

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
8 декабря 2023 г. № 192

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:
 - клинический протокол «Диагностика и лечение острых респираторных вирусных инфекций (детское население)» (прилагается);
 - клинический протокол «Диагностика и лечение эпиглоттита (детское население)» (прилагается);
 - клинический протокол «Диагностика и лечение коклюша (детское население)» (прилагается).

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Первый заместитель Министра

Е.Н.Кроткова

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.12.2023 № 192

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение острых респираторных вирусных инфекций (детское население)»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам до 18 лет (далее, если не установлено иное, – дети) с острыми респираторными вирусными инфекциями.

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХІІ «О правах ребенка», а также следующий термин и его определение:

острая респираторная вирусная инфекция (далее – ОРВИ) – острая вирусная инфекция, проявляющаяся симптомами поражения респираторного тракта (ринитом, чиханием, кашлем, болью в горле) и протекающая чаще всего с повышением температуры тела.

4. ОРВИ классифицируются следующим образом:

4.1. по форме (степени) тяжести заболевания:

легкая;

среднетяжелая;

тяжелая;

4.2. по характеру течения:

не осложненное;

осложненное;

4.3. по типу:

типичная;

атипичная (стертая, бессимптомная);

4.4. по локализации поражения (топическим признакам):

бронхиолит – воспалительное поражение бронхов мелкого калибра (бронхиол), для которого характерны явления бронхиальной обструкции (цианоз носогубного треугольника, экспираторная одышка, спастический кашель, тахипноэ, диффузные рассеянные крепитирующие хрипы) с явлениями дыхательной недостаточности (далее – ДН);

бронхит – поражение бронхов любого калибра. Основным симптомом – кашель. Аускультативно отмечается жесткое дыхание, наличие рассеянных сухих хрипов, после кашля меняющих свою локализацию, перкуторно – ясный звук;

ларингит – воспаление гортани с вовлечением голосовых связок и подсвязочного пространства. Основные симптомы – грубый («лающий») кашель, осиплость голоса, затрудненный вдох (экспираторная одышка);

ринит – воспаление слизистой оболочки носовой полости. Характерные симптомы: чихание, отделение слизи из носа (ринорея), нарушение носового дыхания;

тонзиллит – местные изменения в небных миндалинах, характеризующиеся гиперемией и отеком миндалин, небных дужек, наложениями (налетами) или содержимым в лакунах;

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

фарингит – воспаление слизистой оболочки глотки с характерными внезапно возникающими ощущениями першения и сухости в горле, а также болезненностью при глотании. Отмечаются гиперемия и отечность задней стенки глотки, ее зернистость, вызванная гиперплазией лимфоидных фолликулов;

сочетание анатомических локализаций (назофарингит, ларинготрахеит и иные);

4.5. по этиологии¹:

грипп;

парагрипп;

аденовирусная инфекция;

риновирусная инфекция;

респираторно-синцитиальная вирусная инфекция;

коронавирусная инфекция;

бокавирусная инфекция;

метапневмовирусная инфекция;

¹ По Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) ОРВИ шифруется по этиологии только при гриппе, при остальных ОРВИ – по локализации поражения.

4.6. по осложнениям:

легочные (пневмония, ателектаз, абсцесс легкого, плеврит, пневмоторакс, пиопневмоторакс, респираторный дистресс-синдром взрослого типа);

внелегочные (инфекционно-токсический шок, сердечно-сосудистая недостаточность, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, острый средний отит, синусит, инфекции мочевыводящих путей, миозит, миокардит, перикардит, менингит, энцефалит, синдром Гийена-Барре).

5. Примерами диагноза ОРВИ являются:

Аденовирусная инфекция (дезоксирибонуклеиновая кислота аденовируса – положительный, дата): назофарингит, легкое течение. Шифр по МКБ-10 J00;

Парагрипп (рибонуклеиновая кислота парагриппа – положительный, дата): ларинготрахеит, компенсированный стеноз. Шифр по МКБ-10 J04.2;

Грипп (рибонуклеиновая кислота гриппа – положительный, дата): фаринготрахеит, тяжелое течение. Осложнение: внебольничная пневмония неустановленной этиологии, очагово-сливная, в нижней доле (IX–X сегменты) левого легкого. ДН I степени. Шифр по МКБ-10 J09.

