последние годы – после пандемии коронавирусной инфекции нового типа (COVID-19) четкой сезонности инфекции не прослеживается. Иммунитет после перенесенной инфекции – нестойкий, ребенок может перенести РСВИ неоднократно не только в течение жизни, но и за один эпидемический сезон. Случаи реинфекции протекают менее тяжело [4, 7, 8, 9, 10].

У детей возможно как легкое, так и тяжелое течение РСВИ. Тяжелая форма РСВИ в виде бронхоолита с дыхательной недостаточностью характерна для детей первых двух лет жизни; бронхит, пневмония могут наблюдаться и у детей старше 2-х лет с отягощенным преморбидным фоном (бронхиальной астмой, иммунодефицитом и другими хроническими заболеваниями). Имеются данные, что, перенесенная в раннем возрасте, РСВИ является одним из факторов, увеличивающим риск развития бронхиальной астмы и ХОБЛ в дальнейшем, особенно при отягощенном аллергоанамнезе [11].

Имеется возможность проведения пассивной иммунизации для профилактики РСВИ у детей групп риска в возрасте до 2 лет.

Метапневмовирусная инфекция (МПИ). Метапневмовирус человека – РНК-содержащий вирус семейства *Pneumoviridae*, род *Metapneumovirus*. Проявления МПИ могут быть как легкими и незначительными, так и тяжелыми в виде бронхита, бронхоолита или вирусной пневмонии, сходными с таковыми при РСВИ. Для метапневмовируса характерна сезонность с пиком зимой и ранней весной. Среди детей раннего возраста, госпитализированных с ОРВИ, метапневмовирус, обнаруживают в 5-10% случаев [12, 13, 14].

Грипп вызывают РНК-содержащие вирусы из семейства *Orthomyxoviridae*, род *Influenza virus*, включают типы А, В и С. Для вирусов гриппа характерна антигенная изменчивость, что определяет высокую восприимчивость людей. Грипп распространен повсеместно, интервалы между эпидемиями в среднем 1-2 года для гриппа А и 2-4 года – для гриппа В. Болеют все возрастные группы. Репродукция новых вирионов сопровождается цитопатическим эффектом в отношении эпителиальных клеток дыхательных путей, их разрушением и отторжением вместе с вновь образующимися вирионами. При тяжело протекающей инфекции вирус гриппа реплицируется и в клетках эндотелия кровеносных сосудов с развитием эндотелиоза в виде клеточного некроза и апоптоза, повышения проницаемости капилляров, а в наиболее критических случаях – и циркуляторных нарушений. При гриппе развиваются ринит, фарингит, трахеит, ларингит, бронхит, а также их сочетания друг с другом. Одним из самых тяжелых вариантов этого процесса, обусловленного новым (пандемическим) возбудителем, является развитие массивной пневмонии с острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС) и отеком легкого (подробнее – см. в соответствующих клинических рекомендациях) [7, 14, 15].

Против гриппа имеется возможность проведения вакцинации.

Парагрипп (или парагриппозная инфекция) – ОРВИ, вызванная вирусом парагриппа человека (HPIV). РНК-вирус, принадлежащий к семейству Paramyxoviridae порядка Mononegavirales, роду Respirivirus для типов 1 и 3, Rubulavirus – для типов 2 и 4. HPIV-1 и HPIV-3 – одна из основных причин инфекций нижних дыхательных путей у маленьких детей (в возрасте младше 5 лет) и людей с ослабленным иммунитетом. Чаще протекает в виде инфекции верхних дыхательных путей, с поражением слизистой оболочки носоглотки и гортани. У маленьких детей парагрипп может протекать тяжело с развитием "ложного крупа" (острый обструктивный ларингит) (см. соответствующие клинические рекомендации).

Парагриппозная инфекция распространена повсеместно, чаще встречается осенью и весной, хотя сезонность HPIV-инфекции может различаться в зависимости от типа вируса. Например, для HPIV-1 – раз в два года с сентября по декабрь, а для HPIV-3 – ежегодно, преимущественно с апреля по июнь. В год, когда не циркулирует HPIV-1, HPIV-3 часто встречается на протяжении более продолжительного периода, вплоть до осени с повторным подъемом активности с ноября по декабрь того же года. HPIV-2 может встречаться раз в два года, попеременно с HPIV-1, или ежегодно. HPIV-4 встречается реже, с аналогичной для HPIV-3 сезонностью. Вспышки парагриппозной инфекции чаще наблюдаются в организованных коллективах. Иммунитет после перенесенного парагриппа нестойкий: через 3-4 года возможна повторная инфекция с поражением верхних дыхательных путей [16].

Коронавирусная инфекция (сезонная). Коронавирусы (Coronaviridae) – семейство РНК-содержащих вирусов, в настоящее время составляют до 30% случаев сезонной ОРВИ у детей. Известно 4 рода вирусов – альфа, бета, гамма и дельта. Пути передачи: воздушно-капельный, контактный, фекально-оральный. Инкубационный период – 2-3 дня. Чаще отмечается поражение респираторного (ринит, фарингит, сухой кашель) и желудочно-кишечного тракта (диарея), в редких случаях – поражение других органов [17, 18].

Бокавирусная инфекция вызывается бокавирусом человека (HBoV) – вирус семейства Parvoviridae, род Bocaparvovirus. Клинически HBoV-инфекция проявляется в виде ринофарингита, иногда – бронхита, в т.ч. обструктивного, может ухудшать симптомы астмы. Чаще встречаются среднетяжелые формы заболевания. Некоторые формы бокавируса вызывают гастроэнтериты [19, 128].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

ОРВИ – самая частая инфекция человека: дети в возрасте до 5 лет переносят в среднем 6 – 8 эпизодов ОРВИ в год [20, 21], 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 [22]. С возрастом частота ОРВИ обычно снижается, если пациент не имеет отягощенного преморбидного фона, в т.ч., не иммунокомпрометирован. Заболеваемость наиболее высока в период с сентября по апрель, пик обычно приходится на февраль-март, в летние месяцы регистрируют спад заболеваемости ОРВИ в 3-5 раз.

Согласно данным Роспотребнадзора, в 2024 г. ОРВИ переболело 21,5% населения страны (для сравнения – в 2023 г. – 23,6%, в 2022 – 29,1%). Всего в Российской Федерации в 2024 г. зарегистрировано 31,4 млн. случаев ОРВИ (21 457,88 на 100 тыс. населения). Заболеваемость детей в возрасте до 17 лет составила более 17,9 млн. случаев или 59 711,52 на 100 тыс. населения. Среди детского населения наиболее высокая заболеваемость стабильно регистрируется в возрастной группе 1-2 года (92 699,4 на 100 тыс. населения) [23].

Приведенные данные отражают число случаев ОРВИ, зарегистрированных по обращаемости, истинная заболеваемость, несомненно, существенно выше.

Распространенность ОРВИ связана с наличием невероятного множества респираторных патогенов, формированием только типоспецифического постинфекционного иммунитета и

легкостью передачи возбудителей. Дети первых месяцев жизни болеют редко, поскольку находятся в относительной изоляции, и многие из них сохраняют в течение некоторого времени факторы иммунитета, полученные от матери трансплацентарно и с грудным молоком. Наибольшая заболеваемость наблюдается среди детей от 3 до 6 лет жизни, что, как правило, связано с посещением ими детских учреждений, значительным увеличением числа контактов и встреч с новым вирусно-бактериальным ландшафтом. Спектр возбудителей разный, но он определяется сезоном года и возрастом пациента. При госпитализации возможна этиологическая расшифровка до 80% случаев заболеваний [24].

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

Кодирование по МКБ-10

J00 – Острый назофарингит (насморк) <1>

J04.1 – Острый трахеит

J06.0 – Острый ларингофарингит

J06.8 – Другие острые инфекции верхних дыхательных путей множественной локализации

J06.9 – Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная

J39.9 – Болезнь верхних дыхательных путей неуточненная

B34.0 – Аденовирусная инфекция неуточненной локализации

B34.2 – Коронавирусная инфекция неуточненной локализации

Исключено:

тяжелый острый респираторный синдром [ТОРС], неуточненный (U04.9)

COVID-19, вирус идентифицирован (U07.1)

COVID-19, вирус не идентифицирован (U07.2)

Примечания:

<1> – Острый назофарингит – согласно классификации менингококковой инфекции В.И. Покровского – используется только для определения локализованной формы МИ, в отношении настоящих клинических рекомендаций – код используется для обозначения острого ринофарингита, либо острого ринита.

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Критерии определения степени тяжести ОРВИ (фарингита, ларингита, трахеита) до настоящего времени дискутируются.

Значения температуры тела у детей не показательны в отношении определения степени тяжести состояния пациента с острой респираторной инфекцией [25]. Опасные для жизни состояния могут наблюдаться и при отсутствии повышения температуры тела у ребенка.

Также необходимо помнить о группах риска (в т.ч., детей с тяжелой преморбидной патологией), которым следует уделять повышенное внимание вследствие более высокой вероятности развития осложнений даже при нетяжелом течении ОРВИ. Таким образом, в практической работе первостепенное значение имеет стратификация риска для пациента.

Условно можно определять следующие формы ОРВИ по степеням тяжести:

- легкая форма – случаи заболевания, протекающие со слабо выраженными симптомами интоксикации, неярко выраженными местными изменениями;
- среднетяжелая форма – случаи заболевания, при которых симптомы интоксикации

выражены умеренно: головная боль, слабость, ухудшение аппетита, возможен абдоминальный синдром;

- тяжелая форма – случаи заболевания с выраженным нарушением общего состояния, многократной рвотой/изменениями сердечно-сосудистой системы/выраженными местными проявлениями, тяжелыми метаболическими нарушениями, возможны головокружение/бред/судороги/галлюцинации и др.

Показателями особой тяжести являются судорожный, менингеальный, геморрагический синдромы и признаки энцефалита, гипотермия [8].

Следует ориентироваться на критерии, на основании которых проводится сортировка и соответствующая маршрутизация пациентов с признаками респираторной инфекции (см. [алгоритм Б1](#), [Б2](#), Раздел "Организация оказания медицинской помощи") и динамику состояния пациента.

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

Заболевание обычно начинается остро, часто сопровождается повышением температуры тела до субфебрильных цифр (37,5 °C – 38,0 °C). Фебрильная лихорадка более свойственна гриппу, аденовирусной инфекции, энтеровирусным инфекциям. Повышенная температура у 82% пациентов снижается на 2-3 день болезни; более длительно (до 5-7 дней) фебрилитет держится при гриппе и аденовирусной инфекции [26]. 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 ринита.

Ринофарингит (ринит)

Для ринита характерны жалобы на заложенность носа, выделения из носовых ходов, неприятные ощущения в носоглотке: жжение, покалывание, сухость, нередко скопление слизистого отделяемого, которое, стекая по задней стенке глотки, может вызывать продуктивный кашель и чихание. Максимальная выраженность проявлений на 1-3 день, их длительность обычно не превышает 6-8 дней. Среди общих симптомов отмечается головная боль [27].

При распространении воспаления на слизистую оболочку слуховых труб (евстахеит) 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 [27].

Ларингит

Характерным симптомом ларингита является осиплость голоса. В отличие от синдрома крупа (обструктивного ларинготрахеита), ларингит не сопровождается стенозом гортани, дыхательной недостаточностью. Может отмечаться грубый сухой кашель (см. Клинические рекомендации "Острый ларингит").

Фарингит

При фарингите выявляют гиперемию и отечность задней стенки глотки, ее зернистость, вызванную гиперплазией лимфоидных фолликулов. На задней стенке глотки может быть заметно небольшое количество слизи (катаральный фарингит) [27], фарингит также характеризуется непродуктивным, часто навязчивым кашлем. Этот симптом вызывает крайнее беспокойство родителей, доставляет неприятные ощущения ребенку, поскольку кашель может быть очень частым (см. Клинические рекомендации "Острый тонзиллит и фарингит (тонзиллофарингит)").

Трахеит

При трахеите отмечается навязчивый и частый, изнуряющий пациента кашель, который впоследствии становится влажным, продуктивным. Симптомы трахеита при ОРВИ могут продолжаться до 10-14 дней [27].

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

Общепринятых критериев ОРВИ верхних дыхательных путей нет.

Наблюдается катаральное воспаление верхних дыхательных путей, возможна лихорадка, чихание, кашель, боль в горле, осиплость/охриплость голоса, нарушение обоняния, нарушение общего состояния.

ОРВИ у детей диагностируют, опираясь на анализ жалоб, анамнез болезни, клинический осмотр, оценку эпидемиологического анамнеза, при необходимости выполняют лабораторные и специальные методы обследования. Диагностика, в первую очередь, направлена на выявление осложнений, выбор тактики лечения и маршрутизации пациента.

Ориентировочные клинические и лабораторные показатели при синдроме системной воспалительной реакции у детей представлены в [Приложении А3.4](#).

2.1. Жалобы и анамнез

Пациент или родители (законные представители) могут пожаловаться на остро возникший ринит и/или кашель (иногда – гиперемию конъюнктив при катаральном конъюнктивите в сочетании с явлениями ринита, фарингита).

При сборе анамнеза следует обратить внимание на:

- сведения эпидемиологического анамнеза: о пребывании в очаге ОРВИ, заболеваемости в детском учреждении, контактах с больными детьми и взрослыми в период, соответствующий инкубационному периоду;
- наличие эпидемического подъема заболеваемости ОРВИ;
- сезонность ОРВИ (осенне-зимний, зимне-весенний период) с максимумом подъема заболеваемости;
- характер и длительность жалоб и клинических проявлений: общее недомогание, повышение температуры тела, утомляемость, слабость, снижение аппетита, у детей грудного возраста – отказ от груди матери или затрудненное кормление, немотивированное беспокойство, головные боли, боли в горле, затруднение носового дыхания, насморк (ринорея), осиплость голоса, кашель (сухой и влажный), увеличение лимфоузлов, боли в животе.

При осложненном течении ОРВИ возможно появление одышки, проявляющейся в виде затруднения вдоха и/или выдоха, ощущение сердцебиения или перебоев в работе сердца, а также выраженные головные боли, при некоторых – тошнота, рвота, судороги и потеря сознания (симптомы нейронфекции с клиникой отека мозга);

- длительность заболевания и переносимость температуры (в т.ч., наличие фебрильных судорог, судорожного синдрома в анамнезе), динамику клинических симптомов (для воспалительного процесса при ОРВИ типична смена симптоматики – заложенность носа может смениться ринореей, сухой кашель постепенно становится продуктивным, температура в первые 3-4 дня может находиться на фебрильных показателях, затем постепенно снижается до субфебрильных цифр);

- наличие сопутствующих хронических заболеваний для выявления факторов риска

осложненного течения (ОРВИ – провоцирующий фактор для развития обострений хронических заболеваний);

- оценить вакцинальный статус у всех детей (включая вакцинацию матери в период беременности для детей первых 6 месяцев жизни) и наличие пассивной иммунизации против РС-вирусной инфекции у детей в группах риска (группы риска см. в КР "Острый бронхолит").

2.2. Физикальное обследование

Осмотр подразумевает оценку общего состояния, физического развития ребенка и измерение температуры, подсчет частоты дыхания, сердечных сокращений, осмотр верхних дыхательных путей и ротоглотки, пальпацию и перкуссию грудной клетки, аускультацию легких, пальпацию живота (проводятся в рамках приема (осмотра, консультации) врача-педиатра первичного и повторного/приема (осмотра, консультации) врача – участкового педиатра первичного и повторного/приема (осмотра, консультации) врача общей практики (семейного врача) первичного и повторного/приема (осмотра, консультации) врача-инфекциониста первичного и повторного).

- Рекомендовано всем пациентам с подозрением на ОРВИ для подтверждения диагноза осмотреть кожные покровы и видимые слизистые оболочки и оценить цвет (гиперемия, бледность, цианоз), влажность, наличие отеков и инъекции сосудов склер, гиперемии дужек и/или слизистой оболочки задней стенки глотки, ее рыхлость и зернистость, увеличение лимфоидных фолликулов по задней стенке глотки, режес миндалин, оценить состояние регионарных лимфатических узлов (визуальный осмотр терапевтический в рамках приема (осмотра, консультации) врача-педиатра первичного и повторного/приема (осмотра, консультации) врача – участкового педиатра первичного и повторного/приема (осмотра, консультации) врача общей практики (семейного врача) первичного и повторного/приема (осмотра, консультации) врача-инфекциониста первичного и повторного) [28, 29].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательности – 5).

Комментарии: на начальном этапе диагностики ОРВИ выявляют катаральные симптомы. В ряде случаев – болезненность и увеличение размеров регионарных лимфатических узлов. Однако, вышеуказанные симптомы также могут являться проявлением некоторых бактериальных инфекций, в частности стрептококкового тонзиллофарингита (см. клинические рекомендации "Острый тонзиллит и фарингит (Острый тонзиллофарингит)").

- Рекомендовано всем пациентам с подозрением на ОРВИ провести измерение частоты сердцебиения, и аускультацию сердца (аускультация терапевтическая) для диагностики возможных осложнений ОРВИ (миокардит, кардиомиопатия, эндокардит, изменения сердечного ритма вследствие нарушения проводимости) [30].

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

- Рекомендовано всем пациентам с подозрением на ОРВИ провести пальпацию терапевтическую, аускультацию терапевтическую для оценки уровня поражения респираторного тракта [28, 29, 202].

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

Комментарии: физикальное исследование позволяет выявить изменения, характерные для бронхита, бронхообструктивного синдрома, появление локальной симптоматики, типичной для пневмонии (см. клинические рекомендации "Бронхит" (возрастная категория дети), "Пневмония (внебольничная)" (возрастная категория дети старше 1 месяца)).

- Рекомендовано всем пациентам с подозрением на ОРВИ осмотреть и пропальпировать живот (визуальный осмотр терапевтический, пальпация терапевтическая) для оценки вовлеченности органов желудочно-кишечного тракта или выявления сопутствующих заболеваний

[31, 32].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень доказательства – 5).

Комментарии: при ОРВИ, обусловленной аденовирусной инфекцией, возможно поражение органов ЖКТ, сопровождаемое тошнотой, рвотой и диарей. Наличие гепатомегалии с/без спленомегалией может свидетельствовать об инфекционном мононуклеозе (Эпштейн-Бар вирус, цитомегаловирус, вирус герпеса 6 типа).

- Рекомендовано пациентам с подозрением на ОРВИ при наличии жалоб на головную боль, а также вялость, сонливость – проверить менингеальные симптомы для дифференциальной диагностики с инфекциями ЦНС [28, 29].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень доказательства – 5).

Комментарии: инфекционные заболевания, протекающие с поражением ЦНС, могут иметь первые проявления в виде катаральных симптомов, типичных для ОРВИ (в т.ч., корь).

- Рекомендовано при лихорадке и/или рвоте, диарее у пациентов с подозрением на ОРВИ оценить степень дегидратации для решения вопроса о необходимости и выборе метода регидратации [33, 34, 35].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: на каждый 1 °С повышения температуры тела потери жидкости и электролитов возрастают примерно на 10% [36]. Длительные лихорадочные состояния при ОРВИ у детей могут сопровождаться синдромом дегидратации и электролитными расстройствами.

Для оценки степени дегидратации целесообразно применение шкалы CDS (Приложение Г1) [322].

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Лабораторные анализы при неосложненном течении ОРВИ в амбулаторных условиях, как правило, не требуются.

В стационарных условиях общий (клинический) анализ крови развернутый проводится всем пациентам, исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови – опционно при подозрении на бактериальную инфекцию. Объем иных лабораторных исследований определяется клинической ситуацией.

Основная цель лабораторного обследования пациента с ОРВИ – выявление осложнений, в том числе бактериальных, а также, при необходимости, – установление этиологии заболевания.

- Рекомендовано пациентам с ОРВИ при подозрении на острый стрептококковый тонзиллит проведение экспресс-теста на β -гемолитический стрептококк группы А (Иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева на стрептококки группы А) для подтверждения этиологии проявлений и своевременного начала терапии [38].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: подробнее – см. клинические рекомендации "Острый тонзиллит и фарингит (тонзиллофарингит)" (возрастная категория дети и взрослые).

- Рекомендовано проведение этиологической диагностики высоко лихорадящим пациентам с ОРВИ при подозрении на грипп: методом ПЦР-диагностики (Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР/определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР, Определение РНК вируса гриппа А в мокроте (индуцированной мокроте, фаринго-трахеальных аспиратах) методом ПЦР/определение РНК вируса гриппа В в мокроте (индуцированной мокроте, фаринго-трахеальных аспиратах) методом ПЦР) или при помощи

иммунохроматографического экспресс-теста (Иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка, эндотрахеального аспирата, бронхоальвеолярной лаважной жидкости на вирус гриппа А, Иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка, эндотрахеального аспирата, бронхоальвеолярной лаважной жидкости на вирус гриппа В) для своевременного назначения этиотропного противовирусного лечения [38, 39, 353].

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

Комментарий: случай гриппа считается подтвержденным после лабораторного подтверждения диагноза (любыми стандартизованными в Российской Федерации методами, рекомендованными для диагностики гриппа, или с использованием разрешенных на территории Российской Федерации медицинских изделий для диагностики гриппа).

В период эпидемических подъемов заболеваемости гриппом окончательный диагноз "грипп" может быть установлен как на основании лабораторного подтверждения, так и на основании клинических и эпидемиологических данных.

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

Применение экспресс-тестов для диагностики вирусных инфекций в отделениях неотложной помощи и приемных отделениях стационаров может уменьшить риск необоснованной антибиотикотерапии, а также ненужных диагностических исследований, в т.ч. рентгенографии грудной клетки [40].

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

Во всех остальных случаях этиологическая диагностика проводится опционно (см. ниже).

- Рекомендовано пациентам с ОРВИ селективное (при необходимости и возможности (чаще в стационарных условиях)) проведение вирусологического и/или бактериологического обследования [41]:

- Иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева, носоглоточного аспирата или назального смыва на аденовирус;

- Иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева, носоглоточного аспирата или смыва на респираторно-синцитиальный вирус (Human Respiratory Syncytial virus), метапневмовирус (Human Metapneumo virus), вирусов парагриппа (Human Parainfluenza virus), риновирусы (Human Rhinovirus), бокавирус (Human Bocavirus) на коронавирус SARS-CoV-2;

или

- Исследование с использованием набора реагентов для выявления нуклеиновых кислот возбудителей острых респираторных инфекций человека методом ОТ-ПЦР в режиме реального времени;

или

- Молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на респираторно-синцитиальный вирус (Human Respiratory Syncytial virus)/Определение РНК респираторно-синцитиального вируса (Human Respiratory Syncytial virus) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР;

- Молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на аденовирус (Human Adenovirus)/Определение ДНК аденовируса (Human Adenovirus) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР;

- Молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на метапневмовирус (Human Metapneumo virus)/Определение РНК метапневмовируса (Human

Metapneumo virus) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР;

- Молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки вирусов парагриппа (Human Parainfluenza virus)/Определение РНК вирусов парагриппа (Human Parainfluenza virus) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР;

- Молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на риновирусы (Human Rhinovirus)/Определение РНК риновирусов (Human Rhinovirus) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР;

- Молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на бокавирус (Human Bocavirus)/Определение ДНК бокавируса (Human Bocavirus) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР;

- Молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на коронавирус SARS-CoV-2.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: современные мультиплексные панели при помощи молекулярных методов позволяют выявлять десятки вирусов и бактерий в течение нескольких часов. Однако, доступны в основном в крупных стационарах при наличии специального оборудования и персонала соответствующей квалификации. 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 сомнительна. Вирусологические и бактериологические методы при ОРВИ востребованы при проведении эпидемиологических и клинических исследований, а также для обследования иммунокомпрометированных пациентов.

Проводятся при необходимости и возможности (чаще в стационарных условиях).

- Общий (клинический) анализ мочи (в т.ч. с использованием тест-полосок в амбулаторных условиях и приемных отделениях стационаров) рекомендуется проводить при подозрении на инфекцию мочевых путей у детей с ОРВИ, в т.ч. у лихорадящих детей без катаральных явлений с целью своевременной диагностики инфекции мочевых путей [42, 43].

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

Комментарии: 5-10% детей грудного и раннего возраста с инфекцией мочевых путей также имеют вирусную ко-инфекцию 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 мочевой системы (см. клинические рекомендации "Инфекция мочевых путей" (возрастная категория дети).

- Общий (клинический) анализ крови развернутый рекомендован к проведению при выраженных общих симптомах у детей с ОРВИ и лихорадкой [42, 43, 44].

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

Комментарии: повышение уровня маркеров воспаления, в том числе бактериального, является поводом для поиска осложнений, в первую очередь, "немой" пневмонии, острого среднего отита, инфекции мочевых путей.

При анализе результатов учитывают особенности лабораторных показателей при некоторых вирусных инфекциях:

- лейкопения, характерная для гриппа и энтеровирусных инфекций, обычно отсутствует при других ОРВИ;

- РС-вирусную инфекцию сопровождает лимфоцитарный лейкоцитоз, который может превышать $15 \times 10^9/\text{л}$;

- при аденовирусной инфекции лейкоцитоз может достигать уровня $15-20 \times 10^9/\text{л}$ и даже

выше, при этом возможны нейтрофилез более $10 \times 10^9/\text{л}$, повышение уровня С-реактивного белка выше 30 мг/л;

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 селективно проводить при необходимости исключения бактериальной инфекции у детей с ОРВИ с фебрильной лихорадкой (повышение температуры выше 38°C), особенно при отсутствии видимого очага инфекции [42, 43, 44].

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

Комментарии: повышение его выше 50 мг/л более характерно для бактериальных инфекций (согласно инструкции к реактиву).

Согласно публикациям, "точки отсечения" уровня СРБ, при котором следует заподозрить бактериальную инфекцию, варьируют в диапазоне 40-100 мг/л. Таким образом, уровень СРБ необходимо оценивать в комплексе с оценкой состояния пациента и клинических проявлений.

Следует помнить, что низкие значения СРБ в первые 12 часов лихорадки не исключают бактериальную инфекцию, т.к. это особенность его повышения (в этот временной интервал можно получить низкие значения СРБ при подтвержденном бактериальном очаге инфекции). Кроме того, при наличии заболеваний печени (печеночная недостаточность и цирроз печени) и иммунодефицитных состояний уровень СРБ тоже может быть низким и не отражать связь с течением бактериальной инфекции [323, 324, 325, 326, 327, 328, 329].

