

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра поликлинической педиатрии

**ОРГАНИЗАЦИЯ И ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ
С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
В ПОЛИКЛИНИКЕ**

Иваново 2022

УДК - 616.211/.232-053.2-08-039.57(07)

ББК - 57.33

А 613

Р е ц е н з е н т ы:

заведующий кафедрой поликлинической педиатрии и неонатологии
ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Мин-
здрава России, доктор медицинских наук, профессор **Ю. А. Алексеева**;

профессор кафедры детских болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО
«Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава Рос-
сии, доктор медицинских наук **Е. Е. Краснова**

**А 613 Организация и общие принципы обслуживания детей с ост-
рой патологией органов дыхания в поликлинике:** учебное пособие /
Л. А. Жданова, Л. К. Молькова, И. Е. Бобошко, Г. Н. Нуждина, А. В. Ши-
шова, С. И. Мандров, Т. В. Русова.— Иваново: ФГБОУ ВО ИвГМА Мин-
здрава России, 2022. – 71 с.

Пособие посвящено одному из важных разделов работы врача-
педиатра детской поликлиники – лечебно-консультативной помощи де-
тям с острой патологией органов дыхания. Пособие подготовлено в со-
ответствие с современными нормативными актами по организации ра-
боты, оснащению детской поликлиники, с учетом актуальных клиниче-
ских рекомендаций и стандартов медицинской помощи детям на амбу-
латорном этапе.

Адресовано студентам, может использоваться в практической дея-
тельности участковых врачей-педиатров, медицинских сестер.

УДК - 616.211/.232-053.2-08-039.57(07)

ББК - 57.33

Утверждено центральным координационно-методическим советом
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России в качестве учебного пособия для
студентов, обучающихся по специальности ПЕДИАТРИЯ 31.05.02 по
дисциплине «Поликлиническое дело в педиатрии».

© ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2022

© Коллектив авторов

ОГЛАВЛЕНИЕ

	ВВЕДЕНИЕ	4
I	ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ	6
II	ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОРИ. ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	13
III	ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	20
IV	ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ОСТРОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	39
	ПРИЛОЖЕНИЯ	46
	ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ	63
	СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ И САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ	66
	РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	69

ВВЕДЕНИЕ

Острая патология органов дыхания является ведущей в структуре заболеваемости детей. Причем наибольшая частота этих заболеваний приходится на детей от 2 до 6 лет и составляет, по данным ВОЗ, 6–8 случаев в год. Заболеваемость наиболее высока в период с сентября по апрель, пик заболеваемости приходится на февраль-март. Спад заболеваемости острыми респираторными инфекциями (ОРИ) в 3-5 раз неизменно регистрируется в летние месяцы.

Возбудителями острой респираторной инфекции (ОРИ) дыхательных путей являются многочисленные респираторные вирусы (до 90–95%), в т.ч. вирусы гриппа и парагриппа, респираторно-синцитиальный (РС) вирус, адено-, рино- корона-, энтеровирусы; а также многочисленные бактерии (стрептококки, пневмококки, гемофильная палочка и др.); атипичные микроорганизмы (хламидии, микоплазмы, пневмоцисты, грибы). В группу ОРИ обычно не включаются «специфические» острые инфекционно-воспалительные заболевания дыхательных путей (туберкулез, дифтерия, скарлатина, коклюш и др.), имеющие достаточно отчетливые диагностические, клинические и лабораторные признаки.

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) – наиболее часто встречающаяся в структуре острой патологии органов дыхания и в большинстве случаев само ограничивающаяся инфекция респираторного тракта. Клинически ОРВИ характеризуется воспалением слизистых оболочек респираторного тракта с гиперпродукцией секрета и активацией защитных реакций дыхательного эпителия с последующим удалением избытка секрета. ОРВИ чаще имеет легкое течение и не дает осложнений, но она, тем не менее, ухудшает самочувствие детей, препятствуя их повседневной активности, приводит к социальной дезадаптации со значительным снижением качества жизни. Однако, повторные респираторные инфекции задерживают физическое и нервно-психическое развитие, снижают функциональную активность иммунитета, способствуют формированию хронических очагов инфекции и хронической соматической патологии, особенно бронхо-легочной системы, препятствуют проведению профилактических прививок.

Острая патология органов дыхания является актуальной проблемой здравоохранения не только из-за частоты и последствий, но и вследствие экономического ущерба, который несут как отдельные лица, так и общество в целом. На долю данной патологии приходится 90% от общей суммы выплат по временной нетрудоспособности среди всей инфекционной патологии.

Значительная распространенность ОРИ среди детей, особенно раннего возраста, обусловлена не только недостаточным иммунологическим опытом, но и неблагоприятной домашней атмосферой, скученностью и обилием контактов, пассивным курением, отсутствием регулярно-

го проветривания помещений, наличием хронической инфекции у членов семьи, использованием транспорта для перевозки детей к месту учебы. Известно, что заболеваемость ОРИ выше в городах по сравнению с сельской местностью, а также в зонах с высоким уровнем промышленного загрязнения атмосферного воздуха и у детей, начавших посещать детские образовательные учреждения (ДООУ). 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 в связи с меньшей сформированностью адаптивного иммунитета и иммунологической памяти.

Несмотря на то, что заболевания респираторного тракта хорошо известны каждому педиатру, существует множество нерешенных проблем в терминологии, понимании этиологии и патогенеза отдельных форм заболеваний, влияния экологии на течение инфекционного процесса, диагностике острой патологии органов дыхания и их осложнений. Формируется достаточно многочисленная группа «часто болеющих детей» (15–30%). До сих пор остаются дискуссионными вопросы оздоровления и вакцинации таких детей. По-прежнему актуальна разработка специальных мер профилактики ОРИ, в частности использование иммуномодулирующих лекарственных средств. Определенные проблемы возникают при назначении детям с ОРИ жаропонижающих, отхаркивающих, антибактериальных и прочих препаратов, спектр которых постоянно расширяется.

I. ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ

Большая часть детей с острой патологией органов дыхания наблюдается участковым педиатром в амбулаторно-поликлиническом учреждении и не требует госпитализации. При этом ребенок освобождается от посещения образовательной организации (ОО).

Все дети с симптомами респираторной вирусной инфекции должны быть осмотрены участковым педиатром на дому в день поступления вызова. Порядок визитов участкового педиатра определяется таким образом, что врач первую очередь посещает детей раннего возраста, особенно новорожденных и детей первого года жизни, а также пациентов с высокой температурой и требующих неотложной помощи.

Посещая больного ребенка на дому, врач должен иметь при себе необходимый диагностический инструментарий (отоскоп, пульсоксиметр), а также набор лекарственных средств для оказания неотложной помощи.

При первом посещении ребенка на дому участковый врач-педиатр на основании опроса и физикального обследования пациента устанавливает предварительный диагноз, оценивает тяжесть состояния, решает вопрос о возможности лечения на дому или необходимости госпитализации, определяет объем диагностических и лечебных мероприятий, проводит экспертизу временной нетрудоспособности. Кроме того, он разрабатывает тактику дальнейшего ведения ребенка, в том числе кратность своих посещений и, при необходимости, посещений участковой медицинской сестрой. При организации лечения на дому врач выписывает рецепты. Все эти сведения участковый педиатр отражает в истории развития ребенка (форма 112/у) (приложение 1).

В качестве диагноза следует избегать термина «ОРВИ», используя термины или «острый назофарингит», или «острый ларингит», или «острый фарингит». Возбудители ОРВИ вызывают также острый стенозирующий ларингит (круп), острый тонзиллит, острый бронхит, бронхиолит, что следует указывать в диагнозе, т.е. врачом выставляется «топический диагноз» (приложение 2). Деление ОРВИ (назофарингита, фарингита, ларинготрахеита без стеноза гортани) по степени тяжести нецелесообразно.

Кратность и интервалы активных посещений участковым педиатром детей зависят от возраста ребенка, характера и тяжести заболевания, социально-бытовых условий семьи. Больные дети в возрасте до 1 года с острой респираторной патологией наблюдаются участковым педиатром и медсестрой на дому ежедневно до полного выздоровления, а частота визитов к детям более старшего возраста решается индивидуально в зависимости от характера и тяжести заболевания. Повторный

осмотр необходим при сохранении температуры более 3 дней или ухудшении состояния.

Участковая медицинская сестра выполняет назначения врача по лечению больного ребенка на дому, контролирует выполнение родителями врачебных рекомендаций по лечению, питанию, режиму и уходу за больным ребенком.

При необходимости консультативной помощи на дому врачей-специалистов участковый врач должен организовать ее не позднее следующего дня, при этом продолжать наблюдение за ребенком независимо от лечения его врачами-специалистами.

Для обеспечения ухода за ребенком любому члену семьи может быть оформлен больничный лист (приложение 3).

Вопрос об организации лечения на дому ребенка с ОРИ решается, как правило, участковым врачом-педиатром в зависимости от тяжести состояния ребенка, характера и течения заболевания, возраста ребенка и домашних условий.

Решение о лечении на дому новорожденных принимается заведующим отделением или заведующим поликлиники.

В стационар должны быть госпитализированы:

- дети до 3-х месяцев с фебрильной лихорадкой в связи с высоким риском развития у них тяжелой бактериальной инфекции;
- дети любого возраста при наличии любого из следующих симптомов (основные опасные признаки):
 - неспособность пить / сосать грудь;
 - сонливость или отсутствие сознания;
 - частота дыхания менее 30 в минуту или апноэ; симптомы респираторного дистресса;
 - центральный цианоз;
 - явления сердечной недостаточности;
 - тяжелое обезвоживание;
- дети со сложными фебрильными судорогами (продолжительностью более 15 минут и/или повторяющиеся более одного раза в течение 24 часов) госпитализируются на весь период лихорадки;

Дети с простыми фебрильными судорогами (продолжительностью до 15 минут, однократно в течение суток), завершившимися к моменту обращения в стационар, обычно не нуждаются в госпитализации, но ребенок должен быть осмотрен врачом для исключения нейроинфекции и других причин судорог.
- дети с фебрильной лихорадкой и подозрением на тяжелую бактериальную инфекцию (НО может быть и гипотермия!), имеющие следующие сопутствующие симптомы:
 - вялость, сонливость;
 - отказ от еды и питья;

- геморрагическая сыпь на коже;
- рвота;

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

➤ дети с явлениями дыхательной недостаточности, имеющие какие-либо из следующих симптомов:

- кряхтящее дыхание, раздувание крыльев носа при дыхании, кивательные движения (движения головы, синхронизированные со вдохом);
- частота дыхательных движений у ребенка до 2-х 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 < 92% при дыхании комнатным воздухом.

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

Оформляя направление в стационар (форма 057/у-04), участковый педиатр должен подчеркнуть, что ребенок направляется на госпитализацию, и обязательно указать (приложение 4):

- наименование медицинского учреждения, в которое направляется ребенок;
- номер страхового полиса ОМС;
- фамилию, имя, отчество ребенка, дату его рождения, адрес постоянного места жительства;
- для детей, посещающих ОУ, – номер ДОУ и группы, номер школы и класса;
- код диагноза по МКБ;
- обоснование направления.

На направлении должен стоять штамп направившего учреждения и разборчивая подпись врача, выдавшего направление.

К направлению прилагается выписка из медицинской карты (форма 027/у), в которой врач-педиатр отражает (приложение 5):

- наименование медицинского учреждения, в которое направляется ребенок;
- фамилию, имя, отчество ребенка, дату его рождения, адрес постоянного места жительства;
- для детей, посещающих ОУ, – номер ДОУ и группы, номер школы и класса;
- даты заболевания и направления в стационар;

- основной и сопутствующий диагнозы на момент направления;
- краткий анамнез, в т.ч. индивидуальные особенности ребенка, имеется ли у ребенка непереносимость отдельных медикаментов, препаратов крови или продуктов питания; проведенные диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, эффективность; состояние при направлении; также важно отразить отсутствие контактов или возможно имевшие место контакты с больными инфекционными заболеваниями.

В стационар ребенок с ОРИ направляется по вызову врача машинной скорой помощи, время вызова и прибытия которой указывается в направлении на госпитализацию. Врач скорой помощи оформляет на госпитализированного ребенка отрывной талон, дубликат которого передает в детскую поликлинику. В течение первых суток после направления в больницу участковый врач осуществляет контроль госпитализации. На детей, выписанных из стационара или ушедших самовольно, в детскую поликлинику передают «актив» для наблюдения и долечивания их участковым педиатром до полного выздоровления.

Для проведения восстановительного лечения целесообразно перевести ребенка на поликлинический этап долечивания. Не позднее чем через сутки после выписки ребенка из стационара участковый врач должен посетить его на дому и после осмотра сделать назначения по режиму, питанию, необходимым лечебно-оздоровительным мероприятиям, учитывая рекомендации врачей стационара.

Обо всех тяжелых больных, которые по каким-то причинам не могли быть госпитализированы, участковый педиатр докладывает заведующему отделением.

В целях оказания детям первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни ребенка и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме – отделения неотложной медицинской помощи (ОНМП) (см. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 марта 2018 г. № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»).

Оказание неотложной медицинской помощи детскому населению осуществляется как на приеме, так и на дому в часы работы детской поликлиники.

Разработан перечень поводов для обращения родителей с детьми, имеющими клинические проявления ОРИ, в ОНМП:

- лихорадка выше 38,5°C на момент вызова, не поддающаяся купированию жаропонижающими средствами, в т.ч. сопровождающаяся рвотой, сыпью, болью в животе;
- лающий, грубый кашель, хриплый голос;
- беззвучный, осипший голос, не связанный с аллергией, инородным телом;
- свистящее дыхание, слышное на расстоянии;
- рвота и жидкий стул у ребенка первого года жизни без признаков обезвоживания;
- рвота, жидкий стул более 5 раз за сутки у детей старше одного года.

Помощь на дому осуществляется по факту поступления вызова, для их приема в ОНМП выделена отдельная телефонная линия. Звонки могут поступать от:

- диспетчера подразделения скорой медицинской помощи города;
- регистратора детской поликлиники, принимающего вызовы врача на дом;
- врача, ведущего амбулаторный прием в поликлинике (если во время приема обратился ребенок, нуждающийся в оказании неотложной помощи);
- непосредственно от родителей пациентов.