6. Медицинскими показаниями для лечения ОРВИ в стационарных условиях являются:

6.1. наличие ДН II и III степени и любого из следующих признаков:

одышка в покое или при беспокойстве у детей;

тахипноэ: частота дыхания (далее – ЧД) у детей в возрасте до 2 месяцев – более 60 в минуту, от 2 до 11 месяцев – более 50 в минуту, от 1 до 5 лет – более 40, старше 5 лет – более 30 в минуту;

выраженное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания;

втяжения уступчивых мест грудной клетки при дыхании;

раздувание крыльев носа при дыхании;

кряхтящее или стонущее дыхание;

эпизоды апноэ;

кивательные движения головы, синхронные со вдохом;

дистанционные хрипы;

невозможность сосать или пить вследствие дыхательных нарушений;

акроцианоз или центральный цианоз;

6.2. наличие стеноза гортани \geq II степени;

6.3. снижение сатурации крови кислородом менее 95 % при дыхании комнатным воздухом;

6.4. наличие любого из экстренных и неотложных признаков: судороги; шок; тяжелая ДН; тяжелое обезвоживание; угнетение сознания (сонливость) или возбуждение;

6.5. сохранение фебрильной лихорадки (более 4–5 суток) с рефрактерностью к жаропонижающим лекарственным препаратам (далее – ЛП) или гипотермия (менее 36 °С);

6.6. фебрильная лихорадка у детей до 3 месяцев в связи с высоким риском развития тяжелой бактериальной инфекции;

6.7. наличие геморрагической сыпи;

6.8. наличие признаков развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, нервной системы и иных;

6.9. наличие тяжелых преморбидных заболеваний (состояний):

иммунодефицитное состояние;

лечение иммуносупрессивными ЛП;

онкологические и онкогематологические заболевания;

врожденные и приобретенные пороки и заболевания сердца, в том числе нарушения ритма, кардиомиопатия;

врожденные и приобретенные хронические заболевания легких;

болезни эндокринной системы (сахарный диабет, ожирение);

хронические тяжелые болезни печени, почек, желудочно-кишечного тракта, нервно-мышечные и неврологические заболевания (нейро-когнитивные нарушения, эпилепсия и иные);

6.10. отсутствие эффекта от лечения;

6.11. отсутствие условий для лечения в амбулаторных условиях.

7. Доза, путь введения, способы и кратность применения, режимы дозирования ЛП определяются общей характеристикой ЛП.

ГЛАВА 2

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОРВИ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

8. Обязательными диагностическими исследованиями в амбулаторных условиях являются:

сбор жалоб при каждом медицинском осмотре;

сбор анамнеза однократно в первый день обращения, при необходимости чаще;

физикальное обследование при каждом медицинском осмотре, включающее оценку признаков интоксикации (лихорадка, вялость, сонливость, отказ от еды и питья, наличие рвоты), респираторного синдрома (характер кашля, наличие боли в горле, затруднения носового дыхания, насморка (ринорея), осиплости голоса, одышки), уровня сознания, визуальное исследование кожных покровов и видимых слизистых оболочек, оценку признаков ДН (участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, западение уступчивых мест грудной клетки при дыхании), измерение ЧД в течение 1 минуты, измерение частоты сердечных сокращений в течение 1 минуты, перкуторное исследование легких, аускультацию легких, визуальное исследование и пальпацию живота, проверку менингеальных симптомов;

выявления факторов риска развития осложненного или тяжелого течения заболевания (новорожденные и дети первого года жизни; пациенты с хроническими заболеваниями легких, сердечно-сосудистой системы, печени, почек, с нервно-мышечными и неврологическими заболеваниями, нарушением обмена веществ, иммуносупрессией, длительно получающие ацетилсалициловую кислоту).

9. Медицинскими показаниями для назначения общего анализа крови с определением уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчетом лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ) являются:

лихорадка четыре и более дней без очага инфекции;

наличие признаков осложнений.

Общий анализ мочи назначается при сохраняющейся повышенной температуре тела более 5 дней для выявления патологии мочевыделительной системы.

Повторные клинические анализы крови и мочи необходимы в случае выявления отклонений от нормы при первичном обследовании или появления новых симптомов, требующих диагностического поиска.

10. Медицинскими показаниями для проведения рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции являются:

наличие признаков ДН;

лихорадка четыре и более дней без очага инфекции (при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции);

локальность и (или) асимметрия аускультативных и перкуторных изменений в легких;

учащение и усиление кашля на фоне проводимого лечения в течение 7 дней от начала заболевания.

11. Иными дополнительными диагностическими исследованиями в амбулаторных условиях являются:

бактериологическое исследование мазка из носоглотки на флору с определением чувствительности к антибиотикам, которое назначается при наличии тонзиллита;

рентгенография придаточных пазух носа с целью диагностики синусита;

консультация врача-оториноларинголога при подозрении на развитие отита или синусита;

термометрия при каждом медицинском осмотре;

пульсоксиметрия при наличии признаков ДН.