Также следует обратить внимание на оценку СРБ в динамике и скорости его прироста, что в том числе может помочь в дифференциальной диагностике ОРВИ и бактериальной инфекции [330]. Рутинное исследование уровня прокальцитонина в крови – не показано [43, 44].

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано у детей с ОРВИ, сопровождающейся ринитом и лихорадкой, при возможности, проведение осмотра органа слуха (отоскопии) для своевременной диагностики отита [45].

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

- Рекомендовано выполнение пульсоксиметрии детям с ОРВИ и признаками дыхательной недостаточности для диагностики респираторных нарушений [331, 332].

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

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

- Рентгенография органов грудной клетки (Рентгенография легких) и/или Спиральная компьютерная томография легких не рекомендованы для проведения каждому ребенку с симптомами ОРВИ во избежание излишней лучевой нагрузки [48, 49, 50].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: показания для рентгенографии легких – см. клинические рекомендации "Пневмонии у детей";

Следует помнить, что выявление на рентгенограмме легких усиления бронхосудистого рисунка, расширение тени корней легких недостаточно для установления диагноза "пневмония" и

не является показанием для антибактериальной терапии.

В сомнительных случаях может быть проведена Спиральная компьютерная томография легких (см. клинические рекомендации "Бронхит" (возрастная категория дети), "Пневмония (внебольничная)" (возрастная категория дети)). Также данное исследование показано при подозрении на коронавирусную инфекцию нового типа (COVID-19).

Следует избегать необоснованной лучевой нагрузки в связи с повышением риска развития онкологических заболеваний у детей [50].

- Рентгенография придаточных пазух носа не рекомендована пациентам с ОРВИ с острым ринитом/ринофарингитом в первые 10-14 дней болезни при отсутствии признаков острого бактериального синусита для исключения излишней лучевой нагрузки [51].

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

Комментарии: проведение рентгенографии придаточных пазух носа на ранних сроках заболевания часто выявляет обусловленное вирусом воспаление придаточных пазух носа, которое самопроизвольно разрешается в течение 2 недель [37, 51].

При решении вопроса о необходимости обследования следует руководствоваться клиническими рекомендациями "Острый синусит" (возрастная категория взрослые/дети).

Необходимые исследования при подозрении на острый бактериальный синусит – см. клинические рекомендации "Острый синусит" (возрастная категория взрослые/дети).

- Рекомендовано пациентам с признаками ОРВИ и с лабораторно подтвержденным ОРВИ и подозрением на развитие нарушений ритма сердца и/или миокардита выполнение электрокардиографии (регистрация электрокардиограммы, расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных) для своевременной диагностики нарушений ритма сердца и/или эхокардиографии для своевременной диагностики признаков миокардита [30].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: исследование следует проводить пациентам с тяжелой и осложненной ОРВИ, с пороками сердца, миокардиопатией или миокардитом в анамнезе, при клинических признаках нарушения ритма сердца.

- Рекомендовано пациентам с ОРВИ, в том числе вызванной гриппом, при развитии неврологической симптоматики селективное проведение электроэнцефалографии [52, 53, 54].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: использовать метод следует у пациентов с декомпенсацией фоновой неврологической патологии, при развитии афебрильного судорожного синдрома, подозрении на отек головного мозга, менингит, энцефалит на фоне течения ОРВИ/гриппа.

2.5. Иные диагностические исследования

- Рекомендовано пациентам с ОРВИ при подозрении на развитие отита или синусита прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный для определения дальнейшей тактики ведения пациента [37, 45, 51].

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

- Рекомендуются консультация пациентам с ОРВИ: прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (при подозрении на развитие нейроинфекции), прием (осмотр, консультация) врача – детского гематолога/врача – детского гематолога-онколога (при выраженных гематологических изменениях и геморрагическом синдроме), врача – детского кардиолога (при присоединении симптомов миокардита, острой сердечно-сосудистой недостаточности), для определения дальнейшей тактики ведения [7, 31, 47, 55, 56, 57, 58].

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

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

3.1. 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.

Основным в лечении ОРВИ является облегчение симптомов [60].

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы: период и клиническая форма заболевания; ведущие клинические проявления и особенности течения болезни с учетом коморбидных состояний, в т.ч. признаков иммунодефицита, возраст больного; наличие и характер осложнений; доступность и возможность выполнения лечения в соответствии с необходимым видом оказания медицинской помощи.

Этиотропная (противовирусная терапия) не является компонентом рутинного медицинского лечения ОРВИ, большинство респираторных вирусных инфекций не требуют назначения противовирусной/иммуномодулирующей терапии. Этиотропное лечение разработано только для гриппа [61, 62].

Целесообразность назначения противовирусной терапии определяется врачом индивидуально для каждого пациента [63]. При принятии решения о ее использовании следует соблюдать осторожность и учитывать соотношение пользы/вреда.

3.1.1. Симптоматическая терапия

- Рекомендуется пациентам с ОРВИ и симптомами ринита проводить элиминационную терапию раствором натрия хлорида (0,9%) (с возраста 2 лет) или стерильным раствором морской воды несколько раз в день для удаления слизи и восстановления работы мерцательного эпителия слизистой оболочки носа [196].

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

Комментарии: элиминационная терапия безопасна и эффективна. Возможно использование назального душа или назального спрея.

У младенцев и детей раннего возраста с обильным отделяемым эффективна аспирация слизи из носа специальным ручным отсосом с последующим введением натрия хлорида (0,9%) (с возраста 2 лет). Положение в кроватке с приподнятым головным концом может способствовать отхождению слизи из носа.

Спреи с солевым изотоническим раствором натрия хлорида или стерильным раствором морской воды используют у детей более старшего возраста, согласно Инструкциям/ОХЛП.

Существуют рекомендации возможного использования при заложенности носа морской воды (гипертонические растворы) [64, 196]. Однако следует учитывать, что применение морской воды (гипертонического раствора) может вызвать неприятные ощущения, в том числе болевые, в связи с чем перед назначением следует серьезно взвесить ожидаемые потенциальные пользу и вред от данного вмешательства.

- Рекомендуются пациентам с ОРВИ с симптомами ринита местные препараты, обладающие сосудосуживающим действием (группы АТХ R01AA "Симпатомиметики" и R01AB "Симпатомиметики в комбинации с другими средствами, исключая кортикостероиды") в

соответствии с инструкциями, интраназально, коротким курсом не более 5 дней для облегчения симптомов заложенности носа, восстановления функции слуховой трубы [22, 26, 197].

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

Комментарии: крайне нежелательно использование системных препаратов, содержащих деконгестанты [199].

- Рекомендуется при лихорадке у пациента с ОРВИ селективное, с осторожностью, использование физических методов для снижения температуры тела [65, 200, 202].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: лихорадящего ребенка раскрывают и с осторожностью обтирают водой T° 25-30 $^{\circ}\text{C}$. В ряде случаев такой метод приносит беспокойство ребенку, давая лишь временное облегчение [65].

Не следует использовать физические методы охлаждения при "белой" лихорадке.

- Рекомендуется детям с ОРВИ и лихорадкой селективное применение парацетамола** до 60 мг/кг/сут. (противопоказания – возраст до 3 мес.) или ибупрофена** до 30 мг/кг/сут. (противопоказания – возраст до 3 мес.) с целью снижения температуры тела [22, 65, 198, 200, 202].

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

Комментарии: всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет лихорадку как температуру в подмышечной впадине $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ [66].

Жаропонижающая терапия у здоровых детей ≥ 3 месяцев оправдана при температуре выше $38,5^{\circ}\text{C}$ (измеренной аксиллярно или выше $39-39,5^{\circ}\text{C}$, измеренной ректально).

У детей младше 3 месяцев, пациентов с хронической патологией, а также при связанном с температурой дискомфорте, средства, снижающие температуру, могут быть использованы и при менее выраженной лихорадке.

Для минимизации риска нежелательных реакций на парацетамол** следует первую дозу дать перорально [69].

Регулярный (курсовой) прием нежелателен, повторную дозу вводят только после нового повышения температуры, строго соблюдая интервал между приемами [22, 43, 198]. Препарат может применяться внутрь или в форме ректальных суппозиторий, существует также парацетамол** для внутривенного введения. Однако, ректальный путь введения препаратов с жаропонижающей целью имеет ограничения в назначении правильной дозы, учитывая изменчивую абсорбцию в кишечнике, в связи с чем ректальные формы рассматривают для назначения только при наличии рвоты или иной непереносимости перорального пути введения [70].

Не следует чередовать, применять одновременно несколько препаратов с жаропонижающей целью, а также принимать их курсом.

Необходимо строгое соблюдение интервалов между приемами парацетамола** и ибупрофена**.

Разовое применение препарата обычно эффективно и безопасно, однако, следует помнить, что последующие приемы могут стать причиной нежелательных реакций и токсического действия.

В большинстве случаев лихорадка вызвана самокупирующейся вирусной инфекцией, однако может потребоваться исключение бактериальных осложнений и других причин [71].

При лихорадке может быть затруднительно вовремя распознать бактериальную инфекцию. Чаще бактериальная инфекция встречается у детей младше 1 года.

Любая лихорадка у младенца в возрасте до 3 месяцев является серьезной и требует тщательного обследования и направления к специалисту или в стационар [70].

Следует помнить, что применение жаропонижающей терапии вместе с противомикробными препаратами системного действия может "маскировать" неэффективность последних.

- Не рекомендуется детям с ОРВИ при повышении температуры тела применять "литические смеси" с целью избежания гипотермии и постуральной гипотензии [333].

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

- Не рекомендуется назначать с целью купирования лихорадки у детей с ОРВИ препараты группы АТХ Н02 "Кортикостероиды системного действия" с целью избежания неоправданного иммуносупрессивного эффекта и развития жизнеугрожающих состояний [73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: ввиду того, что их антипиретический эффект основан на подавлении компонентов, участвующих в острой фазе воспалительного ответа, таких как: интерлейкин 1 и 6, фактор некроза опухоли альфа. В целом кортикостероиды системного действия обладают иммуносупрессивным эффектом, что также опосредованно приводит к снижению температуры тела [72]. При многих инфекционных нозологиях, которые, как правило, сопровождаются лихорадкой, применение данных препаратов не показало должного клинического эффекта либо приводило к развитию жизнеугрожающих осложнений [73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81].

- У детей с жаропонижающей целью не рекомендуется применять ацетилсалициловую кислоту** в связи с высоким риском развития нежелательных реакций [275].

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 [201].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Не рекомендуется рутинное использование метамизола натрия у детей при лихорадке в связи с риском развития агранулоцитоза [82, 83, 84, 85, 86, 204, 205].

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

Комментарии: только в исключительных случаях, в том числе при непереносимости парацетамола** или ибупрофена** или при необходимости проведения парентеральной жаропонижающей терапии и отсутствии альтернативы, оценив риски и ожидаемую пользу, – возможно однократно ситуативно назначить метамизол натрия [206, 207].

Следует помнить, что при применении метамизола натрия на фоне лихорадки или антибактериальной терапии, некоторые ранние симптомы агранулоцитоза могут остаться незамеченными [82, 84, 85, 86].

- Не рекомендовано применять жаропонижающую терапию или противосудорожную терапию в качестве профилактики фебрильных судорог детям с фебрильными судорогами в анамнезе вследствие риска побочных эффектов и недостаточности доказательств эффективности [65, 87].

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

Комментарии: в большинстве случаев фебрильные судороги являются "доброкачественными" и данных о возможности их профилактики нет.

Родителей следует обучить распознаванию судорог.

Дальнейшие исследования у детей с рецидивирующими фебрильными судорогами, возможно, уточнят факторы риска и характеристики подгруппы детей, которым может быть полезна профилактическая противосудорожная терапия.

- Рекомендовано селективное (с осторожностью) применение пациентам с ОРВИ препаратов группы АТХ R02AA "Антисептики" в форме аэрозолей, спреев, таблеток и пастилок для рассасывания с целью уменьшения местного воспаления, профилактики вторичного

инфицирования поврежденной слизистой ротоглотки в связи с риском развития антимикробной резистентности [88, 89, 90, 208, 276, 277, 278] и риска нарушения нормального баланса микробиома рото- и носоглотки под их воздействием [91, 92].

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

Комментарии: имеются данные о возможности облегчения симптомов с помощью данных вмешательств [93, 94, 276, 277, 278], однако в настоящее время недостаточно доказательств для однозначных выводов [95]. Могут назначаться селективно, с осторожностью, по решению врача.

- Не рекомендуются для рутинного использования при ОРВИ препараты группы "противокашлевые препараты, кроме комбинаций с отхаркивающими средствами" (противокашлевые средства) вследствие неэффективности в большинстве случаев [208, 209].

Уровень убедительности рекомендаций – **А** (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: сухой навязчивый кашель при ОРВИ, сопровождаемой фарингитом или ларинготрахеитом, в исключительных случаях возможно купировать при использовании бутамирата (доказательная база по его применению невелика) [320, 321] или леводропропилина [96] или преноксдиазина (применяются согласно инструкциям/ОХЛП).

- Рекомендовано пациентам с ОРВИ, проявляющейся трахеитом, сопровождаемым кашлем с трудноотделяемой мокротой, селективное назначение муколитических препаратов (Амброксол**, Ацетилцистеин** перорально, Карбоцистеин и др. (режимы дозирования – согласно инструкциям по применению)) и отхаркивающих препаратов для разжижения и улучшения отхождения мокроты [97].

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

Комментарии: муколитические препараты следует назначать короткими курсами с оценкой потенциальной пользы и вреда, под контролем эффективности и с осторожностью, особенно детям до 2 лет и пациентам с нервно-мышечными заболеваниями в связи с риском "эффекта заболачивания" – нарушения эвакуации мокроты из нижних дыхательных путей. Данный эффект может потребовать проведения дренажных мероприятий.

Муколитические препараты не следует комбинировать с препаратами, обладающими противокашлевыми свойствами, затрудняющими выведение мокроты.

- Не рекомендовано пациентам с ОРВИ, проявляющимся ларинготрахеитом, фарингитом, одновременное применение отхаркивающих препаратов и группы АТХ R05D "Противокашлевые препараты, кроме комбинаций с отхаркивающими средствами", к пациентам с кашлем [208, 277, 278, 276].

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

Комментарии: назначение препаратов группы АТХ R05D "Противокашлевые препараты, кроме комбинаций с отхаркивающими средствами" пациентам с кашлем может способствовать застою мокроты за счет подавления кашлевого рефлекса.

- Паровые ингаляции для лечения ОРВИ у детей не рекомендуются в связи с опасностью возникновения ожогов [100] и отсутствием убедительных данных об их пользе [101]. ВОЗ не рекомендует использовать паровые ингаляции для лечения кашля и ОРВИ у детей [102, 210, 211].

Уровень убедительности рекомендаций – **А** (уровень достоверности доказательств – 1).

- Не рекомендовано пациентам с ОРВИ назначение антигистаминных средств системного действия, так как они не показали эффективности в уменьшении симптомов ринита и кашля при ОРВИ [103, 104, 208, 212].

Уровень убедительности рекомендаций – **А** (уровень достоверности доказательств – 1).

- 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 [279].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 1).

- Рекомендовано обеспечить ребенку с ОРВИ и лихорадкой адекватную гидратацию. Основной путь – пероральный (пероральные солевые составы для регидратации (группа АТХ А07СА)). В случае невозможности проведения оральной гидратации следует вводить жидкость через назогастральный зонд или внутривенно (растворы, влияющие на водно-электролитный баланс) [33, 271].

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

Комментарии: дегидратация может увеличивать риск побочных эффектов жаропонижающих препаратов.

Шкала оценки дегидратации – см. Приложение Г1.

По показаниям назначают дробный прием пероральных солевых составов для регидратации (группа АТХ А07СА). Для детей младшего возраста выпаивание проводят по 0,5-1 чайной ложке, детям более старшего возраста – небольшими глотками [33].

Детям с признаками легкого обезвоживания (возбудимость, жажда) показано назначение пероральных солевых составов для регидратации (группа АТХ А07СА) синдрома дегидратации [271].

Применяют препараты со следующими характеристиками:

- пониженная осмолярность по Na^+ – 50-60 ммоль/л;
- осмолярность глюкозы – менее 90 ммоль/л;
- общая осмолярность раствора – меньше 245 ммоль/л и не ниже 200 ммоль/л [105].

Прием гипоосмолярного раствора способствует восполнению необходимых организму электролитов и воды, теряемых при обезвоживании, связанном с лихорадочными состояниями при ОРВИ [33, 106].

Следует информировать родителей о важности оральной регидратации ребенка специальными пероральными солевыми составами для регидратации (группа АТХ А07СА)) (не раствором декстрозы**) при лихорадке более 38 °С [33].

При невозможности выпаивания, а также при тяжелом обезвоживании может быть показана парентеральная регидратация с применением растворов, влияющих на водно-электролитный баланс (сбалансированных ионных растворов). С целью профилактики дегидратации показано энтеральное употребление жидкости в объеме возрастной потребности. Физиологическая потребность у детей по формуле Holliday-Segar составляет:

- до 10 кг: 100 мл/кг/сутки;
- от 10 до 20 кг: 1000 мл + 50 мл на каждый кг массы тела свыше 10 кг;
- более 20 кг: 1500 мл + 20 мл на каждый кг массы тела свыше 20 кг. Для детей свыше 40 кг: 1500 мл/м² поверхности тела.

При ДН и/или ОРДС целесообразно ограничить объем вводимой жидкости до 50% от физиологической потребности.

Если функция желудочно-кишечного тракта не страдает, большая часть жидкости должна быть введена энтеральным путем (через рот или зонд).

Необходимо стремиться к "нулевому гидробалансу", то есть объем диуреза (или других потерь) должен быть приблизительно равен введенному объему жидкости за сутки.

У гемодинамически стабильных пациентов необходима рестрикция жидкости, титруемая начиная с 50% полной расчетной суточной потребности.

У больных с задержкой жидкости оправдано назначение "петлевых" диуретиков [334]. Гипергидратация является жизнеугрожающей для пациентов. Оптимальными растворами для

проведения инфузионной терапии являются растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (сбалансированные изоосмолярные изоионные кристаллоидные растворы).

- При наличии признаков тяжелой гиповолемии показано проведение вolemической нагрузки растворами, влияющими на электролитный баланс (сбалансированным кристаллоидным раствором в объеме 20 мл/кг в течение 30-60 минут с оценкой эффекта. При необходимости повтор до 3 раз. После каждого болюса необходимо оценивать эффект проводимой терапии [335].

Основная цель инфузионной терапии – поддержание адекватного объема циркулирующей крови и нормализация перфузии.

Критерии адекватной тканевой перфузии включают в себя:

- Время наполнения капилляров 2 с;
- Удовлетворительное наполнение пульса на периферических и магистральных артериях;
- Теплые конечности;
- Темп почасового диуреза > 1 мл/кг/ч;
- Показатели артериального давления соответствуют возрастной норме (отсутствие артериальной гипотензии и гипертензии);
- Нормальные показатели концентрации глюкозы в крови;
- Нормальные показатели концентрации ионизированного кальция в крови.

3.1.2. Этиотропная (противовирусная) и иммуномодулирующая терапия

Риск нежелательных явлений этиотропной терапии превышает потенциальную пользу при нетяжелом течении инфекции, широкое применение формирует устойчивость (доказано для вирусов гриппа и ингибиторов нейраминидазы) [107, 274].

- Рекомендуется селективное назначение в первые 24-48 часов болезни пациентам групп риска с подозрением на грипп или пациентам при подтвержденном гриппе А (в т.ч. H1N1) и В, этиотропной терапии с целью прекращения репликации вируса [61, 62, 63, 108], независимо от статуса вакцинации в анамнезе.

Может быть назначен ингибитор нейраминидазы:

- Осельтамивир** (дозировки по инструкции)

или

- Занамивир детям с 5 лет (дозировки по инструкции) [61, 62, 107, 272].

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

Комментарии: на другие вирусы, не содержащие нейраминидазы, данные препараты не действуют. При принятии решения об использовании ингибиторов нейраминидазы следует соблюдать осторожность и учитывать баланс между пользой и вредом.

При применении осельтамивира** в постмаркетинговом периоде показано 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 2009А/Н1N1 [272].

При применении занамивира возможен бронхоспазм и другие аллергические реакции [273]. Как правило, у детей чаще из ингибиторов нейраминидазы применяется осельтамивир**.

Не следует применять осельтамивир**, занамивир при клинических признаках гриппа легкой и средней степени тяжести у пациентов без преморбидной патологии и факторов риска осложнений, а также для постконтактной профилактики гриппа [62].

Подробнее см. в клинических рекомендациях "Грипп" (возрастная категория – дети).

Или

Препарат группы "Другие противовирусные препараты" (ингибитор полимеразной кислой эндонуклеазы):

- Балоксавир марбоксил у пациентов с гриппом средней степени тяжести, в том числе пациентам с гриппом из групп риска [[109](#), [110](#), [111](#), [112](#)].

Уровень убедительности рекомендаций – **A** (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: балоксавир марбоксил (код АТХ J05AX25, группа АТХ "J05AX Прочие противовирусные препараты") – активен в отношении вирусов гриппа А, В, С и D. Может быть назначен детям с массой тела от 20 кг согласно инструкции по применению.

- Рекомендуются селективное назначение в первые 24-48 часов болезни пациентам старше 2 лет с гриппом или ОРВИ другой этиологии при неопределенной этиологии ОРВИ Умифеновира** (дозировки по инструкции) с целью снижения репликации вирусов [[63](#), [113](#), [114](#), [151](#)].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

Различные препараты с противовирусным и иммуномодулирующим действием, получившие широкое распространение в РФ, не имеют достаточного объема доказательств эффективности и безопасности. Эффективность представлена сокращением времени до улучшения самочувствия, по данным большинства публикаций, в пределах одного дня [[14](#), [15](#), [118](#), [119](#), [120](#)].

Следует рассмотреть необходимость применения препаратов, исключив избыточность назначений, полипрагмазии и лекарственных взаимодействий, оценив ожидаемую пользу и риск нежелательных явлений [[121](#), [122](#), [123](#), [124](#), [125](#), [126](#), [127](#), [128](#), [129](#), [130](#), [131](#), [132](#), [133](#), [134](#), [135](#), [136](#), [137](#), [138](#), [139](#), [140](#), [141](#), [142](#), [143](#), [144](#), [145](#), [146](#), [147](#), [148](#), [149](#), [150](#), [151](#) и др.].

Необходимо соблюдать осторожность и не использовать их рутинно. Взаимодействие с другими лекарственными средствами у большинства препаратов не установлено.

Справочная информация представлена в [Приложении А3.5](#).

3.1.3. Антимикробная терапия

- Не рекомендуется у пациентов с неосложненным ОРВИ и гриппом, а также если заболевание сопровождается в первые 10-14 дней болезни риносинуситом, конъюнктивитом, ларингитом, крупом, бронхитом, бронхообструктивным синдромом назначение противомикробных препаратов системного действия [[21](#), [193](#), [194](#)].

Уровень убедительности рекомендаций – **A** (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: антибактериальная терапия в случае неосложненной вирусной инфекции не только не предотвращает бактериальную суперинфекцию, но способствует ее развитию из-за подавления нормальной пневмотропной микробиоты.

Антибактериальные препараты системного действия могут быть показаны детям с хронической патологией, затрагивающей бронхолегочную систему (например, муковисцидоз), иммунодефицитом, у которых есть риск обострения бактериального процесса; выбор препарата у них обычно предопределен микробиологическими характеристиками мокроты/жидкости бронхоальвеолярного лаважа.

3.2. Хирургическое лечение

Не требуется.

3.3. Иное лечение

3.3.1. Фитотерапия

Несмотря на сложившееся широкое применение фитопрепаратов, относящихся к группе отхаркивающих препаратов, кроме комбинаций с противокашлевыми средствами, доказательства, подтверждающие их эффективность у детей с ОРВИ с острым трахеитом, не высоки, – как вследствие отсутствия хорошо спланированных РКИ и наблюдений сравнительной

эффективности, так и по причине лишь единичных данных о стандартизованном подходе к производству субстанций.

- Рекомендовано детям с признаками острого трахеита, продуктивным кашлем с трудноотделяемой мокротой, в случае отсутствия противопоказаний, селективное назначение:

- препарата Плюща обыкновенного листьев экстракт (с отхаркивающим, муколитическим и спазмолитическим действием), выпускается в каплях (для детей старше 2-х лет) и сиропе (разрешен с грудного возраста);

- препарата на основе комбинации Первоцвета корней экстракт + Тимьяна травы экстракт; выпускается в таблетках и предназначен для детей с 12-летнего возраста;

- препарата на основе комбинации Плюща обыкновенного листьев экстракт + Тимьяна травы экстракт, выпускается в сиропе, разрешен детям старше 2 лет.

Либо других препаратов на растительной основе, предназначенных для лечения острого трахеита, при отсутствии противопоказаний с целью облегчения отхождения мокроты [152, 154, 155, 156, 157, 158, 336, 337, 338].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 2).

3.3.2. Диета на фоне ОРВИ

Отдельных исследований по питанию во время ОРВИ не проводилось; большинство экспертов, врачей и исследователей согласно с тем, что детей не следует заставлять есть во время лихорадки (оптимальным считается питание "по аппетиту") [65].

Питьевой режим должен быть рациональным – польза обильного выпаивания сомнительна, а повышение секреции антидиуретического гормона в период болезни, напротив, способствует задержке жидкости [65, 195].

На основании оценки степени дегидратации (раздел 2.2, Приложение Г1) определяют потребность в коррекции водно-электролитного баланса – по показаниям может быть проведена оральная или парентеральная регидратация (раздел 3.1).

Следует информировать родителей о важности оральной регидратации ребенка специальными глюкозо-солевыми растворами (!! не раствором декстрозы**) при лихорадке более 38 °C.

Нефармакологические средства

Понимание ОРВИ как легкого, самокупирующегося и, в большинстве случаев, не требующего фармакотерапии, состояния, может избавить пациента как от избыточных диагностических вмешательств, так и от ненужных лекарственных назначений.