В поликлинике должна быть разработана маршрутизация пациентов и модифицирован «Журнал приема участковых вызовов» (табл. 1).

Таблица 1

Журнал приема участковых вызовов

ФИО ребенка	Дата рождения	Адрес, телефон	О О	Жалобы	Симптомы тревоги			
					температура	кашель	рвота	инвалидность

Удобен в работе регистраторов опросник, используемый при приеме вызовов. Он позволяет проводить сортировку вызовов по срочности оказания медицинской помощи: в течение первых двух часов после вызова (бригада/врач ОНМП) или врачом-педиатром участковым в течение дня (табл 2).

Таблица 2

Опросник для регистраторов

Жалобы	Участковый педиатр	Врач ОНМП	СМП
Температура	На момент вызова ниже 38,5°C или хорошо поддается действию жаропонижающих средств, при этом самочувствие ребенка удовлетворительное	На момент вызова выше 38,5°C, не поддается действию жаропонижающих средств, или сопровождается рвотой, сыпью, болью в животе. Возраст ребенка до 1 года.	Тяжелое общее состояние. Ребенок вял, нарушение сознания, бредит, отказывается от питья. Судороги. Звездчатая сыпь. Светобоязнь. Рвота фонтаном.
Кашель	Общее состояние не страдает	Сопровождается осиплостью голоса. Лающий характер. Сопровождается свистящим дыханием, одышкой. Общее состояние страдает незначительно.	Общее состояние страдает из-за дыхательной недостаточности (ребенок задыхается, не может говорить). Ребенок страдает бронхиальной астмой. Не исключено попадание инородного тела.
Рвота, жидкий стул	Ребенок активен	Возраст ребенка до года. Рвота, жидкий стул у ребенка более 5 раз в сутки у ребенка старше одного года. Общее состояние страдает незначительно.	Ребенок вялый, сонливый, не встает, вздрагивает при прикосновении. Беспокоен. Синюшность кожи. Слизистые, губы сухие. Отказ от питья. Запавшие глаза, втянут родничок. Рвота фонтаном.
Болевой синдром	Состояние не страдает.	Колики у ребенка до 1 года, связанные с нарушением режима кормления. Боли в животе у детей при установленных хронических заболеваниях. Состояние страдает незначительно.	Острые боли в животе. Приступы боли у ребенка до года, кричит, притягивает ножки к животу. Отсутствие стула более суток.
Головная боль	Общее состояние не страдает. Ребенок активен.	Сопровождается повышением температуры, болью в ухе, насморком. Односторонняя головная боль. Подобное было ранее. Общее состояние страдает незначительно.	На фоне лихорадки, при этом общее состояние сильно страдает. Нарушено сознание, вялость, бред, судороги, рвота фонтаном, светобоязнь.

Неотложная медицинская помощь на дому оказывается врачом/выездной бригадой ОНМП в течение двух часов с момента регистрации вызова в поликлинике. Основной задачей врача/бригады является установление диагноза, осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния пациента и, при наличии показаний, оформление направления на госпитализацию в стационар по профилю заболевания. При отсутствии эффекта от оказанной медицинской помощи, ухудшении состояния больного и возникновении угрожающих жизни состояний врач-педиатр, осуществляющий оказание неотложной медицинской помощи, организует вызов бригады скорой медицинской помощи или, в случае угрозы жизни пациента, - бригады интенсивной терапии (рис. 1).

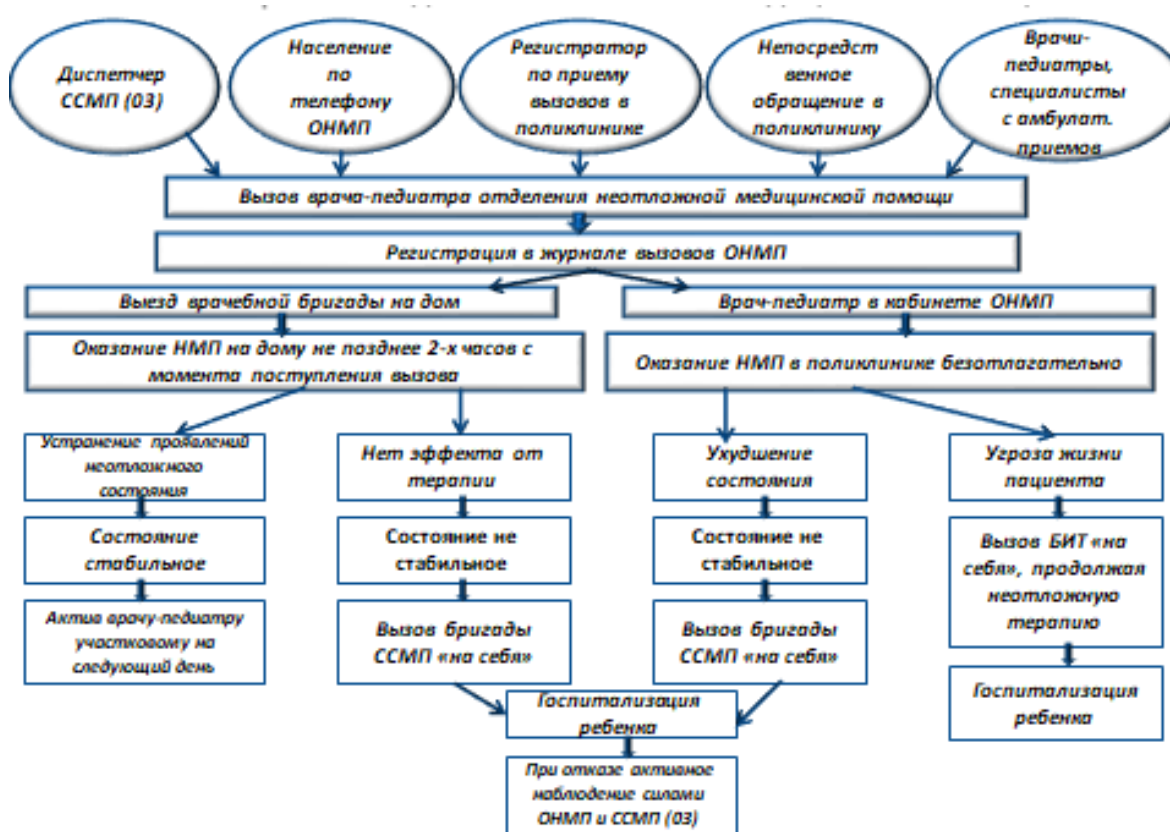


Рис. 1. Организация работы отделения неотложной медицинской помощи.

Наличие в детских поликлиниках ОНМП позволяет значительно улучшить качество медицинской помощи, повысить доступность и оперативность оказания неотложной медицинской помощи детям с ОРИ, прежде всего, за счет существенного сокращения времени ожидания врача при неотложных состояниях (до 2 часов). Отмечается уменьшение доли госпитализации детей с ОРИ за счет случаев, протекающих с бронхообструкцией, выраженной и длительной лихорадкой, явлениями стеноза. Более оперативная работа и соответствующее оснащение выездной бригады ОНМП позволяет купировать эти состояния в домашних условиях.

II. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОРИ. ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

ОРИ 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 большинства пациентов снижается на 2-3-й день болезни; более длительно (до 5-7 дней) фебрилитет держится при гриппе и аденовирусной инфекции. Повышение уровня лихорадки в течение болезни, нарастание симптомов интоксикации у ребенка (вялость, отказ от еды и питья, тошнота, рвота, головная боль, боль в животе и др.) должны настораживать в отношении присоединения бактериальной инфекции. Повторный подъем температуры после кратковременного улучшения нередко бывает при развитии острого среднего отита на фоне продолжительного насморка.

При клинически сходной симптоматике для многих острых вирусных заболеваний характерны более или менее специфичные синдромы, позволяющие с достаточной долей вероятности предположить этиологию (табл. 3).

Таблица 3

Клинические синдромы при поражении дыхательных путей вирусной этиологии

Возбудитель	Серотипы	Основные синдромы поражения ВДП	Другие синдромы	Эпидемиология
Грипп	AI, A2, B	Ринофарингит, круп с лихорадкой	Бронхит, пневмония	Эпидемии зимой каждые 1–2 (серотип A) или 3–5 (серотип B) лет
	C		Лихорадка	Эндемичен
Парагрипп	1–2	Ринофарингит, круп	Трахеобронхит, пневмония	Эндемичен
	3	Ринофарингит, круп	У грудных детей бронхиолит	Эпидемии осенью каждые 2 года
	4	Ринофарингит		Эндемичен, редок
РС-вирус	A, B	Ринофарингит, у грудных детей с лихорадкой, у более старших – часто афебрильный	У грудных детей бронхиолит, пневмония; обострение БА	Ежегодные эпидемии, чаще весной
Аденовирусы	1, 2, 5, 6	Ринофарингит, фарингит с налетами или без	Бронхит, пневмония	Эндемичны, все сезоны
	3, 4, 7, 14	Ринофарингит, фаринго-конъюнктивит, лихорадка	Бронхит, бронхиолит, пневмония	Эпидемии, подъемы заболеваемости каждые 4–5 лет
	6, 21	Ринофарингит	Облитерирующий бронхиолит, пневмония	Эпидемии (редкие)
	31, 40, 41	Гастроэнтерит		

Возбудитель	Серо- типы	Основные синдромы поражения ВДП	Другие синдромы	Эпидемиология
Риновирусы	1–113	Ринофарингит с лихорадкой или без нее	Бронхиолит у грудных детей	Эндемичны, весна-осень
Вирусы ЕСНО	4, 8, 11	Ринофарингит у грудных детей		
	9	ЕСНО-экзантема	Менингит	
Коксаки А	2, 4, 5, 6, 8, 10, 24	Фарингит, герпангина Геморрагический конъюнктивит	Экзантемы, поражения ЦНС, миокардит	Эндемичны с пиком заболеваемости летом и ранней осенью
	16, 21, 16	Герпангина Синдром кисть – стопа – рот	Гепатит, лимфаденит	
Коксаки В	1–5	Фарингит без налетов	Эпидемическая миалгия, миокардит	
Коронавирусы человека		Ринофарингит с лихорадкой или без нее, чаще у детей старше 1 года	Редко поражение нижних дыхательных путей	Эпидемии зимой и в начале весны

Известно, что вирусные инфекции, нарушая деятельность цилиарного аппарата, создают условия для попадания персистирующей в верхних дыхательных путях (ВДП) микробной флоры в другие – обычно стерильные – отделы (полость среднего уха, параназальные синусы, легкие) с развитием в них воспалительного процесса. Этому также способствует и депрессия иммунных реакций, наиболее выраженная в начале вирусной инфекции (особенно гриппозной). При этом в ряде случаев развивается вирусно-бактериальный процесс. Но установка на то, что при всякой вирусной инфекции активируется бактериальная флора (так называемая «вирусно-бактериальная этиология ОРИ» на основании, например, наличия у больного лейкоцитоза) не подтверждается практикой. Бактериальные осложнения ОРИ возникают относительно редко.

Хотя бактериальные ОРИ у детей относительно немногочисленны, но они представляют наибольшую угрозу развития серьезных осложнений. Постановка диагноза бактериального ОРЗ у постели остро заболевшего ребенка представляет большие трудности ввиду сходства многих клинических проявлений бактериальных и вирусных процессов (повышение температуры тела, насморк, кашель, боль в горле) (табл. 4). Трудности усугубляются недоступностью экспресс-методов этиологической диагностики. В этих условиях участковый врач при первом контакте с ребенком, имеющим симптомы ОРИ, склонен переоценивать возможную роль бактериальной флоры и назначать антибиотики чаще, чем это необходимо.

Так, следует помнить о риске развития острого среднего отита на фоне течения назофарингита, особенно у детей раннего возраста,

обычно на 2-5-е сутки болезни. Его частота может достигать 20 – 40%, однако далеко не у всех возникает гнойный отит, требующий назначения антибактериальной терапии.

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

На фоне гриппа частота вирусной и бактериальной (чаще всего обусловленной *Streptococcus pneumoniae*) пневмонии может достигать 12% заболевших вирусной инфекцией детей. Бактериемия осложняет течение ОРВИ в среднем в 1% случаев при РС-вирусной инфекции и в 6,5% случаев при энтеровирусных инфекциях.

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

В тех случаях, когда на фоне характерного для ОРВИ катарального синдрома возникает бактериальная инфекция, это следует указывать при формулировке диагноза. Следует помнить, однако, что далеко не все бактериальные инфекции органов дыхания являются осложнением ОРВИ.

Этиология бактериального ОРИ во многом зависит от того, является оно вне- или внутрибольничным, что следует отражать в диагнозе. При развитии ОРИ вне больницы у ребенка, не получавшего в течение 1 месяца до заболевания антибиотиков, наиболее вероятна роль условно-патогенных вегетирующих в дыхательных путях пневмотропных возбудителей, чувствительных к препаратам первого выбора. В отличие от внебольничной, внутрибольничная (госпитальная, нозокомиальная) инфекция часто вызывается устойчивой флорой, характер которой во многом зависит от той терапии, которая проводилась ребенку. В этих случаях выбор препарата определяется в соответствии с «антибактериальным анамнезом» ребенка.