12. К методам немедикаментозного лечения ОРВИ в амбулаторных условиях относятся:

регулярное проветривание помещений;

рекомендуемый режим: полупостельный – на период подъема температуры тела до фебрильных цифр; общий – при нормализации температуры тела;

адекватная гидратация – оральная прием жидкости в объеме 50–70 % от физиологической потребности;

диета – адекватное питание соответственно возрасту.

13. В период эпидемического подъема детям с гриппоподобным заболеванием и наличием факторов риска тяжелой степени тяжести гриппа рекомендовано применение следующих ингибиторов нейраминидазы при появлении первых симптомов заболевания:

озельтамивир (капсулы по 30 мг, 45 мг и 75 мг, таблетки 75 мг, порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 12 мг/1 мл) детям дозируется, исходя из массы тела и возраста: до 3 месяцев – 3 мг/кг, 3–12 месяцев – 2 мг/кг, дети старше 1 года с массой тела менее 15 кг – 30 мг, 15–23 кг – по 45 мг, 23–40 кг – по 60 мг, более 40 кг – по 75 мг. Кратность приема – 2 раза в день, длительность курса составляет 5 дней, у детей с ослабленным иммунитетом до 7–10 дней;

занамивир (порошок для ингаляций по 5 мг) детям с 5 лет по 2 ингаляции (10 мг) 2 раза в день, длительность лечения составляет 5–10 дней. Для использования занамивира необходим ингалятор и пациент должен сделать глубокий форсированный вдох, что ограничивает применение данного ЛП у детей раннего возраста.

14. Медицинскими показаниями к жаропонижающей терапии являются:

случаи высокой лихорадки (до 39 °С и выше) вне зависимости от возраста ребенка;

температура тела до 38 °С у детей с фебрильными судорогами в анамнезе, врожденными пороками сердца, перинатальными поражениями центральной нервной системы (далее – ЦНС) и их последствиями, эпилепсией или эпилептическим синдромом и другими прогностически неблагоприятными факторами риска;

температура тела до 38 °С у детей, субъективно плохо переносящих лихорадку, и детей первых 6 месяцев жизни;

случаи «белой» лихорадки.

15. С целью снижения температуры тела у детей применяется один из следующих ЛП:

15.1. парацетамол:

раствор для приема внутрь (сироп) 30 мг/мл; сироп 24 мг/мл: детям в возрасте от 1 месяца до 12 лет с массой тела от 4 кг 10–15 мг/кг каждые 6 часов. Суточная доза 40–60 мг/кг в сутки;

суспензия для приема внутрь 120 мг/5 мл – детям в возрасте 2–3 месяцев – около 2 мл суспензии по назначению врача-специалиста (около 50 мг парацетамола), от 3 месяцев до 1 года – 2,5–5 мл суспензии (1/2–1 чайной ложки, 60–120 мг парацетамола), от 1 года до 6 лет – 5–10 мл суспензии (1–2 чайной ложки, 120–240 мг парацетамола), от 6 до 14 лет – 10–20 мл суспензии (2–4 чайной ложки, 240–480 мг парацетамола);

суппозитории ректальные 50 мг, 80 мг, 100 мг, 125 мг, 150 мг, 250 мг, 300 мг – детям от 3 месяцев 10–15 мг/кг массы тела 3–4 раза в сутки (каждые 6 часов) максимальная суточная доза не должна превышать 60 мг/кг массы тела;

таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг, 500 мг – детям в возрасте 6–11 лет разовая доза 10–15 мг/кг массы тела, максимальная суточная доза не должна превышать 60 мг/кг массы тела (как правило, назначается по 200–500 мг каждые 4–6 часов при необходимости (интервал между приемами не менее 4 часов), не более 4 доз в сутки; детям старше 12 лет до 500–1000 мг каждые 4–6 часов, максимальная суточная доза 4000 мг;

15.2. ибупрофен:

суспензия для внутреннего применения 100 мг/5 мл, суспензия для внутреннего применения 200 мг/5 мл: детям старше 3 месяцев с массой тела не менее 5 кг – суточная доза 20–30 мг/кг, разделенная на несколько равных доз. Интервал между дозами должен составлять 6–8 часов. Максимальная суточная доза – 30 мг/кг в сутки;

таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг, 400 мг; капсулы 200 мг, 400 мг, детям старше 12 лет – 200–400 мг до 3 раз в сутки;

суппозитории ректальные 60 мг: детям от 3 месяцев до 2 лет с массой тела не менее 6 кг максимальная суточная доза 20–30 мг/кг в 3–4 приема; детям 3–9 месяцев – 60 мг 3 раза в сутки через 6–8 часов; детям от 9 месяцев до 2 лет с массой тела 8–12 кг 60 мг 4 раза в сутки.