Особый интерес представляют результаты современных исследований использования различных нефармацевтических, "домашних", методов. Так, показано, что применение меда/лимона/травяных чаев для лечения симптомов ОРВИ может быть эффективным и избавить от необходимости назначения фармпрепаратов. У пациентов, не имеющих в анамнезе аллергии, эти средства могут быть рассмотрены в качестве безопасной альтернативы для симптоматического лечения ОРВИ [159, 160, 161, 162].

- Не рекомендовано применение гомеопатических средств для лечения ОРВИ у детей в связи с отсутствием доказательств эффективности [163, 164, 165, 192].

Уровень убедительности рекомендаций – **A** (уровень достоверности доказательств – 1).

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

В большинстве случаев – не требуется.

Острые инфекционные заболевания являются противопоказанием для проведения санаторно-курортного лечения.

- Рекомендовано селективное проведение реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения детям, часто переносящим ОРВИ с целью укрепления общего здоровья [166, 167].

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

Комментарии: имеются публикации о том, что выброс кортизола при стрессе может отрицательно повлиять на иммунный ответ и повысить восприимчивость к респираторным инфекциям [168].

Описано пагубное влияние табачного дыма, продуктов сгорания [169], дефицита сна [170, 171, 172], недостаточности питания [173, 174, 175] на частоту респираторных инфекций.

Высоко вероятна отрицательная роль общего охлаждения организма [173, 174, 175], которого желательно избегать.

При этом есть сообщения о положительном влиянии умеренных физических нагрузок (уменьшение частоты и выраженности проявлений респираторных инфекций), однако в настоящее время убедительных доказательств не получено, требуются дальнейшие исследования [176, 177].

При развитии осложнений или обострении сопутствующих заболеваний реабилитационные мероприятия назначаются врачами-специалистами соответствующего профиля.

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

Профилактические мероприятия направлены на раннюю и активную диагностику ОРВИ и возможных осложнений, изоляцию пациентов из организованных коллективов.

5.1. Профилактика острых инфекций

- 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 [214].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: физические меры по предотвращению распространения респираторных вирусов между людьми включают:

- частое мытье рук;
- не прикасаться к глазам, носу или рту;
- чихание или кашель в локоть;
- протирание поверхностей дезинфицирующим средством;
- ношение средств индивидуальной защиты – масок, средств защиты глаз, перчаток и защитных халатов;
- избегание контактов с другими людьми (изоляция или карантин);
- соблюдение определенного расстояния от других людей (дистанцирование);

- проверка людей, въезжающих в страну, на наличие признаков инфекции (скрининг) [214].

Неспецифические мероприятия для профилактики передачи ОРВИ, в т.ч. пациентами/законными представителями, включают соблюдение [правил 3Р](#) и [3П](#).

Правило 3Р:

- Руки мойте с мылом не менее 30 °С как можно чаще;
- Рот/нос должны быть закрыты маской;
- Расстояние до других людей должно быть не менее 1,5 м.

Правило 3П – избегайте:

- Плохо проветриваемых помещений;
- Помещений или Площадок с большим скоплением людей;
- Подошедших слишком близко разговаривающих или поющих людей.

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

- Рекомендована ежегодная вакцинация против гриппа с возраста 6 мес., которая снижает заболеваемость [216].

Уровень убедительности рекомендаций – [А](#) (уровень достоверности доказательств – 2).

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 [217, 218].

Детям, перенесшим ОРВИ, профилактическая вакцинация проводится, как правило, через 1 неделю после выздоровления. В случае неблагоприятной эпидемиологической обстановки потенциальная польза от вакцинации выше, чем выжидательная тактика. Прививки могут проводиться в более ранние сроки.

- Рекомендовано проведение пассивной иммунизации против РСВ инфекции паливизумабом** внутримышечно в дозе 15 мг/кг массы тела ежемесячно вне зависимости от сезона (всего 5 инъекций), допустимое отклонение +5 дней всем пациентам, относящимся к группам риска [219, 220, 221]:

- детям в возрасте до 6 месяцев, рожденным на 35-й недель беременности или ранее;
- детям в возрасте до 2 лет, которым требовалось лечение по поводу БЛД в течение последних 6 месяцев (соответственно, детям 1-го года – всем);
- детям в возрасте до 2 лет с гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца.

Уровень убедительности рекомендаций – [А](#) (уровень достоверности доказательств – 2).

- Рекомендуется проведение пассивной иммунизации против РСВ инфекции #паливизумабом** внутримышечно в дозе 15 мг/кг массы тела ежемесячно вне зависимости от сезона (всего 5 инъекций), допустимое отклонение +5 дней детям, рожденным до 28 недель 6 дней гестации, в первые 12 месяцев жизни [10, 222, 223, 224].

Уровень убедительности рекомендаций – [С](#) (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: в инструкции по медицинскому применению введение паливизумаба** ограничено 6-ю месяцами жизни, однако при наличии глубокой недоношенности целесообразно рассмотреть возможность введения препарата в более длительные сроки – до 12 месяцев жизни. Данные сроки введения рекомендуются во многих международных согласительных документах.

- Рекомендуется детям с ВПС после операции на сердце с использованием аппарата искусственного кровообращения или экстракорпоральной мембранной оксигенации, которым проводилась иммунопрофилактика РСВ инфекции, дополнительное введение #паливизумаба**

внутримышечно в дозе 15 мг/кг массы тела сразу после стабилизации состояния [222, 225].

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

Комментарии: следует помнить, что при использовании аппарата искусственного кровообращения или экстракорпоральной мембранной оксигенации отмечается снижение концентрации паливизумаба** в плазме крови более чем на 50%.

- Рекомендуется всем пациентам в возрасте от 0 до 24 месяцев с врожденными дефектами иммунитета (ВДИ): тяжелая комбинированная иммунная недостаточность, комбинированный вариант ВДИ, синдромальные формы ВДИ, комбинированный иммунодефицит с иммунной дисрегуляцией (код по МКБ D81.0-81.9; D84.8) проведение пассивной иммунизации препаратом #паливизумаб** (15 мг/кг введ. в/м 1 раз в 4 недели вне зависимости от сезона – 5 инъекций, допустимое отклонение +/- 5 дней, внутримышечно, предпочтительно в наружную боковую область бедра) ввиду высокого риска развития тяжелой интерстициальной пневмонии вплоть до летального исхода [9, 226].

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

- Рекомендуется детям в возрасте от 0 до 24 месяцев с различными ВДИ с наличием коморбидной патологии, обуславливающей высокий риск развития тяжелого течения РСВИ, проведение пассивной иммунизации препаратом #паливизумаб** (15 мг/кг/введ. в/м 1 раз в 4 недели вне зависимости от сезона – 5 инъекций, допустимое отклонение +/- 5 дней, внутримышечно, предпочтительно в наружную боковую область бедра) по соответствующей коморбидной патологии согласно действующим клиническим рекомендациям (малый гестационный возраст, БЛД, патология развития ЦНС, кардиологическая и пульмонологическая патология и др.) [9].

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

- Рекомендуется проведение по индивидуальным показаниям пассивной иммунизации против РСВ инфекции #паливизумабом** с целью профилактики РСВ инфекции тяжелого течения в разовой дозе 15 мг/кг массы тела. Вводят препарат внутримышечно, предпочтительно в наружную боковую область бедра. Инъекции проводят ежемесячно вне зависимости от сезона – 5 инъекций, допустимое отклонение +5 дней [10, 227, 228, 229]:

- детям с тяжелой нервно-мышечной патологией (миотония, мышечная дистрофия), затрагивающей функцию дыхательной системы [230, 231];

- детям, перенесшим травму ЦНС (включая желудочковые кровотечения, гипоксическую ишемическую энцефалопатию, повреждения спинного мозга), болезни периферической нервной системы, нервно-мышечного соединения, пациентам с перивентрикулярной лейкомаляцией и церебральным параличом в случаях, когда зафиксировано нарушение дыхательной функции [228, 232, 233];

- детям с врожденными аномалиями дыхательных путей, интерстициальными легочными заболеваниями, а также врожденной диафрагмальной грыжей [228, 230, 232, 233];

- детям с генетически обусловленной патологией, затрагивающей бронхолегочную систему, например с муковисцидозом, первичной цилиарной дискинезией [228, 234];

- детям с синдромом Дауна [235, 236];

- детям с врожденными дефектами иммунитета (ВДИ) по индивидуальным показаниям.

- Пациентам с ВДИ, с высокой предрасположенностью к тяжелому течению вирусных инфекций перед проведением трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, не позднее, чем за 14 дней до даты ТГСК.

- Пациентам с различными вариантами ВДИ, получающих иммуносупрессивную терапию в рамках лечения осложнений основного заболевания или сопутствующей патологии.

- Пациентам с различными вариантами ВДИ с тяжелым течением сопутствующих

осложнений с поражением легких [237, 238, 239].

- Детям до 24 месяцев после трансплантации внутренних органов или трансплантации гемопоэтических стволовых клеток [9, 226, 240].

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

Комментарии: принятие решения о проведении пассивной иммунизации паливизумабом** пациентам с перечисленными выше заболеваниями и состояниями осуществляет консилиум специалистов на основании результатов оценки риска развития РСВ инфекции тяжелого течения.

- Рекомендовано селективное применение для постконтактной профилактики при наличии в анамнезе контакта с больным ОРВИ прямого противовирусного препарата широкого спектра действия умифеновир** (J05AX противовирусные препараты другие) согласно инструкции по применению [241].

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

Комментарии: доказательства эффективности применения препарата с данной целью невысокого уровня.

Профилактика рецидивирующих инфекций

Особую группу составляют дети с рецидивирующими респираторными инфекциями (ранее так называемые часто болеющие дети). Критерием включения в эту группу является повышенная частота заболеваемости ОРВИ в течение 1 года.

Причинами рецидивов респираторных инфекций могут быть особенности инфекционного агента, экология, психосоматика, пассивное табакокурение, атопия, хронические заболевания (например, муковисцидоз, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, врожденные пороки сердца, хроническая аспирация, иммунодефицитные состояния и т.д.) [242, 243, 244].

Так, общеизвестно, что иммунный ответ у лиц с аллергическими заболеваниями развивается преимущественно по Th2 типу с более низкой продукцией интерферона, преимущественной выработкой иммуноглобулинов класса Е и недостаточным синтезом IgG, что способствует более частой заболеваемости ОРВИ. Часть детей с рецидивами ОРВИ имеет некоторые отклонения параметров иммунного статуса транзиторного характера [245]. Вышеперечисленные состояния рассматриваются как преходящая функциональная нестабильность иммунитета, приводящая к снижению противоинфекционной резистентности у этих детей. Однако, на основании результатов исследования иммунного статуса прицельный подбор иммунокорректирующей терапии практически неосуществим.

В последние годы исследуется возможность применения различных препаратов, обладающих иммуномодулирующей/иммуностимулирующей активностью, с целью усиления защиты от ОРВИ [167].

- Рекомендовано детям, часто болеющим острыми респираторными инфекциями, селективное, с осторожностью, применение препаратов группы "Прочие препараты для лечения заболеваний дыхательной системы" (R07AX) (лизатов бактерий смесь) или "Иммуностимуляторы; Другие иммуностимуляторы" (код АТХ L03AX) (например, пидотимод (детям с 3 лет)) для профилактики рецидивирующих инфекций ЛОР-органов и дыхательных путей [246, 247, 248, 249, 250, 251, 252].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: эти препараты могут сократить заболеваемость ОРВИ детей с рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей, хотя результаты доступных наблюдений неоднородны [246].

Наибольшим объемом доказательств обладают бактериальные лизаты – как в отношении ОРВИ и заболеваний ЛОР-органов, так и обострений хронической патологии, в том числе астмы

[247, 248].

Перед решением о назначении этих и иных препаратов – следует взвесить потенциальные риски и ожидаемую пользу.

- Не рекомендуется детям с рецидивирующими ОРВИ рутинное использование:

- растительных компонентов [256, 257, 258],

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 1),

- аскорбиновой кислоты** [213],

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

- гомеопатических препаратов [254, 255, 259].

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

Комментарии: эффективность применения отдельных витаминов, противодиарейных микроорганизмов/БАД, содержащих пробиотики и др., а также комплементарной и альтернативной медицины для профилактики ОРВИ продолжает изучаться. К сожалению, реальные преимущества, описанные в публикациях, заставляют сомневаться в целесообразности назначения и требуют подтверждения дополнительными исследованиями [167].

- Рекомендовано обеспечение достаточного потребления детьми с рецидивирующими ОРВИ препаратов группы "витамин D и его аналоги" с целью коррекции дефицита и профилактики респираторных инфекций [260].

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

Комментарии: в исследованиях низкий уровень витамина D был ассоциирован с повышением заболеваемости респираторными инфекциями, в частности, гриппом. Дотация препаратов группы "Витамин D и его аналоги" позволила значимо снизить заболеваемость ОРВИ как среди условно здоровых детей, так и среди пациентов с иммунодефицитом [260].

- Рекомендовано детям, часто переносящим ОРВИ, селективное применение *L.rhamnosus GG*, входящих в состав биологически активной добавки к пище в дозе $\geq 10^9$ КОЕ (колониеобразующих единиц)/сутки и длительностью курса 3-6 мес. и/или *Streptococcus salivarius*, входящих в состав биологически активной добавки к пище в дозе $\geq 10^9$ КОЕ/сутки и длительностью курса 3-6 мес. для профилактики респираторных инфекций [261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352].

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

Комментарии: по данным систематических обзоров и метаанализов продемонстрирована эффективность *L.rhamnosus GG* в сравнении с плацебо по следующим критериям: снижение риска возникновения респираторных инфекций, уменьшение частоты респираторных инфекций, средняя длительность эпизода респираторной инфекции, частота назначения антибактериальных препаратов системного действия по поводу инфекций верхних дыхательных путей. Пробиотический штамм *S.salivarius K12* эффективен в отношении снижения частоты респираторных инфекций (ринита, фарингита, ларингита, острого среднего отита), в том числе и рецидивирующих [269].

6. Организация оказания медицинской помощи

Детям с ОРВИ может быть оказана медицинская помощь, при необходимости, в любых условиях и формах, предусмотренных российским законодательством.

Ребенок при ОРВИ обычно наблюдается в амбулаторно-поликлинических условиях врачом-педиатром/врачом-педиатром участковым/врачом общей практики (семейным врачом) или врачом-инфекционистом. Режим общий или, при необходимости, полупостельный с быстрым переходом на общий после снижения температуры. Повторный осмотр необходим при сохранении температуры более 3 дней или ухудшении состояния.

При осложненном течении ОРВИ или в случае безуспешности проводимого амбулаторного лечения или невозможности его осуществления в амбулаторных условиях, рассматривается вопрос о госпитализации пациента в стационар.

В случае длительной фебрильной лихорадки, тяжелых осложнений ОРВИ, а также по эпидемическим показаниям, лечение осуществляют в стационарных условиях, при возможности – в боксированном отделении/палате/инфекционном отделении [8, 55, 270].

Должны быть госпитализированы в стационар:

- дети до 3-х месяцев с фебрильной лихорадкой в связи с высоким риском развития у них тяжелой бактериальной инфекции [271];
- дети любого возраста при наличии любого из следующих симптомов (основные опасные признаки):
 - неспособность/отказ пить/сосать грудь;
 - сонливость, вялость, недоступность контакту (обратить внимание на отсутствие глазного контакта) или отсутствие сознания либо резко выраженное беспокойство;
 - симптомы респираторного дистресса (одышка, тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, хрипящее/стонущее дыхание, апноэ));
 - центральный цианоз;
 - явления сердечной недостаточности;
 - тяжелое обезвоживание [271];
 - длительная фебрильная лихорадка (более 4-5 суток), рефрактерная к жаропонижающей терапии;
 - геморрагический синдром (носовое кровотечение, прожилки крови при кашле, геморрагическая сыпь).
- 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; снижение мочеотделения; геморрагическая сыпь на коже; рвота;
- дети с явлениями дыхательной недостаточности, имеющие какие-либо из следующих симптомов: хрипящее дыхание, раздувание крыльев носа при дыхании, кивательные движения (движения головы, синхронизированные со вдохом); частота дыхательных движений у ребенка до 2-х месяцев > 60 в минуту, у ребенка в возрасте 2-11 месяцев > 50 в минуту, у ребенка старше 1 года > 40 в минуту; втяжение нижней части грудной клетки при дыхании; насыщение крови кислородом < 95% при дыхании комнатным воздухом [271].
- дети с коморбидной патологией при наличии риска обострения/декомпенсации:
 - иммунодефицитное состояние, в том числе на фоне иммуносупрессивной терапии;
 - онкологические и онкогематологические заболевания;
 - болезни с нарушениями системы свертывания крови (гемофилия, болезнь Виллебранда, тромбоцитопения);
 - врожденные и приобретенные пороки и заболевания сердца, в том числе нарушения ритма;
 - кардиомиопатия, легочная гипертензия;
 - врожденные и приобретенные хронические заболевания легких (бронхолегочная дисплазия, бронхиальная астма и др.);
 - заболевания ЦНС (органическое поражение ЦНС, ДЦП, эпилепсия и др.);
 - болезни эндокринной системы (например, сахарный диабет I типа);
 - хронические прогрессирующие болезни гепатобилиарной системы (хронические гепатиты, цирроз и фиброз печени, холангит);

- хронические заболевания почек (гломерулонефрит, пиелонефрит, тубулопатии, хроническая болезнь почек);
- хронические заболевания пищеварительной системы (болезнь Крона, язвенный колит, язвенная болезнь и др.);
- другие хронические заболевания при наличии риска обострения/декомпенсации.
- госпитализация по эпидпоказаниям (например, дети из учреждений социального обеспечения с круглосуточным пребыванием, из пунктов временного размещения, из социально неблагополучных семей, неблагоприятных социально-бытовых условий при отсутствии возможности изоляции и проведения лечения вне медицинской организации).

Средняя длительность нахождения в стационаре может составить 3-7 дней в зависимости от нозологической формы осложнения и тяжести общего состояния.

Госпитализация детей с ринитом/ринофарингитом, ларингитом, трахеитом без сопутствующих опасных признаков нецелесообразна.

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

При госпитализации следует мониторировать выраженность симптомов, в т.ч. среднему медицинскому персоналу [345].

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

7.1. Осложнения

Осложнения ОРВИ наблюдаются нечасто. Как правило, они связаны с присоединением бактериальной инфекции.

Осложнения [8, 14, 339, 340, 341]

Острый синусит. Осложнение имеет чаще бактериальную этиологию (воспаление околоносовых пазух – гайморит, фронтит, сфеноидит, этмоидит). Заподозрить наличие бактериального синусита следует при длительном (более 7 дней) сохранении заложенности носа, второй "волне" подъема температуры тела, ощущениях тяжести в голове и головной боли (см. клинические рекомендации "Острый синусит") [37, 51].

Острый отит. Осложнение может иметь как вирусную, так и бактериальную этиологию; острый средний отит проявляется постоянными или пульсирующими (стреляющими) болями в ухе, может наблюдаться болезненность в области сосцевидного отростка. Катаральный средний отит является частым осложнением респираторных вирусных инфекций, особенно при наличии ринита или у пациентов с РС-инфекцией (см. клинические рекомендации "Острый средний отит").

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 [27, 282].

Острый бронхит. Может стать осложнением ОРВИ; проявляется длительным продуктивным кашлем. (см КР "Бронхит").

Пневмония. В некоторых случаях может стать осложнением ОРВИ. Признаком, характерным для внебольничных пневмоний, вызванных как типичными, так и атипичными возбудителями, является стойкость температуры $\geq 38,0^{\circ}$ более 3 дней, тогда как при ОРВИ такая температура бывает лишь у 18% больных (при гриппе, адено-, энтеровирусной инфекциях) (см. КР "Пневмония

(внебольничная)" возрастная категория дети).

На фоне гриппа частота вирусной и бактериальной (чаще всего обусловленной *Streptococcus pneumoniae*) пневмонии может достигать 12% заболевших вирусной инфекцией детей [61].

Бактериемия осложняет течение ОРВИ в среднем в 1% случаев при РС-вирусной инфекции и в 6,5% случаев при энтеровирусных инфекциях [26].

Респираторная инфекция может явиться триггером обострения хронических заболеваний, чаще всего бронхиальной астмы и инфекции мочевых путей.

7.2. Исходы и прогноз

Как указано выше, ОРВИ, в отсутствии бактериальных осложнений, обычно 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.

Не имеют подтверждения и данные о том, что острые респираторные инфекции "переходят" в хронические болезни (бронхиальная астма, бронхоэктазы и т.д.).

Критерии оценки качества медицинской помощи

Таблица 1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при острой респираторной вирусной инфекции (коды по МКБ-10: J00, J04.1, J06, J39.9, V34.0, V34.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен визуальный осмотр терапевтический в рамках приема (осмотра, консультации) врача-педиатра первичного и повторного/приема (осмотра, консультации) врача-участкового педиатра первичного и повторного/приема (осмотра, консультации) врача общей практики (семейного врача) первичного и повторного/приема (осмотра, консультации) врача-инфекциониста первичного и повторного)	Да/Нет

Таблица 2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при острой респираторной вирусной инфекции (коды по МКБ-10: J00, J04.1, J06, J39.9, V34.0, V34.2)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый при лихорадке и выраженных общих симптомах	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи у всех лихорадящих пациентов без катаральных явлений	Да/Нет
3.	Выполнена пациентам с признаками ОРВИ и с лабораторно подтвержденным ОРВИ и подозрением на развитие нарушений ритма сердца и/или миокардита электрокардиография (регистрация электрокардиограммы, расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных) и/или эхокардиография	Да/Нет
4.	Выполнена пульсоксиметрия детям с ОРВИ и признаками дыхательной недостаточности	Да/Нет
5.	Выполнена элиминационная терапия (промывание полости носа натрия хлоридом или стерильным раствором морской воды) (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено пациентам с ОРВИ с симптомами ринита лечение местные	Да/Нет

	препараты, обладающие сосудосуживающим действием (группа АТХ R01AB "Симпатомиметики в комбинации с другими средствами, исключая кортикостероиды"), интраназально, коротким курсом не более 5 дней (при отсутствии медицинских противопоказаний)	
--	---	--

Список литературы

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; 65(6): 335-349.
2. Бурцева Е.И., Бреслав Н.В., Мукашева Е.А., Краснослободцев К.Г., Кириллова Е.С., Трушакова С.В., Комарова И.А., Феодоритова Е.Л., Панова А.Д., Кистенева Л.Б., Хлопова И.Н., Кружкова И.С., Крепкая А.С., Морозова Е.О., Игнатьева А.В., Комиссаров А.Б., Тюрин И.Н., Самков А.А., Антипат Н.А. Эпидемический сезон 2023-2024 гг.: палитра возбудителей ОРВИ на некоторых территориях РФ и в регионах ВОЗ//Вопросы вирусологии. – 2025. – Т. 70. – N 3. – С. 234-245. doi: 10.36233/0507-4088-302
3. Van den Broek M.F., Gudden C., Kluijfhout W.P., 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 Apr; 150(4): 533-7.
4. Руководство по вирусологии. Вирусы и вирусные инфекции человека и животных. Под ред. академика РАН Д.К. Львова. М: ООО "Издательство "Медицинское Информационное агентство" 2013; 1200 с.
5. Basnet S, Palmenberg AC, Gern JE. Rhinoviruses and Their Receptors. Chest. 2019 May; 155(5): 1018-1025. doi: 10.1016/j.chest.2018.12.012. Epub 2019 Jan 17. PMID: 30659817; PMCID: PMC6533451
6. Rhinovirus Infections and Their Roles in Asthma: Etiology and Exacerbations. David J. Jackson, MRCP, MSc, PhD, James E. Gern, MD. The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice. Volume 10 Issue 3 Pages 673-681 (March 2022) DOI: 10.1016/j.jaip.2022.01.006
7. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Под ред. акад. РАМ Н.Д. Ющука, акад. РАЕН Ю.Я. Венгерова. – 2-е изд., перераб. и доп. М.: Издательство ГЭОТАР-Медиа, 2019.; 1004 с.
8. Инфекционные болезни у детей. Учебник/Под ред. Учайкина В.Ф., Шамшевой О.В. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2022. – 920 с.
9. Иммунопрофилактика респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей: методические рекомендации для педиатров/А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, И.А. Беляева [и др.]; Союз педиатров России. – Москва: ПедиатрЪ, 2023. – 54 с.
10. Информационное письмо: О рекомендуемых сроках проведения иммунопрофилактики респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей из групп риска [электронный ресурс] <http://niidi.ru/news/informatsionnoe-pis-mo-o-rekomenduemykh-srokakh-provedeniya-immunoprofilaktiki-respiratorno-sintsital-noy-virusnoy-infe/>, дата доступа 13.03.2023 г.
11. Zar HJ, Cacho F, Kootbodien T, Mejias A, Ortiz JR, Stein RT, Hartert TV. Early-life respiratory syncytial virus disease and long-term respiratory health. Lancet Respir Med. 2024 Oct; 12(10): 810-821. doi: 10.1016/S2213-2600(24)00246-7. Epub 2024 Sep 9. PMID: 39265601.
12. [https://www.who.int/ru/news-room/questions-and-answers/item/human-tapneumovirus-\(hmpv\)-infection](https://www.who.int/ru/news-room/questions-and-answers/item/human-tapneumovirus-(hmpv)-infection)
13. Каннер Е.В., Крутихина С.Б., Горелов А.В. Итоги 15-летнего изучения метапневмовирусной инфекции. Обзор литературы//Медицинский совет. – 2017. – N. 9. – С. 48-50
14. Грипп и ОРВИ в XXI веке: руководство для врачей/под ред. Н.Ю. Пшеничной. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 304 с
15. Селькова Е.П. ОРВИ и грипп. В помощь практикующему врачу/Е.П. Селькова, О.В. Калюжин. – М.: ООО "Издательство "Медицинское информационное агентство", 2015. – 224 с.