Таблица 4

**Клинические синдромы при поражении дыхательных путей
бактериальной этиологии**

Возбудитель	Основные синдромы поражения дыхательных путей	Другие синдромы	Эпидемиология
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Отит, синусит, пневмония, конъюнктивит	Менингит	Носительство у 16% здоровых детей раннего возраста, частота заболеваемости возрастает зимой и весной
<i>Streptococcus haemolyticus</i>	Тонзиллит (чаще у детей старше 5 лет), отит	Пневмония, рожа, импетиго	Частота случаев тонзиллита возрастает весной

Возбудитель	Основные синдромы поражения дыхательных путей	Другие синдромы	Эпидемиология
<i>Haemophilus influenzae</i> капсульная	Эпиглоттит, пневмония	Менингит, фасциит	Носительство у 5% детей раннего возраста
<i>Haemophilus influenzae</i> бескапсульная	Синусит, отит, конъюнктивит	Пневмония	Носительство: менее 10% – у детей до 6 мес., 30–60% – у детей 2–6 лет
<i>Moraxella catarrhalis</i>	Отит, синусит (в основном, у получавших ранее антибиотики)	Пневмония у недоношенных детей	Большинство штаммов выделяет лактамазу, чаще вызывает заболевания у получавших антибиотики
<i>Staphylococcus aureus</i>	Отит, гнойный синусит, пневмония	Часто – внутрибольничные инфекции, в т.ч. устойчивые к метициллину	Носительство (вход в нос, влажные участки тела) у детей 1-го года – до 90%, в раннем возрасте – 30–50%
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Ринофарингит, бронхит, конъюнктивит	Атипичная пневмония (дети старше 5 лет)	Пик заболеваемости осенью, учащение каждые 5 лет
<i>Chlamidophilla trachomatis</i>	Конъюнктивит, бронхит, пневмония у детей 0–6 мес.	Генитальная инфекция у подростков	Перинатальное инфицирование грудных детей, половое – у подростков
<i>Chlamidophilla pneumoniae</i>	Фарингит, тонзиллит, лимфаденит, бронхит	Пневмония, отит	Носительство у 5% детей, чаще в коллективах
<i>Chlamidophilla psittaci</i>	Пневмония		Заражение от инфицированных птиц

Диагноз острого назофарингита выставляется при остро возникших насморке и/или кашле на фоне симптомов интоксикации, чаще незначительно выраженных. Большинство заболевших имеют нормальную или субфебрильную температуру. Явления ринита проявляются заложенностью носа, выделениями из носовых ходов, неприятными ощущениями в носоглотке в виде жжения, покалывания, сухости. Скопление слизистого отделяемого, стекая по задней стенке глотки, может вызывать продуктивный кашель. 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, нередко лихорадка.

ка. У старших детей типичными проявлениями являются именно симптомы ринита (пик на 3-й день, длительность до 6-7 дней), у 1/3-1/2 больных – чихание и/или кашель (пик в 1-й день, средняя длительность – 6-8 дней), реже – головная боль (у 20% в 1-й день и у 15% – до 4-го дня).

При фарингите отмечаются гиперемия и отёчность задней стенки глотки, её зернистость, вызванная гиперплазией лимфоидных фолликулов. На задней стенке глотки может быть заметно небольшое количество слизи (катаральный фарингит), фарингит также характеризуется непродуктивным, часто навязчивым кашлем. Этот симптом вызывает крайнее беспокойство родителей, доставляет неприятные ощущения ребенку, поскольку кашель может быть очень частым. Такой кашель не поддается лечению бронходилататорами, муколитиками, ингаляционными глюкокортикостероидами (и не требует их назначения).

Дифференциальный диагноз острого ринофарингита проводят с гриппом (выраженный синдром интоксикации, минимально выраженные катаральные явления в первые дни заболевания, с последующим присоединением явлений ларингита, контакт с больным гриппом), аденовирусной инфекцией (волнообразная лихорадка, выраженный катар со стороны верхних дыхательных путей, явления конъюнктивита) и также с поражениями другой локализации:

- острый средний отит (соответствующие жалобы, данные отоскопии);
- острый ларингит (осиплость голоса, лающий кашель);
- острый ларинготрахеит (осиплость голоса, грубый сухой кашель, может быть навязчивым, частым, изнуряющим пациента);
- острый тонзиллит (преимущественное вовлечение небных миндалин, налеты, реакция регионарных лимфатических узлов);
- бактериальный синусит (отек, гиперемия мягких тканей лица, орбиты, локальная боль, головная боль, выраженный синдром интоксикации);
- поражение нижних дыхательных путей (одышка, участие вспомогательной мускулатуры, бронхолегочный и / или бронхообструктивный синдром).

При отсутствии указанных признаков вероятно вирусное поражение только верхних дыхательных путей (ОРИ – ринит, ринофарингит, фарингит), нередко сопровождающееся конъюнктивитом. Признак «красных глаз» является простым для оценки и, в то же время, весьма специфичным для исключения бактериальной инфекции, не уступая по диагностической ценности лабораторным маркерам воспаления.

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

Лабораторное и инструментальное обследование больного острым назофарингитом имеет целью выявление бактериальных очагов, не определяемых клиническими методами.

Общий анализ мочи (в т.ч. с использованием тестполосок в амбулаторных условиях) рекомендуется проводить всем лихорадящим детям без катаральных явлений с целью своевременной диагностики инфекции мочевыводящих путей. У детей с назофарингитом или ларингитом без лихорадки общий анализ мочи проводится только при наличии жалоб или в связи с сопутствующей патологией мочевыделительной системы.

Общий анализ крови рекомендован при выраженных общих симптомах у детей с лихорадкой. Для гриппа и энтеровирусных инфекций характерна лейкопения. При РС-вирусной инфекции бывает лимфоцитарный лейкоцитоз – 15×10^9 /л и выше. При аденовирусной инфекции также может быть лейкоцитоз $15 - 20 \times 10^9$ /л, с нейтрофилезом, повышением уровня С-реактивного белка выше 30 мг/л.

Такие цифры сами по себе не могут обосновывать назначение антибиотиков, но могут быть поводом для поиска бактериального очага, в первую очередь, «немой» пневмонии, острого среднего отита, инфекции мочевыводящих путей.

Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови рекомендовано проводить для исключения тяжелой бактериальной инфекции у детей с фебрильной лихорадкой (повышение температуры выше 38°C), особенно при отсутствии видимого очага инфекции. Повышение его выше 30-40 мг/л более характерно для бактериальных инфекций.

Показаниями для рентгенографии органов грудной клетки являются:

- признаки респираторного дистресса (одышка, тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании, хрипящее/стонущее дыхание);
- появление физикальных симптомов пневмонии;
- снижение SpO₂ менее 95% при дыхании комнатным воздухом;
- наличие выраженных симптомов бактериальной интоксикации: ребенок вялый и сонливый, недоступен главному контакту, резко выраженное беспокойство, отказ от питья, гиперестезия;
- высокий уровень маркеров бактериального воспаления: повышение в общем анализе крови лейкоцитов более 15×10^9 /л в сочетании с нейтрофилезом 10×10^9 /л и более, уровень С-реактивного белка выше 30 мг/л в отсутствие очага бактериальной инфекции.

Следует помнить, что выявление на рентгенограмме легких усиления бронхосудистого рисунка, расширения тени корней легких, повышения воздушности недостаточно для установления диагноза «пневмония» и не является показанием для антибактериальной терапии.

Отоскопия показана всем пациентам с симптомами назофарингита.

Рентгенография околоносовых пазух больным ОРВИ в остром периоде (первые 10-12 дней) не показана – она часто выявляет обусловленное вирусом воспаление синусов, которое самопроизвольно разрешается в течение 2 недель.

Рутинное вирусологическое и/или бактериологическое обследование всех пациентов нецелесообразно, т.к. не влияет на выбор лечения, исключение составляет экспресс-тест на грипп у высоко лихорадящих детей и экспресс-тест на стрептококк при подозрении на острый стрептококковый тонзиллит.

При подозрении на грипп рекомендуется проведение этиологической диагностики ПЦР-методом – определение РНК вируса гриппа А/вируса В в мазках со слизистой оболочки носоглотки.

III. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Среди острой патологии органов дыхания наиболее часто регистрируется острый назофарингит. Данное заболевание нередко является причиной 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 в достаточности минимальных вмешательств.

Объём лечебных мероприятий определяется характером и тяжестью патологии, возрастом, связанными с ним анатомо-физиологическими особенностями организма, и микросоциальными условиями жизни ребенка.

РЕЖИМ И ДИЕТА

Учитывая легкое течение острого ринофарингита, рекомендуется полупостельный режим (на период лихорадки) с быстрым переходом на общий после снижения температуры тела. Но при этом режим все-таки должен оставаться «щадящим» на 4–5 дней, с удлинением ночного и дневного сна, ограничением подвижных игр, просмотра телевизора и использования гаджетов, с ограничением контактов больного ребенка с посторонними детьми и взрослыми. Через 2-3 дня после нормализации температуры тела показаны прогулки, по 20-30 минут до 2-3 раз в день с соблюдением правил одевания детей «по погоде». Так, число слоев одежды в зимнее время должно составлять 4–5 с учетом обеспечения ветронепроницаемости верхнего слоя в период пребывания на улице. В помещении в зависимости от температуры воздуха ребенок может иметь от 1–2 слоев одежды (температура воздуха в помещении +22°C и выше) до 3 (при температуре воздуха +16–17°C).

На ночной сон важно укладывать детей до 22.00, что связано с выработкой гормона эпифиза мелатонина, который улучшает функционирование иммунной системы.

Если ребенок высоко лихорадит, назначается постельный режим, так как в связи с чрезмерным усилением основного обмена при гипертермии значительно возрастает потребность тканей в кислороде. Усиленная работа дыхательной и сердечно-сосудистой систем не обеспечивает возросшие потребности в кислороде, что ведет к тканевой гипоксии, развитию метаболических нарушений, страданию, в первую очередь, ЦНС, вплоть до отека головного мозга и судорожного синдрома. С другой стороны, постельный и полупостельный характер режима важны в ситуациях критического снижения температуры тела, которое может сопровождаться снижением артериального дав-

ления, вплоть до коллапса. Следует помнить о своевременной смене нательного и постельного белья при повышенной потливости во избежание переохлаждения ребенка.

Особенно важны режимные ограничения в отношении детей с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, так как лихорадка может привести к развитию их декомпенсации. У детей с патологией ЦНС (перинатальное поражение ЦНС, эпилепсия и др.) лихорадка может спровоцировать развитие приступа судорог. Следует учитывать, что чем младше ребенок, тем опаснее для него быстрый и существенный подъем температуры в связи с высоким риском развития прогрессирующих метаболических нарушений, отека мозга.

Необходимо уделять пристальное внимание организации микроклимата в помещении, где находится ребенок с ОРВИ, с одной стороны, в силу несовершенства терморегуляции в детском возрасте, с другой – повышенной потребности в кислороде, ограниченности компенсаторных возможностей органов дыхания. Так, температура в помещении должна быть $+20^{\circ}\text{C}$ и на $2-4^{\circ}\text{C}$ ниже во время сна ребенка. Потребности в более высокой температуре воздуха в комнате, где находится больной ребенок, нет. Из-за более высокой температуры воздуха, а также из-за того, что ребенок тепло укутан, еще более затрудняется теплоотдача с поверхности тела. Имеет значение и то, что ребенок отдает тепло и при дыхании, вдыхая прохладный, а выдыхая воздух, нагревающийся в легких до температуры тела.

Для достижения оптимального микроклимата помещения обязательно проветривание, желательно сквозное, в отсутствие ребенка (4-5 раз в день), влажная уборка (1-2 раза в день), увлажнение воздуха в помещении (открытые емкости с водой, пульверизаторы, бытовые увлажнители воздуха). Рекомендуется поддерживать относительную влажность воздуха в помещении в 40 – 60%. Влажный воздух необходим для поддержания влажности слизистых оболочек дыхательных путей, что снимает раздражение, облегчает кашель и отхождение мокроты. С другой стороны, оптимальная влажность окружающего воздуха уменьшает потери жидкости, связанные с лихорадкой и учащенным дыханием ребенка с ОРВИ.

Особенно важно исключить курение, в т.ч. и пассивное, в присутствии больного ОРВИ ребенка. Как известно, в выдыхаемом сигаретном дыме содержится много токсичных компонентов помимо никотина, в т.ч. оксиды тяжелых металлов, нейротоксины, смолы. Кроме того табачный дым, являясь сильным аллергеном, еще больше повреждает слизистые дыхательных путей, снижает их барьерную защиту.

При ОРВИ пациенту рекомендуется диета по возрасту, механически (протертые, пюрированные блюда, паровые), химически (с исключением раздражающей пищи), термически (умеренно теплая) щадящая, с огра-

ничением поваренной соли, с включением легкоусваиваемых углеводов, достаточно витаминизированная, по показаниям – гипоаллергенная. Этим требованиям удовлетворяет так называемая молочно-растительная диета с использованием свежих фруктов и овощей (в т.ч. в виде пюре и соков). Учитывая имеющееся снижение аппетита, не нужно кормить ребенка насильно, следует предложить любимые блюда. Необходимо помнить о возможностях дотации пре- и пробиотиков с продуктами питания. Такие подходы к организации питания ребенка в период ОРИ продиктованы снижением моторной и ферментативной активности, слюноотделения, кислотности желудочного сока, а также развитием метаболических расстройств (метаболический ацидоз, гипогликемия, выведение воды и хлоридов с потом).

С целью дезинтоксикации и восполнения потерь жидкости рекомендуется обильное питье частыми и малыми порциями, для чего целесообразно использовать клюквенные или брусничные морсы, сладкий чай с лимоном, имбирем, медом, зеленый чай, отвар плодов шиповника, малины, калины, настои цветков липы, бузины, листьев земляники, малины, компоты из сухофруктов, дегазированную столовую минеральную воду (с содержанием солей менее 1г /л). Необходимо избегать газированные напитки, концентрированные сладкие соки. Питье ребенку с ОРИ дается в теплом виде, 30 - 32°C. При бледной лихорадке, чтобы согреть ребенка, дают горячее питье, 37-38°C.

Согласно литературным данным, не рекомендуется чрезмерное потребление жидкости на фоне ОРИ, так как в период болезни отмечается повышение секреции антидиуретического гормона, что способствует задержке жидкости. Но, тем не менее, недостаточно поить ребенка только тогда, когда он попросит. Необходимо информировать родителей о признаках недостаточности жидкости в организме, каковыми являются сухость слизистых оболочек (губ и языка), урежение мочеиспусканий, повышение концентрации солей в моче, что проявляется более выраженной ее окраской. В такой ситуации следует обязательно поить ребенка часто и дробно, глотками, с ложки, из шприца, из поильника, с помощью трубочки. Существуют подходы к расчету количества жидкости, необходимого для восполнения объема так называемых текущих патологических потерь. Так, при повышении температуры тела на 1°C выше 37°C дополнительно дают жидкость из расчета 10 мл/кг массы тела, при одышке – 10 мл/кг на каждые 10 дыханий выше нормы. Ориентировочный объем жидкости на период лихорадки составляет 150 мл/кг/сутки, после снижения температуры – 100 мл/кг/сутки.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ НАЗНАЧЕНИЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ (ПРОТИВОВИРУСНЫХ, ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИХ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ)

Выбор этиотропной терапии при ОРВИ определяется этиологией возбудителя, возрастом ребенка, тяжестью заболевания, наличием сопутствующей патологии.