16. С целью терапии синдрома ринита осуществляется промывание носовых ходов раствором 9 мг/мл натрия хлорида или стерилизованного раствора морской воды несколько раз в день, что обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия.

При заложенности носа показано использование гипертонических растворов на основе морской воды.

Вводить растворы рекомендуется в положении лежа на спине с запрокинутой назад головой для орошения свода носоглотки и аденоидов. Детям младше 1 года с обильным отделяемым может осуществляться аспирация слизи из носа специальным ручным отсосом с последующим введением растворов. Положение в кроватке с поднятым головным концом способствует отхождению слизи из носа. Детям старше 1 года рекомендуется применение спреев на основе стерилизованной морской воды.

При выраженном затруднении носового дыхания рекомендуется назначение местных ЛП, обладающих сосудосуживающим действием – деконгестантов коротким курсом не более 5 дней.

Облегчают симптомы заложенности носа и восстанавливают функцию слуховой трубы следующие ЛП:

оксиметазолин (капли назальные 0,1 мг/мл; 0,25 мг/мл; 0,5 мг/мл) детям до 4 недель – раствор 0,1 мг/мл по 1 капле в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки; с 5 недель до 1 года – раствор 0,1 мг/мл 1–2 капли в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки; 1–6 лет – раствор 0,25 мг/мл по 1–2 капли в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки; старше 6 лет – раствор 0,5 мг/мл по 1–2 капли в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки;

ксилометазолин (капли назальные 0,5 мг/мл; 1 мг/мл; спрей назальный 0,5 мг/мл; 1 мг/мл) детям в возрасте 1–2 года – капли назальные (спрей) 0,5 мг/мл, использовать после оценки соотношения «польза-риск»; 2–11 лет – капли назальные (спрей) 0,5 мг/мл – по 1–2 капли (впрыскивание) в каждый носовой ход. Не следует применять ЛП более 3 раз в сутки; старше 12 лет – капли назальные (спрей) 1 мг/мл по 2–3 капли (впрыскивание) в каждый носовой ход. Не следует применять более 3–4 раз в сутки.

17. Медицинскими показаниями для назначения мукорегулирующей терапии являются:

интенсивный малопродуктивный кашель, ухудшающий состояние пациента;

трудноотделяемая мокрота гнойного характера;

наличие у пациента хронического заболевания легких.

С целью мукорегулирующей терапии назначается один из следующих ЛП:

амброксол (сироп 15 мг/5 мл, 30 мг/5 мл; раствор для приема внутрь (для внутреннего применения) и ингаляций 7,5 мг/мл; сироп 3 мг/мл) детям от 2 до 5 лет – 7,5 мг внутрь 3 раза в сутки (первые 2–3 дня), затем по 7,5 мг 2 раза в сутки; детям от 6 до 12 лет – 15 мг внутрь 2–3 раза в сутки (первые 2–3 дня), затем по 15 мг внутрь 2 раза в сутки; детям старше 12 лет – 30 мг внутрь 3 раза в сутки (первые 2–3 дня), затем по 30 мг внутрь 2 раза в сутки; курс – 7–10 дней;

ацетилцистеин (сироп 20 мг/мл; порошок для приготовления раствора для приема внутрь 100 мг, 200 мг; гранулы для приготовления раствора для приема внутрь 200 мг; таблетки шипучие 200 мг) детям от 2 до 12 лет – 100 мг внутрь 3 раза в сутки или 200 мг внутрь 2 раза в сутки, детям старше 12 лет – 200 мг внутрь 3 раза в сутки, курс – 7–10 дней;

карбоцистеин (для детей старше 2 лет) сироп 20 мг/мл, 5 мл сиропа содержит 100 мг, дети 2–5 лет – 100 мг внутрь 2 раза в сутки, старше 5 лет – 100 мг внутрь 3 раза в сутки, курс – 7–10 дней.

18. При наличии бронхообструктивного синдрома спастического генеза назначается бронхолитическая терапия с применением одного из следующих ЛП:

18.1. фенотерол/ипратропиум бромид (раствор для ингаляций (0,5 мг + 0,25 мг)/мл) с помощью небулайзера 3 раза в сутки (в зависимости от тяжести бронхообструктивного синдрома):

детям в возрасте до 6 лет под медицинским наблюдением – 2 капли/кг массы тела (максимально 10 капель) с последующим разведением раствором натрия хлорида 9 мг/мл до объема 3–4 мл для ингаляции;

детям в возрасте 6–12 лет – 10–40 капель с последующим разведением раствором натрия хлорида 9 мг/мл до объема 3–4 мл для ингаляции;

детям старше 12 лет – 20–50 капель с последующим разведением раствором натрия хлорида 9 мг/мл до объема 3–4 мл для ингаляции;

18.2. фенотерол/ипратропиум бромид (аэрозоль для ингаляций 20 мкг + 50 мкг/доза) детям старше 6 лет 1–2 ингаляционных дозы 3–4 раза в сутки;

18.3. сальбутамол (аэрозоль для ингаляций дозированный 100 мкг/доза) детям старше 4 лет по 1–2 ингаляционных дозы.