16. Parainfluenza Virus Hayat Elboukari; Muddasir Ashraf
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560719/Treasure Island \(FL\): StatPearls Publishing; 2025 Jan](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560719/Treasure_Island_(FL):_StatPearls_Publishing;_2025_Jan)
17. Иванов Д.О. и др. Коронавирусная инфекция//Педиатр. – 2020. – Т. 11. – N. 3. – С. 109-117.
18. Кокорева С.П. и др. Сезонная коронавирусная инфекция у детей//Инфекционные болезни в современном мире: эпидемиология, диагностика, лечение и профилактика. – 2020. – С. 102-103
19. Pediatric Bocavirus Updated: May 28, 2024 Author: Nicholas John Bennett, MBBCh, PhD, FAAP, MA(Cantab); Chief Editor: Russell W Steele, MD,
<https://emedicine.medscape.com/article/1355393-overview>,
20. Hay AD, Heron J, Ness A, ALSPAC study team. The prevalence of symptoms and consultations in pre-school children in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC): a prospective cohort study. Family Practice 2005; 22: 367-374.
21. Fendrick A.M., Monto A.S., Nightengale B., Sarnes M. The economic burden of non-influenza-related viral respiratory tract infection in the United States. Arch Intern Med. 2003 Feb 24; 163(4): 487 – 94.
22. Союз педиатров России, Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка. Научно-практическая программа "Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика". М., 2002 г.
23. Государственный доклад "О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году"
https://www.rosпотребнадзор.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=3017
24. Хмилевская С.А., Зрячкин Н.М., Михайлов В.Е. Клинико-эпидемиологические особенности острых респираторных инфекций у детей и оценка эффективности противовирусной терапии. Журнал инфектологии. 2019; 3(11): 38-45.
25. Gill PJ, Kaziev CL, Mtaweh H, Kant T, Seaton C, Farrar DS, Wagman H, Han M, Datta RR, Mahant S, Freire G, Campigotto A, Bone JN, Sadarangani M, Buchanan F, Morris SK; READAPT-Kids Study. Performance of the World Health Organization (WHO) severe acute respiratory infection (SARI) case definitions in hospitalized children and youth: cross-sectional study. Lancet Reg Health Am. 2025 Feb 21; 44: 101034. doi: 10.1016/j.lana.2025.101034. PMID: 40083965; PMCID: PMC11904563
26. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. М. StatusPraesens 2025 8-е изд., доп., 600 с.
27. Thompson M., Cohen H. D, Vodicka T.A et al. Duration of symptoms of respiratory tract infections in children: systematic review BMJ 2013; 347 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f7027>.
28. Острые респираторные инфекции у детей и подростков: практическое руководство для врачей/Л.В. Осидак, В.П. Дриневский, Л.М. Цыбалова и др.; под ред. Л.В. Осидак. – 3-е изд., доп. – СПб: ИнформМед, 2014. – 256 с
29. Инфекционные болезни у детей: Руководство для врачей. – 2-е издание, испр. и доп./под ред. В.В. Ивановой. – М: ООО "Медицинское информационное агентство", 2009. – 832 с.
30. Руженцова Т.А. Сердечно-сосудистые нарушения у детей на фоне гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций//Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2017. – N. 5. – С. 21-27.
31. Шкарин В.В., Сергеева А.В. Эпидемиологические и клинические особенности сочетанных респираторных инфекций у детей. Детские инфекции. 2017; 1(16): 51-56.
32. Каннер Е.В., Печкуров Д.В., Горелов А.В. Эпидемиологическая характеристика острых инфекций с сочетанным поражением дыхательной и пищеварительной систем у детей. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2019; 2: 24-30.
33. Лихорадка у детей: руководство для врачей/[Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А., Эфендиева К.Е. и др.]; Союз педиатров России. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ПедиатрЪ, 2022. – 76 с. – (Болезни детского возраста от А до Я; вып. 21.
34. Goldman RD, Friedman JN, Parkin PC. Validation of the clinical dehydration scale for children

with acute gastroenteritis. *Pediatrics*. 2008 Sep; 122(3): 545-9. doi: 10.1542/peds.2007-3141

35. Jauregui J, Nelson D, Choo E, Stearns B, Levine AC, Liebmann O, Shah SP. External validation and comparison of three pediatric clinical dehydration scales. *PLoS One*. 2014 May 2; 9 (5): e95739. doi: 10.1371/journal.pone.0095739.

36. Литвицкий П.Ф. Нарушения теплового баланса организма. Лихорадка. Вопросы современной педиатрии, 2009, 8(6): 55-63.

37. Wald E.R., Applegate K.E., Bordley C., Darrow D.H., Glode M.P. et al. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. *Pediatrics*. 2013 Jul; 132(1): e262-80.

38. S Esposito et al. Multiplex Platforms for the Identification of Respiratory Pathogens: Are They Useful in Pediatric Clinical Practice? *Front Cell Infect Microbiol* 9, 196. 2019. PMID 31275863.

39. Echavarría M, et al. Clinical impact of rapid molecular detection of respiratory pathogens in patients with acute respiratory infection. *J Clin Virol* 2018 – Clinical Trial. PMID 30267999.

40. Doan Q, Enarson P, Kissoon N, Klassen TP, Johnson DW. Rapid viral diagnosis for acute febrile respiratory illness in children in the Emergency Department. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 9. Art. No.: CD006452. DOI: 10.1002/14651858.CD006452.pub4.

41. Rao S, Lamb MM, Moss A, Mistry RD, Grice K, Ahmed W, et al. Effect of rapid respiratory virus testing on antibiotic prescribing among children presenting to the emergency department with acute respiratory illness: A randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2021 Jun 1; 4(6): e2111836. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.11836. PMID: 34086034; PMCID: PMC8178728.

42. Vos-Kerkhof E, et al. Clinical prediction models for young febrile infants at the emergency department: an international validation study. *Arch Dis Child* 2018 Nov; 103(11): 1033-1041. doi: 10.1136/archdischild-2017-314011. Epub 2018 May 24. PMID: 29794106

43. Trippella G, et al. Inflammatory biomarkers to guide diagnostic and therapeutic decisions in children presenting with fever without apparent source. *J Chemother* 2018Sep; 30(5): 255-265. doi: 10.1080/1120009X.2018.1451430. Epub 2018 Apr 5. PMID: 29619901

44. Lacroix 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 Dec 11; 9(12): e115061. doi: 10.1371/journal.pone.0115061. PMID: 25503770; PMCID: PMC4263728

45. Рачина С.А., Козлов Р.С., Таточенко В.К., и др. Анализ подходов к применению антибиотиков при инфекциях верхних дыхательных путей и ЛОР-органов у детей: результаты опроса участковых педиатров. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2016. Т. 18. N 1. С. 20-32.

46. Особенности клиники и варианты течения инфекционных заболеваний нижних дыхательных путей у детей: медицинская технология. "Современные подходы к диагностике, терапии и профилактике инфекционных заболеваний у детей": Научные труды, Т. 12./Под ред. д.м.н., проф. Н.В. Скрипченко, д.м.н. А.Н. Ускова, акад. РАН, д.м.н., проф. Ю.В. Лобзина – СПб.: ДНКЦИБ, 2022. – 572 с. – С. 111-122

47. Тактика ведения пациентов с острыми респираторными вирусными инфекциями при развитии бронхолегочных и кардиальных поражений: медицинские рекомендации. "Современные подходы к диагностике, терапии и профилактике инфекционных заболеваний у детей": научные труды, Т. 11./Под ред. д.м.н., проф. Н.В. Скрипченко, д.м.н. А.Н. Ускова, акад. РАН, д.м.н., проф. Ю.В. Лобзина, – СПб.: ДНКЦИБ, 2021. – 340 с. – С. 313-334.

48. Shah SN, Bachur RG, Simel DL, Neuman MI. Does This Child Have Pneumonia?: The Rational Clinical Examination Systematic Review [published correction appears in *JAMA*. 2017 Oct 3; 318(13): 1284]. *JAMA*. 2017; 318(5): 462-471. doi: 10.1001/jama.2017.9039.

49. Chao JH, Lin RC, Marneni S, Pandya S, Alhajri S, Sinert R. Predictors of Airspace Disease on Chest X-ray in Emergency Department Patients With Clinical Bronchiolitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Acad Emerg Med*. 2016; 23(10): 1107-1118. doi: 10.1111/acem.13052.

50. Smith-Bindman R, Chu PW, Azman Firdaus H, Stewart C, Malekheadayat M, Alber S, Bolch

WE, Mahendra M, Berrington de **González** A, Miglioretti DL. Projected Lifetime Cancer Risks From Current Computed Tomography Imaging. *JAMA Intern Med.* 2025 Jun 1; 185(6): 710-719. doi: 10.1001/jamainternmed.2025.0505. Erratum in: *JAMA Intern Med.* 2025 Jun 1; 185(6): 747. doi: 10.1001/jamainternmed.2025.2355. PMID: 40227719; PMCID: PMC11997853

51. Smith M.J. Evidence for the diagnosis and treatment of acute uncomplicated sinusitis in children: a systematic review. *Pediatrics.* 2013 Jul; 132(1): e284-96.

52. Influenza-Associated Acute Necrotizing Encephalopathy (IA-ANE) Working Group; Silverman A, Walsh R, Santoro JD, Thomas K, Ballinger E, Fisher KS, Thomas AX, Appavu B, Kruer MC, Neilson D, Knoll J, Sharp AN, Edelman HE, Otallah S, Morgan A, Grzezulkowska A, Nguyen J, Rao LM, Hecht SM, Catalano L, Daigle H, Kronfol C, Wharton J, Adams D, Kalawi AZ, Kung M, Arellano JL, Smith L, Segal D, Feja K, Broomall E, Jayakar A, Arnold SR, Retallack H, Press CA, Gombolay G, McLaughlin MH, Kannan V, Thakkar K, Rezwan T, Hulfish E, Eid D, Meylor J, Peng D, Hurtado R, Nickerson T, Mandell I, Carbonell AU, Kerner-Rossi M, Jayaraman D, Davis M, Olivero R, Shah N, Osborne CM, Zhang B, Cortina C, Randolph AG, Rao S, LaRocca T, Van Haren KP, Wilson-Murphy M. Influenza-Associated Acute Necrotizing Encephalopathy in US Children. *JAMA.* 2025 Aug 26; 334(8): 692-701. doi: 10.1001/jama.2025.11534. PMID: 40736730; PMCID: PMC12311823

53. Li XF, Ai B, Ye JW et al. Clinical analysis of seven cases of H1N1 influenza-associated encephalopathy in children. *Zhonghua Er Ke Za Zhi.* 2019 Jul 2; 57(7): 538-542. (doi: 10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2019.07.009), Yuan HT, Ho TH, Lee JT et al. Simply influenza A (H3N2)-associated encephalitis with seizure. *Am J Emerg Med.* 2019 Sep; 37 (9): 1808.e1-1808.e3. (doi: 10.1016/j.ajem.2019.06.027)

54. Schwartz KL, Richardson SE, MacGregor D, Mahant S, Raghuram K, Bitnun A. Adenovirus-Associated Central Nervous System Disease in Children. *J Pediatr.* 2019 Feb; 205: 130-137. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.09.036. Epub 2018 Nov 6. PMID: 30413311, Saravanos GL, King CL, Deng L, Dinsmore N, Ramos I, Takashima M, Crawford N, Clark JE, Dale RC, Jones CA, Wood NJ, Britton PN. Respiratory Syncytial Virus-Associated Neurologic Complications in Children: A Systematic Review and Aggregated Case Series. *J Pediatr.* 2021 Dec; 239: 39-49.e9. doi: 10.1016/j.jpeds.2021.06.045. Epub 2021 Jun 25. PMID: 34181989

55. Острые инфекции дыхательных путей у детей. Диагностика, лечение профилактика: клиническое руководство/Геппе Н.А и др. – 2-е изд. обновленное и переработанное М. Издательство МедКом-про, 2020: 254с.

56. Лобзин Ю.В., Жданов К.В. Руководство по инфекционным болезням. 4-е изд., доп. и перераб. СПб, 2011; 1408 с.

57. Инфекционные болезни у детей: учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов/под ред. проф. В.Н. Тимченко. – 5-е издание, испр. и доп. – СПб: СпецЛит, 2023. – 895 с.

58. Руководство по педиатрии. Инфекционные болезни детского возраста/Д.О. Иванов, В.Н. Тимченко, Н.В. Скрипченко и др. – 2023 г. Том 8. – 816 с.

59. Barrett B, Brown R, Rakel D, Rabago D, Marchand L, Scheder J, Mundt M, Thomas G, Barlow S. Placebo effects and the common cold: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med.* 2011 Jul-Aug; 9(4): 312-22. doi: 10.1370/afm.1250. PMID: 21747102; PMCID: PMC3133578

60. Thomas M, Bomar PA. Upper Respiratory Tract Infection. [Updated 2023 Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532961/>

61. Uyeki T.M., Bernstein H.H., Bradley J.S. 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, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 68, Issue 6, 15 March 2019, Pages e1-e47, <https://doi.org/10.1093/cid/ciy866>

62. Clinical practice guidelines for influenza. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

63. Рациональный выбор противовирусной терапии гриппа и острых респираторных

вирусных инфекций в условиях тридемии (консенсус Экспертного совета). Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2024; 13(4): 125-138. doi: <https://doi.org/10.33029/2305-3496-2024-13-4-125-138>

64. Лопатин А.С., Свистушкин В.М. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации. М.: Российское общество ринологов. – 2009 – 26 с.

65. Green, C., Krafft, H., Guyatt, G., & Martin, D. (2021). Symptomatic fever management in children: A systematic review of national and international guidelines. *PloS one*, 16(6), e0245815. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245815>

66. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/104772/9789241506823_Module-5_eng.pdf;jsessionid=1348F4D8E65CFFE9CD02AACCA6FF1050?sequence=7

67. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Feverish Illness in Children: Assessment and Initial Management in Children Younger Than 5 Years. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (UK); 2013 May. (NICE Clinical Guidelines, No. 160.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK247907/>, Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics; Committee on Drugs

68. Sullivan JE, Farrar HC. Fever and antipyretic use in children. *Pediatrics*. 2011 Mar; 127(3): 580-7. doi: 10.1542/peds.2010-3852. <https://publications.aap.org/pediatrics/article/127/3/e20103852/65016/Fever-and-Antipyretic-Use-in-Children?autologincheck=redirected>

69. Prot-Labarthe S, Weil T, Angoulvant F, Boulkedid R, Alberti C, Bourdon O. POPI (Pediatrics: Omission of Prescriptions and Inappropriate prescriptions): development of a tool to identify inappropriate prescribing. *PLoS One*. 2014 Jun 30; 9(6): e101171. doi: 10.1371/journal.pone.0101171. Erratum in: *PLoS One*. 2014; 9(9): e108007. PMID: 24978045; PMCID: PMC4076280

70. Doria M, Careddu D, Iorio R, Verrotti A, Chiappini E, Barbero GM, Ceschin F, Dell'Era L, Fabiano V, Mencacci M, Carlomagno F, Libranti M, Mazzone T, Vitale A. Paracetamol and Ibuprofen in the Treatment of Fever and Acute Mild-Moderate Pain in Children: Italian Experts' Consensus Statements. *Children (Basel)*. 2021 Sep 30; 8(10): 873. doi: 10.3390/children8100873. PMID: 34682137; PMCID: PMC8534871

71. Fever in under 5s: assessment and initial management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 Nov 26. (NICE Guideline, No. 143.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552086/>

72. Coelho MM, Luheshi G, Hopkins SJ, et al. Multiple mechanisms mediate antipyretic action of glucocorticoids. *Am J Physiol*. 1995; 269(3 Pt 2): R527-R535. doi: 10.1152/ajpregu.1995.269.3.R527

73. Gomes K, Goldman RD. Corticosteroids for infectious mononucleosis. *Can Fam Physician*. 2023; 69(2): 101-102. doi: 10.46747/cfp.6902101

74. Rezk E, Nofal YH, Hamzeh A, et al. Steroids for symptom control in infectious mononucleosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 2015(11): CD004402. Published 2015 Nov 8. doi: 10.1002/14651858.CD004402.pub3

75. Han JY, Yang EA, Rhim JW, Han SB. Effects of Antiviral Therapy and Glucocorticoid Therapy on Fever Duration in Pediatric Patients with Influenza. *Medicina (Kaunas)*. 2021; 57(12): 1385. Published 2021 Dec 20. doi: 10.3390/medicina57121385

76. Rajapakse S, Rodrigo C, Maduranga S, Rajapakse AC. Corticosteroids in the treatment of dengue shock syndrome. *Infect Drug Resist*. 2014; 7: 137-143. Published 2014 May 22. doi: 10.2147/IDR.S55380

77. Chen Y, Wang H, Zhou F, Guo C. The use of glucocorticoid in severe fever with thrombocytopenia syndrome: a retrospective cohort study. *Front Cell Infect Microbiol*. 2024; 14: 1419015. Published 2024 Aug 6. doi: 10.3389/fcimb.2024.1419015

78. Wang G, Xu YL, Zhu Y, et al. Clinical efficacy of low-dose glucocorticoid therapy for critically ill patients with severe fever with thrombocytopenia syndrome: A retrospective cohort study. *Int J Infect*

Dis. 2023; 130: 153-160. doi: 10.1016/j.ijid.2023.03.015

79. Han K, Ma H, An X, et al. Early use of glucocorticoids was a risk factor for critical disease and death from pH1N1 infection. *Clin Infect Dis*. 2011; 53(4): 326-333. doi: 10.1093/cid/cir398

80. Ma H, He F, Wan J, et al. Glucocorticoid and pyrazolone treatment of acute fever is a risk factor for critical and life-threatening human enterovirus 71 infection during an outbreak in China, 2008. *Pediatr Infect Dis J*. 2010; 29(6): 524-529. doi: 10.1097/INF.0b013e3181cdd178

81. Chiappini E, Venturini E, Remaschi G, et al. 2016 Update of the Italian Pediatric Society Guidelines for Management of Fever in Children. *J Pediatr*. 2017; 180: 177-183.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.09.043

82. Tomidis Chatzimanouil MK, Goppelt I, Zeissig Y, Sachs UJ, Laass MW. Metamizole-induced agranulocytosis (MIA): a mini review. *Mol Cell Pediatr*. 2023 Aug 17; 10(1): 6. doi: 10.1186/s40348-023-00160-8. PMID: 37589909; PMCID: PMC10435429

83. Cismaru AL, Rudin D, Ibañez L, Liakoni E, Bonadies N, Kreutz R, Carvajal A, Lucena MI, Martin J, Sancho Ponce E, Molokhia M, Eriksson N, EuDAC Collaborators, Krähenbühl S, Largiadèr CR, Haschke M, Hallberg P, Wadelius M, Amstutz U. Genome-Wide Association Study of Metamizole-Induced Agranulocytosis in European Populations. *Genes (Basel)*. 2020 Oct 29; 11(11): 1275. doi: 10.3390/genes11111275. PMID: 33138277; PMCID: PMC7716224

84. Brüne B, Sonderer S, Bösing M, Hübner S, Dongre K, Späni S, Holboro A, Leuppi JD, Leuppi-Taegtmeyer AB. Assessing potential risk factors for metamizole-induced leukopenia. *Ther Adv Drug Saf*. 2024 Sep 18; 15: 20420986241275255. doi: 10.1177/20420986241275255

85. Kılıç Ö, İşeri Nepesov M, Ulukapı HB, Özdemir ZC, Bör Ö, Dinleyici EÇ. Paediatric Agranulocytosis Associated with Metamizole Treatment. *Paediatr Drugs*. 2021 Jan; 23(1): 105-110. doi: 10.1007/s40272-020-00431-1,

86. Measures to minimise serious outcomes of known side effect with painkiller etamizole <https://www.ema.europa.eu> (https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/metamizole-containing-medicinal-products-article-107i-referral-measures-minimise-serious-outcomes-known-side-effect-painkiller-metamizole_en.pdf)

87. Guideline: Updates on Paediatric Emergency Triage, Assessment and Treatment: Care of Critically-Ill Children. Geneva: World Health Organization; 2016. PMID: 27010047

88. Robertson A, Coutinho G, Mantzourani E, Szomolay B, Pillay T, Shephard A, Maillard JY. Over-the-counter antibiotics compromising aminoglycoside activity. *J Antimicrob Chemother*. 2025 Jan 3; 80(1): 87-94. doi: 10.1093/jac/dkac376. PMID: 39471310; PMCID: PMC11695918

89. Wesgate R, Evangelista C, Atkinson R, Shepard A, Adegoke O, Maillard JY. Understanding the risk of emerging bacterial resistance to over the counter antibiotics in topical sore throat medicines. *J Appl Microbiol*. 2020 Oct; 129(4): 916-925. doi: 10.1111/jam.14682. Epub 2020 May 26. PMID: 32352619

90. Julia Robinson Antibiotic OTC treatments for sore throat could be fuelling antimicrobial resistance, researchers warn *The Pharmaceutical Journal*, PJ, April 2019, Vol 302, No 7924; 302(7924): DOI: 10.1211/PJ.2019.20206417

91. Angjelova A, Jovanova E, Polizzi A, Leonardi R, Isola G. Effects of Antiseptic Formulations on Oral Microbiota and Related Systemic Diseases: A Scoping Review. *Antibiotics (Basel)*. 2025 Aug 8; 14(8): 815. doi: 10.3390/antibiotics14080815. PMID: 40868009; PMCID: PMC12382659

92. Garrido L, Lyra P, Rodrigues J, Viana J, Mendes JJ, Barroso H. Revisiting Oral Antiseptics, Microorganism Targets and Effectiveness. *J Pers Med*. 2023 Aug 29; 13(9): 1332. doi: 10.3390/jpm13091332. PMID: 37763100; PMCID: PMC10532628.

93. Никифорова Г.Н., Свистушкин В.М., Биданова Д.Б., Волкова К.Б. Эффективность применения комплексных топических препаратов у пациентов с воспалительными заболеваниями глотки//Медицинский Совет ЛОР N 8 2017. С. 8-12.

94. Захарова И.Н., Геппе Н.А., Сугян Н.Г., Денисова А.Р., Бережная И.В. Топические этиотропные препараты в терапии инфекционно-воспалительных заболеваний глотки у детей дошкольного возраста. Результаты многоцентрового рандомизированного клинического исследования. Российская оториноларингология. 2021; 20(1): 102-117. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2021-1-102-117>
95. Essack S, Bell J, Burgoyne DS, Duerden M, Shephard A. Topical (local) antibiotics for respiratory infections with sore throat: An antibiotic stewardship perspective. *J Clin Pharm Ther.* 2019 Dec; 44(6): 829-837. doi: 10.1111/jcpt.13012. Epub 2019 Aug 13. PMID: 31407824; PMCID: PMC6899613
96. Zanasi A, Lanata L, Fontana G, Saibene F, Dicpinigaitis P, De Blasio F. Levodropropizine for treating cough in adult and children: a meta-analysis of published studies. *Multidiscip Respir Med.* 2015 May 31; 10(1): 19. doi: 10.1186/s40248-015-0014-3. PMID: 26097707; PMCID: PMC4472410
97. Balsamo R, Lanata L, Egan CG. Mucoactive drugs. *Eur Respir Rev.* 2010 Jun; 19(116): 127 – 33. doi: 10.1183/09059180.00003510. PMID: 20956181; PMCID: PMC9682576.
98. Roveta A.M., Debbia E.A., Schito G.C., Marchese A. Comparison of the activity of N-acetylcysteine, Ambroxol, Bromexine and Sobrelol on *Staphylococcus aureus* biofilms//GIMMOC. 2004. Vol. 8, p. 1-12
99. Wopker PM, Schwermer M, Sommer S, Längler A, Fetz K, Ostermann T, Zuzak TJ. Complementary and alternative medicine in the treatment of acute bronchitis in children: A systematic review. *Complement Ther Med.* 2020 Mar; 49: 102217. doi: 10.1016/j.ctim.2019.102217. Epub 2019 Oct 19
100. Al Himdani S, Javed MU, Hughes J, Falconer O, Bidder C, Hemington-Gorse S, Nguyen D. Home remedy or hazard?: management and costs of paediatric steam inhalation therapy burn injuries. *Br J Gen Pract.* 2016 Mar; 66(644): e193 – 9. doi: 10.3399/bjgp16X684289. PMID
101. Mathew JL. Steam inhalation in respiratory illnesses--full steam ahead or full stop? A systematic review of randomized controlled trial. *Indian Pediatr.* 2010 Dec; 47(12): 1047 – 50. doi: 10.1007/s13312-010-0168-1
102. World Health Organization. Cough and cold remedies for the treatment of acute respiratory infections in young children, 2001. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_CAH_01.02.pdf
103. Fitzsimons R, van der Poel LA, Thornhill W, du Toit G, Shah N, Brough HA. Antihistamine use in children. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2015 Jun; 100(3): 122 – 31. doi: 10.1136/archdischild-2013-304446. Epub 2014 Aug 21. PMID: 25147323
104. Parisi GF, Licari A, Papale M, Manti S, Salpietro C, Marseglia GL, Leonardi S. Antihistamines: ABC for the pediatricians. *Pediatr Allergy Immunol.* 2020 Feb; 31 Suppl 24: 34-36. doi: 10.1111/pai.13152. PMID: 32017222
105. Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H; European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition; European Society for Pediatric Infectious Diseases. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014 Jul; 59(1): 132 – 52. doi: 10.1097/MPG.0000000000000375
106. Brossier D.W. et al. Intravenous maintenance fluid therapy in acutely and critically ill children: state of the evidence//*The Lancet Child & Adolescent Health.* – 2024. – Т. 8. – N 3. – С. 236-244.
107. 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; 4: CD008965.
108. Hussain S, Meijer A, Govorkova EA, Dapat C, Gubareva LV, Barr IG, Brown SK, Daniels RS, Fujisaki S, Galiano M, Huang W, Kondor RJ, Lackenby A, Lewis N, Lo J, Nguyen HT, Patel MC, Pereyaslov D, Rattigan A, Samaan M, Wang D, Webby RJ, Yen HL, Zhang W, Takashita E. Global update on the susceptibilities of influenza viruses to neuraminidase inhibitors and the cap-dependent endonuclease inhibitor baloxavir, 2020-2023. *Antiviral Res.* 2025 Sep; 241: 106217. doi:

10.1016/j.antiviral.2025.106217. Epub 2025 Jun 24

109. Hayden FG, Sugaya N, Hirotzu N, et al. Baloxavir Marboxil for Uncomplicated Influenza in Adults and Adolescents [supplementary appendix appears online]. *N Engl J Med* 2018; 379: 913-923. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30184455>

110. Ison MG, Portsmouth S, Yoshida Y, Shishido T, Mitchener M, Tsuchiya K, Uehara T, Hayden FG. Early treatment with baloxavir marboxil in high-risk adolescent and adult outpatients with uncomplicated influenza (CAPSTONE-2): a randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Infect Dis*. 2020 Oct; 20(10): 1204-1214. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32526195/>

111. Mishin VP, Patel MC, Chesnokov A, et al. Susceptibility of Influenza A, B, C, and D Viruses to Baloxavir. *Emerg Infect Dis* 2019; 25: 1969-1972. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31287050>

112. Baker J.B., Block S.L., Cagas S.E. et al. Safety and Efficacy of Baloxavir Marboxil in Influenza-infected Children 5-11 Years of Age. F Post Hoc Analysis of a Phase 3 Study (miniSTONE-2). *Pediatr Infect Dis J* 2023; XX:00-00 DOI: 10.1097/INF.0000000000004062

113. Учайкин В.Ф., Шамшева О.В., Молочкова О.В., Булгакова В.А. Фармако-эпидемиологическое исследование течения гриппа и других ОРВИ в сезоне 2010/11 гг. у детей в возрасте до 18 лет. *Детские инфекции*. 2012; 11: 9-15. <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2012-11-0-9-15>

114. Осидак Л.В., Афанасьева О.И., Головачева Е.Г., Дондурей Е.А., Гончар В.В., Афанасьева В.С., Суховецкая В.Ф., Образцова Е.А. Отечественный противовирусный препарат широкого спектра действия – умифеновир как средство этиотропной терапии гриппа. *Детские инфекции*. 2016; 15(3): 25-30. <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2016-15-3-25-30>

115. Pêcheur EI, Borisevich V, Halfmann P, Morrey JD, Smee DF, Prichard M, Mire CE, Kawaoka Y, Geisbert TW, Polyak SJ. The Synthetic Antiviral Drug Arbidol Inhibits Globally Prevalent Pathogenic Viruses. *J Virol*. 2016 Jan 6; 90(6): 3086 – 92. doi: 10.1128/JVI.02077-15

116. Vigant F, Santos NC, Lee B. Broad-spectrum antivirals against viral fusion. *Nat Rev Microbiol*. 2015; 13: 426 – 37. doi: <https://www.doi.org/10.1038/nrmicro3475>

117. Leneva I., Kartashova N., Poromov A., Gracheva A., Korchevaya E., Glubokova E. et al. Antiviral activity of umifenovir in vitro against a broad spectrum of coronaviruses, including the novel SARS-CoV-2 virus. *Viruses*. 2021; 13(8): 1665 – 79. doi: <https://doi.org/10.3390/v13081665>

118. Ершов Ф.И., Киселев О.И. Интерфероны и их индукторы (от молекул до лекарств). Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 368 с.