Противовирусную терапию целесообразно начинать как можно быстрее – в первые – в начале вторых суток болезни, и именно раннее ее применение обуславливает высокую эффективность, в том числе сокращение длительности лихорадки на 24–36 часов. Поскольку этиологическая диагностика ОРВИ и гриппа требует времени и не всегда возможна, противовирусное лечение начинают без идентификации возбудителя, руководствуясь анамнезом и клинической картиной заболевания при среднетяжелом или тяжелом течении заболевания, при наличии сопутствующих хронических болезней (в том числе легких, сердца, почек, иммунодефицит, сахарный диабет), независимо от степени тяжести ОРВИ и гриппа. В то же время большинство более легких инфекций у преморбидно здоровых детей не несет угрозы здоровью пациента и не оправдывают риск побочных явлений со стороны некоторых препаратов.

Этиотропная терапия рекомендована при гриппе А (в т.ч. H1N1) и В в первые 24-48 часов болезни, при этом назначаются ингибиторы нейраминидазы. Эти препараты избирательно подавляют репликацию вирусов на различных этапах их жизненного цикла. Следует помнить, что эти препараты действуют не только на размножающиеся клетки вирусов, но и одновременно влияют на клетки активно растущего организма ребенка, в связи с чем необходимо учитывать возрастные ограничения.

При гриппе детям старше 1 года назначается **осельтамивир** 2 раза в сутки, в течение 5 дней. С 5-летнего возраста в качестве ингибитора нейраминидазы назначают **занамивир** детям с 5 лет 2 раза в день, в течение 5 дней (приложение 6). На другие вирусы, не содержащие нейраминидазы, данные препараты не действуют (табл. 5).

Однозначные данные, подтверждающие противовирусную эффективность и безопасность применения у детей других лекарственных препаратов, в том числе иммуномодуляторов, в настоящее время отсутствуют. По данным большинства публикаций, их использование сокращает время до улучшения самочувствия лишь в пределах одного дня, поэтому не следует их рутинно применять всем пациентам с ОРВИ.

Рекомендовано рассмотреть назначение не позднее 1-2-го дня болезни топических форм **интерферона-альфа** (назальные капли, ректальные свечи) с терапевтической целью, однако, надежных доказательств противовирусной эффективности и безопасности для детей у этих препаратов нет (табл. 5). Парентеральные препараты интерферонов, рекомендованные для лечения более тяжелых инфекций, например, вирус-

ных гепатитов, при ОРВИ не используются и не рекомендованы (приложение 6).

При ОРИ иногда рекомендуются **интерферогены**, но следует помнить, что при их применении лихорадочный период сокращается менее чем на 1 сутки, т.е. их применение при большинстве ОРВИ с коротким фебрильным периодом не оправдано (табл. 5, приложение 6).

Результаты исследований эффективности использования иммуномодуляторов при респираторных инфекциях, как правило, показывают малодостоверный эффект.

Эффективность гомеопатических средств для лечения ОРВИ у детей не доказана.

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

Антибактериальная терапия в случае неосложненной вирусной инфекции не только не предотвращает бактериальную суперинфекцию, но способствует ее развитию из-за подавления нормальной пневмотропной флоры, «сдерживающей агрессию» стафилококков и кишечной флоры. Антибактериальная терапия требуется лишь 6-8% больным с ОРИ бактериального генеза. Отсутствие эффекта от антибиотика при вирусной инфекции дезориентирует врача, он переходит на резервные препараты, которые также не дают эффекта.

Показаниями к системной антибактериальной терапии у детей при ОРИ являются:

- гнойные осложнения (гнойный синусит, гнойный лимфаденит, паратонзиллярный абсцесс, нисходящий ларинготрахеит);
- стрептококковый (группы А) тонзиллит;
- анаэробная ангина;
- эпиглоттит;
- острый гнойный средний отит;
- синусит (при сохранении клинических и рентгенологических изменений в пазухах через 10–14 дней от начала ОРИ);
- респираторный микоплазмоз и хламидиоз (бронхит, атипичная пневмония);
- бактериальная пневмония;
- в отсутствие видимого бактериального очага при наличии:
 - температуры тела выше 38С° в течение 3 дней и более;
 - одышке* без обструкции;
 - асимметрии хрипов;
 - лейкоцитозе ($15 \times 10^9/\text{л}$).

Примечание: * Согласно определению ВОЗ, частота дыхания, дающая основание заподозрить пневмонию, составляет 60 и более в 1 минуту у детей в возрасте 0–2 месяцев, более 50 в 1 минуту у детей в возрасте 3–12 месяцев и более 40 в 1 минуту у детей в возрасте 1–5 лет.

Антибиотики могут быть показаны детям при ОРИ с сопутствующей хронической патологией, затрагивающей бронхолегочную систему (например, муковисцидоз), и с иммунодефицитом. В таких ситуациях есть риск обострения бактериального процесса, и выбор антибиотика обычно предопределен заранее характером флоры. Может рассматриваться вопрос о назначении антибактериальной терапии детям в возрасте до 6 месяцев при неблагоприятном преморбидном фоне (выраженная недостаточность питания, рахит, врожденные пороки развития).

Выбор антибактериальной терапии осуществляется эмпирически, чаще с использованием препаратов первого выбора. Необходимо учитывать, что для каждой локализации бактериального процесса существует относительно немного вероятных возбудителей, что определяет рациональный выбор антибиотика для стартовой терапии. Кроме того, важно учитывать возраст пациента, так как для каждой возрастной группы различен характер флоры, что связано с иммунологическими факторами (табл. 6, 7).

Если нет оснований думать о лекарственной устойчивости при т.н. внебольничной инфекции, назначаются препараты первого выбора - оральные формы пенициллинов, цефалоспоринов I-II поколения, макролидов.

Если устойчивость возбудителей вероятна, например, при внутрибольничной инфекции у ребенка, заболевшего через 1-3 суток после выписки из стационара, или имелась предшествующая терапия антибиотиками за последние 2-3 месяца, назначаются препараты второго выбора, такие как амоксициллина клавуланат, цефалоспорины III поколения.

Врач-педиатр может столкнуться с побочными эффектами от антибактериальной терапии, в т.ч. аллергическими реакциями (ринит, конъюнктивит, крапивница), расстройством пищеварения (тошнота, рвота, стоматит, глоссит, диарея), неврологическими симптомами (бессонница, возбуждение, головные боли, головокружения и др.). При применении антибиотиков пенициллинового ряда возможно развитие кандидоза слизистых.

Таблица 5

Противовирусные препараты, применяемые для лечения острых респираторных инфекций

МНН (торговое название), форма выпуска	Фармакологическое действие	Показания	Противопоказания	Способ применения и доза	Побочные эффекты
Противовирусные препараты прямого действия					
Осельтамивир (Oseltamivirum) Тамифлю Капсулы 30, 60, 75 мг, упаковка 10 капсул порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 12 мг/1 мл, флакон	Противовирусное действие. Ингибирование нейраминидазы вирусов.	Грипп А и В	Гиперчувствительность, почечная недостаточность, возраст до 1 года жизни (за исключением ситуаций тяжелого и прогрессирующего гриппа)	Внутрь, во время еды или независимо от приема пищи. Переносимость препарата можно улучшить, если принимать его во время еды. Прием препарата необходимо начинать не позднее 2 сут с момента развития симптомов заболевания. При весе ≤ 15 кг - 30 мг (2 мл) 2 раза в сутки, при весе >15-23 кг – 45 мг (3 мл) 2 раза в сутки, при весе >23-40 кг – 60 мг (4 мл) 2 раза в сутки, при весе >40 кг – 75 мг (5 мл) 2 раза в сутки, курс 5 дней.	Тошнота, рвота, головная боль.
Занамивир (Zanamivirum) Реленза Порошок для ингаляций дозированный 5мг/доза, 5 ротадисков, каждый с 4 ячейками, ингалятор «Дискхалер»	Противовирусное действие. Ингибирование нейраминидазы вирусов.	Грипп А и В	Повышенная чувствительность, детский возраст до 5 лет	Ингаляционно по 2 ингаляции (всего 10 мг) 2 раза в день, в течение 5 дней.	Аллергические реакции, психоневрологические симптомы, аритмия, обморок, бронхоспазм, одышка.
Умифеновир (Umifenovirum) Арбидол Капсулы 100 мг, 200 мг, таблетки 50 мг, Суспензия 25 мг/5 мл, флакон 100 мл	Противовирусное действие. Интерферониндуцирующая активность, повышение числа лимфоцитов в крови, в т.ч. Т-клеток (CD3), повышение числа Т-хелперов (CD4), нормализация иммунорегляторного индекса, стимуляция фагоцитоза и повышение числа естественных киллеров (NK-клеток)	Грипп А и В, другие ОРВИ (в т.ч. осложненные бронхитом, пневмонией)	Повышенная чувствительность, детский возраст до 2 лет	Внутрь до приема пищи. Разовая доза: детям от 2 до 6 лет - 50 мг, от 6 до 12 лет - 100 мг, старше 12 лет и взрослым - 200 мг (2 капсулы или таблетки по 100 мг или 4 капсулы или таблетки по 50 мг). Кратность применения 4 раза в сутки (каждые 6 ч) в течение 5 суток.	Аллергические реакции.

МНН (торговое название), форма выпуска	Фармакологическое действие	Показания	Противопоказания	Способ применения и доза	Побочные эффекты
Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты (Imidazolyl ethanamide pentandioic acid) Ингавирин Капсулы 60 мг Сироп 30 мг/5 мл, флакон 90 мл	Противовирусное, иммуномодулирующее, противовоспалительное. Повышение экспрессии рецептора интерферона первого типа на поверхности эпителиальных и иммунокомпетентных клеток, повышение чувствительности клеток к сигналам эндогенного интерферона, индукция противовирусных генов, стимуляция выработки антивирусного эффекторного белка МхА, ингибирующего внутриклеточный транспорт рибонуклеопротеидов различных вирусов, замедление репликации вирусов. Нормализация уровня интерферона в крови, стимуляция и нормализация сниженной α- и γ-интерферон продуцирующей способности лейкоцитов. Увеличение количества Т-киллеров. Подавление продукции провоспалительных цитокинов.	Грипп типа А и В, др. ОРВИ, вызванные аденовирусом, вирусом парагриппа, RS вирусом, коронавирусом, метапневмовирусом, энтеровирусом и риновирусом.	Повышенная чувствительность, наследственная непереносимость фруктозы, лактазная недостаточность, мальабсорбция глюкозы-галактозы, детский возраст до 3 лет	Внутрь, независимо от приема пищи. Прием препарата начинают с момента появления первых симптомов заболевания, желательно не позднее 2 суток от начала болезни. Дети от 7 до 17 лет: по 1 капсуле (60 мг) 1 раз в день в течение 5-7 дней (в зависимости от тяжести состояния). Детям от 3 до 7 лет: по 30 мг (5 мл сиропа) 1 раз в день. Курс 5-7 дней.	Аллергические реакции.

МНН (торговое название), форма выпуска	Фармакологическое действие	Показания	Противопоказания	Способ применения и доза	Побочные эффекты
Препараты интерферона					
Интерферон альфа-2b (Interferonum alpha-2b) Гриппферон Капли назальные 10000 ME/1 мл	Противовирусное, иммуномодулирующее, антипролиферативное действие. Ингибирование трансляции (биосинтез) вирусного белка и индукция апоптоза (гибель) зараженных вирусом клеток организма. Активация макрофагов, цитотоксических Т-клеток, НК-клеток (естественных киллеров), усиление фагоцитоза и экспрессии антигенов главного комплекса гистосовместимости, стимуляция пролиферации и дифференцировки клеток костного мозга.	Грипп и других ОРВИ, вирусные гепатиты.	Индивидуальная непереносимость, тяжелые формы аллергических заболеваний.	Интраназально при первых признаках заболевания: от рождения до 1 года — по 1 капле (1000 ME) в каждый носовой ход 5 раз в день, от 1 до 3 лет — по 2 капли (2000 ME) в каждый носовой ход 3–4 раза в день; от 3 до 14 лет — по 2 капли (2000 ME) в каждый носовой ход 4–5 раз в день; 15 лет и старше — по 3 капли (3000 ME) в каждый носовой ход 5–6 раз в день. Курс 5 дней. После каждого закапывания рекомендуется помассировать пальцами крылья носа в течение нескольких минут для равномерного распределения препарата в носовой полости. Не рекомендуется применение совместно с интраназальными сосудосуживающими препаратами из-за высушивания слизистой оболочки носа.	Аллергические реакции.
Интерферон альфа-2b (Interferonum alpha-2b) Виферон Суппозитории 150000 ME, 500000 ME	- « - + Повышение специфической противовирусной активности и иммуномодулирующее действие за счет вспомогательных веществ (альфа-токоферола ацетат, лимонная, бензойная, аскорбиновая кислоты).	Грипп и др. ОРВИ, герпетическая инфекция.	Индивидуальная непереносимость компонентов препарата	Ректально дети до 7 лет - ежедневно по 1 супп. (150000 ME) 2 раза в сутки через 12 ч, дети старше 7 лет - ежедневно по 1 супп. (500000 ME) 2 раза в сутки через 12 ч. Курс лечения — 5 сут. По клиническим показаниям терапия может быть продолжена. Перерыв между курсами составляет 5 суток.	Аллергические реакции (кожные высыпания, зуд).