При невозможности использования ингаляционных форм бронхолитиков применяется аминофиллин (таблетки 150 мг) детям старше 6 лет – 7–10 мг/кг в сутки в 4 приема, максимальная разовая доза – 7 мг/кг.

При отсутствии эффекта после первой ингаляции бронхолитика (снижение ЧД, уменьшение втяжений межреберий и интенсивности экспираторных шумов) ингаляции бронхолитика повторяются каждые 20 минут в течение часа (до трех раз), далее каждые 6–8 часов по потребности.

При неэффективности лечения (сохранении или усилении бронхообструктивного синдрома) осуществляется госпитализация в больничную организацию.

19. При наличии ларинготрахеита, трахеита выполняются ингаляции через небулайзер раствора натрия хлорида 9 мг/мл по 4–5 мл 2 раза в день, курс 3–7 дней.

20. Не рекомендуется использование антибактериальных ЛП системного действия для лечения неосложненных ОРВИ.

Медицинскими показаниями для назначения антибактериальной терапии являются: наличие осложнения: пневмония; отит; синусит; инфекция мочевыводящих путей и иных;

фебрильная лихорадка более 5 дней без видимого очага инфекции, что предполагает развитие бактериальных осложнений;

наличие лабораторных признаков бактериальной инфекции (лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускоренная СОЭ);

наличие хронического очага инфекции: хронический пиелонефрит; хронический гайморит; хронический тонзиллит и иных.

При назначении антибактериальной терапии необходимо учитывать чувствительность выделенного возбудителя к антибиотикам. При отсутствии данных ЛП выбора являются антибиотики из группы аминопенициллинов (амоксциллин) или цефалоспоринов 1–2 поколений или макролидов (при непереносимости бета-лактамов антибиотиков).

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОРВИ У ДЕТЕЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

21. Обязательными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

21.1. клинические:

сбор жалоб – ежедневно один раз в день, при необходимости чаще;

сбор анамнеза – однократно в первый день госпитализации, при необходимости чаще;

физикальное обследование при каждом медицинском осмотре, включающее оценку признаков интоксикации (лихорадка, вялость, сонливость, отказ от еды и питья, наличие рвоты), респираторного синдрома (характер кашля, наличие боли в горле, затруднения носового дыхания, насморка (ринорея), осиплости голоса, одышки), уровня сознания, визуальное исследование кожных покровов и видимых слизистых оболочек, оценку признаков ДН (участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, западение уступчивых мест грудной клетки при дыхании), измерение ЧД в течение 1 минуты, измерение частоты сердечных сокращений в течение 1 минуты, перкуторное исследование легких, аускультация легких, визуальное исследование и пальпацию живота, проверку менингеальных симптомов;

выявление факторов риска развития осложненного или тяжелого течения заболевания (новорожденные и дети первого года жизни; пациенты, имеющие хронические заболевания легких, сердечно-сосудистой системы, печени, почек, с невро-мышечными и неврологическими заболеваниями, нарушением обмена веществ, иммуносупрессию, длительно получающие ацетилсалициловую кислоту);

21.2. лабораторные исследования:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, СОЭ) – однократно в первый день госпитализации, далее – не реже одного раза в 5 дней;

общий анализ мочи – однократно в первый день госпитализации;

исследование мазка из носоглотки для выявления респираторных вирусов;

21.3. инструментальные исследования: электрокардиограмма;

21.4. иные диагностические мероприятия:

термометрия ежедневно два раза в день;

пульсоксиметрия однократно в первый день госпитализации, при ДН – ежедневно;

антропометрия (масса тела, рост) двукратно при поступлении и выписке, детям до года измерение массы тела один раз в день.