119. Блохин Б.М., Прохорова А.Д., Суюндукова А.С. Актуальные вопросы интерферонотерапии. *Терапия*. 2018; 7(25): 125-132. doi: <https://dx.doi.org/10.18565/>

120. Ушкалова Е., Чухарева Н. Лидеры продаж безрецептурных препаратов и проблемы их безопасности/Врач. 2014. 9: 2-8.

121. Бабаченко И.В., Шарипова Е.В., Беликова Т.Л. Подходы к терапии ОРВИ у детей в стационаре и поликлинике//Медицинский совет. – 2017. – N 1. – С. 94-99.

122. 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. – N 4. – С. 82-88.

123. Харламова Ф.С., Кладова О.В., Учайкин В.Ф. и др. Клиническая эффективность индуктора интерферонов при метапневмовирусной и бокавирусной респираторных инфекциях у детей//Журнал инфектологии. – 2017. – Т. 9. – N 1S. – С. 17-21.

124. Савенкова М.С., Исаева Е.И., Караштина О.В., Шабат М.Б., Красева Г.Н., Абрамова Н.А., Красева Т.Е., Дужкин Р.В. Анализ сравнительного лечения ОРВИ в эпидсезонах 2015 – 2016 г. на основе результатов мультиплексной ПЦР-диагностики в условиях амбулаторной практики//Фарматека. 2017. – N 1. – С. 38-45.

125. 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. – N 2. – С. 86-86.

126. Харламова Ф.С., Учайкин В.Ф., Бевза С.Л., Ершов Ф.И., Нестеренко В.Г., Сергеева Э.М., Легкова Т.П., Фельдфикс Л.И. Клиническая эффективность Кагоцела при ОРВИ со стенозирующим ларинготрахеитом у детей//Детские инфекции. – 2008. – Т. 7. – N 4.
127. Вартамян Р.В., Сергеева Э.М., Чешик С.Г. Оценка терапевтической эффективности препарата Кагоцел у детей младшего и дошкольного возраста с острыми респираторными вирусными инфекциями//Детские инфекции. – 2011. – Т. 10. – N 1. – С. 36-41.
128. Харламова Ф.С., Кладова О.В., Сергеева Э.М., Щербакова А.А., Яблонская К.П., Легкова Т.П., Фельдфикс Л.И., Рогова Л.А., Самсон О.С., Учайкин В.Ф. Клиническая эффективность препарата Кагоцел при гриппе и ОРВИ у детей с 2 до 6 лет//Детские инфекции. – 2010. – Т. 9. – N 4.
129. Харламова Ф.С., Кладова О.В., Учайкин В.Ф., Чешик С.Г., Вартамян Р.В., Яблонская К.П. Метапневмовирусная и бокавирусная респираторные инфекции в структуре ОРВИ у детей//Детские инфекции. – 2015. – Т. 14. – N 2.
130. Харламова Ф.С., Учайкин В.Ф., Кладова О.В., Сергеева Э.М., Нестеренко В.Г. Клиническая и профилактическая эффективность индуктора интерферона при ОРВИ у детей младшего дошкольного возраста//Педиатрическая фармакология. – 2012. – Т. 9. – N 1.
131. Харламова Ф.С., Кладова О.В., Учайкин В.Ф., Сергеева Э.М., Нестеренко В.Г., Легкова Т.П., Фельдфикс Л.И. Возможности применения противовирусного препарата Кагоцел для профилактики и лечения гриппа и других острых респираторных инфекций у часто болеющих детей младшего возраста//Эффективная фармакотерапия. – 2012. – N 53. – С. 26-35.
132. Савенкова М.С., Караштина О.В. Интерфероновый статус и выбор индукторов интерферонов у часто болеющих детей//Детские инфекции. 2016 г. – N 2. – С. 45-51.
133. Шамшева О.В. Новые свойства отечественного препарата с противовирусным и иммуномодулирующим действием//Детские инфекции. – 2016. – Т. 15. – N 4. – С. 33-36.
134. 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, N 4. С. 23-31.
135. Осидак Л.В., Афанасьева О.И., Образцова Е.В., Эрман Е.С., Дринецкий В.П. Новое в профилактике и терапии гриппа и ОРВИ у детей. Лечащий врач. 2003. N 2. С. 75-76.
136. Блохин Б.М., Шамшева О.В., Черная Н.Л., Ситников И.Г., Лазарева С.Г., Бальцерович Н.Б., Перминова О.А., Жиглинская О.В., Кошавцева М.Ю. 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; 64: (4). 105-112.
137. Заплатников А.Л., Блохин Б.М., Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Сукало А.В., Войтович Т.Н. Результаты международного многоцентрового исследования релиз-активных антител к интерферону гамма в лечении гриппа и острых респираторных вирусных инфекций у детей. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019; 8: 18-24.
138. Кондюрина Е.Г., Елкина Т.Н., Зеленская В.В., Штейнберг М.В., Тиминская Н.Г. Профилактика и лечение острых респираторных инфекций у детей с бронхиальной астмой. Доктор.Ру. 2013; 9(87): 17-22.
139. Малахов А.Б. Анаферон детский: безопасность (обзор литературы). Поликлиника. 2014; 6: 1-5.
140. Усенко Д.В. Анаферон детский: эффективность и безопасность в профилактике и терапии вирусных и бактериальных инфекций. Обзор литературы. Consilium Medicum/Педиатрия. 2016; 3: 6-14.
141. Кондюрина Е.Г. Анаферон детский. Феномен современной российской фармации. Практика педиатра. 2015; февраль: 56-63.
142. 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; 8(4): 84-97.

143. Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Мельникова И.М., Сабитов А.У., Перминова О.А., 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; 1: 87-94.

144. Заплатников А.Л., Кондюрина Е.Г., Елкина Т.Н., Грибанова О.А., Пирожкова Н.И., Мингалимова Г.А., Тюленева И.О. Применение различных схем противовирусной терапии ОРВИ у детей. Детские инфекции. 2015; 3: 34-42.

145. Кондюрина Е.Г., Бурцева Е.И., Трушакова С.В., Мукашева Е.А., Виноградова А.А., Елкина Т.Н., Зеленская В.В. Оценка эффективности противовирусной терапии у детей с острым обструктивным бронхитом. Лечащий врач. 2017; 1: 65-70.

146. Сабитов А.У., Ершова А.В. Оптимизация лечения острой респираторной вирусной инфекции у детей с бронхиальной астмой. Практическая медицина. 2015; 2(87): 85-90.

147. Афанасьева О.И., Эсауленко Е.В. Эффективность препаратов Эргоферон, Анаферон и Анаферон детский в лечении и профилактике гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций//ConsiliumMedicum. – 2016. – Спецвыпуск. – С. 2-4.

148. Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Галустян А.Н. и др. Жидкая лекарственная форма эргоферона – эффективное и безопасное средство лечения острых респираторных инфекций у детей. Промежуточные итоги многоцентрового двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного клинического исследования//Антибиотики и химиотерапия, 2014; 59 (5-6): 6-14.

149. Геппе Н.А., Валиева С.Т., Фараджева Н.А., Оганян М.Р., Мырзабекова Г.Т., Жанузаков М.А., Катарбаев А.К., Скучалина Л.Н., Айткулуев Н.С., Кабаева Д.Д., Раупов Ф.О., Ибадова Г.А., Шамсиев Ф.С., Наврузова Ш.И., Хусинова Ш.А., Нурмухамедова Р.А., Абдрахманова С.Т. Лечение ОРВИ и гриппа в амбулаторно-поликлинической практике: результаты международной наблюдательной неинтервенционной программы "ЭРМИТАЖ". Терапия. 2017; 8 (18): 63-78.

150. Афанасьева О.И., Суховецкая В.Ф., Осидак Л.В., Милькинт К.К., Головачева Е.Г., Ариневский В.П., Амосова И.В. Клинико-лабораторная характеристика и терапия ОРВИ со стенозирующим ларинготрахеитом у детей//Детские инфекции. – 2005. – Т. 4. – N 1. – С. 32-36.

151. Осидак Л.В., Головачева Е.Г., Дондурей Е.А., Афанасьева О.И., Образцова Е.В., Дриневский В.П., Гончарова Е.С., Суховецкая В.Ф., Милькинт К.К. Противовирусная терапия и профилактика острых респираторных инфекций//Детские инфекции. – 2012. – Т. 11. – С. 16-23.

152. Firdaus A, Yunus MH, Izhar SK, Afaq U. Medicinal Plants in the Treatment of Respiratory Diseases and their Future Aspects. Recent Pat Biotechnol. 2025; 19(1): 2-18. doi: 10.2174/0118722083278561231212072408.

153. Pourova J, Dias P, Pour M, Bittner Fialová S, Czigle S, Nagy M, Tóth J, Balázs VL, Horváth A, Csikós E, Farkas Á, Horváth G, Mladěnka P. Proposed mechanisms of action of herbal drugs and their biologically active constituents in the treatment of coughs: an overview. PeerJ. 2023 Oct 24; 11: e16096. doi: 10.7717/peerj.16096.

154. Лазарева Н.Б., Карноух К.И. Фитопрепараты: современные возможности использования в терапии респираторных инфекций. Медицинский Совет. 2020; (17): 114-122. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-17-114-122>.

155. Лapidус Н.И. Кашель. Место фитотерапии в лечении. Медицинский Совет. 2021; (16): 204-211. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-16-204-211>

156. Волков К.С., Нисевич Л.Л., Намазова-Баранова Л.С., Филянская Е.Г., Алексеева А.А., Баранник В.А. Кашель у детей: особенности диагностики и подходы к терапии. Вопросы современной педиатрии. 2013; 12(1): 112-116).

157. Горелов А.В., Орлова С.Н., Усенко Д.В., Пшеничная Н.Ю., Петров В.А., Тихонова Е.П.,

Поромов А.А. Результаты Всероссийского многоцентрового исследования применения комбинированного препарата Коделак(R) Бронхо у пациентов с продуктивным кашлем//Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2024. Т. 13, N 4. С. 139-149. DOI: <https://doi.org/10.33029/2305-3496-2024-13-4-139-149>

158. Зайцева С.В., Локшина Э.Э., Зайцева О.В., Муратазаева О.А., Кузнецов Г.Б., Равшанова Л.С., Романовская Ж.А., Хмелькова И.И., Воронина О.Б., Рубцова Т.П. Рациональный выбор препаратов для лечения кашля у детей с острыми заболеваниями нижних дыхательных путей. Педиатрия/2012/Том 91/N 5.

159. Sebo P, Winkler NE, Moussa MA, Haller DM, Maisonneuve H. Nonpharmacological home remedies for upper respiratory tract infections: a cross-sectional study of primary care patients in Switzerland and France. *Fam Pract*. 2023 Nov 23; 40(4): 564-568. doi: 10.1093/fampra/cmadv084. PMID: 37573550; PMCID: PMC10667067.

160. Murgia V, Manti S, Licari A, De Filippo M, Ciprandi G, Marseglia GL. Upper Respiratory Tract Infection-Associated Acute Cough and the Urge to Cough: New Insights for Clinical Practice. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol*. 2020 Mar; 33(1): 3-11. doi: 10.1089/ped.2019.1135. PMID: 33406022; PMCID: PMC7875114.

161. Murgia V, Ciprandi G, Votto M, De Filippo M, Tosca MA, Marseglia GL. Natural remedies for acute post-viral cough in children. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2021 May 1; 49(3): 173-184. doi: 10.15586/aei.v49i3.71. PMID: 33938204.

162. Kuitunen I, Renko M. Honey for acute cough in children – a systematic review. *Eur J Pediatr*. 2023 Sep; 182(9): 3949-3956. doi: 10.1007/s00431-023-05066-1. Epub 2023 Jun 25. PMID: 37355498; PMCID: PMC10570220.

163. Altunç U, Pittler MH, Ernst E. Homeopathy for childhood and adolescent ailments: systematic review of randomized clinical trials. *Mayo Clin Proc*. 2007; 82(1): 69-75

164. ЗАЯВЛЕНИЕ о лекарственных препаратах, не содержащих действующих веществ <https://klnran.ru/2025/05/zayavlenie-o-lekarstvennyh-preparatah-ne-soderzhashhih-dejstvujushhih-veshhestv/>

165. King D, Hawke K, McGuire TM, van Driel M. Homeopathic Preparations for Preventing and Treating Acute Upper Respiratory Tract Infections in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Pediatr*. 2021 Mar; 21(2): 211-220. doi: 10.1016/j.acap.2020.07.016. Epub 2020 Jul 19. PMID: 32698039

166. Хан М.А., Разумов А.Н., Корчажкина Н.Б. Физическая и реабилитационная медицина в педиатрии. Москва. "ГЭОТАР-Медиа". 2018: 408 с.

167. Eccles R. Common cold. *Front Allergy*. 2023 Jun 22; 4: 1224988. doi: 10.3389/falgy.2023.1224988. PMID: 37426629; PMCID: PMC10324571

168. Cohen S, Hamrick N, Rodriguez MS, Feldman PJ, Rabin BS, Manuck SB. Reactivity and vulnerability to stress-associated risk for upper respiratory illness. *Psychosom Med*. (2002) 64(2): 302 – 10. doi: 10.1097/00006842-200203000-00014].

169. Sneed RS, Cohen S, Turner RB, Doyle WJ. Parenthood and host resistance to the common cold. *Psychosom Med*. (2012) 74(6): 567 – 73. doi: 10.1097/PSY.0b013e31825941ff

170. Cohen S, Doyle WJ, Alper CM, Janicki-Deverts D, Turner RB. Sleep habits and susceptibility to the common cold. *Arch Intern Med*. (2009) 169(1): 62 – 7. doi: 10.1001/archinternmed.2008.505

171. Prather AA, Janicki-Deverts D, Hall MH, Cohen S. Behaviorally assessed sleep and susceptibility to the common cold. *Sleep*. (2015) 38(9): 1353 – 9. doi: 10.5665/sleep.4968

172. Wilder-Smith A, Mustafa FB, Earnest A, Gen L, Macary PA. Impact of partial sleep deprivation on immune markers. *Sleep Med*. (2013) 14(10): 1031 – 4. doi: 10.1016/j.sleep.2013.07.001

173. Andrewes CH. Adventures among viruses. III. The puzzle of the common cold *N Engl Med J*. (1950) 242: 235 – 40. doi: 10.1056/NEJM195002162420701

174. Dowling HF, Jackson GG, Spiesman IG, Inouye T. Transmission of the common cold to volunteers under controlled conditions. II. The effect of chilling of the subject upon susceptibility. *Am J*

Hyg. (1958) 66: 59-65.

175. Douglas RGJ, Lindgren KM, Couch RB. Exposure to cold environment and rhinovirus common cold. Failure to demonstrate effect. N Engl J Med. (1968) 279: 742 – 7. doi: 10.1056/NEJM196810032791404

176. Nieman DC. Current perspective on exercise immunology. Curr Sports Med Rep. (2003) 2(5): 239 – 42. doi: 10.1249/00149619-200310000-00001

177. Grande AJ, Keogh J, Hoffmann TC, Beller EM, Del Mar CB. Exercise versus no exercise for the occurrence, severity and duration of acute respiratory infections. Cochrane Database Syst Rev. (2015) 6: CD010596. doi: 10.1002/14651858.CD010596.pub2

178. 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. 1995. N 3. С. 70-73.

179. Осидак Л.В., Образцова Е.В. и соавт. Виферон в терапии гриппа и других ОРВИ вирусной и вирусно-бактериальной этиологии у детей. Детские инфекции. 2012. Т. 11, N 1. С. 44-50.

180. 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. N 4. С. 35-44.

181. Малиновская В.В., Мазанкова Л.Н., Тимина В.П. и др. Иммунопатогенез острых респираторных инфекций, тактика рационального выбора этиотропной и иммуномодулирующей терапии у детей. Детские инфекции. 2013. N 4. С. 14-19.

182. Захарова И.Н., Торшхоева Л.Б., Заплатников А.Л. и др. Особенности системы интерферона при острых респираторных инфекциях и клинико-иммунологическая эффективность модифицированной интерферонотерапии у детей раннего возраста. Эффективная педиатрия. 2011. N 1. С. 3-5.

183. Локшина Э.Э., Зайцева О.В., Мазанкова Л.Н., Чеботарева Т.А., Коровина Н.А. и др. Современные возможности использования интерферонов в комплексной терапии острых респираторных инфекций у детей. Лечащий врач. 2011. N 8. С. 2-5.

184. Захарова И.Н., Малиновская В.В., Коровина Н.А., Курбанова Х.И., Глухарева Н.С., Короид Н.В. Клинико-иммунологическое обоснование местной интерферонотерапии при респираторных вирусных инфекциях у детей. Вопросы практической педиатрии. 2011. Т. 6, N 5. С. 21-26.

185. Чеботарева Т.А., Выжлова Е.Н., Захарова И.Н. и др. Современная интерферонотерапия гриппа и острых респираторных инфекций у детей. Лечащий врач. 2013. N 4. С. 92-94.

186. 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; 12(4): 14-19.

187. Бабаченко И.В. Виферон в комплексной терапии острых респираторных инфекций различной этиологии. Эффективная фармакотерапия. 2014. N 2. С. 25-43.

188. Гладких В.П., Молочный В.П., Малиновская В.В., Полеско И.В., Обухова Г.Г. Динамика содержания цитокинов и неоптерина у детей раннего возраста с острыми респираторными вирусными инфекциями на фоне использования рекомбинантного интерферона альфа-2b с антиоксидантами (токоферола ацетат и аскорбиновая кислота). Педиатрия им. Сперанского. 2017. Т. 69, N 4. С. 16-21.

189. Вавилова В.П., Вавилов А.М., Черкаева А.Х. Опыт применения препарата Виферон в периоде адаптации детей к дошкольным образовательным учреждениям. Педиатрия. 2018. Т. 97. С. 53-58.

190. Дракина С.А., Перевошикова Н.К. Профилактика респираторных заболеваний у детей раннего возраста в период адаптации детей к дошкольным образовательным учреждениям. Педиатрия. 2019. Т. 98 (1). С. 116-124.

191. Т.А. Чеботарева Эффективность Виферона в терапии и профилактике гриппа и других ОРВИ у детей "Новости медицины и фармации" 2(307) 2010.
192. Hawke K, King D, van Driel ML, McGuire TM. Homeopathic medicinal products for preventing and treating acute respiratory tract infections in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Dec 13; 12(12): CD005974. doi: 10.1002/14651858.CD005974.pub6. PMID: 36511520; PMCID: PMC9746041.
193. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6: CD000247
194. Баранов А.А., Страчунский Л.С. (ред.) Применение антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Практические рекомендации, 2007 г. КМАХ 2007; 9(3): 200-210.
195. Guppy MPB, Mickan SM, Del Mar CB, Thorning S, Rack A. Advising patients to increase fluid intake for treating acute respiratory infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 2. Art. No.: CD004419. DOI: 10.1002/14651858.CD004419.pub3
196. King D., Mitchell B, Williams CP, Spurling GK. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Apr 20; 4: CD006821. doi: 10.1002/14651858.CD006821.pub3.
197. Deckx L, De Sutter AIM, Guo L, Mir NA, van Driel ML. Nasal decongestants in monotherapy for the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Art. No.: CD009612. DOI: 10.1002/14651858.CD009612.pub2.
198. Pappas DE, Hendley JO, Hayden FG, Winther B. Symptom profile of common colds in school-aged children. *Pediatr Infect Dis J* 2008; 27: 8.
199. De Sutter AIM, van Driel ML, Kumar AA, Lesslar O, Skrt A. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 2. Art. No.: CD004976. DOI: 10.1002/14651858.CD004976.pub3.
200. Meremikwu MM, Oyo-Ita A. Physical methods versus drug placebo or no treatment for managing fever in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD004264. DOI: 10.1002/14651858.CD004264.
201. 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
202. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии/Баранов А.А.; Альбицкий В.Ю., Алексеева Е.И., Акоев Ю.С., Антонова Е.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 592 с.
203. De la Cruz-Mena JE, Veroniki AA, Acosta-Reyes J, Estupiñán-Bohorquez A, Ibarra JA, Pana MC, Sierra JM, Florez ID. Short-term Dual Therapy or Mono Therapy With Acetaminophen and Ibuprofen for Fever: A Network Meta-Analysis. *Pediatrics*. 2024 Oct 1; 154(4): e2023065390. doi: 10.1542/peds.2023-065390. PMID: 39318339.
204. Баранов А.А., Таточенко В.К., Бакрадзе М.Д. Лихорадочные синдромы у детей. Рекомендации по диагностике и лечению. М., 2011, 211 стр.
205. Александрович Ю.С., Гордеев В.И., Пшениснов К.В. А46 Неотложная педиатрия: учебное пособие/Ю.С. Александрович, В.И. Гордеев, К.В. Пшениснов. – СПб.: СпецЛит, 2010. – 568 с.
206. Малявин А.Г., Бабак С.Л., Заплатников А.Л., Булгакова В.А., Гарусова М.Ю., Илюхина М.Д. Систематический обзор исследований безопасности и эффективности терапии лихорадки у детей и взрослых метамизолом натрия. *Терапевтический архив*. 2025. Т. 97. N 1. С. 71-79. DOI: 10.26442/00403660.2025.01.203101
207. Ушкалова Е.А., Зырянов С.К., Бутранова О.И., Самсонова К.И. Метамизол натрия: регуляторный статус в разных странах мира, проблемы безопасности и ошибки применения. *Безопасность и риск фармакотерапии*. 2022; 10(4): 396-410. <https://doi.org/10.30895/2312-7821-2022-10-4-396-410>
208. 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 Nov 24; (11): CD001831.

209. Chalumeau M., Duijvestijn Y.C. Acetylcysteine and carbocysteine for acute upper and lower respiratory tract infections in paediatric patients without chronic broncho-pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May 31; 5: CD003124. doi: 10.1002/14651858.CD003124.pub4.

210. Singh M, Singh M. Heated, humidified air for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6: CD001728.

211. 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.

212. De Sutter A.I., Saraswat A., van Driel M.L. Antihistamines for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Nov 29; 11: CD009345. doi: 10.1002/14651858.CD009345.pub2.

213. Hemilä H, Chalker E. Vitamin C for the common cold and pneumonia. *Pol Arch Intern Med*. 2025 Jan 30; 135(1): 16926. doi: 10.20452/pamw.16926. Epub 2025 Jan 13. PMID: 39803741.

214. Jefferson T, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary LA, van Driel ML, Bawazeer GA, Jones MA, Hoffmann TC, Clark J, Beller EM, Glasziou PP, Conly JM. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Jan 30; 1(1): CD006207. doi: 10.1002/14651858.CD006207.pub6. PMID: 36715243; PMCID: PMC9885521

215. Prutsky G.J., Domecq J.P., Elraiyah T., Wang Z., Grohskopf L.A., Prokop L.J., Montori V.M., Murad M.H. Influenza vaccines licensed in the United States in healthy children: a systematic review and network meta-analysis (Protocol). *Syst Rev*. 2012 Dec 29; 1: 65. doi: 10.1186/2046-4053-1-65.

216. Osterholm MT, Kelley NS, Sommer A, Belongia EA. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2012 Jan; 12(1): 36-44.

217. Fortanier A.C. et al. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing otitis media. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Apr 2; 4: CD001480.

218. Norhayati M.N. et al. Influenza vaccines for preventing acute otitis media in infants and children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Mar 24; 3: CD010089.