МНН (торговое название), форма выпуска	Фармакологическое действие	Показания	Противопоказания	Способ применения и доза	Побочные эффекты
Интерферон альфа-2b+таурин (Interferonum alpha-2b+Taurine) Генферон лайт Суппозитории ректальные 125000 ME, 250000 ME Капли назальные 10000ME/1 мл Спрей назальный дозированный 50000ME/доза	Противовирусное, антиоксидантное, иммуномодулирующее. Подавление репликации вирусов за счет ингибирования внутриклеточных ферментов. Усиление клеточно-опосредованных реакций иммунной системы, в т.ч. активация CD8+ Т-киллеров, NK-клеток (естественных киллеров), усиление дифференцировки В-лимфоцитов и продукции ими антител, активация моноцитарно-макрофагальной системы и фагоцитоза, а также повышение экспрессии молекул главного комплекса гистосовместимости I типа. Восстановление продукции секреторного IgA.	Грипп и др. ОРВИ	Индивидуальная непереносимость, обострение аллергических и аутоиммунных заболеваний (для суппозиторий), детский возраст до 1 месяца (для капель назальных), детский возраст до 14 лет (для спрея назального), носовые кровотечения (для спрея назального).	Лечение (начинают при первых признаках заболевания) Свечи: ректально дети до 7 лет - ежедневно по 1 супп. (125000 ME) 2 раза в сутки через 12 ч, дети старше 7 лет - ежедневно по 1 супп. (250000 ME) 2 раза в сутки через 12 ч. Курс лечения — 5 сут. Спрей: интраназально, путем аэрозольного введения 1 дозы (1 доза = 1 короткое нажатие на дозатор). По одной дозе в каждый носовой ход 3 раза в день в течение 5 дней. Капли назальные: Детям от 29 дней до 12 месяцев - по 1 капле в каждый носовой ход 5 раз в день (разовая доза 1 000 ME, суточная 5 000 ME), от 1 до 3 лет - по 2 капли в каждый носовой ход 3-4 раза в день (разовая доза 2 000 ME, суточная 6 000-8 000 ME), от 3 до 14 лет - по 2 капли в каждый носовой ход 4-5 раз в день (разовая доза 2 000 ME, суточная доза - 8 000-10 000 ME). Курс 5 дней.	Аллергические реакции. Капли: местные аллергические реакции (ощущение жжения, зуд).
Интерферон альфа-2b+комплексный иммуноглобулиновый препарат (Interferon alfa-2b + Immunoglobulin human normal [IgG+IgA+IgM]) Кипферон Суппозитории ректальные 500000 ME + 60 мг	Противовирусное, иммуномодулирующее, противовоспалительное, антибактериальное, антихламидийное действие. Прямое действие на возбудителей заболевания и стимуляция механизмов местного и общего иммунитета.	ОИДП вирусной и бактериальной этиологии, кишечные инфекции вирусной и бактериальной этиологии, хламидиоз	Индивидуальная непереносимость.	Ректально Лечение: дети до 1 года – 500000 ME в сутки, 1-3 года – 1000000 ME в сутки, старше 3 лет – 1500000 ME в сутки. Кратность 1-3 раза в сутки. Курс 5 дней, затем для иммуномодуляции 2 раза в неделю в течение 3 нед.	Аллергические реакции

МНН (торговое название), форма выпуска	Фармакологическое действие	Показания	Противопоказания	Способ применения и доза	Побочные эффекты
Индукторы интерферона					
Тилорон (Tiloronum) Амиксин Таблетки 60 мг	Противовирусное, иммуномодулирующее. Индукция образования интерферонов (α , β и γ) клетками эпителия кишечника, гепатоцитами, Т-лимфоцитами и гранулоцитами. Стимуляция гуморального иммунитета, повышение продукции IgM, IgA, IgG, восстановление соотношения Т-хелперов/Т-супрессоров. Подавление репликации вирусов за счет ингибирования трансляции вирус-специфических белков в инфицированных клетках.	Грипп и ОРВИ	Гиперчувствительность, детский возраст до 7 лет, наследственная непереносимость лактозы, дефицит лактазы, глюкозо-галактозная мальабсорбция.	Внутрь. Таблетки необходимо принимать после еды. Неосложненные формы: по 60 мг раз в сутки в первый, второй и четвертый дни лечения. Суммарная курсовая доза – 180 мг. Осложненные формы: по 60 мг раз в сутки в первый, второй, четвертый и шестой дни лечения. Суммарная курсовая доза – 240 мг.	Диспептические явления, кратковременный озноб, аллергические реакции.
Кагоцел (Kagocel) Таблетки 12 мг	Противовирусное, иммуномодулирующее действие. Индукция продукции т.н. поздних интерферонов, являющихся смесью α - и β -интерферонов в Т- и В-лимфоцитах, макрофагах, гранулоцитах, фибробластах, эндотелиальных клетках.	Грипп и др. ОРВИ	Повышенная чувствительность к компонентам препарата, дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция, детский возраст до 3 лет.	Внутрь, независимо от приема пищи. дети от 3 до 6 лет - в первые 2 дня по 1 табл. 2 раза в день, в последующие 2 дня — по 1 табл. 1 раз в день. Всего на курс — 6 табл., длительность курса — 4 дня. Дети старше 6 лет - в первые 2 дня по 1 табл. 3 раза в день, в последующие 2 дня — по 1 табл. 2 раза в день. Всего на курс — 10 табл., длительность курса — 4 дня.	Аллергические реакции

Таблица 6

Основные возбудители бактериальных ОРЗ у детей

Заболевания	Streptococcus pneumoniae	Haemophilus influenzae нетипир.	Haemophilus influenzae типа b	Streptococcus haemolyticus гр. A	Moraxella catarrhalis	Staphylococcus aureus	Mycoplasma pneumoniae	Chlamidophilla pneumoniae	Chlamidophilla trachomatis
Отит острый средний	+++	+++		+	+				
Синусит гнойный	+++		+	+++		+++			
Синусит не- гнойный	+++	+++		+		+			
Тонзиллит острый				+++					
Лимфаденит				+++		+			
Эпиглоттит	++		+++						
Бронхит							+++	+	
Пневмония: 1–6 мес. 6 мес.–5 лет 6–15 лет	++ +++ +++	+/- +/-	+ +	 +		+ 	 + ++	+/- ++	++

Таблица 7

Выбор орального антибиотика при бактериальных ОРЗ у детей

Заболевания	Амоксициллин	Амоксициллин/клавуланат	Цефалексин	Цефуроксим*	Азитромицин	Джозамицин	Кларитромицин
Отит острый средний	+++	+++	+	+++	++	+	
Синусит негнойный	+++	+++		+++			
Тонзиллит БГСА	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++
Бронхит микоплазменный					+++	+++	+++
Бронхит хламидийный					+++	+++	+++
Пневмония типичная внебольничная 1–6 мес. до 5 лет 6–15 лет	 +++ +++	+++ +++		+++		++ ++	
Пневмония атипичная внебольничная 1–6 мес. старше 6 мес.					++ +++	+++ +++	+++

ПОДХОДЫ К СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Учитывая частое наличие острого ринита при ОРВИ, рекомендуется проводить элиминационную терапию для улучшения носового дыхания, т.к. данная терапия эффективна и безопасна. Введение в нос 0,9% раствора натрия хлорида или стерильного раствора морской воды несколько раз в день обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия. Вводить натрия хлорид (0,9%) лучше в положении лежа на спине с запрокинутой назад головой для орошения свода носоглотки и аденоидов. У маленьких детей с обильным отделяемым эффективна аспирация слизи из носа аспиратором или специальным ручным отсосом с последующим введением 0,9% раствора натрия хлорида (рис. 2). Положение в кроватке с поднятым головным концом способствует отхождению слизи из носа. У старших детей оправданы спреи с изотоническими солевыми растворами.



Рис. 2. Элиминационная терапия при рините у детей.

Рекомендуется назначение местных интраназальных препаратов, обладающих сосудосуживающим действием, т.н. деконгестантов, коротким курсом – не более 5 дней. Данные препараты не укорачивают длительность насморка, но могут облегчить симптомы заложенности носа, а также восстановить функцию слуховой трубы. У детей 0-6 лет применяют фенилэфрин 0,125%, оксиметазолин 0,01-0,025%, ксилометазолин 0,05% (с 2 лет), у старших – более концентрированные растворы (фенилэфрин 0,25%, оксиметазолин 0,5%, ксилометазолин 0,1%) (табл. 8). Применение деконгестантов может привести к развитию побочных эффектов в виде медикаментозного ринита, а также беспокойства, бессонницы, головной боли, тошноты, усталости. При длительном и бесконтрольном их использовании нарушается деятельность сердечно-

сосудистой системы в виде артериальной гипертензии, тахикардии, возникает тремор, прогрессирует атрофия слизистой носа. Применение системных препаратов, содержащих деконгестанты (например, псевдоэфедрин, фенилэфрин) у детей до 12 лет нежелательно, также из-за высокого риска побочных эффектов.

Таблица 8

Препараты для лечения ринита
(Справочник Видаль; Регистр лекарственных средств России
«Энциклопедия лекарств»; www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Название	Способ применения
Аква Марис (вода морская с натуральными микроэлементами) капли назальные для детей от 0 до 1 года во фл. 10 мл, спрей назальный дозированный во фл. 30 мл	В виде капель: для лечения – по 2 капли в каждый носовой ход 4 раза в день; для профилактики – по 2 капли 2–3 раза в день. В виде спрея: для лечения – детям 1–7 лет – по 2 впрыскивания 4 раза в сутки, 7 лет и старше – по 2 впрыскивания 4–6 раз в сутки; для профилактики – детям 1–7 лет – по 1–2 впрыскивания 2–3 раза в сутки, 7 лет и старше – по 2 впрыскивания 2–4 раза в сутки
Виброцил (диметинден, фенилэфрин) капли назальные с рождения, спрей назальный	Детям старше 2 месяцев. До 1 года – по 1 капле 3–4 раза в день, 1 года – 6 лет – по 1–2 капли 3–4 раза в день, старше 6 лет – по 3–4 капли 3–4 раза в день. Раствор-капли назальные закапывают в нос, запрокинув ребенку голову, сохраняя это положение в течение нескольких минут. Спрей: по 1–2 впрыскивания в каждую ноздрю 3–4 раза в сутки
Галазолин* (ксилометазолин) капли назальные 0,05%, 0,1%-ный раствор	Детям 2–6 лет – по 1–2 капли в каждую ноздрю 1–2 раза в сутки, старше 6 лет – по 2–3 капли в каждую ноздрю 2–3 раза в сутки
Длянос* (ксилометазолин, бензалкония хлорид) капли 0,05% раствор, спрей назальный 0,1%	По 1–2 капли в каждый носовой ход 2–3 раза в день или по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки
Квикс спрей назальный фл. с дозатором 30 мл (вода Атлантического океана с минералами и микроэлементами) гипертонический раствор	С 3-х месяцев. По 1–2 орошения носовых ходов 2–3 раза в день
Ксилен* (ксилометазолин) капли 0,05, 0,1%-ный раствор	По 1–2 капли в обе ноздри 2–3 раза в день
Ксимелин* (ксилометазолин) капли назальные 0,05, 0,1%-ный раствор, спрей назальный 0,05, 0,1%-ный	По 1–2 капли в каждый носовой ход 2–3 раза в день или по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки
Маример, аквафор, аквамарис (вода морская стерильная) капли назальные для детей от 0 до 1 года во флаконах-капельницах 5 мл, спрей назальный во фл. 100 мл	До 1 года – по 2 капли в каждый носовой ход 4 раза в сутки, старше 1 года – по 4 капли в каждый носовой ход 4–6 раз в сутки. Спрей: старше 1 года по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 4–6 раз в сутки
Називин* (оксиметазолин) капли 0,01, 0,025, 0,05%-ный раствор, спрей назальный 0,05%-ный, спрей назальный с ментолом и эвкалиптом 0,1%-ный	По 1–2 капли в каждый носовой ход 2–3 раза в день или по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки
Назол Бэби (фенилэфрин) капли назальные 0,125%-ный раствор	С рождения. Детям до 1 года – по 1 капле с интервалом не менее 6 часов, от 1 года до 6 лет – по 1–2 капли, старше 6 лет и взрослые – по 3–4 капли в каждый носовой ход
Назол Кидс (фенилэфрин) спрей назальный 0,25%-ный	Детям от 2 до 6 лет (под надзором взрослых) – 1–2 дозы спрея или 1–2 капли (перевернув флакон) в каждый носовой ход, не чаще, чем через каждые 6 часов. Детям 6–12 лет – по 2–3 дозы спрея в каждый носовой ход, не чаще, чем каждые 4 часа
Назол* (оксиметазолин) спрей назальный 0,05%-ный	Детям от 6 до 12 лет – по 1 впрыскиванию в каждую ноздрю, старше 12 лет – по 2–3 впрыскивания с интервалом между применениями не менее 10–12 часов

Для снижения температуры тела лихорадящего ребенка рекомендуется раскрыть, обтереть водой 25-30°C, напоить теплой водой.

С целью снижения температуры тела у детей рекомендуются к применению только два препарата – парацетамол до 60 мг/кг/сут или ибупрофен до 30 мг/кг/сут вследствие доказанной безопасности. Жаропонижающие препараты у здоровых детей ≥ 3 месяцев оправданы при температуре выше 39 - 39,5°C. При менее выраженной лихорадке (38-38,5°C) средства, снижающие температуру, показаны детям до 3 месяцев, пациентам с хронической патологией, а также при связанном с температурой дискомфорте (цефалгии, миалгии, артралгии). Регулярный (курсовой) прием жаропонижающих нежелателен, повторную дозу вводят только после нового повышения температуры (приложение 6).

Парацетамол и ибупрофен могут применяться внутрь или в форме ректальных суппозиторий, существует также парацетамол для внутривенного введения. Если с лихорадкой справиться не удастся, целесообразен постепенный переход с одного жаропонижающего лекарственного препарата на другой, с продолжением монотерапии. Чередование этих двух антипиретиков или применение комбинированных препаратов не имеет существенных преимуществ перед монотерапией одним из этих лекарственных средств.

Необходимо помнить, что самая главная проблема при лихорадке – вовремя распознать бактериальную инфекцию. Таким образом, диагностика тяжелой бактериальной инфекции гораздо важнее борьбы с лихорадкой. Применение жаропонижающих вместе с антибиотиками чревато маскировкой неэффективности последних.