22. Дополнительными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

анализ крови биохимический (определение уровня С-реактивного белка, общего белка, альбумина, прокальцитонина, натрия, калия, кальция, мочевины, креатинина,

активности аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, креатининфосфокиназы, лактатдегидрогеназы, щелочной фосфатазы) при тяжелом течении ОРВИ;

исследование параметров кислотно-основного состояния при тяжелом течении ОРВИ;

бактериологическое исследование мазка из носоглотки на флору с определением чувствительности к антибиотикам при наличии тонзиллита;

рентгенография придаточных пазух носа с целью диагностики синусита;

ультразвуковое исследование органов грудной клетки с целью диагностики потенциальных или имеющихся осложнений, их мониторинг в динамике;

ультразвуковое исследование органов брюшной полости с целью диагностики потенциальных или имеющихся осложнений, их мониторинг в динамике;

ультразвуковое исследование сердца с целью диагностики потенциальных или имеющихся осложнений, их мониторинг в динамике;

консультация врача-оториноларинголога при подозрении на развитие отита или синусита;

консультация врача – детского невролога с целью диагностики потенциальных или имеющихся осложнений;

консультация врача – детского кардиоревматолога с целью диагностики потенциальных или имеющихся осложнений.

23. Медицинскими показаниями для проведения рентгенографии органов грудной клетки являются:

наличие признаков ДН;

лихорадка четыре и более дней без очага инфекции (при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции);

локальность и (или) асимметрия аускультативных и перкуторных изменений в легких;

учащение и усиление кашля на фоне проводимого лечения в течение 7 дней от начала заболевания.

24. К методам немедикаментозного лечения в стационарных условиях относятся:

регулярное проветривание помещений;

режим: постельный – на период подъема температуры тела до фебрильных цифр; полупостельный – при нормализации температуры тела; общий – через 3 дня нормальной температуры тела;

адекватная гидратация: проведение инфузионной терапии детям со среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести ОРВИ с целью дезинтоксикации и коррекции водно-электролитного баланса с использованием растворов для внутривенного введения: растворы электролитов, электролиты в комбинации с углеводами (с учетом возраста детей и медицинских показаний);

диета – адекватное питание соответственно возрасту и сопутствующим заболеваниям.

25. В период эпидемического подъема детям с гриппоподобным заболеванием и наличием факторов риска тяжелой степени тяжести гриппа рекомендовано применение ингибиторов нейраминидазы, причем для достижения оптимального эффекта лечение должно быть начато при появлении первых симптомов заболевания.

Медицинскими показаниями для назначения ингибиторов нейраминидазы являются:

тяжелое и осложненное течение заболевания;

лечение гриппа у пациентов из групп риска по развитию неблагоприятного течения заболевания;

в качестве постконтактной химиопрофилактики у лиц из групп риска.

В качестве этиотропной терапии назначаются следующие ингибиторы нейраминидазы:

озельтамивир (капсулы по 30 мг, 45 мг и 75 мг, таблетки 75 мг, порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 12 мг/1 мл) детям дозируется, исходя из массы тела и возраста: до 3 месяцев – 3 мг/кг, 3–12 месяцев – 2 мг/кг, дети старше

1 года с массой тела менее 15 кг – 30 мг, 15–23 кг – по 45 мг, 23–40 кг – по 60 мг, более 40 кг – по 75 мг. Кратность приема – 2 раза в день, длительность курса составляет 5 дней, у детей с ослабленным иммунитетом до 7–10 дней;

занамибир (порошок для ингаляций по 5 мг) детям с 5 лет по 2 ингаляции (10 мг) 2 раза в день, длительность лечения составляет 5–10 дней. Для использования занамибира необходим ингалятор и пациент должен сделать глубокий форсированный вдох, что ограничивает применение данного ЛП у детей раннего возраста.

26. С противовирусной целью при коронавирусной инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2, у детей эффективен ремдесивир.

Медицинскими показаниями для назначения ремдесивира являются:

тяжелое течение коронавирусной инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2;

легкое или среднетяжелое течение на фоне сопутствующего заболевания, которое увеличивает или может увеличить риск тяжелого течения инфекции;

дети, у которых возникает или возрастает потребность в дополнительном кислороде, независимо от наличия у них факторов риска тяжелого заболевания.

Ремдесивир назначается не позднее первых 10 суток от начала клинических проявлений коронавирусной инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2.

Ремдесивир² (порошок для приготовления раствора для инъекций 100 мг) вводится внутривенно, в первые сутки вводится нагрузочная доза, затем осуществляется переход к введению поддерживающей дозы, дозируется исходя из массы тела: при массе тела ребенка более 3,5 кг и менее 40 кг нагрузочная доза (первый день) составляет 5 мг/кг, поддерживающая доза (каждые 24 часа в течение 5–10 дней) – 2,5 мг/кг; при массе более 40 кг 200 мг и 100 мг соответственно. Курс лечения составляет от 5 дней (при быстром клиническом ответе) до 10 дней (в случае отсутствия быстрого ответа на лечение).

² Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

27. Медицинскими показаниями к жаропонижающей терапии являются:

случаи высокой лихорадки (до 39 °С и выше) вне зависимости от возраста ребенка;

температура тела до 38 °С у детей с фебрильными судорогами в анамнезе, врожденными пороками сердца, перинатальными поражениями центральной нервной системы и их последствиями, эпилепсией или эпилептическим синдромом и другими прогностически неблагоприятными факторами риска;

температура тела до 38 °С у детей, субъективно плохо переносящих лихорадку, и детей первых 6 месяцев жизни;

все случаи «белой» лихорадки.

С целью снижения температуры тела у детей применяется один из ЛП, указанных в пункте 16 настоящего клинического протокола.

В случае невозможности применения или при отсутствии эффекта от парацетамола и ибупрофена или при наличии обстоятельств, затрудняющих их прием, осуществляется введение парацетамола (раствор для инфузий 10 мг/мл) внутривенно медленно из расчета на массу тела:

до 10 кг – разовая доза 7,5 мг/кг, максимальная суточная доза – 30 мг/кг;

10–33 кг – разовая доза 15 мг/кг, максимальная суточная доза – 60 мг/кг, не более 2 г;

33–50 кг – разовая доза 15 мг/кг, максимальная суточная доза – 60 мг/кг, не более 3 г;

более 50 кг – разовая доза 1,0 г, максимальная суточная доза – 4,0 г;

более 50 кг с дополнительными факторами риска гепатотоксичности – разовая доза 1,0 г, максимальная суточная доза – 3,0 г.

28. С целью терапии синдрома ринита осуществляется промывание носовых ходов раствором 9 мг/мл натрия хлорида или стерилизованного раствора морской воды несколько раз в день, что обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия.

При заложенности носа показано использование гипертонических растворов на основе морской воды.

Вводить растворы рекомендуется в положении лежа на спине с запрокинутой назад головой для орошения свода носоглотки и аденоидов. Детям младше 1 года с обильным отделяемым может осуществляться аспирация слизи из носа специальным ручным отсосом с последующим введением растворов. Положение в кроватке с поднятым головным концом способствует отхождению слизи из носа. Детям старше 1 года рекомендуется применение спреев на основе стерилизованной морской воды.

Облегчают симптомы заложенности носа и восстанавливают функцию слуховой трубы следующие ЛП:

оксиметазолин (капли назальные 0,1 мг/мл; 0,25 мг/мл; 0,5 мг/мл) детям до 4 недель – раствор 0,1 мг/мл по 1 капле в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки; с 5 недель до 1 года – раствор 0,1 мг/мл 1–2 капли в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки; 1–6 лет – раствор 0,25 мг/мл по 1–2 капли в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки; старше 6 лет – раствор 0,5 мг/мл по 1–2 капли в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки;

ксилометазолин (капли назальные 0,5 мг/мл; 1 мг/мл; спрей назальный 0,5 мг/мл; 1 мг/мл) детям в возрасте 1–2 года – капли назальные (спрей) 0,5 мг/мл, использовать после оценки соотношения «польза-риск»; 2–11 лет – капли назальные (спрей) 0,5 мг/мл – по 1–2 капли (впрыскивание) в каждый носовой ход. Не следует применять ЛП более 3 раз в сутки; старше 12 лет – капли назальные (спрей) 1 мг/мл по 2–3 капли (впрыскивание) в каждый носовой ход. Не следует применять более 3–4 раз в сутки.

29. Медицинскими показаниями для назначения мукорегулирующей терапии являются:

интенсивный малопродуктивный кашель, ухудшающий состояние пациента;

трудноотделяемая мокрота гнойного характера;

наличие у пациента хронического заболевания легких.

С целью мукорегулирующей терапии назначается один из следующих ЛП:

амброксол (сироп 15 мг/5 мл, 30 мг/5 мл; раствор для приема внутрь (для внутреннего применения) и ингаляций 7,5 мг/мл; сироп 3 мг/мл) детям от 2 до 5 лет – 7,5 мг внутрь 3 раза в сутки (первые 2–3 дня), затем по 7,5 мг 2 раза в сутки; детям от 6 до 12 лет – 15 мг внутрь 2–3 раза в сутки (первые 2–3 дня), затем по 15 мг внутрь 2 раза в сутки; детям старше 12 лет – 30 мг внутрь 3 раза в сутки (первые 2–3 дня), затем по 30 мг внутрь 2 раза в сутки; курс – 7–10 дней;

ацетилцистеин (сироп 20 мг/мл; порошок для приготовления раствора для приема внутрь 100 мг, 200 мг; гранулы для приготовления раствора для приема внутрь 200 мг; таблетки шипучие 200 мг) детям от 2 до 12 лет – 100 мг внутрь 3 раза в сутки или 200 мг внутрь 2 раза в сутки, детям старше 12 лет – 200 мг внутрь 3 раза в сутки, курс – 7–10 дней;

карбоцистеин (для детей старше 2 лет) сироп 20 мг/мл, 5 мл сиропа содержит 100 мг, дети 2–5 лет – 100 мг внутрь 2 раза в сутки, старше 5 лет – 100 мг внутрь 3 раза в сутки, курс – 7–10 дней.