219. Gonzales T. et al. Effectiveness and safety of palivizumab for the prevention of serious lower respiratory tract infection caused by respiratory syncytial virus: a systematic review//*Am. J. Perinatol.* – 2023

220. El-Atawi K. et al. Efficacy and Safety of Palivizumab as a Prophylaxis for Respiratory Syncytial Virus (RSV) Disease: An Updated Systemic Review and Meta-Analysis//*Cureus.* – 2023. – Т. 15. – N 12

221. Wegzyn C. et al. Safety and effectiveness of palivizumab in children at high risk of serious disease due to respiratory syncytial virus infection: a systematic review//*Infect. Dis. Ther.* – 2014. – Т. 3. – С. 133-158

222. Alharbi A.S. et al. Palivizumab for the Prophylaxis of Respiratory Syncytial Virus Disease: Expert Opinion and Recommendations for the Gulf Cooperation Council Region. 2024

223. Миронова А.К., Османов И.М., Шарыкин А.С. Опыт пассивной иммунопрофилактики против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела//*Российский вестник перинатологии и педиатрии.* – 2020. – Т. 65. – N 4. – С. 134-141

224. Resch B, Egger B, Kurath-Koller S, Urlesberger B. Respiratory syncytial virus hospitalizations in infants of 28 weeks gestational age and less in the palivizumab era. *Int J Infect Dis*. 2017 Apr; 57: 50-53.

225. Овсянников Д.Ю., Кршеминская И.В. Иммунопрофилактика респираторно-синцитиальной вирусной инфекции: почему это важно с эпидемиологической и клинической точки зрения//*Неонатология Новости. Мнения. Обучение.* – 2017. – N 2 (16). – С. 34-49.

226. Resch, B., Eber, and D. Ehringer-Schetitska. Respiratory Syncytial Virus Prophylaxe mit Palivizumab 2019. Update der Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für kinder-und Jugendheilkunde. *Paediatr. Paedolog.* 2019; 54: 270-276,

227. Committee on infectious diseases and 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 Vol. 134 No. 2 August 1, 2014 pp. e620-e638.

228. Luna M.S. et al. Expert consensus on palivizumab use for respiratory syncytial virus in developed countries//*Paediatr. Respir. Rev.* – 2020. – Т. 33. – С. 35-44

229. Resch B. Respiratory syncytial virus infection in high-risk infants-an update on palivizumab prophylaxis//*open Microbiol. journal.* – 2014. – Т. 8. – С. 71.

230. Mori M. et al. Safety, efficacy and pharmacokinetics of palivizumab in off-label neonates, infants, and young children at risk for serious respiratory syncytial virus infection: a multicenter phase II clinical trial//*Lancet Reg. Heal. Pacific.* – 2023. – Т. 39

231. Wang D.Y. et al. Respiratory syncytial virus prophylaxis in neurologic and muscular disorders in the Canadian respiratory syncytial virus evaluation study of palivizumab//*Pediatr. Infect. Dis. Journal.* – 2019. – Т. 38. – N 8. – С. 775-780.

232. Stiboy E. et al. Variation in clinical practice guidelines for use of palivizumab in preventing severe respiratory syncytial viral (RSV) disease in high-risk infants//*Pediatr. Pulmonology.* – 2023. – Т. 58. – N 4. – С. 1210-1220.

233. Manzoni P. et al. Use of palivizumab in neonates who do not meet the American Academy of Pediatrics Guidelines for respiratory syncytial virus prophylaxis//*Early Hum. Dev.* – 2009. – Т. 85. – N 10. – С. S93

234. Kua K.P., Lee S.W.H. Systematic review of the safety and efficacy of palivizumab among infants and young children with cystic fibrosis//*Pharmacother. J. Hum. Pharmacol. Drug Ther.* – 2017. – Т. 37. – N 6. – С. 755-769

235. Kashiwagi T., Okada Y., Nomoto K. Palivizumab prophylaxis against respiratory syncytial virus infection in children with immunocompromised conditions or down syndrome: a multicenter, post-marketing surveillance in Japan//*Pediatr. Drugs.* – 2018. – Т. 20. – С. 97-104.

236. Simon A. et al. Palivizumab use in infants with Down syndrome-report from the German SynagisTM Registry 2009 – 2016//*Eur. J. Pediatr.* – 2018. – Т. 177. – С. 903-911.

237. Chatzis et al. Burden of severe RSV disease among immunocompromised children and adults: a 10 year retrospective study. *BMC Infectious Diseases* 2018; 18: 111. doi.org/10.1186/s12879-018-3002-3

238. Soomann M, Prader S, Pachlopnik Schmid J, G^ung^or T, Tr^uck J. Fatal RSV in SCID: the Importance of Infection Prevention Despite Newborn Screening. *J Clin Immunol.* 2023 Apr; 43(3): 554-556. doi: 10.1007/s10875-022-01427-x,8

239. Ania Zylbersztejn, Ofran Almossawi, Nikesh Gudka, Daniel Tompsett, Bianca De Stavola, Joseph F Standing, Rosalind Smyth, Pia Hardelid. Access to palivizumab among children at high risk of respiratory syncytial virus complications in English hospitals. medRxiv 2021.04.15.21255460; doi: 10.1101/2021.04.15.21255460

240. Manuel, Oriol, Michele Estabrook, and American Society of Transplantation Infectious Diseases Community of Practice. RNA respiratory viral infections in solid organ transplant recipients: Guidelines from the American Society of Transplantation Infectious Diseases Community of Practice. *Clinical transplantation.* 2019; 33.9: e13511

241. Шамшева О.В., Молочкова О.В. Спектр применения отечественного противовирусного препарата в педиатрии. *Детские инфекции.* 2015. Т. 14, N 4. С. 26-30. <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2015-14-4-26-30>.

242. Bush A. Recurrent respiratory infections. *Pediatr Clin North Am.* 2009 Feb; 56(1): 67-100, x. doi: 10.1016/j.pcl.2008.10.004. PMID: 19135582

243. Chiappini E, Santamaria F, Marseglia GL, et al. Prevention of recurrent respiratory infections: Inter-society Consensus. *Ital J Pediatr.* 2021; 47(1): 211. Published 2021 Oct 25. doi: 10.1186/s13052-021-01150-01

244. Mendell MJ. Indoor residential chemical emissions as risk factors for respiratory and allergic effects in children: a review. *Indoor Air.* 2007 Aug; 17(4): 259 – 77. doi: 10.1111/j.1600-

0668.2007.00478.x. PMID: 17661923.

245. Ярцев М.Н., Плахтиенко М.В. Сб. тематич. статей в рамках проекта "ОЛИМП" по основам клин. иммунол. для педиатров. Росс. аллергол. журн. (Приложение). Фармарус принт медиа. 2010. С. 29-45

246. Berber A, Del-Río-Navarro BE, Reyes-Noriega N, Sienra-Monge JLL. Immunostimulants for preventing respiratory tract infection in children: A systematic review and meta-analysis. *World Allergy Organ J.* 2022 Sep 14; 15(9): 100684. doi: 10.1016/j.waojou.2022.100684

247. Di Gioacchino M, Santilli F, Pession A. Is There a Role for Immunostimulant Bacterial Lysates in the Management of Respiratory Tract Infection? *Biomolecules.* 2024 Oct 2; 14(10): 1249. doi: 10.3390/biom14101249. PMID: 39456182; PMCID: PMC11505618

248. Esposito S, Jones MH, Feleszko W, Martell JAO, Falup-Pecurariu O, Geppe N, Martín-Torres F, Shen KL, Roth M, Principi N. Prevention of New Respiratory Episodes in Children with Recurrent Respiratory Infections: An Expert Consensus Statement. *Microorganisms.* 2020 Nov 17; 8(11): 1810. doi: 10.3390/microorganisms8111810. PMID: 33213053; PMCID: PMC7698530

249. А.П. Продеус, Г.Н. Гильдеева, Д.Р. Мамиляева, И.Г. Козлов. Глюкозаминилмурамил-дипептид: обзор по использованию и оценке эффективности в педиатрической практике. *Педиатрия им. Г.Н. Сперанского.* 2021; 100 (2): 157-166

250. Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., Золотова А.В., Степанова В.А. Применение топических бактериальных лизатов в современной клинической практике. *Медицинский совет.* 2021; (6): 49-56

251. Marseglia GL, Gelardi M, Santus P, Ciprandi G. Reappraisal of Pidotimod: an immunomodulatory agent with 30-year evidence. *Minerva Med.* 2024 Aug; 115(4): 503-515. doi: 10.23736/S0026-4806.24.09391-1. Epub 2024 Jul 17. PMID: 39016527

252. Niu H, Wang R, Jia YT, Cai Y. Pidotimod, an immunostimulant in pediatric recurrent respiratory tract infections: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Immunopharmacol.* 2019 Feb; 67: 35-45. doi: 10.1016/j.intimp.2018.11.043. Epub 2018 Dec 7. PMID: 30530167

253. Баранов А.А., Иванов Д.О. и соавт. Паливизумаб: четыре сезона в России. *Вестник Российской академии медицинских наук.* 2014: 7-8; 54-68

254. Del-Rio-Navarro BE, Espinosa-Rosales FJ, Flenady V, Sienra-Monge JLL. Immunostimulants for preventing respiratory tract infection in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD004974. DOI: 10.1002/14651858.CD004974.pub2.

255. Panchin AY, Khromov-Borisov NN, Dueva EV. Drug discovery today: no molecules required. *BMJ Evid Based Med.* 2019 Apr; 24(2): 48-52.

256. Lissiman E, Bhasale AL, Cohen M. Garlic for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Nov 11; (11): CD006206.

257. Linde K, Barrett B, Wölkart K, et al. Echinacea for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Feb 20; (2): CD000530.

258. Jiang L., Deng L., Wu T. Chinese medicinal herbs for influenza. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Mar 28; 3: CD004559. doi: 10.1002/14651858.CD004559.pub4.

259. 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 Apr; 59(4): 447 – 55.

260. Prietl B, Treiber G, Pieber TR, Amrein K. Vitamin D and immune function. *Nutrients.* 2013; 5(7): 2502-2521. Published 2013 Jul 5. doi: 10.3390/nu5072502

261. Hidayat K, Zhang L, Wei H, Zhang W, Qin L, Ou Y, Li N. The effects of *Lactobacillus rhamnosus* GG supplementation on gastrointestinal and respiratory outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Food Funct.* 2025; 16(16): 6275-6292.

262. Zhao Y, Dong BR, Hao Q. Probiotics for preventing acute upper respiratory tract infections.

Cochrane Database Syst Rev. 2022; 8(8): CD006895.

263. Ozen M, Kocabas Sandal G, Dinleyici EC. Probiotics for the prevention of pediatric upper respiratory tract infections: a systematic review. *Expert Opin Biol Ther.* 2015; 15(1): 9-20.

264. Liu S, Hu P, Du X, Zhou T, Pei X. *Lactobacillus rhamnosus* GG supplementation for preventing respiratory infections in children: a meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Indian Pediatr.* 2013; 50(4): 377 – 81.

265. Amaral MA, Guedes GHBF, Epifanio M, Wagner MB, Jones MH, Mattiello R. Network meta-analysis of probiotics to prevent respiratory infections in children and adolescents. *Pediatr Pulmonol.* 2017; 52(6): 833-843.

266. Al-Akel FC, Chiperi LE, Eszter VK, Bacărea A. *Streptococcus salivarius* Role as a Probiotic in Children's Health and Disease Prophylaxis – A Systematic Review. *Life (Basel).* 2024; 14(12): 1613.

267. Wilcox CR, Stuart B, Leaver H, Lown M, Willcox M, Moore M, Little P. Effectiveness of the probiotic *Streptococcus salivarius* K12 for the treatment and/or prevention of sore throat: a systematic review. *Clin Microbiol Infect.* 2019; 25(6): 673-680.

268. Zupancic K, Kriksic V, Kovacevic I, Kovacevic D. Influence of Oral Probiotic *S. salivarius* K12 on Ear and Oral Cavity Health in Humans: Systematic Review. *Probiotics Antimicrob Proteins.* 2017; 9(2): 102-110

269. Стецюк О.У., Андреева И.В. Современные представления об эффективности и практические подходы к применению пробиотиков в клинической практике: фокус на *Lactobacillus rhamnosus* GG и *Bifidobacterium lactis* Bb-12. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.* 2019; 21(2): 100 – 18

270. Детские инфекционные болезни. Учебное пособие/И.О. Стома и др./Гомель: ГомГМУ; 2021, 412 с.

271. Оказание стационарной помощи детям: руководство по ведению наиболее распространенных болезней детского возраста. – 2-е изд. – Всемирная организация здравоохранения; 2014. – Доступно по: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/81170/9789244548370_rus.pdf. Ссылка активна на 28.04.2025.

272. 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 May; 20(42): 1-242. doi: 10.3310/hta20420. PMID: 27246259; PMCID: PMC4904189

273. https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=1be5f2f3-9629-4399-afb3-79567fc73f15&t=

274. Thorlund K, Awad T, Boivin G, Thabane L. Systematic review of influenza resistance to the neuraminidase inhibitors. *BMC Infect Dis.* 2011 May 19; 11: 134. doi: 10.1186/1471-2334-11-134

275. Beutler A. et al. Aspirin use in children for fever or viral syndromes//American family physician. – 2009. – Т. 80. – N. 12. – С. 1472.

276. The common cold in children: Management and prevention <https://www.uptodate.com/contents/the-common-cold-in-children-management-and-prevention> (last updated: May 26, 2020)

277. Acute pharyngitis in children and adolescents: Symptomatic treatment https://www.uptodate.com/contents/acute-pharyngitis-in-children-and-adolescents-symptomatic-treatment?topicRef=16629&source=see_link (last updated: Nov 15, 2019)

278. DeGeorge KC, Ring DJ, Dalrymple SN. Treatment of the Common Cold. *Am Fam Physician.* 2019 Sep 1; 100(5): 281-289. PMID: 31478634

279. Hemilä H, Chalker E. Vitamin C for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jan 31; 2013(1): CD000980. doi: 10.1002/14651858

280. Hemilä H, Chalker E. Vitamin C reduces the severity of common colds: a meta-analysis. *BMC Public Health.* 2023 Dec 11; 23(1): 2468. doi: 10.1186/s12889-023-17229-8. PMID: 38082300;

PMCID: PMC10712193.

281. Hemilä H, Chalker E. Vitamin C for the common cold and pneumonia. *Pol Arch Intern Med.* 2025 Jan 30; 135(1): 16926. doi: 10.20452/pamw.16926. Epub 2025 Jan 13. PMID: 39803741

282. Iechukwu G.C., Iechukwu C.G., Ubesie A.C. et al. Otitis Media in Children: Review Article. *Open Journal of Pediatrics.* vol. 4 No. 1 (2014), Article ID: 43759, 7 pages

283. Харит С.М., Галустян А.Н. Азоксимера бромид – безопасный и эффективный препарат при лечении острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей у детей: обзор результатов двойных слепых плацебо-контролируемых рандомизированных клинических исследований II и III фазы. *Педиатрия. Consilium Medicum.* 2017; 2: 55-61.

284. Караулов А.В., Горелов А.В. Применение азоксимера бромид в терапии инфекционно-воспалительных заболеваний органов дыхания у детей: мета-анализ контролируемых клинических исследований. *Журнал инфектологии.* 2019; 11(4): 31-41. <https://doi.org/10.22625/2072-6732-2019-11-4-31-41>.

285. Вавилова В.П., Вавилов А.М., Царькова С.А. Возможности современной неспецифической профилактики новой коронавирусной инфекции и острых респираторных инфекций другой этиологии. *Педиатрия. Consilium Medicum.* 2022; 3: 213-222. DOI: 10.26442/26586630.2022.3.201800

286. А.В. Горелов, О.М. Драпкина, Ю.В. Лобзин, О.В. Калужин, М.Л. Максимов, А.Г. Малявин, В.А. Петров, О.Ю. Трушина, Е.В. Эсауленко. Заключение по итогам экспертного совета по новым подходам в лечении и профилактики ОРВИ и гриппа в Российской Федерации. *Инфекционные болезни,* 2025, т. 23, N 3, с. 134-142

287. Шульдяков А.А., Ляпина Е.П., Кузнецов В.И., Зрячкин Н.И., Ситников И.Г., Перминова О.А. и др. Новые возможности терапии острых респираторных вирусных инфекций у детей. *Вопросы практической педиатрии* 2015; 10(5): 21-28

288. Геппе Н.А., Малахов А.Б., Кондюрина Е.Г. Обоснование выбора противовирусной терапии ОРВИ в педиатрии (мета-анализ клинических исследований эффективности имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты у детей разных возрастных групп). *Вопросы практической педиатрии.* 2020; 15(3): 106-114. DOI: 10.20953/1817-7646-2020-3-106-114

289. Ашахер Т., Крохин А., Кузнецова И., Ленгл Й., Небольсин В., Егоров А., Бергманн М. Влияние препарата Ингавирин (имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты) на интерфероновый статус клеток в условиях вирусной инфекции. *Эпидемиология и инфекционные болезни.* 2016; 21(4): 196-205. DOI: 10.18821/1560-9529-2016-21-4-196-205.

290. Чудакова Т.К. Инозин пранобекс в терапии острых респираторных вирусных инфекций у детей. *Педиатрия (Прил. к журн. Consilium Medicum).* 2017; 2: 24-27.

291. Дронов И.А., Геппе Н.А., Малахов А.Б., Колосова Н.Г. Инозин пранобекс: возможности этиотропной терапии при острой респираторной инфекции у детей. *Вопросы практической педиатрии.* 2016; 11(4): 39-43. doi: 10.20953/1817-7646-2016-4-39-43.

292. Елисеева М.Ю., Царев В.Н., Масихи К.Н., Осидак Л.В., Баринский И.Ф., Царева Т.В., Мынбаев О.А. Эффективность вспомогательной иммунотерапии у пациентов с иммунодефицитом и часто болеющих детей: систематический обзор и метаанализ применения Инозина пранобекс. *РМЖ.* 2010; 5: 313.

293. Gołebiowska-Wawrzyniak M, Markiewicz K, Kozar A, Derentowicz P, Czerwińska-Kartowicz I, Jastrzebska-Janias K, Wacławek J, Wawrzyniak ZM, Siwińska-Gołebiowska H. Immunologiczne i kliniczne badania nad przydatnością terapeutyczna inozyiny pranobeks [Immunological and clinical study on therapeutic efficacy of inosine pranobex]. *Pol Merkur Lekarski.* 2005 Sep; 19(111): 379 – 82.

294. Осидак В., Зарубаев В.В., Образцова Е.В., Эрман Е.С., Дриневский В.П. Изопринозин в терапии ОРВИ у часто болеющих детей. *Детские инфекции.* 2008; 4: 35-41.

295. Руженцова Т.А., Мешкова Н.А., Хавкина Д.А. Влияние терапии комбинированным

препаратом интерферона альфа-2b с витаминами Е и С на течение ОРВИ и гриппа в детском возрасте: результаты мета-анализа. Инфекционные болезни. 2020; 18(2): 68-78. doi: 10.20953/1729-9225-2020-2-68-78

296. Горелов А.В., Омарова Х.Г., Беликова Е.Э., Еремина О.Л., Домбаян С.Х., Зайцева Н.С., Золотова Т.В., Котлова В.Б., Манченкова И.И., Тхакушинова Н.Х., Лукашевич М.Г., Незабудкина А.С., Панова И.В., Парфенова И.В., Петухова М.В., Плоскирева А.А., Погорелова О.О., Разуваев О.А., Сорокина Т.А., Толстой О.В., Чемякина О.В., Шатурина Т.Т., Яковлева Л.В., Ханило Т.В. Итоги открытого многоцентрового неинтервенционного наблюдательного проспективного исследования влияния на качество жизни препарата Кипферон®, применяемого у детей 0-7 лет с острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) в условиях рутинной амбулаторно-поликлинической практики Вопросы практической педиатрии. 2024; 19(1): 64-74. DOI: 10.20953/1817-7646-2024-1-64-74

297. Мизерницкий Ю.Л., Доровская Н.Л., Мельникова И.М. Терапевтическая эффективность индуктора интерферона в лечении и профилактике острых респираторных вирусных инфекций в детском возрасте. Педиатрия. Consilium Medicum. 2023; 3: 164-172. doi: 10.26442/26586630.2023.3.202388

298. Кагоцел в педиатрии. К вопросу о репродуктивной безопасности: Сборник статей и материалов/Под общ. ред. чл.-корр. РАН Т.А. Гуськовой. – Москва: ООО Издат. "Медицинское информационное агентство", 2018. – 112 с.

299. Савенкова М.С., Савенков М.П., Абрамова Н.А., Красева Г.Н., Сенягина Н.Е., Поздеева О.С., Иванова Н.Л., Зинатова К.Р., Мигачева Н.Б., Борисова О.В., Файзуллина Р.М., Валеева Ж.А., Ветрова Е.Н., Латышев О.Е., Душкин Р.В., Чаликова Е.К., Душкин К.Р. Сравнительная оценка эффективности и безопасности индуктора интерферона в комплексной терапии ОРВИ у детей 3-18 лет в амбулаторно-поликлинической практике в период подъема респираторных заболеваний 2023-2024 гг. Лечащий Врач. 2024; 12 (27): 65-75.

300. Терешин В.А., Соцкая Я.А., Круглова О.В. Эффективность циклоферона при лечении и профилактике гриппа и ОРВИ у детей и подростков. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2014; 59(2): 103-109.

301. Харитонов Л.А., Ибрафилова О.Е. Опыт применения циклоферона в комплексной терапии рекуррентных инфекций респираторного тракта у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2018; 63: (3): 98-104. doi: 10.21508/1027-4065-2018-63-3-98-104

302. Вахитов Х.М., Пикуза О.И., Вахитова Л.Ф., Закирова А.М., Ризванова Ф.Ф. Индукторы интерферона в профилактике и лечении респираторных инфекций у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2019; 64(3): 103-108. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2019-64-3-103-108>

303. Николаева С.В., Усенко Д.В., Хлыповка Ю.Н., Шабалина С.В., Горелов А.В. Респираторные инфекции сочетанной этиологии в клинической практике педиатра. Медицинский совет. 2021; (1): 78-82. doi: 10.21518/2079-701X-2021-1-78-82

304. Plotnikova M.A. et al. Meglumine acridone acetate, the ionic salt of CMA and N-methylglucamine, induces apoptosis in human PBMCs via the mitochondrial pathway//Scientific Reports. – 2019. – Т. 9. – N. 1. – С. 18240.

305. Мазина Н.К., Шешунов И.В., Мазин П.В. Адъювантная энергопротекция реамберином в практике интенсивной терапии и реанимации: эффективность по данным мета-анализа (систематический обзор). Анестезиология и реаниматология. 2016; 61(4), С. 314-319.

306. Сабитов А.У., Ковтун О.П., Эсауленко Е.В., Сорокин П.В. Новый подход к этиотропной терапии ОРВИ у детей. Терапевтический архив. 2022; 94(11): 1278-1284. DOI: 10.26442/00403660.2022.11.201979

307. Жданов К.В., Лобзин Ю.В., Сабитов А.У., Эсауленко Е.В., Сорокин П.В. Перспективы расширения возможностей этиотропной терапии ОРВИ у детей младшего школьного возраста. Антибиотики и химиотер. 2025; 70 (1-2): 29-36. DOI: 10.37489/0235-2990-2025-70-1-2-29-36

308. Горелов А.В., Жданов К.В., Лобзин Ю.В., Сабитов А.У., Лиознов Д.А., Эсауленко Е.В., Сорокин П.В. Метаанализ рандомизированных клинических исследований эффективности препарата Риамилловир в этиотропной терапии ОРВИ у детей школьного возраста. Инфекционные болезни. 2025; 23(1): 73-84. DOI: 10.20953/1729-9225-2025-1-73-84
309. Учайкин В.Ф., Чешик С.Г., Балаболкин И.И. Терапевтическая эффективность и безопасность амиксина при гриппе и других респираторных вирусных инфекциях у детей. РМЖ. 2001; N 19: с. 803.
310. Кладова О.В., Молочкова О.В., Вальтц Н.Л., Компаниец Ю.В., Гришкевич Н.Л. Значение индукторов интерферона в лечении и профилактике респираторных инфекций. Детские инфекции. 2016; 15(4): 48-53. <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2016-15-4-48-53>
311. Мартынова Г.П., Богвилене Я.А., Соловьева И.А., Кутищева И.А., Картель Т.А., Хохлова И.Ю. Возможности оптимизации терапии гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций в практике педиатра. Педиатрическая фармакология. 2012; 9(2): 110-115. <https://doi.org/10.15690/pf.v9i2.258>
312. Зарубаев В.В., А.В. Слита, Е.О. Синегубова, А.А. Мурылева, И.Н. Лаврентьева. Противовирусная активность энисамия йодида в отношении вирусов гриппа и ОРВИ in vitro на разных клеточных линиях. Терапевтический архив. 2020; 11: 45-50.
313. Геппе Н.А., Заплатников А.Л., Кондюрина Е.Г. и др. Эффективность и безопасность Анаферона детского и Анаферона для профилактики и лечения гриппа и других ОРВИ: систематический обзор и метаанализ. Российское медицинское исследование. 2021; 5(5): 335-347. DOI: 10.32364/2587-6821-2021-5-5-335-347
314. Горелов А.В., Зайцев А.А., Малявин А.Г., Эсауленко Е.В., Кравченко И.Э., Никифоров В.В., Усенко Д.В., Бабак С.Л., Новак К.Е., Афанасьева О.И., Петров В.А. Оценка эффективности и безопасности препарата рафамин в терапии гриппа у взрослых и детей 12-18 лет: анализ результатов рандомизированных клинических исследований. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. Журнал имени академика Н.Д. Ющука. 2025. Т. 14. N 2 (53). С. 31-40.
315. Горелов А.В., Геппе Н.А., Блохин Б.М., Зайцев А.А., Усенко Д.В., Николаева С.В., Никифоров В.В., Скучалина Л.Н., Шамсиев Ф.М. Влияние иммуномодулирующей терапии на течение острых респираторных инфекций вирусной этиологии: метаанализ клинических исследований эффективности и безопасности препарата Эргоферон в лечении гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций. Вопросы практической педиатрии. 2021; 16(4): 83-97. DOI: 10.20953/1817-7646-2021-4-83-97
316. Rajput et al. Euphorbium compositum SN improves the innate defenses of the airway mucosal barrier network during rhinovirus infection Respiratory Research (2024) 25: 407 <https://doi.org/10.1186/s12931-024-03030-7>
317. Гаращенко Т.И., Селькова Е.П., Карнеева О.В., и др. Биорегуляционная терапия в лечении и профилактике заболеваний верхних дыхательных путей у детей. Медицинский совет. 2020; (18): 32-41. doi: 10.21518/2079-701X-2020-18-32-41
318. Ammerschläger H., Klein P., Weiser M., Oberbaum M. Treatment of inflammatory diseases of the upper respiratory tract – comparison of a homeopathic complex remedy with xylometazoline. Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd. 2005; 12(1): 24-31. (In German). doi: 10.1159/000082934
319. Урлеа-Шон И., Коргиолу М. Эффективность и переносимость Эуфорбиум композитум СН при симптоматическом лечении ринита у детей в возрасте 2-6 лет. Eur J Integr Med. 2009; 1(4): 236 (Abstract PO-023).
320. Faruqi S, Wright C, Thompson R et al. A randomized placebo controlled trial to evaluate the effects of butamirate and dextromethorphan on capsaicin induced cough in healthy volunteers. Br J Clin Pharmacol 2014; 78(6): 1272-1280. doi: 10.1111/bcp.12458/
321. Morice A, Kardos P. Comprehensive evidence-based review on European antitussives. BMJ Open Respir Res. 2016 Aug 5; 3(1): e000137. doi: 10.1136/bmjresp-2016-000137. PMID: 27547407;

PMCID: PMC4985807.