У детей с жаропонижающей целью не рекомендуется применять:

- ацетилсалициловую кислоту в связи с высоким риском развития нежелательных реакций;
- нимесулид в связи с вероятным риском развития нежелательных реакций;
- метамизол натрия у детей в связи с высоким риском развития агранулоцитоза (во многих странах мира метамизол натрия запрещен к применению уже более 50 лет назад).

Парацетамол, оказывающий болеутоляющее, жаропонижающее и слабое противовоспалительное действие, используется в разовой дозе 10–15 мг/кг, не более 4 раз в сутки (максимальная суточная доза – 60 мг/кг/сут.). В виде сиропа, гранулята для приготовления раствора, шипучих таблеток он действует уже через 30–60 минут, в свечах – через 2–3 часа, в связи с чем их удобно вводить на ночь. Среди побочных эффектов этого препарата можно назвать тошноту, рвоту, боли в эпигастрии, нарушение функции печени, аллергические реакции, редко – развитие анемии, тромбоцитопении, метгемоглобинемии; при длительном применении в высоких дозах возможно гепатотоксическое действие. При одно-

временном применении парацетамол снижает противовирусную активность производных римантадина.

Среди противопоказаний к назначению парацетамола отмечены нарушения функции печени и/или почек, заболевания крови, возраст до 3 месяцев, индивидуальная гиперчувствительность к препарату. Одновременное использование парацетамола с барбитуратами, противосудорожными препаратами и рифампицином повышает риск развития гепатотоксических эффектов (табл. 9).

Таблица 9

**Парацетамол (ацетоминифен) и его торговые наименования
(Справочник Видаль; Регистр лекарственных средств России
«Энциклопедия лекарств»; www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)**

Форма выпуска	Доза, особенности приема
Парацетамол	
Калпол суспензия для приема внутрь (в 5 мл – 120 мг) во флаконах 100 мл с мерной ложкой	Детям от 3 мес. до 1 года – 60–120 мг (2,5–5 мл), от 1 года до 6 лет – 120–240 мг (5–10 мл); запить большим количеством жидкости, через 1–2 часа после приема пищи
Панадол ректальные свечи (1 свеча – 125 мг парацетамола)	Детям старше 3 мес. по 1 свече после очистительной клизмы или самопроизвольного опорожнения кишечника
Панадол суспензия для приема внутрь (в 5 мл – 120 мг)	Детям 3 мес. – 1 года – 1/2–1 мерная ложка (5 мл), 1 года – 6 лет – 1–2 мерные ложки (5–10 мл), 6–12 лет – 2–4 мерные ложки (10–20 мл)
Парацетамол суспензия для приема внутрь 2,4 % – 100 мл (в 5 мл – 120 мг)	Детям до 6 мес. – 60 мг (2,5 мл), от 6 мес. до 1 года – 60–180 мг (2,5–7,5 мл), от 1 года до 6 лет – 120–240 мг (5–10 мл), от 6 до 14 лет – 250–480 мг (10–20 мл), старше 14 лет – 480–960 мг (20–40 мл)
Парацетамол таблетки 0,5 г	Детям от 3 мес. до 1 года – 24–120 мг, от 1 года до 6 лет – 120–240 мг, от 6 до 12 лет – 240–480 мг, старше 12 лет – 0,5–1,0 г
Цефекон Д свечи детские (1 свеча – парацетамол 50, 100, 250 мг)	Детям 6 мес. – 1 года – по 1 свече (50 мг) или 1/2 свечи (100 мг), 1–3 года – по 1 свече (100 мг), 3–5 лет – по 2 свечи (100 мг), 5–10 лет – по 1 свече (250 мг), 10–12 лет – по 2 свечи (250 мг)
Эффералган раствор для приема внутрь (в 1 мл – 30 мг) во флаконах 90 мл с мерной ложкой	Детям до 1 года – 1/2 мерной ложки, от 1 до 3 лет – 1 мерная ложка, старше 3 лет – 1 мерная ложка, можно в чистом виде, с водой или молоком
Эффералган суппозитории для детей (1 свеча – парацетамол 80, 150, 300 мг)	Детям 3–6 мес. – по 1 свече (80 мг) до 2 раз в сут., 6–12 месяцев – по 1 свече (80 мг) 2–3 раза в сут., 1–2 года – по 1 свече (150 мг) 3–4 раза в сут., 6–8 лет – по 1 свече (300 мг) 2–3 раза в сут., 8–12 лет – по 1 свече (300 мг) до 3 раз в сут., 12–15 лет – по 1 свече (300 мг) 3–4 раза в сут..

Ибупрофен оказывает противовоспалительное, болеутоляющее, жаропонижающее действие, разовая доза – 5–10 мг/кг, используется не более 3 раз в сутки (максимальная суточная доза – 30 мг/кг/сут.) для детей старше 3 месяцев. Ибупрофен может быть «стартовым» препаратом, если назначение парацетамола противопоказано или малоэффективно. Целесообразно его использование при инфекциях с выраженным воспалительным компонентом, при высокой температуре тела, сопровождающейся болевыми реакциями. Среди побочных эффектов имеют место изжога, тошнота, анорексия, рвота, нарушение функции печени, редко – развитие эрозивно-язвенных поражений ЖКТ, головная боль, головокружение, сонливость, возбуждение, нарушения зрения, анемия,

нарушение функции почек, метгемоглобинемия, тромбоцитопения, редко – агранулоцитоз, бронхоспазм, местные аллергические реакции.

Противопоказаниями к назначению ибупрофена являются обострения эрозивно-язвенных поражений ЖКТ, неврит лицевого нерва, нарушения кроветворения, выраженные нарушения функции печени и/или почек, сердечная недостаточность, повышенная чувствительность, геморрагический диатез. Установлено, что ибупрофен способствует повышению токсичности дигоксина, а при одновременном применении с калийсберегающими диуретиками возможно развитие гиперкалиемии. В то же время ибупрофен ослабляет действие других диуретиков и антигипертензивных средств (табл. 10).

Таблица 10

Ибупрофен
(Справочник Видаль; Регистр лекарственных средств России
«Энциклопедия лекарств»; www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Форма выпуска	Доза, особенности приема
Ибуклин табл. диспергируемые для детей (парацетамол 125 мг, ибупрофен 100 мг)	Детям старше 6 лет – по 1 табл., старше 12 лет – по 2 табл.
Ибупрофен таблетки по 0,2 г	Детям старше 12 лет – по 200–400 мг каждые 4–6 часов, но не более 1,2 г в сутки
Ибупрофен таблетки шипучие (200 мг ибупрофена)	Детям старше 12 лет – по 200–400 мг каждые 4–6 часов, но не более 1,2 г в сутки, предварительно растворив в 1 стакане воды
Ибуфен 2%-ная суспензия для приема внутрь (в 5 мл – 100 мг) во флаконе 100 мл с мерной ложкой	Детям до 6 мес. – только по назначению врача, 6–12 мес. – по 2,5 мл, 1–3 года – по 5 мл, 4–6 лет – по 7,5 мл, 7–9 лет – по 10 мл, 10–12 лет – по 15 мл.
Нурофен суспензия для детей (в 5 мл – 100 мг) во флаконах с мерным шприцем или ложкой	Детям от 6 до 12 мес. – по 2,5 мл, от 1 года до 3 лет – по 5 мл, от 4 до 6 лет – по 7,5 мл, от 7 до 9 лет – по 10 мл, от 10 до 12 лет – по 15 мл
Нурофен табл. в оболочке и шипучие 200 мг	Детям старше 12 лет – по 1 табл., не более 4 раз в сутки, таблетки в оболочке запивать водой, таблетки шипучие растворить в 1 стакане воды
Нурофен Плюс таблетки (ибупрофен 200 мг, кодеин 10 мг)	Детям старше 12 лет – по 1–2 табл.
Нурофен Ультракап капсулы 200 мг	Детям старше 12 лет – по 1 капс. 3–4 раза в день

Для устранения кашля при фарингите, который связан с «першением в горле» из-за воспаления слизистой оболочки глотки или ее пересыхания при дыхании ртом рекомендуется рассмотреть назначение теплого питья, полоскание ротоглотки антисептическими растворами (2% раствор пищевой соды, раствором фурацилина 1:5000), отварами трав (шалфея, ромашки, календулы) 3–4 раза в день, или, после 4 лет, использование леденцов, пастилок или спреев, содержащих антисептические препараты (табл. 11).

Местная терапия фарингитов
(Справочник Видаль; Регистр лекарственных средств России
«Энциклопедия лекарств»; www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Препарат	Действие	Способ применения, доза, побочные эффекты (ПЭ)
Гексорал (гекседитин) 0,2%-ный спрей, 0,1%-ный раствор для местного применения	Антибактериальное, противогрибковое, слабое анестезирующее	Спрей для орошения зева детям старше 3 лет 2 раза в сутки после приема пищи. Раствор для полоскания полости рта и глотки (15 мл неразведенного раствора в течение 30 с, не проглатывать). ПЭ: местные аллергические реакции
Ингалипт аэрозоль (стрептоцид, норсульфазол натрия, масло эвкалиптовое, масло мятное, спирт этиловый 95%-ный, глицерин)	Антисептическое, противомикробное, противовоспалительное	Детям старше 7 лет для орошения зева 2–3 раза в день
Иодиол раствор (йод, калия йодид, спирт поливиниловый)	Антисептическое	Детям старше 6 лет для смазывания, полоскания ротовой полости 2–3 раза в день. ПЭ: кожные высыпания, ринит, чувство жжения, аллергические реакции
Иокс аэрозоль (поливидон-йод, аллантоин, пропиленгликоль)	Противомикробное, противовоспалительное	Детям старше 8 лет по 1 впрыскиванию направо и налево в полость рта и глотки 2–4 раза в сутки. ПЭ: местные аллергические реакции, раздражающее действие
Каметон аэрозоль (хлорбутанол, камфора, ментол, масло эвкалиптовое)	Антисептическое, противомикробное	Детям старше 5 лет для орошения зева 2–3 раза в день
Мирамистин 0,01%-ный раствор	Антисептическое	Для орошения зева. 3–4 раза в день по 2–3 впрыскивания, для полоскания зева 2–3 раза в день, развести водой в соотношении 1:5
Пропосол аэрозоль (прополис, глицерин, этиловый спирт 95%-ный)	Антисептическое, противомикробное, противовоспалительное	Старше 5 лет для орошения зева 2–3 раза в день.
Ротокан раствор (экстракты ромашки, календулы, тысячелистника)	Противовоспалительное	Для полоскания 1 ч.л. препарата на 1 ст. теплой воды 3–4 раза в день
Септолете пастилки (бензалкония хлорид, ментол, эфирные масла мяты перечной и эвкалипта, тимол)	Антисептическое, обезболивающее, облегчающее дыхание	Детям 4–10 лет – до 4 пастилок в день, 10–12 лет – до 6 пастилок в день, старше 12 лет – до 8 пастилок в день, рассасывать в полости рта с интервалом от приема пищи
Стоматидин 0,1%-ный раствор	Антисептическое, противомикробное и слабое обезболивающее	Детям старше 4 лет, для полоскания в количестве 10–15 мл неразведенного раствора 2 раза в день
Стопангин аэрозоль (гексидин, эфирные масла, метилсалицилат)	Антисептическое, противогрибковое, анальгезирующее, обволакивающее	Детям старше 8 лет для орошения зева 2–3 раза в сутки, после приема пищи или в промежутках между приемами. ПЭ: ощущение жжения. Противопоказан при сухом фарингите атрофического типа
Стрепсилс пастилки (2,4 дихлорбензилэтанол, амилметакрезол, масло мяты, аниса, аскорбиновая кислота, мед, ментол)	Антисептическое, противомикробное, противогрибковое, местноанестезирующее	Детям старше 5 лет каждые 2–3 часа по 1 таблетке рассасывать в полости рта. ПЭ: редко аллергические реакции
Фарингосепт таблетки (амбазон)	Антисептическое	Детям старше 3 лет – не более 3 табл. в день, старше 12 лет – 4–5 табл. в сутки. Таблетки медленно рассасываются во рту через 15–30 мин после еды. ПЭ: аллергические реакции, кожная сыпь.
Фурацилин раствор (нитрофуразон)	Антисептическое	Для полоскания ротовой полости – 3–4 раза в день, предварительно растворить 1 таблетку (0,02) в 100 мл воды
Хлорофиллипт 1%-ный спиртовой раствор (препарат из листьев эвкалипта шарикового, этанол)	Антисептическое	Для полоскания развести водой в соотношении 1:20

При назначении местной терапии необходимо учитывать аллергенность и раздражающее действие ряда препаратов (препараты йода, прополиса и др.). Лекарственные средства с растительными антисептиками высокоэффективны и безвредны, но их назначение не показано детям, страдающим поллинозами, бронхиальной астмой, рецидивирующими стенозирующими ларинготрахеитами. Комбинированные препараты с дихлорбензилалкоголем и амилметакрезолом в сочетании с различными добавками способны снимать неприятные ощущения в горле, имеют выраженное антибактериальное и противогрибковое действие.

Противокашлевые, отхаркивающие, муколитические препараты в том числе многочисленные патентованные препараты с различными растительными средствами, не рекомендуются для использования при ОРВИ ввиду неэффективности. При сухом навязчивом кашле у ребенка с фарингитом или ларинготрахеитом иногда удается достигнуть хороший клинический эффект при использовании бутамирата, однако доказательная база по применению противокашлевых препаратов отсутствует (приложение 6).

Бутамирата цитрат может назначаться в виде капель (1 мл – 22 капли – 5 мг, во флаконе 20 мл) или в виде сиропа (5 мл – 7,5 мг, во флаконе 100, 200 мл). Назначается внутрь перед едой в виде капель 4 раза в день: 2 мес. – 1 год – по 10 кап., 1 – 3 года – по 15 кап., старше 3 лет – по 25 кап; в виде сиропа 3 раза в день: 3–6 лет – по 5 мл, 6–12 лет – по 10 мл, старше 12 лет – по 15 мл.