30. При наличии бронхообструктивного синдрома спастического генеза назначается бронхолитическая терапия с применением одного из следующих ЛП:

30.1. фенотерол/ипратропиум бромид (раствор для ингаляций (0,5 мг + 0,25 мг)/мл) с помощью небулайзера 3 раза в сутки (в зависимости от тяжести бронхообструктивного синдрома):

детям в возрасте до 6 лет под медицинским наблюдением – 2 капли/кг массы тела (максимально 10 капель) с последующим разведением раствором натрия хлорида 9 мг/мл до объема 3–4 мл для ингаляции;

детям в возрасте 6–12 лет – 10–40 капель с последующим разведением раствором натрия хлорида 9 мг/мл до объема 3–4 мл для ингаляции;

детям старше 12 лет – 20–50 капель с последующим разведением раствором натрия хлорида 9 мг/мл до объема 3–4 мл для ингаляции;

30.2. фенотерол/ипратропиум бромид (аэрозоль для ингаляций 20 мкг + 50 мкг/доза) детям старше 6 лет 1–2 ингаляционных дозы 3–4 раза в сутки;

30.3. сальбутамол (аэрозоль для ингаляций дозированный 100 мкг/доза) детям старше 4 лет по 1–2 ингаляционных дозы.

При невозможности использования ингаляционных форм бронхолитиков применяется аминофиллин (таблетки 150 мг) детям старше 6 лет – 7–10 мг/кг в сутки в 4 приема, максимальная разовая доза – 7 мг/кг.

При отсутствии эффекта после первой ингаляции бронхолитика (снижение ЧД, уменьшение втяжений межреберий и интенсивности экспираторных шумов) ингаляции бронхолитика повторяются каждые 20 минут в течение часа (до трех раз), далее каждые 6–8 часов по потребности.

При неэффективности лечения в течение часа с момента начала лечения или усилении обструкции на фоне лечения назначаются глюкокортикоиды: преднизолон (раствор для инъекций 30 мг/1 мл) или дексаметазон (раствор для инъекций 4 мг/1 мл) из расчета 1–2 мг/кг по преднизолону внутривенно однократно (максимальная суточная доза – 60 мг).

При отсутствии эффекта назначается аминофиллин (раствор для инъекций 24 мг/мл) нагрузочная доза – 6 мг/кг, вводится на растворе натрия хлорида 9 мг/мл внутривенно медленно со скоростью не более 25 мг в минуту, затем поддерживающая доза: дети в возрасте от 6 месяцев до 9 лет со скоростью 1,2 мг/кг в час (снижение до 1 мг/кг в час после 12 часов); дети в возрасте от 9 до 16 лет со скоростью 1 мг/кг в час (снижение до 0,8 мг/кг в час после 12 часов) инфузия до 24 часов, максимальная суточная доза до 500 мг.

При наличии эффекта осуществляется переход на поддерживающее лечение ингаляционными бронхолитиками по потребности.

31. При наличии ларинготрахеита, трахеита выполняются ингаляции через небулайзер раствора натрия хлорида 9 мг/мл по 4–5 мл 2 раза в день, курс 3–7 дней.

32. Не рекомендуется использование антибактериальных ЛП системного действия для лечения неосложненных ОРВИ.

Медицинскими показаниями для назначения антибактериальной терапии являются:

наличие осложнения: пневмония; отит; синусит; инфекция мочевыводящих путей и иных;

наличие хронического очага инфекции: хронический пиелонефрит; хронический гайморит; хронический тонзиллит и иных;

фебрильная лихорадка более 5 дней без видимого очага инфекции, что предполагает развитие бактериальных осложнений;

наличие лабораторных признаков бактериальной инфекции (лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускоренная СОЭ, увеличение уровня СРБ, прокальцитонина);

течение заболевания, особенно у детей младше 1 года (терапия назначается из-за невозможности исключить участие бактериальной флоры).

При назначении антибактериальной терапии необходимо учитывать чувствительность выделенного возбудителя к антибиотикам. При отсутствии данных ЛП выбора являются антибиотики из группы аминопенициллинов или цефалоспоринов или макролидов (при непереносимости бета-лактамов антибиотиков).