322. <https://www.ohsu.edu/sites/default/files/2022-01/Dehydration-Clinical-Pathway-OHSU%20Health.pdf>

323. Kemps N, Vermont C, Tan CD, et al. The value of white blood cell count in predicting serious bacterial infections in children presenting to the emergency department: a multicentre observational study. *Arch Dis Child*. 2025; 110(3): 191-196. Published 2025 Feb 19. doi: 10.1136/archdischild-2024-327493

324. Bernardi L, Bossù G, Dal Canto G, Giannì G, Esposito S. Biomarkers for Serious Bacterial Infections in Febrile Children. *Biomolecules*. 2024; 14(1): 97. Published 2024 Jan 12. doi: 10.3390/biom14010097

325. Adam IH, Kestenbom I, Shmueli M, Hassan L, Lendner I, Ben-Shimol S. C-reactive protein diagnostic value for bacterial infections in the paediatric emergency department setting. *J Paediatr Child Health*. 2025; 61(3): 396-403. doi: 10.1111/jpc.16752

326. De Rop L, De Burghgraeve T, De Sutter A, Buntinx F, Verbakel JY. Point-of-care C-reactive protein test results in acute infections in children in primary care: an observational study. *BMC Pediatr*. 2022; 22(1): 633. Published 2022 Nov 4. doi: 10.1186/s12887-022-03677-5

327. Buendia Rodriguez JA, Bedoya M, Benjumea D. Usefulness of C-Reactive Protein and Clinical Characteristics in Identifying Severe Bacterial Infection in Children with Fever without Source. *Turk Arch Pediatr*. 2022; 57(6): 616-620. doi: 10.5152/TurkArchPediatr.2022.21348

328. Kim JH, Lee JY, Cho HR, Lee JS, Ryu JM, Lee J. High Concentration of C-Reactive Protein Is Associated With Serious Bacterial Infection in Previously Healthy Children Aged 3 to 36 Months With Fever and Extreme Leukocytosis. *Pediatr Emerg Care*. 2019; 35(5): 347-352. doi: 10.1097/PEC.0000000000001080

329. Nijman RG, Moll HA, Smit FJ, et al. C-reactive protein, procalcitonin and the lab-score for detecting serious bacterial infections in febrile children at the emergency department: a prospective observational study. *Pediatr Infect Dis J*. 2014; 33(11): e273-e279. doi: 10.1097/INF.0000000000000466].

330. Priel M, Berliner S, Rimon A, Cohen N. Diagnostic superiority of serial increase in C-reactive protein versus single measurement in differentiating bacterial from non-bacterial etiologies in pediatric patients. *Paediatr Child Health*. 2025; 30(7): 576-581. Published 2025 Jul 7. doi: 10.1093/pch/pxaf041

331. Chew R, Greer RC, Tasak N, Day NPJ, Lubell Y. Modelling the cost-effectiveness of pulse oximetry in primary care management of acute respiratory infection in rural northern Thailand. *Trop Med Int Health*. 2022 Oct; 27(10): 881-890. doi: 10.1111/tmi.13812. Epub 2022 Aug 30. PMID: 36054516; PMCID: PMC9805201

332. Al-Beltagi M, Saeed NK, Bediwy AS, Elbeltagi R. Pulse oximetry in pediatric care: Balancing advantages and limitations. *World J Clin Pediatr*. 2024 Sep 9; 13(3): 96950. doi: 10.5409/wjcp.v13.i3.96950. PMID: 39350904; PMCID: PMC11438930.

333. Таточенко В.К., Бакрадзе М.Д. Педиатру на каждый день – 2022. Лихорадки. Справочник по диагностике и лечению. – М.: ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" Минздрава России, 2022. – 440 с. – (Информационные материалы)

334. Miller JL, Thomas AN, Johnson PN. Use of continuous-infusion loop diuretics in critically ill children. *Pharmacotherapy*. 2014; 34(8): 858-867. doi: 10.1002/phar.1443

335. Taghavi S, Nassar AK, Askari R. Hypovolemia and Hypovolemic Shock. [Updated 2025 Jun 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513297/335>

336. Kamin W, Seifert G, Zwiauer K, et al. Phytotherapy for acute respiratory tract infections in children: a systematically conducted, comprehensive review. *Front Pediatr*. 2025; 13: 1423250. Published 2025 May 1. doi: 10.3389/fped.2025.1423250

337. Anheyer D, Cramer H, Lauche R, Saha FJ, Dobos G. Herbal Medicine in Children With Respiratory Tract Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Pediatr*. 2018; 18(1): 8-19. doi:

10.1016/j.acap.2017.06.006

338. Choi M, Lee SH, Chang GT. Herbal Medicine Treatment for Influenza: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Chin Med*. 2020; 48(7): 1553-1576. doi: 10.1142/S0192415X20500779

339. Wrotek A, Kobialka M, Grochowski B, et al. Respiratory Complications in Children Hospitalized with Respiratory Syncytial Virus Infection. *Adv Exp Med Biol*. 2020; 1279: 113-120. doi: 10.1007/5584_2020_530

340. Mistry RD, Fischer JB, Prasad PA, Coffin SE, Alpern ER. Severe complications in influenza-like illnesses. *Pediatrics*. 2014; 134(3): e684-e690. doi: 10.1542/peds.2014-055

341. Chonmaitree T, Trujillo R, Jennings K, et al. Acute Otitis Media and Other Complications of Viral Respiratory Infection. *Pediatrics*. 2016; 137(4): e20153555. doi: 10.1542/peds.2015-355

342. Педиатрия: учебник: в 5 томах/под редакцией д-ра мед. наук Д.Ю. Овсянникова. – Москва: РУДН, 2021-. ISBN 978-5-209-09652-8 Том 1: Сердечно-легочная реанимация, неонатология, лихорадка и основы антибиотикотерапии/Д.Ю. Овсянников, И.В. Кршеминская, М.А. Абрамян [и др.]. – 2021. – 477 с.: ил. ISBN 978-5-209-10187-1

343. Thim T. et al. Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach//International journal of general medicine. – 2012. – С. 117-121.

344. Chen C., Crowley R. Improving assessment of children with suspected respiratory tract infection in general practice//BMJ Open Quality. – 2019. – Т. 8. – N. 2

345. Методика применения шкалы PEWS при оказании стационарной помощи детям, составители: О.Н. Солодовникова, А.Ю. Дягилева, А.А. Еровиченков [и др.]. – М.: ГБУЗ "МИВКЦ "Коммунарка" дЭМ", 2023. – 23 с.

346. Zuhair M.N., Wiriansya E.P., Masyhuri I., Fakhri M., Hatta M., Djaharuddin I., et al. Role of Lacticaseibacillus rhamnosus GG in the Management of Respiratory Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Prev Nutr Food Sci*. 2025; 30(3): 222-229. DOI: 10.3746/pnf.2025.30.3.222.

347. Capurso L. Thirty Years of Lactobacillus rhamnosus GG: A Review. *J Clin Gastroenterol*. 2019 Mar; 53 Suppl 1: S1-S41. doi: 10.1097/MCG.0000000000001170.

348. Sniffen JC, McFarland LV, Evans CT, Goldstein EJC. Choosing an appropriate probiotic product for your patient: An evidence-based practical guide. *PLoS One*. 2018 Dec 26; 13(12): e0209205. doi: 10.1371/journal.pone.0209205.

349. Bertuccioli A, Cardinali M, Micucci M, Rocchi MBL, Palazzi CM, Zonzini GB, Annibalini G, Belli A, Sisti D. Efficacy of Streptococcus salivarius Blis K12 in the Prevention of Upper Respiratory Tract Infections in Physically Active Individuals: A Randomized Controlled Trial. *Microorganisms*. 2024 Oct 26; 12(11): 2164. doi: 10.3390/microorganisms12112164.

350. Di Pierro F, Colombo M, Zanvit A, Risso P, Rottoli AS. Use of Streptococcus salivarius K12 in the prevention of streptococcal and viral pharyngotonsillitis in children. *Drug Healthc Patient Saf*. 2014 Feb 13; 6: 15-20. doi: 10.2147/DHPS.S59665

351. Андреев В.А., Стецюк О.У., Андреева И.В. Пробиотики: нерешенные вопросы. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2022; 24(4): 345-360.

352. Андреева И.В., Бельмер С.В., Довгань Е.В., Новикова В.П., Селимзянова Л.Р., Стецюк О.У., Сурков А.Н. Правила выбора оптимального пробиотика: инструкция для клиницистов. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2025; 27(2): 3-10.

353. Huang HS, Tsai CL, Chang J, Hsu TC, Lin S, Lee CC. Multiplex PCR system for the rapid diagnosis of respiratory virus infection: systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect*. 2018 Oct; 24(10): 1055-1063. doi: 10.1016/j.cmi.2017.11.018. Epub 2017 Dec 5. PMID: 29208560; PMCID: PMC7128951

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Багненко С.Ф. – акад. РАН, профессор, д.м.н., председатель правления Российского общества скорой медицинской помощи, Главный внештатный специалист Министерства Здравоохранения РФ по скорой медицинской помощи.

Баранов А.А. – акад. РАН, профессор, д.м.н., почетный президент Союза педиатров России, советник руководителя НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ Н 2 ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского", профессор кафедры педиатрии и детской ревматологии ФГАОУ "Первый МГМУ им. И.М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет), главный внештатный специалист педиатр Минздрава России.

Алексеева А.А. – к.м.н., заместитель руководителя КДЦ для детей – врач-педиатр, заведующая многопрофильным педиатрическим дневным стационаром – врач – аллерголог-иммунолог, в.н.с. отдела клинической иммунологии и аллергологии НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ Н 2 ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского", член Союза педиатров России.

Андреева И.В. – ст.н.с., доцент, НИИ антимикробной химиотерапии ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, член МАКМАХ.

Анджель А.Е. – заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ "Морозовская ДГКБ ДЗМ", член Союза педиатров России.

Бакрадзе М.Д. – д.м.н., главный научный сотрудник ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" Минздрава России, зав. кафедрой детских болезней ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, член Союза педиатров России.

Булгакова В.А. – д.м.н., профессор кафедры факультетской педиатрии Института материнства и детства ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" (Пироговский Университет) Минздрава России, заведующая отделом научно-информационного развития НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ Н 2 ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского", член Союза педиатров России, Москва.

Бурыкина В.В. – врач СМП, ассистент кафедры СМП и хирургии повреждений ФГБОУ ВО ПСПб ГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.

Вишнева Е.А. – д.м.н., профессор РАН, главный внештатный детский специалист аллерголог-иммунолог Департамента здравоохранения г. Москвы; заместитель директора по научно-клинической работе Московский многопрофильный клинический центр "Коммунарка"; врач – аллерголог-иммунолог ГБУЗ "ММКЦ "Коммунарка" ДЗМ; профессор кафедры факультетской педиатрии ИМД ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России (Пироговский Университет), член Союза педиатров России, член Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов.

Власова А.В. – д.м.н., зав. отделом клинической фармакологии ГБУЗ "Морозовская ДГКБ ДЗМ", доцент кафедры клинической фармакологии и терапии имени академика Б.Е. Вотчала РМАНПО.

Гордева О.Б. – к.м.н., зав. отделом научных основ гемостаза НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ Н 2 ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского", доцент кафедры факультетской педиатрии Института материнства и детства ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" (Пироговский Университет) Минздрава России, член Союза педиатров России.

Ермоленко К.Д. – д.м.н., заместитель генерального директора по научной и образовательной деятельности ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России.

Иванов А.А. – эксперт-аналитик управления по реализации функций НМИЦ по педиатрии ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России (Пироговский Университет), член Союза педиатров России.

Ивардава М.И. – к.м.н., заведующий отделением общей педиатрии, врач-педиатр, заведующая отделом разработки научных подходов к ведению детей с двигательными нарушениями НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ N 2 ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского", член Союза педиатров России.

Кайтукова Е.В. – к.м.н., заместитель руководителя по медицинской деятельности – руководитель консультативно-диагностического центра для детей, врач-гастроэнтеролог, в.н.с. отдела орфанных болезней и профилактики инвалидизирующих заболеваний НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ N 2 ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского", доцент кафедры факультетской педиатрии Института материнства и детства ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России (Пироговский Университет), член Союза педиатров России.

Карасева М.С. – младший научный сотрудник, врач-педиатр ГБУЗ "НПЦ ДП ДЗМ", член Союза педиатров России.

Козлов Р.С. – член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н, ректор ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по клинической микробиологии и антимикробной резистентности, Президент МАКМАХ.

Колбин А.С. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой клинической фармакологии и доказательной медицины, ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Комарова Е.В. – д.м.н., заместитель руководителя по экспертизе инновационных методов лечения и реабилитации, врач-гастроэнтеролог, гл.н.с. отдела орфанных болезней и профилактики инвалидизирующих заболеваний НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ N 2 ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского", профессор кафедры факультетской педиатрии Института материнства и детства ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России (Пироговский Университет), член Союза педиатров России.

Коновалов И.В. – к.м.н., заместитель директора центра реализации образовательных программ Института материнства и детства, доцент кафедры инфекционных болезней у детей Института материнства и детства, эксперт-аналитик управления по реализации функций НМИЦ ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" (Пироговский Университет).

Крючко Д.С. – д.м.н., начальник управления трансляционной медицины и инновационных технологий ФМБА России.

Куличенко Т.В. – д.м.н., профессор РАН, руководитель НМИЦ ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России (Пироговский Университет), профессор кафедры факультетской педиатрии Института материнства и детства ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России (Пироговский Университет), эксперт Всемирной Организации Здравоохранения, член Союза педиатров России.

Лашкова Ю.С. – к.м.н., заведующая педиатрическим диагностическим отделением РДКБ – филиал ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России, член Союза педиатров России.

Левина Ю.Г. – д.м.н., доцент, заведующая отделом клинической иммунологии и аллергологии, врач аллерголог-иммунолог НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ N 2 ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского" Минобрнауки России, доцент кафедры факультетской педиатрии Института материнства и детства ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России (Пироговский Университет), член Союза педиатров России.

Маянский Н.А. – д.м.н., профессор РАН, заведующий центром лабораторной диагностики Российской детской клинической больницы Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова.

Намазова-Баранова Л.С. – акад. РАН, профессор, д.м.н., президент Союза педиатров России; паст-президент ЕРА/UNEPSA; руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ N 2 ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского", заведующая кафедрой факультетской педиатрии Института материнства и детства ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России (Пироговский Университет), главный внештатный детский специалист по профилактической

медицине Минздрава России.

Новик Г.А. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой Детских болезней им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Овсянников Д.Ю. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрии РУДН им. П. Лумумбы.

Платонова М.М. – к.м.н., старший научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ N 2 ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского, врач-пульмонолог.

Полякова А.С. – к.м.н., член Союза педиатров России.

Прометной Д.В. – д.м.н., руководитель центра анестезиологии-реанимации РДКБ, эксперт-аналитик управления по реализации функций НМИЦ по педиатрии ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России (Пироговский Университет), член Союза педиатров России.

Пыталь А.В. – врач анестезиолог-реаниматолог РДКБ, эксперт-аналитик управления по реализации функций НМИЦ по педиатрии ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России (Пироговский Университет), член Союза педиатров России.

Ратников В.А. – и.о. генерального директора ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России, главный внештатный специалист ФМБА России по лучевой диагностике, д.м.н., профессор кафедры лучевой диагностики научно-клинического и образовательного центра "Лучевая диагностика и ядерная медицина" медицинского института СПбГУ.

Ртищев А.Ю. – к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней у детей Института материнства и детства ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" (Пироговский Университет), врач-инфекционист ГБУЗ "Морозовская ДГКБ ДЗМ", главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей в ЦАО и ЮВАО города Москвы.

Рычкова Л.В. – член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор базовой кафедры медицинской психологии, директор ФГБНУ "Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека", ФГБОУ ВО "Иркутский государственный университет", секретарь комиссии Научного совета по педиатрии секции клинической медицины Отделения медицинских наук РАН, президент Иркутского областного отделения Союза педиатров России.

Рычкова О.А. – д.м.н., доцент, зав. кафедрой инфекционных болезней, аллергологии и иммунологии ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ, главный аллерголог-иммунолог ДЗ ТО.

Селимзянова Л.Р. – к.м.н., заведующая отделом стандартизации и изучения основ доказательной медицины НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ N 2 ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского", доцент кафедры педиатрии и детской ревматологии ФГАОУ "Первый МГМУ им. И.М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет), доцент кафедры факультетской педиатрии Института материнства и детства ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России (Пироговский Университет), член Союза педиатров России.

Солодовникова О.Н. – к.м.н., заместитель главного врача по детству ГБУЗ ММКЦ Коммунарка ДЗМ, врач-педиатр, врач-инфекционист, доцент кафедры поликлинической и социальной педиатрии ИНОПР ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" (Пироговский Университет).

Старовойтова Е.В. – к.м.н., эксперт-аналитик управления по реализации функций НМИЦ по педиатрии ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России (Пироговский Университет), член Союза педиатров России.

Сычев Д.А. – д.м.н., профессор, академик РАН, научный руководитель центра предиктивной генетики, фармакогенетики и персонализированной терапии ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского".

Теновская Т.А. – Заместитель главного врача по клинко-экспертной работе ГБУЗ "Морозовская ДГКБ ДЗМ", член Союза педиатров России.

Тюрин И.Н. – д.м.н., заслуженный врач РФ, главный врач ГБУЗ "Инфекционная клиническая больница N 1 ДЗМ", кафедра анестезиологии и реаниматологии ИНОПР ФГАОУ ВО "РНИМУ им.

Н.И. Пирогова (Пироговский Университет).

Федосеенко М.В. – к.м.н., заведующая отделом разработки научных подходов к иммунизации пациентов с отклонениями в состоянии здоровья и хроническими болезнями, ведущий научный сотрудник, врач-педиатр НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ N 2 ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского", доцент кафедры факультетской педиатрии Института материнства и детства ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России (Пироговский Университет), член Союза педиатров России.

Харькин А.В. – д.м.н., эксперт-аналитик управления по реализации функций национального медицинского исследовательского центра по педиатрии, член Союза педиатров России.

Чащина И.Л. – член Союза педиатров России.

Чемакина Д.С. – к.м.н., старший научный сотрудник отделом стандартизации и изучения основ доказательной медицины НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ N 2 ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского", член Союза педиатров России.

Эфендиева К.Е. – к.м.н., доцент, заместитель руководителя по международным связям и образовательной деятельности, ведущий научный сотрудник, врач – аллерголог-иммунолог НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ N 2 ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского", доцент кафедры факультетской педиатрии Института материнства и детства ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России (Пироговский Университет), член Союза педиатров России.

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи-педиатры;
2. врачи общей врачебной практики (семейные врачи);
3. врач-педиатр городской (районный);
4. врач-педиатр участковый;
5. врач – анестезиолог-реаниматолог;
6. врач скорой помощи;
7. врач-бактериолог;
8. врач-вирусолог;
9. врач-дезинфектолог;
10. врач здравпункта;
11. врач-инфекционист;
12. врач клинической лабораторной диагностики;
13. врач – клинический фармаколог;
14. врач-лаборант;
15. врач-невролог;
16. врач-паразитолог;
17. врач-неонатолог;
18. врач-оториноларинголог;
19. врач по медицинской профилактике;
20. врач по медицинской реабилитации;
21. врач приемного отделения;
22. врач-эпидемиолог;
23. фельдшер;
24. студенты медицинских ВУЗов;
25. обучающиеся в ординатуре и аспирантуре.

Таблица 3. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

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

Таблица 4. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1.	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование "случай-контроль"
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 5. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

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

исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

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

Приложение А3

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

Порядки оказания медицинской помощи:

1. Приказ Минздрава России от 20.02.2026 г. N 120н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "педиатрия".
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.05.2012 г. N 521н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями".

Критерии оценки качества медицинской помощи:

Приказ Минздрава России N 203н от 14.04.2025 г. "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи".

Прочие документы, использованные при подготовке клинических рекомендаций:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
2. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";
3. Федеральный закон Российской Федерации от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения";
4. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 г. N 4 "Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" (вместе с "СанПиН 3.3686-21. Санитарные правила и нормы...") (Зарегистрировано в Минюсте России 15.02.2021 г. N 62500);
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 мая 2023 г. N 205н "Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников";
6. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 г. N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 г. N 18247);
7. Федеральный закон от 25.12.2018 г. N 489-ФЗ "О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций";
8. Приказ Минздрава России N 103н от 28.02.2019 г. "Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в

клинические рекомендации информации";

9. Приказ Минздрава России от 13.10.2017 г. N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг";

10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24.11.2021 г. N 1094н "Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов";

11. Государственный реестр лекарственных средств: <https://grls.rosminzdrav.ru>

Приложение А3.1

Расшифровка примечаний

...** – лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения (Распоряжение Правительства РФ от 18 декабря 2025 г. N 3867-р, актуальной на момент утверждения Клинических рекомендаций).

Приложение А3.2

Дифференциальная диагностика гриппа и других ОРВИ

Таблица 6. Дифференциальная диагностика гриппа, COVID-19, ОРВИ (письмо Минздрава России от 02.12.2022 г. N 30-4/И/1-20714)

Признаки	Грипп	COVID-19	РС-вирус	ОРВИ, неуточненная
Инкубационный период	остро, 12-48 часов	2-14 дней, чаще 5-7 дней	3-7 дней	1-13 дней, чаще 2-3 дня (аденовирусная инфекция до 13 дней)
Преимущественное поражение респираторного тракта:				
ринит	не характерен, редко незначительный, кратковременный	умеренный, возможно отсутствие обоняния	чаще отсутствует, редко скудные серозно-слизистые выделения из носа	почти всегда, возможно небольшое снижение обоняния
фарингит	часто	Умеренный	умеренный	почти всегда
ларингит	возможен	Возможен	нет	часто
трахеит	часто			
поражение нижних отделов дыхательных путей	возможна пневмония от 15% при гриппе А (H1N1) до 26-30% при гриппе А (H3N2)	Часто	бронхит, бронхолит пневмония 25%	редко

	и В			
Интоксикация	выраженная	Возможна	умеренная	умеренная, возможно только при тяжелом состоянии и присоединении бактериальной флоры
Лихорадка	да	Да	умеренная	почти всегда
Головная боль	сильная	сильная	умеренная	не характерна
Мышечные и суставные боли	выраженные	редко	редко	нет
Боль в горле	не характерна	возможна	не характерна	часто
Внешний вид больного	лицо гиперемировано	бледность	бледность, может быть цианоз губ	бледность, при лихорадке может быть гиперемия лица
Гиперемия конъюнктив	почти всегда	возможна	нет	почти всегда
Кашель	выраженный частый сухой	сухой или с небольшим количеством мокроты	приступообразный, иногда обструктивный синдром	сухой
Одышка	нет	да, при тяжелом течении	на 3-4 день одышка, экспираторная	не характерна
Гиперемия конъюнктивы	есть	есть	нет	почти всегда
Увеличение л/узлов	нет	нет	редко шейный, подчелюстной	часто шейный, подчелюстной
Сыпь	возможны петехии при тяжелом течении	возможно	нет	не характерна
Изменения со стороны нервной системы	менингизм, энцефалопатия, астеноневротический синдром	есть, при тяжелом течении, менингоэнцефалит, астеноневротический синдром	нет	редко менингизм
Симптомы поражения ЖКТ	изредка тошнота, рвота (при тяжелом течении); диарея не характерна	редко диарея	нет	возможна диарея (аденовирус, ротавирусная инфекция)
Бессимптомное течение	никогда	четверть	часто	часто

		больных		
--	--	---------	--	--

Приложение А3.3

Примеры формулировки диагноза

Примеры формулировки диагнозов

- Острый назофарингит.

При подтверждении этиологической роли вирусного агента, уточнение выносится в диагноз.

В качестве диагноза следует избегать изолированно термина "ОРВИ", используя для уточнения термины "острый назофарингит" или "острый ларингофарингит", или "острый фарингит", поскольку возбудители ОРВИ вызывают также острый обструктивный ларингит (круп), тонзиллофарингит, бронхит, бронхиолит, что следует указывать в диагнозе. Подробно данные синдромы рассматриваются отдельно (см. Клинические рекомендации по ведению детей с острым тонзиллофарингитом, бронхитом, острым бронхиолитом и острым обструктивным ларингитом [крупом], эпиглоттитом).