Антигистаминные средства системного действия (1-го поколения), обладающие атропиноподобным действием, не рекомендованы для использования у детей: они обладают неблагоприятным терапевтическим профилем, имеют выраженные седативный и антихолинергический побочные эффекты, нарушают когнитивные функции (концентрацию внимания, память и способность к обучению). В рандомизированных исследованиях препараты данной группы не показали эффективности в уменьшении симптомов ринита.

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.

IV. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ОСТРОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Хотя в большинстве случаев ОРИ протекают нетяжело, в ряде случаев возникают состояния, требующие оказания неотложной помощи, такие как лихорадка и фебрильные судороги.

При розовой лихорадке теплопродукция соответствует теплоотдаче, это прогностически благоприятный вариант лихорадки. Кожа у ребенка теплая, влажная, умеренно гиперемированная. Тахикардия и тахипноэ соответствуют уровню температуры тела. Частота сердечных сокращений учащается на 10 ударов в минуту на каждый градус повышения температуры тела, частота дыхания учащается на 4-5 дыхательных движений соответственно. Конечности ребенка теплые. Поведение и самочувствие ребенка практически не меняется. Жаропонижающие препараты, как правило, дают положительный эффект. Отсутствие потливости у ребенка с розовыми кожными покровами и лихорадкой должно настораживать в плане подозрения на выраженное обезвоживание из-за диареи, рвоты, тахипноэ.

Неотложная помощь при розовой лихорадке оказывается по следующему алгоритму:

1. Определить показания к срочной госпитализации:

- геморрагическая сыпь на фоне лихорадки, а также нарушение сна, отказ от еды и питья, беспокойство, нарушение сознания, тахикардия, одышка (исключить менингококкцемию);
- лихорадка на фоне болей в животе и рвоты (исключить аппендицит, инфекцию мочевыводящих путей).

2. При наличии показаний – вызвать СМП.

3. Провести лечебные мероприятия:

3.1. Предложить питье (чай, вода, морс), раскутать пациента.

3.2. Определить показания к жаропонижающей терапии:

- умеренная лихорадка (38 °С) у детей с эпилепсией, онкологической патологией, повышением внутричерепного и артериального давления, пороками сердца, гидроцефалией и др. прогностически неблагоприятными факторами риска;
- умеренная лихорадка (38 °С) у детей первых 3 мес. жизни;
- умеренная лихорадка (38 °С) до 3 лет жизни с последствиями перинатального повреждения ЦНС (особенно – у детей с экстремально низкой массой тела при рождении);
- высокая лихорадка (39°С и выше) вне зависимости от возраста ребенка.

3.3. Провести жаропонижающую терапию:

- парацетамол в разовой дозе 10-15 мг/кг внутрь или ректально (новорожденным не более 10мг/кг, при желтухе не более 5мг/кг);

или ибупрофен в разовой дозе 5-10 мг/кг детям старше 6 мес.;

- физические методы охлаждения (обтирание водой температуры 25-30°C лица, шеи, подмышечных и паховых областей, пузырь со льдом в 5-8 см от головы ребенка) провести сразу после введения жаропонижающих препаратов в течение не более 30-40 мин

Повторное использование парацетамола и ибупрофена возможно не ранее, чем через 4-5 ч после первого приема.

В случае невозможности применения внутрь или отсутствия парацетамола и ибупрофена возможно использовать в/м детям:

- до 1 года — 50% р-р метамизола натрия из расчета 0,01 мл/кг в сочетании с 2% р-ром хлоропирамина в дозе 0,01 мл/кг,
- старше 1 года — 50% р-р метамизола натрия 0,1 мл/год жизни в сочетании с 2% р-ром хлоропирамина — 0,1 мл/год жизни, но не более 1 мл или по показаниям (при обеспечении венозного доступа) — введение парацетамола (внутривенно медленно!) из расчета разовой инфузии для детей от 1 года и старше — по 15 мг/кг.

При неэффективности проведенной терапии в течение 30 мин неотложные мероприятия проводить как при «белой» лихорадке (см. ниже).

4. Оценить эффективность через 30 минут:

- снижение аксиллярной температуры тела на 0,5°C за 30 мин;
- уменьшение /купирование тахипное;
- уменьшение /купирование тахикардии.

5. Определить дальнейшую тактику:

При эффективности проводимых мероприятий и отсутствии показаний к госпитализации оставить ребенка дома, назначить медикаментозную терапию основного заболевания, назначить актив врача на следующий день, оформить историю развития ребенка.

При отсутствии эффекта – вызвать СМП и госпитализировать ребенка.

Показания к госпитализации при этом:

- неэффективное использование двух схем терапии и более;
- сочетание устойчивой лихорадки и прогностически неблагоприятных факторов риска (эпилепсия, артериальная и внутричерепная гипертензия, гидроцефалия, порок сердца и т.д.);
- геморрагическая сыпь на фоне лихорадки, а также нарушение сна, отказ от еды и питья, беспокойство, тахикардия, одышка (исключить менингококкцемию);
- лихорадка на фоне болей в животе и рвоты (исключить аппендицит, инфекцию мочевыводящих путей).

Больные со стойким лихорадочным синдромом подлежат экстренной госпитализации в многопрофильный соматический (или инфекционный) стационар.

При белой лихорадке теплопродукция превышает теплоотдачу, так как происходит спазм сосудов, централизация кровообращения, нарушение микроциркуляции, в т.ч. в жизненно важных органах. Это неблагоприятное течение лихорадки. Нарушается состояние и самочувствие ребенка, изменяется эмоциональный тонус. Кожные покровы сухие, бледные, отмечается мраморный рисунок, цианотичный оттенок губ, кончиков пальцев, стопы и ладони холодные на ощупь. Ребенок ощущает озноб. Характерны тахикардия, повышение АД, одышка, могут быть судороги, у старших детей – бред. Гипертермия носит стойкий характер, эффект антипиретиков незначителен или отсутствует.

Неотложная помощь при бледной лихорадке оказывается по следующему алгоритму:

1. Определить показания к срочной госпитализации:

- геморрагическая сыпь на фоне лихорадки, а также нарушение сна, отказ от еды и питья, беспокойство, нарушение сознания, тахикардия, одышка (исключить менингококкцемию);
- лихорадка на фоне болей в животе и рвоты (исключить аппендицит, инфекцию мочевыводящих путей).

2. При наличии показаний – вызвать СМП.

3. Провести лечебные мероприятия:

3.1. Предложить теплое питье (чай, вода, морс), температура жидкости 36-37°C, укутать пациента, обложить грелками (температура воды 60-70°C), провести растирание кистей и стоп, разместить пузырь со льдом в 5-8 см от головы ребенка.

3.2. Определить показания к жаропонижающей терапии:

- все случаи «белой» лихорадки.

3.3. Провести жаропонижающую терапию:

- парацетамол в разовой дозе 10-15 мг/кг внутрь или ректально (новорожденным не более 10 мг/кг, при желтухе не более 5 мг/кг);
или ибупрофен в разовой дозе 5-10 мг/кг детям старше 6 мес.;
- 2% р-р папаверина детям до 1 года — 0,1-0,2 мл, старше года — 0,1-0,2 мл/год;
или 2% р-р дротаверина 0,1 мл/год жизни;
- 2% -р-р хлоропирамина 0,1 мл/ год жизни, но не более 1 мл.

При тяжелом состоянии ребенка и невозможности применения внутрь или отсутствия парацетамола и ибупрофена возможно использовать в/м детям:

- до 1 года — 50% р-р метамизола натрия из расчета 0,01 мл/кг в сочетании с 2% р-ром хлоропирамина в дозе 0,01 мл/кг, с 2 % р-ром папаве-

рина детям — 0,1—0,2 мл (или 2% р-ром дротаверина в дозе 0,1 мл на год жизни);

- старше 1 года — 50% р-р метамизола натрия 0,1 мл на год жизни в сочетании с 2% р-ром хлоропирамина — 0,1 мл/год жизни, но не более 1 мл, с 2 % р-ром папаверина детям — 0,1-0,2 мл на год жизни (или 2% р-ром дротаверина в дозе 0,1 мл на год жизни);

или по показаниям (при обеспечении венозного доступа) — введение парацетамола (внутривенно медленно!) из расчета разовой инфузии для детей от 1 года и старше — по 15 мг/кг.

4. Оценить эффективность через 30 минут

- снижение аксиллярной температуры тела на 0,5°С за 30 мин.;
- переход «бледной» лихорадки в «розовую»;
- уменьшение /купирование тахипное;
- уменьшение /купирование тахикардии.

5. Определить дальнейшую тактику:

При эффективности проводимых мероприятий и отсутствии показаний к госпитализации оставить ребенка дома, назначить медикаментозную терапию основного заболевания, назначить актив врача на следующий день, оформить историю развития ребенка

При отсутствии эффекта – вызвать СМП и госпитализировать ребенка.

Показания к госпитализации при этом:

- неэффективное применение стартовой терапии при «белой» лихорадке у детей 1 года жизни;
- неэффективное использование двух схем терапии и более у детей старше 1 года жизни;
- сочетание устойчивой лихорадки и прогностически неблагоприятных факторов риска (эпилепсия, артериальная и внутричерепная гипертензия, гидроцефалия, порок сердца и т.д.);
- появление геморрагической сыпи на фоне лихорадки, а также нарушения сна, отказа от еды и питья, беспокойства, тахикардии, одышки (исключить менингококкцемию);
- появление болей в животе и рвоты (исключить аппендицит, инфекцию мочевыводящих путей).

Больные со стойким лихорадочным синдромом подлежат экстренной госпитализации в многопрофильный соматический (или инфекционный) стационар.

Гипертермический синдром является одним из клинических вариантов неблагоприятного течения лихорадки. Его развитие в большинстве случаев обусловлено инфекционным воспалением с токсикозом у детей раннего возраста. При гипертермическом синдроме отмечается неадекватная перестройка терморегуляции в виде резкого нарастания

теплопродукции, неадекватного снижения теплоотдачи. Это сопровождается нарушением микроциркуляции, централизацией кровообращения, метаболическими расстройствами и прогрессивно нарастающей дисфункцией жизненно важных органов и систем. Эффекта от жаропонижающих препаратов нет. Клинически гипертермический синдром проявляется стойким повышением температуры тела выше 40°C в течение 3–6 часов у новорожденных и свыше 6 часов у детей раннего возраста. При осмотре выявляется пестрая, серовато-лиловая, бледная, «мраморная» окраска кожи, цианотичный оттенок ногтевых лож, губ. Кисти и стопы холодные на ощупь. У пациента отмечаются озноб, чрезмерная тахикардия, одышка. Состояние и самочувствие прогрессивно ухудшаются, вплоть до нарушения сознания, появления судорог.

Гипертермический синдром требует срочного применения комплексной неотложной терапии по алгоритму:

1. Определить показания к срочной госпитализации:

- госпитализация показана.

2. Вызвать СМП

3. Провести лечебные мероприятия:

3.1. Предложить теплое питье (чай, вода, морс), температура жидкости 36-37°C, укутать пациента, обложить грелками (температура воды 60-70°C), провести растирание кистей и стоп, разместить пузырь со льдом в 5-8 см от головы ребенка.

3.2. Определить показания к жаропонижающей терапии:

- показана

3.3. Провести жаропонижающую терапию:

- парацетамол в разовой дозе 10-15 мг/кг внутрь или ректально (новорожденным не более 10 мг/кг, при желтухе не более 5 мг/кг);

или ибупрофен в разовой дозе 5-10 мг/кг детям старше 6 мес.;

- 2% р-р папаверина детям до 1 года — 0,1-0,2 мл, старше года — 0,1-0,2 мл/год;

или 2% р-р дротаверина 0,1 мл/год жизни;

- 2% -р-р хлоропирамина 0,1 мл/ год жизни, но не более 1 мл.

При тяжелом состоянии ребенка и невозможности применения внутрь или отсутствия парацетамола и ибупрофена возможно использовать в/м детям:

- до 1 года — 50% р-р метамизола натрия из расчета 0,01 мл/кг в сочетании с 2% р-ром хлоропирамина в дозе 0,01 мл/кг, с 2 % р-ром папаверина детям — 0,1—0,2 мл (или с 2% р-ром дротаверина в дозе 0,1 мл на год жизни);

- старше 1 года — 50% р-р метамизола натрия 0,1 мл на год жизни в сочетании с 2% р-ром хлоропирамина — 0,1 мл/год жизни, но не более 1 мл, с 2 % р-ром папаверина детям — 0,1-0,2 мл на год жизни (или с 2% р-ром дротаверина в дозе 0,1 мл на год жизни);

или по показаниям (при обеспечении венозного доступа) — введение парацетамола (внутривенно медленно!) из расчета разовой инфузии для детей от 1 года и старше — по 15 мг/кг.

4. Оценить эффективность через 30 минут:

- снижение аксиллярной температуры тела на 0,5°C за 30 мин.;
- уменьшение /купирование тахипное;
- уменьшение /купирование тахикардии.

5. Определить дальнейшую тактику: экстренная госпитализация в отделение интенсивной терапии многопрофильного соматического или инфекционного стационара.

Фебрильные судороги развиваются при температуре тела до 38–39°C, чаще всего наблюдаются при гриппе и других ОРВИ преимущественно у детей раннего возраста. У детей с отягощенным преморбидным фоном (фебрильные судороги в анамнезе семьи, патология нервной системы перинатального и приобретенного характера, онкологические заболевания, артериальная гипертензия и др.) они могут появиться и при более низкой температуре. При пневмонии температура поднимается не столь бурно, поэтому судороги развиваются редко.

Фебрильные судороги развиваются в ответ на быстрое повышение температуры как крайнее выражение мышечной дрожи, усиливающей теплопродукцию. Но у части детей они могут быть обусловлены очагом активности в коре головного мозга, и в этом случае по происхождению они близки к эпилептическим.

Фебрильные судороги диагностируются на основании клинико-анамнестических данных, в т.ч. ранее у ребенка не отмечалось афебрильных судорог. Фебрильные судороги по характеру чаще простые (без последующей спутанности сознания или других расстройств), генерализованные тонические или клонико-тонические, длительностью нескольких минут, сопровождаются потерей сознания, с участием мимических мышц (что отличает судороги от дрожи). Фебрильные судороги могут повторяться при новом лихорадочном состоянии, иногда возможны кратковременные подергивания.