Приложение А3.4

Клинические и лабораторные показатели при синдроме системной воспалительной реакции у детей

[342]

Таблица 7. Изменение частоты дыхания, сердечных сокращений, количества лейкоцитов, систолического артериального давления в зависимости от возраста при синдроме системной воспалительной реакции у детей

Возраст	ЧДД в 1 мин.	Тахикардия, ЧСС в 1 мин.	Брадикардия, ЧСС в 1 мин.	Лейкоциты, х 10 ⁹ /л	Систолическое артериальное давление, мм рт. ст.
0-7 дней	> 50	> 180	< 100	> 34	< 65
7 дней – 1 месяц	> 40	> 180	< 100	> 19,5; < 5	< 75
1 месяц – 1 год	> 34	> 180	< 90	> 17,5; < 5	< 100
2-5 лет	> 22	> 140	-	> 15,5; < 6	< 94
6-12 лет	> 18	> 130	-	> 13,5; < 4,5	< 105
13-18 лет	> 16	> 110	-	> 11; < 4,5	< 117

Таблица 8. Лабораторные гематологические и биохимические маркеры синдроме системной воспалительной реакции у детей и бактериальной инфекции у детей в возрасте старше 1 месяца

Маркер	Возраст	Пороговое значение (cut-off)
Лейкоцитоз	1 месяц – 1 год	> 17,7 х 10 ⁹ /л
	2-5 лет	> 15,5 х 10 ⁹ /л
	6-12 лет	> 13,5 х 10 ⁹ /л
	13-18 лет	> 11 х 10 ⁹ /л
Лейкопения	1 месяц – 1 год	< 5 х 10 ⁹ /л
	2-5 лет	< 6 х 10 ⁹ /л
	6-18 лет	< 4,5 х 10 ⁹ /л

Нейтрофилез	1 месяц – 18 лет	$> 7,73 - 10 \times 10^9/\text{л}$
С-реактивный белок	1 месяц – 18 лет	$> 30-37 \text{ мг/л}$
Прокальцитонин	1 месяц – 18 лет	$> 0,5-0,95 \text{ нг/мл}$

Приложение А3.5

Противовирусная и иммуномодулирующая терапия

- Азоксимера бромид** [283, 284, 285].
- Альфа-глутамил-триптофан + Аскорбиновая кислота + Бендазол [286].
- Имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты** [287, 288, 289].
- Инозин пранобекс [290, 291, 292, 293, 294].
- Интерферон-альфа 2b (топические формы) [178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 295, 296].
- Кагоцел – таблетки по 12 мг [121, 122, 123, 125, 127, 128, 130, 297, 298, 299].
- Меглюмина акридонацетат (таблетки) [300, 301, 302, 303, 304].
- Меглюмина натрия сукцинат** (р-р для инфузий) [305].
- Риамилловир [306, 307, 308].
- Тилорон** [309, 310, 311].
- Эннисамия йодид [312].

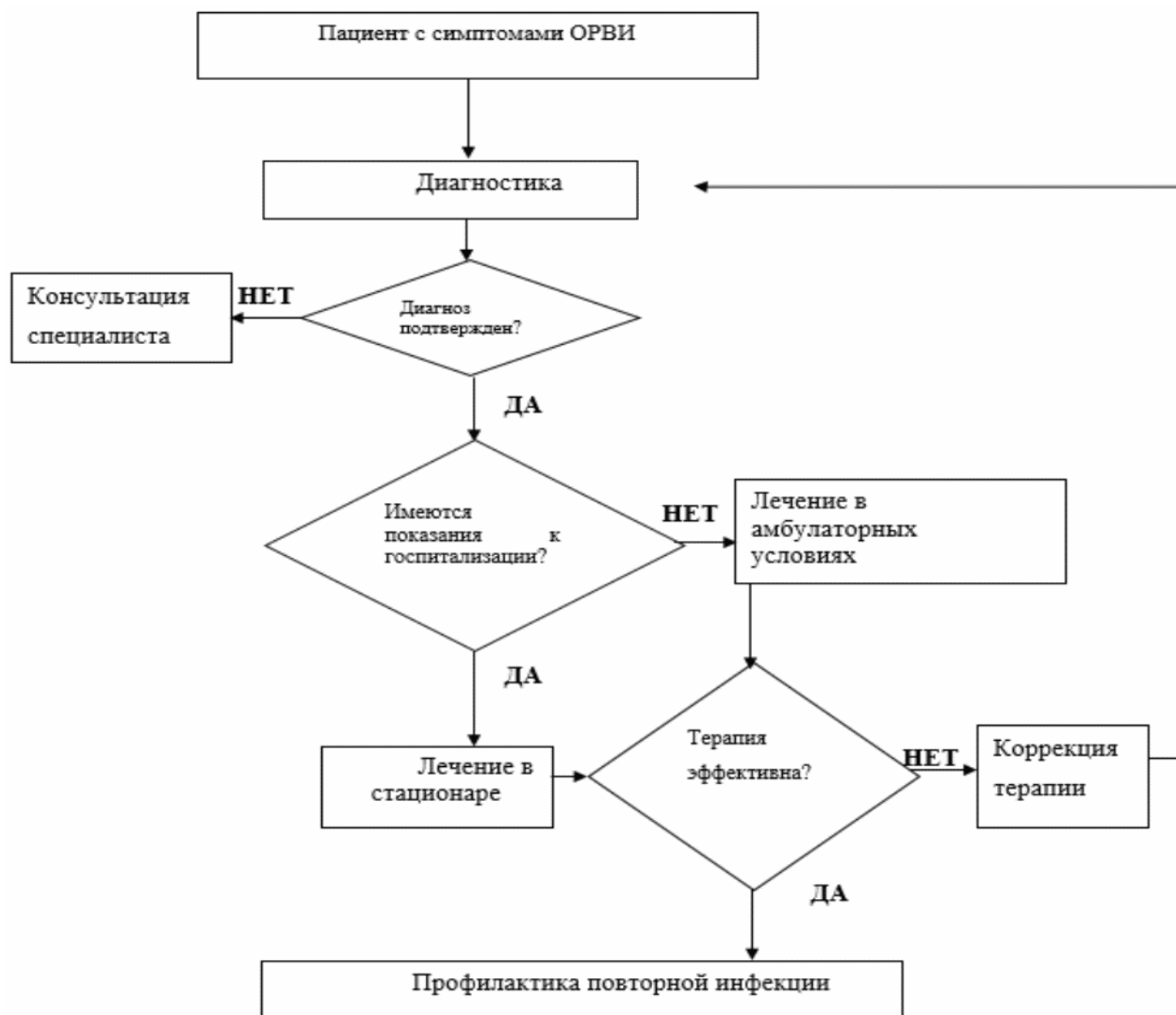
Иные лекарственные средства

Аффинно очищенные антитела в микродозах

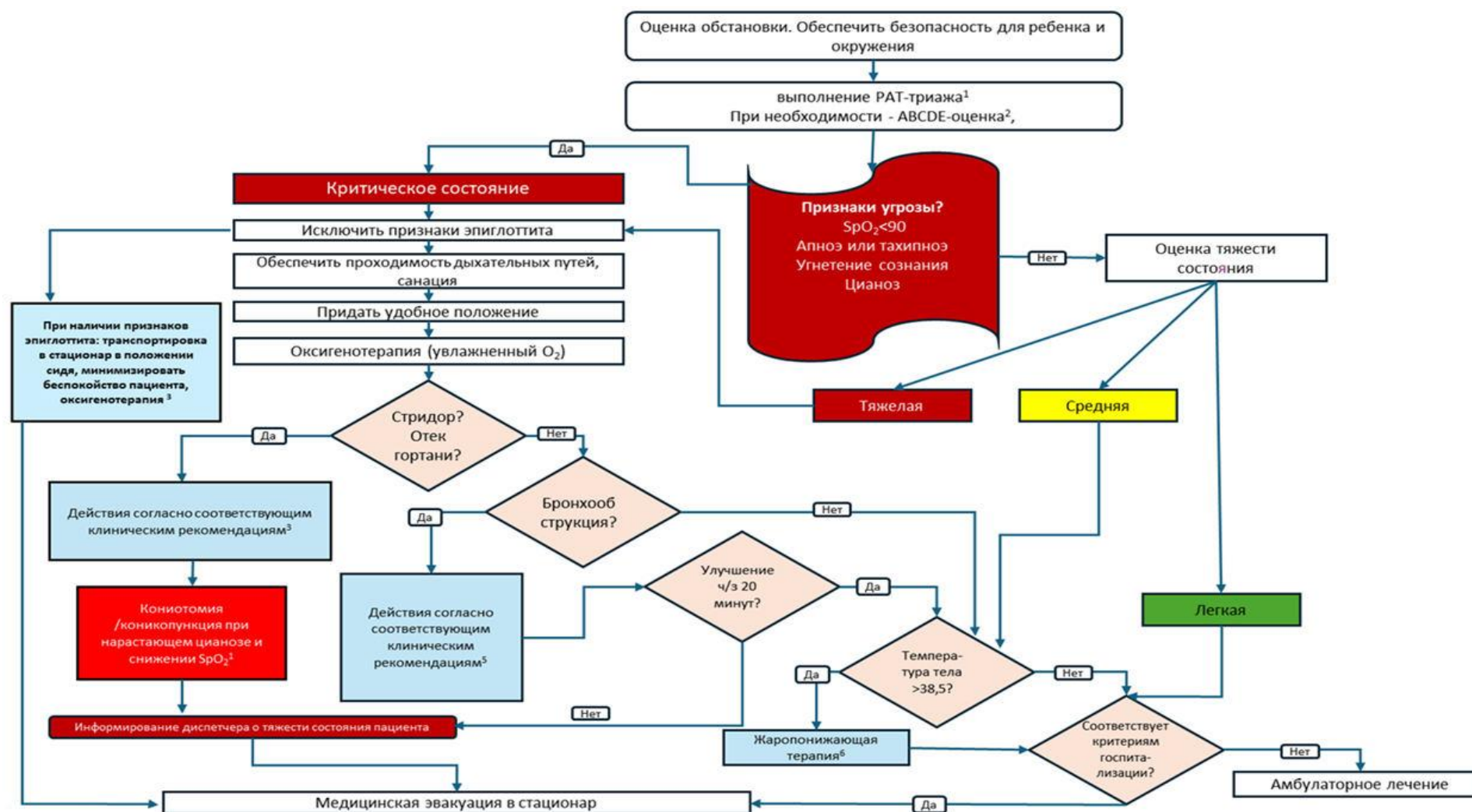
- Антитела к гамма-интерферону аффинно очищенные (анаферон) [164, 313].
- Рафамин (антитела к гамма интерферону человека аффинно очищенные, антитела к CD4 аффинно очищенные, антитела к $\beta 2$ -микроглобулину МНС класса I аффинно очищенные, антитела к $\beta 1$ -домену МНС класса II аффинно очищенные) [164, 314].
- Антитела к гамма-интерферону аффинно очищенные, антитела к гистамину аффинно очищенные, антитела к CD4 аффинно очищенные (эргоферон) [142, 143, 144, 164, 315].
- Эуфорбиум композитум [316, 317, 318, 319].

Алгоритмы действий врача

Алгоритм-схема ведения пациента с ОРВИ



Алгоритм действия врача/фельдшера скорой помощи у пациентов с признаками ОРВИ на догоспитальном этапе



Примечания:

<1> – оценка ПАТ-триажа (Pediatric Assessment Triangle) (Приложение Г2)

<2> – Алгоритм осмотра ABCDE (при необходимости, по результатам РАТ-триажа) – универсальный инструмент первичной оценки критически больных пациентов, включая детей с респираторными инфекциями.

Ключевое правило: "Жизнеугрожающее состояние → НЕМЕДЛЕННОЕ вмешательство → только потом переход к следующему этапу"

A – Airway (Дыхательные пути) – оценка проходимости верхних дыхательных путей, исключение наличия инородного тела.

B – Breathing (Дыхание) – ЧДД, оценка работы вспомогательной мускулатуры, сатурации, аускультация легких, наличие цианоза.

C – Circulation (Кровообращение) – пульс, капиллярное наполнение, цвет и температура кожи, АД.

D – Disability (Неврологический статус) (при необходимости) – оценить уровень сознания (по любой из шкал: комы, например, Глазго (Приложение Г3)); размер и реакцию зрачков на свет, менингеальные симптомы, тонус мышц, уровень глюкозы при угнетенном сознании.

E – Exposure (Осмотр) – измерение температуры тела, осмотр тела на наличие сыпи [343, 344].

<3> – см. клинические рекомендации "Острый обструктивный ларингит [круп], эпиглоттит, постинтубационный отек гортани"

<4> – ДАИ – дозированный аэрозольный ингалятор

<5> – см. клинические рекомендации "Бронхиальная астма"

<6> – парацетамол** или ибупрофен**, в исключительных случаях, в том числе при непереносимости парацетамола** или ибупрофена** или при необходимости проведения парентеральной жаропонижающей терапии и отсутствии альтернативы, оценив риски и ожидаемую пользу, – возможно однократно ситуативно назначить метамизол натрия (см. [раздел 3](#))

Приложение В

Информация для пациента

ОРВИ (острая респираторная вирусная инфекция) – наиболее часто встречающееся заболевание у детей.

Причина заболевания – разнообразные вирусы. Заболевание чаще развивается осенью, зимой и ранней весной.

Как заражаются инфекцией, вызывающей ОРВИ: чаще всего путем попадания 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 слюны, выделяющихся при чихании, кашле или при тесном контакте с заболевшим.

Период от заражения до начала болезни: в большинстве случаев – от 2-х до 7 дней. Выделение вирусов больным (заразность для окружающих) максимально на 3-и сутки после заражения, резко снижается к 5-му дню; неинтенсивное выделение вируса может сохраняться до 2 недель.

Признаки ОРВИ: наиболее частым проявлением ОРВИ у детей является заложенность носа, а также выделения из носа: прозрачные и/или белого и/или желтого и/или зеленого цвета (появление выделений из носа желтого или зеленого цвета – не является признаком присоединения бактериальной инфекции!). Повышение температуры чаще длится не более 3 дней, затем температура тела снижается. При некоторых вирусных инфекциях (грипп и аденовирусная инфекция) температура выше 38 °C сохраняется более длительно (до 5-7 дней).

При ОРВИ также могут быть: першение в горле, кашель, покраснение глаз, чихание.

Обследования: в большинстве случаев, дополнительных обследований ребенку с ОРВИ не требуется.

Лечение: ОРВИ, в большинстве случаев, носит доброкачественный характер, разрешается в течение 10 дней и не требует обязательного назначения медикаментов. В легких случаях и при невыраженных симптомах может быть достаточно нефармацевтических методов. Необходимо помнить, что лихорадка является нормальной реакцией на инфекцию, на фоне которой активизируются врожденные защитные реакции организма, при этом следует распознавать и реагировать на другие признаки опасности (см. ниже), оценивать общее состояние, а не только лихорадку.

Снижение температуры: лихорадящего ребенка следует раскрыть, аккуратно обтереть водой Т° 25-30 °C (физические методы снижения температуры не используют при "белой" лихорадке, сопровождающейся централизацией кровообращения и проявляющейся бледностью, холодными конечностями).

Применение лекарственной терапии для снижения температуры тела у здоровых детей ≥ 3 месяцев оправданы при температуре выше 38,5 °C (измеренной аксиллярно или выше 39-39,5 °C, измеренной ректально). При менее выраженной лихорадке (38 °C) средства, снижающие температуру, показаны детям до 3 месяцев, пациентам с хронической патологией, а также при связанном с температурой дискомфорте.

С целью снижения температуры у детей применяют только парацетамол** или ибупрофен**.

Чередование или комбинирование жаропонижающих средств – должны быть исключены вследствие риска нежелательных и токсических эффектов.

Повторную дозу вводят только с соблюдением интервала применения после нового повышения температуры. Регулярный (курсовой) прием жаропонижающих не желателен.

У детей с жаропонижающей целью не применяют ацетилсалициловую кислоту** и нимесулид. Не используют рутинно метамизол натрия в связи риском развития агранулоцитоза

(угнетение "белого ростка крови"), в связи с чем могут развиваться тяжелые осложнения.

Кашель при ларинготрахеите и фарингите не требует назначения бронходилататоров (препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей), муколитических препаратов, ингаляционных глюкокортикоидов.

Антибактериальные препараты системного действия (антибиотики) – не действуют на вирусы (основную причину ОРВИ). Вопрос о назначении антибактериальных препаратов системного действия рассматривается при подозрении на бактериальную инфекцию. Антибактериальные препараты системного действия должен назначать врач. Бесконтрольный прием антибактериальных препаратов системного действия может способствовать развитию устойчивых к ним микробов и вызывать осложнения.

Как предупредить развитие ОРВИ:

Заболевшего ребенка следует оставить дома (не водить в детский сад или школу).

Первостепенное значение имеют меры, препятствующие распространению вирусов: тщательное мытье рук после контакта с заболевшим.

Важно также ношение масок, мытье поверхностей в окружении заболевшего, соблюдение режима проветривания.

Ежегодная вакцинация против гриппа с возраста 6 мес. снижает риск этой инфекции. Доказано также, что вакцинация детей от гриппа и пневмококковой инфекции уменьшает вероятность развития острого среднего отита у детей и осложненного течения ОРВИ.

Надежных свидетельств о снижении респираторной заболеваемости под влиянием различной иммуномодулирующей терапии – нет. Не доказана также профилактическая эффективность растительных препаратов и аскорбиновой кислоты** (витамина С), гомеопатических препаратов.

Чтобы снизить вероятность заболеть ОРВИ следует соблюдать правила ЗР и ЗП

Правило ЗР:

- Руки мойте с мылом не менее 30 с как можно чаще;
- Рот/нос должны быть закрыты маской;
- Расстояние до других людей должно быть не менее 1,5 м.

Правило ЗП – избегайте:

- Плохо проветриваемых помещений;
- Помещений или Площадок с большим скоплением людей;
- Подошедших слишком близко разговаривающих или поющих людей.

!!! 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 °С) 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.

Приложение Г1-ГN

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1

Шкала дегидратации CDS (Clinical Dehydration Scale)

Название на русском языке: Шкала дегидратации CDS.

Оригинальное название (если есть): Clinical Dehydration Scale.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Goldman RD, Friedman JN, Parkin PC. Validation of the clinical dehydration scale for children with acute gastroenteritis. Pediatrics. 2008 Sep; 122(3): 545 – 9. doi: 10.1542/peds.2007-3141, Jauregui J, Nelson D, Choo E, Stearns B, Levine AC, Liebmann O, Shah SP. External validation and comparison of three pediatric clinical dehydration scales. PLoS One. 2014 May 2; 9(5): e95739. doi: 10.1371/journal.pone.0095739.

Тип (подчеркнуть): – шкала оценки.

Назначение: оценка степени дегидратации у детей.

Содержание (шаблон):

Признак	Баллы		
	0	1	2
Внешний вид	Нормальный	Жажда, беспокойство, раздражительность	Вялость, сонливость, слабость
Глаза	Нормальные	Слегка запавшие	Запавшие
Слизистые оболочки	Влажные	Липкие	Сухие
Слезы	Слезотделение в норме	Слезотделение снижено	Слезы отсутствуют

Ключ (интерпретация): 0 баллов – дегидратация отсутствует; от 1 до 4 баллов – легкая дегидратация, 5-8 баллов соответствуют дегидратации средней и тяжелой степени тяжести.

Пояснения: нет.

Приложение Г2

Оценка PAT (Pediatric Assessment Triangle)

Название на русском языке: Педиатрический триаж (медицинская сортировка).

Оригинальное название (если есть): PAT (Pediatric Assessment Triangle).

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Dieckmann R. A., Brownstein D., Gausche-Hill M. The Pediatric Assessment Triangle: a novel approach for the rapid evaluation of children//Pediatric Education for Prehospital Professionals: PEPP Textbook. 2nd ed. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers, 2006, Fernández A., Ares M. I., Garcia S., Martinez-Indart L., Mintegi S., Benito J. The validity of the pediatric assessment triangle as the first step in the triage process in a pediatric emergency department//Pediatric Emergency Care. 2017. Vol. 33, No. 4. P. 234-238. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000717>, Ma X., Liu Y., Du M., Ojo O., Huang L., Feng X., et al. The accuracy of the pediatric assessment triangle in assessing triage of critically ill patients in emergency pediatric department//International Emergency Nursing. 2021. Vol. 58. P. 101041. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101041>

Zhu S., Wu Y., Yu B., Shen B., Fang L., Li B., Xiang L. Clinical validity of the pediatric assessment triangle in a pediatric emergency department//Frontiers in Pediatrics. 2025. Vol. 13. Art. 1435604. <https://doi.org/10.3389/fped.2025.1435604>

Prehospital Pediatric Assessment Triangle-Real World Data//Prehospital Emergency Care. 2025. Vol. 29, No. 1. (Online first). <https://doi.org/10.1080/10903127.2025.2581753>

Тип (подчеркнуть): – шкала оценки.

Назначение: – быстрая визуальная оценка ребенка за 30-60 секунд по трем блокам: внешний вид, дыхание и кожные покровы, которая позволяет решить, есть ли угроза жизни и каков приоритет помощи. Используется на догоспитальном этапе, отделении скорой медицинской помощи и приемном отделении, как основа медицинской сортировки (триажа) до проведения инструментальных исследований.

Содержание (шаблон):

Компонент РАТ	Норма	Патология
Внешний вид	Активный, хороший тонус, реагирует на осмотр, легко утешается, взгляд живой, громкий адекватный плач/речь.	Вялый или возбужденный, гипо-/гипертонус, плохой контакт, неутешаемость, пустой или "бегающий" взгляд, слабый/стонущий плач, дезориентация.
Оценка дыхания	Частота дыхания в возрастной норме, дыхание бесшумное, без втяжений межреберий и крыльев носа.	Тахипноэ или брадипноэ, втяжения, участие вспомогательной мускулатуры, стонущее дыхание, свистящее дыхание, вынужденная поза, апноэ.
Оценка кожных покровов	Розовая кожа, теплая, без мраморности и цианоза.	Бледность, мраморность, акро-/центральный цианоз, пятнистая кожа, холодные конечности, признаки шока.

Ключ (интерпретация):

N	Признак по РАТ: А (внешний вид) В (оценка дыхания) С (оценка кожных покровов)	Патофизиологический синдром	Интерпретация
1	Норма-Норма-Норма	Норма	Ребенок стабилен, признаков острой дыхательной/циркуляторной недостаточности нет; можно продолжать обычный ABCDE-осмотр.
2	Норма-Патология-Норма	Дыхательная недостаточность (I)	Умеренные синдромные расстройства при сохраненной перфузии и коррекции; ребенок "выглядит больным", но еще компенсирован.
3	Норма-Патология-Патология	Дыхательная недостаточность (II-III)	Дыхательные расстройства приводят к нарушению перфузии (цианоз/мраморность); газообмен недостаточен для поддержания циркуляции.
4	Норма-Норма-Патология	Компенсированный шок	Признаки шока (бледность, мраморность, холодные конечности, тахикардия) при сохраненном уровне сознания и отсутствии патологии со

			стороны дыхательной системы.
5	Патология-Норма-Патология	Декомпенсированный (гипотензивный) шок	Патологический внешний вид (тонус снижен, вялый) + признаки шока; центральная нервная система страдает от гипоперфузии.
6	Патология-Норма-Норма (+/- легкие изменения дыхания/кожи)	Дисфункция ЦНС/метаболическое расстройство	Изолированное нарушение сознания, поведения, судороги, метаболическая кома при сохраненном дыхании и кровообращении.
7	Патология-Патология-Патология	Кардиореспираторная недостаточность/остановка кровообращения	Крайне тяжелое состояние: сочетанная внешняя и циркуляторная недостаточность, угнетенное сознание, остановка кровообращения; требуется немедленная СЛР.



Пояснения:

Уровень 1-2 – пациенты в критическом состоянии, медицинская эвакуация в ОРИТ.

Уровень 3 – неотложные случаи, медицинская эвакуация в стационар, приоритетное лечение.

Уровень 4 – полусрочные случаи со стабильными жизненными показателями, медицинской эвакуации в стационар не требуют. В случае обращения в стационар лечение в порядке живой очереди.

Уровень 5 – несрочные пациенты, показано амбулаторное лечение.

Приложение ГЗ

Модифицированная шкала комы Глазго для младенцев и детей

Название на русском языке: Модифицированная шкала комы Глазго для младенцев и детей.

Оригинальное название (если есть): Modified Glasgow Coma Scale.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Chaturvedi P, Kishore M. Modified Glasgow Coma Scale to predict mortality in febrile unconscious children. Indian J Pediatr. 2001 Apr; 68(4): 311 – 4. doi: 10.1007/BF02721834. PMID: 11370435, Awasthi S, Moin S, Iyer SM, Rehman H. Modified Glasgow Coma Scale to predict mortality in children with acute infections of the central nervous system. Natl Med J India. 1997 Sep-Oct; 10(5): 214 – 6. PMID: 9401379.

Тип (подчеркнуть): – шкала оценки.

Назначение: оценка признаков комы у детей.

Содержание (шаблон):

Модифицированная шкала комы Глазго для младенцев и детей

Признак	Младенцы	Дети	Баллы
Открытие глаз	Никакого ответа	Никакого ответа	1
	Открывается только в ответ на боль	Открывается только в ответ на боль	2
	Открывается в ответ на вербальные стимулы	Открывается в ответ на вербальные стимулы	3
	Открывается спонтанно	Открывается спонтанно	4
Вербальный ответ	Никакого ответа	Никакого ответа	1
	Стоны в ответ на боль	Непонятные слова или несвязные звуки	2
	Плачет от боли	Неуместные слова	3
	Раздражительные крики	Сбитый с толку	4
	Воркует и лепечет	Ориентированный, соответствующий	5
Двигательная реакция	Никакого ответа	Никакого ответа	1
	Реагирует на боль децеребрацией (аномальным разгибанием)	Реагирует на боль децеребрацией (аномальным разгибанием)	2
	Реагирует на боль декортикацией (аномальным сгибанием)	Реагирует на боль декортикацией (аномальным сгибанием)	3
	Сжимается от боли	Сжимается от боли	4
	Отстраняется, чтобы прикоснуться	Локализует болевой раздражитель	5
	Двигается спонтанно и целенаправленно	Подчиняется командам	6

Ключ (интерпретация):

15 баллов – сознание ясное

13-14 баллов – оглушение

9-12 баллов – сон

4-8 баллов – кома

Пояснения: нет.

Новые, изданные в 2020-2026 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.