Неотложная помощь при фебрильных судорогах оказывается по следующему алгоритму:

1. Определить показания к срочной госпитализации:

- дети первого года жизни;
- впервые случившиеся судороги или судороги неясного генеза;
- больные с фебрильными судорогами на фоне неврологических заболеваний (ДЦП, нейродегенеративные заболевания и др., если имеются медицинские документы или визуальный осмотр позволяет это заподозрить);
- дети с судорогами на фоне инфекционного заболевания.

2. При наличии показаний – вызвать СМП.

3. Провести лечебные мероприятия:

3.1. Обеспечить проходимость дыхательных путей, ингаляцию увлажненным кислородом, освободить от стесняющей одежды;

3.2. Обеспечить профилактику травм головы, конечностей, прикусывания и запрокидывания языка, аспирации рвотными массами (положил пациента головой на мягкую поверхность, повернул голову на бок для предотвращения западения языка или аспирации рвотными массами, использовал языкодержатель - при наличии).

3.3. Провести медикаментозную терапию:

- 0,5% р-ор диазепама из расчета— 0,1 мл/кг массы тела в/в или в/м, но не более 2 мл однократно;

- при кратковременном эффекте или неполном купировании судорог через 15-20 мин. ввести р-ор диазепама повторно в дозе, составляющей 2/3 от начальной, суммарная доза диазепама не должна превышать 4 мл;

- при фебрильных судорогах на фоне розовой лихорадки и невозможности применения жаропонижающих препаратов (парацетамол, ибупрофен) внутрь, в условиях отсутствия других средств возможно введение в/м 50% р-ра метамизола натрия из расчета 0,1 мл/год (10 мг/кг) и 2% р-ра хлоропирамина в дозе 0,1-0,15 мл/год жизни, но не более 0,5 мл детям до года и 1 мл — детям старше 1 года жизни;

- при фебрильных судорогах на фоне бледной лихорадки ввести:

 - 50% р-р метамизола натрия из расчета 0,1 мл/год (10 мг/кг)

 - 2% р-р папаверина детям до 1 года — 0,1-0,2 мл, старше года — 0,1-0,2 мл/год или 2% р-р дротаверина 0,1 мл/год жизни;

 - 2% р-ра хлоропирамина в дозе 0,1-0,15 мл/год жизни, но не более 0,5 мл детям до года и 1 мл — детям старше 1 года жизни.

- При необходимости — обеспечил венозный доступ

4. Оценить эффективность через 15 минут

- купирование судорог;

- снижение аксиллярной температуры тела.

5. Определить дальнейшую тактику:

При эффективности проводимых мероприятий и отсутствии показаний к госпитализации оставить ребенка дома, назначить медикаментозную терапию основного заболевания, назначить актив врача на следующий день, оформить историю развития ребенка

При отсутствии эффекта – вызвать СМП и госпитализировать ребенка. Госпитализация ребенка проводится в соматический (или инфекционный) стационар по профилю заболевания.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Пример записи визита к остро заболевшему ребенку

Иванов Алексей, 5 лет, д/с 55				
8.10.2022		Вызов на дом.		День болезни 1
t	38,9	Жалобы	Кашель, насморк, чувство жара, слабость, головная боль, снижение аппетита	Режим постельный на период лихорадки, далее щадящий.
ЧДД	30			
ЧСС	118			
Б/л матери электрон 8.10 – 12.10.2022		Из анамнеза	Заболел остро, ночью поднялась температура до 39,1 °С, появился сухой кашель, заложенность носа. Дан парацетамол ½ таб., температура снизилась. Утром вновь подъем температуры до фебрильных цифр, кашель участился, из носа водянистое отделяемое. Вызван врач. В контакте с больным ОРИ. Болеет 3-4 раза в год, в виде ринофарингитов. Алб терапия редко. На Д учете не состоит. Аллергоанамнез спокоен. Последний эпизод ОРИ в июне 2022 г., лечение симптоматическое.	Диета механически, термически, химически щадящая, молочно-растительная, обильное витаминизированное питье
		Осмотр	Состояние удовлетворительное. Пьет охотно. Кожные покровы чистые, горячие на ощупь. Румянец на щеках. Кисти и стопы горячие на ощупь. Лпу по основным группам, не увеличены. Носовое дыхание затруднено, серозное отделяемое не обильное. Зев гипертрофирован, зернистость задней стенки глотки. Перкуторно ясный легочный звук. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритм правильный, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены. Менингеальных симптомов нет. Отеков и пастозности нет. Физиологические отправления в норме. Отоскопия: без патологии	- Раствор интерферон альфа 2в 10000 ЕД интраназально по 1-2 капли в каждый носовой ход 3-4 раза в день 5 дней - Сироп Парацетамола 2,4% внутрь однократно по 5 мл (240 мг) при повышении температуры выше 39°С, не более 4 раз за сутки, с интервалом не менее 6 часов. - Промывание носа 0,9% раствором хлорида натрия 3-4 раза в день 5 дней - Раствор ксилонитазолина 0,5% интраназально в каждый носовой ход 3 раза в день 5 дней - Раствор бензилдиметил аммоний хлорида моногидрат 0,01% по 1 впрыскиванию (3-5 мл) с помощью насадки-распылителя 3 раза в день 5 дней
		Заключение	Острый ринофарингит	Явка на прием 12.10.2022

Коды МКБ 10

В 34.0 Аденовирусная инфекция неуточненной локализации

H10.3 Острый конъюнктивит неуточненный

J00 Острый назофарингит (насморк)

J01 Острый синусит

J01.0 Острый верхнечелюстной синусит

J01.1 Острый фронтальный синусит

J01.2 Острый этмоидальный синусит

J01.3 Острый сфеноидальный синусит

J01.4 Острый пансинусит

J02 Острый фарингит

J02.0 Стрептококковый фарингит

J02.8 Острый фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями

J02.9 Острый фарингит неуточненный

J03 Острый тонзиллит

J03.0 Стрептококковый тонзиллит

J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями

J03.9 Острый тонзиллит неуточненный

J04.0 Острый ларингит

J04.1 Острый трахеит

J04.2 Острый ларинготрахеит

J05.0 Острый обструктивный ларингит (круп)

J05.1 Острый эпиглоттит

J06 Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации

J06.0 Острый ларингофарингит

J06.9 Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная

J10 Грипп, вызванный идентифицированным вирусом сезонного гриппа

J10.0 Грипп с пневмонией, сезонный вирус гриппа идентифицирован

J10.1 Грипп с другими респираторными проявлениями, сезонный вирус гриппа идентифицирован

J10.8 Грипп с другими проявлениями, сезонный вирус гриппа идентифицирован

J11 Грипп, вирус не идентифицирован

J11.0 Грипп с пневмонией, вирус не идентифицирован

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

J11.8 Грипп с другими проявлениями, вирус не идентифицирован

Приложение 3

Порядок выдачи и оформления листов нетрудоспособности, включая порядок формирования листов нетрудоспособности в форме электронного документа

(выдержки из приказа Министерства здравоохранения РФ от 1 сентября 2020 г. N 925н «Об утверждении порядка выдачи и оформления листов нетрудоспособности, включая порядок формирования листов нетрудоспособности в форме электронного документа»)

I. Общие положения

1. Листок нетрудоспособности выдается в форме документа на бумажном носителе либо формируется (с письменного согласия пациента) в форме электронного документа ... по результатам проведения экспертизы временной нетрудоспособности ... при необходимости ухода за больным членом семьи, в связи с карантином, ... лицам, работающим по трудовым договорам, ... государственным гражданским служащим, муниципальным служащим; лицам, замещающим государственные должности Российской Федерации, ... священнослужителям; ... адвокатам, индивидуальным предпринимателям, членам крестьянских (фермерских) хозяйств, физическим лицам, не признаваемым индивидуальными предпринимателями (нотариусы, занимающиеся частной практикой, иные лица, занимающиеся в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой), ... добровольно вступившим в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и уплачивающим за себя страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации...
2. В случае необходимости подтверждения периода временной нетрудоспособности и наличия уважительных причин неявки в государственные учреждения ... листок нетрудоспособности выдается на бумажном носителе.
3. ... Листок нетрудоспособности выдают (формируют) медицинские работники медицинских организаций, в том числе: лечащие врачи медицинских организаций...
4. Информационное взаимодействие по обмену сведениями в целях формирования листка нетрудоспособности в форме электронного документа осуществляется в соответствии с установленным Правительством РФ порядком информационного взаимодействия страховщика, страхователей, медицинских организаций ... по обмену сведениями в целях формирования листка нетрудоспособности в форме электронного документа.
5. Выдача листов нетрудоспособности на бумажном носителе осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность. Фор-

мирование листков нетрудоспособности в форме электронного документа осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность, а также ... СНИЛС.

6. В случае, если гражданин на момент наступления временной нетрудоспособности ... занят у нескольких страхователей и в двух календарных годах, предшествующих году наступления временной нетрудоспособности, ... был занят у тех же страхователей, выдается несколько листков нетрудоспособности на бумажном носителе по каждому месту работы, либо формируется один листок нетрудоспособности в форме электронного документа для представления его номера по каждому месту работы.

9. Выдача (формирование) и продление листка нетрудоспособности осуществляется после осмотра гражданина медицинским работником и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях ... Выдача (формирование) и продление листка нетрудоспособности за прошедшее время осуществляется по решению врачебной комиссии медицинской организации при обращении гражданина в медицинскую организацию или посещении его медицинским работником на дому.

Номера листков нетрудоспособности регистрируются в медицинской документации, используемой в медицинских организациях, с указанием даты выдачи и продления, выписки гражданина на работу...

10. Листок нетрудоспособности при оказании гражданину медицинской помощи в амбулаторных условиях выдается (формируется) медицинской организацией в день признания его временно нетрудоспособным по результатам проведенной экспертизы временной нетрудоспособности.

...

В случаях, если гражданин направляется (обращается) за оказанием медицинской помощи в другую медицинскую организацию, закрытие листка нетрудоспособности осуществляется медицинской организацией, в которую гражданин был направлен (обратился) за оказанием медицинской помощи. При продолжении временной нетрудоспособности гражданина медицинской организацией, в которую он был направлен (обратился) за оказанием медицинской помощи, выдается (формируется) листок нетрудоспособности, являющийся продолжением ранее выданного (сформированного) листка нетрудоспособности.

14. Допускается оформление листка нетрудоспособности на бумажном носителе, являющегося продолжением листка нетрудоспособности в форме электронного документа, а также формирование листка нетрудоспособности в форме электронного документа, являющегося продолжением листка нетрудоспособности на бумажном носителе.

II. Выдача (формирование) и продление листка нетрудоспособности при заболеваниях, профессиональных заболеваниях, травмах,

в том числе полученных вследствие несчастного случая на производстве, отравлениях и иных состояниях, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности

19. При лечении заболеваний,, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, лечащий врач единолично выдает (формирует) листки нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно.

Фельдшер либо зубной врач единолично выдает (формирует) листки нетрудоспособности сроком до 10 календарных дней включительно.

20. При сроках временной нетрудоспособности, превышающих сроки, предусмотренные пунктом 19 настоящего Порядка, листок нетрудоспособности выдается (формируется) и продлевается по решению врачебной комиссии.

V. Выдача (формирование) листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи

40. По уходу за больным членом семьи выдается (формируется) листок нетрудоспособности медицинским работником одному из членов семьи, иному родственнику, опекуну или попечителю, фактически осуществляющему уход.

41. Выдается (формируется) листок нетрудоспособности:

в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 7 лет - на весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара);

в случае ухода за больным ребенком в возрасте от 7 до 15 лет - по каждому случаю лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара);

в случае ухода за больным ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет - на весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара);

в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 18 лет, являющимся ВИЧ-инфицированным, - на весь период совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара);

в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 18 лет при его болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, при злокачественных новообразованиях, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, - на весь период

лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара); в остальных случаях ухода за больным членом семьи при лечении в амбулаторных условиях - не более чем на 7 календарных дней по каждому случаю заболевания.

42. При необходимости по уходу за больным членом семьи могут выдаваться (формироваться) листки нетрудоспособности попеременно разным лицам, осуществляющим уход, в пределах сроков, установленных пунктами 19, 20, ... 40 и 41 настоящего Порядка.

43. По уходу за больным членом семьи выдается (формируется) листок нетрудоспособности в соответствии с пунктами 19, 20, ... 40 и 41 настоящего Порядка.

44. При заболевании двух детей одновременно выдается один листок нетрудоспособности на бумажном носителе по уходу за ними. При заболевании более двух детей одновременно выдается второй листок нетрудоспособности на бумажном носителе по уходу за ними. При заболевании двух и более детей одновременно формируется один листок нетрудоспособности в форме электронного документа по уходу за ними.

45. При заболевании второго (третьего) ребенка в период болезни первого ребенка выданный (сформированный) листок нетрудоспособности по уходу за первым ребенком продлевается до выздоровления всех детей без зачета дней, совпавших с днями освобождения от работы по уходу за первым ребенком. При этом в листке нетрудоспособности указываются родственная (семейная) связь, имена, возраст всех детей.

При формировании листка нетрудоспособности в форме электронного документа, по каждому заболевшему члену семьи указываются периоды осуществления ухода за ним, условия оказания медицинской помощи, полные фамилия, имя и отчество (при наличии), дата рождения, код причины нетрудоспособности, родственная (семейная) связь, СНИЛС члена семьи (указывается при наличии), за которым фактически осуществляется уход, а также из медицинской информационной системы медицинской организации, в которой формируется листок нетрудоспособности, в автоматическом режиме указывается код по МКБ (за исключением случаев оказания медицинской помощи по профилям "онкология", "детская онкология", "дерматовенерология", "психиатрия-наркология", медицинской помощи при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), при психических расстройствах и расстройствах поведения, а так же медицинской помощи больным туберкулезом).

46. Не выдается (не формируется) листок нетрудоспособности по уходу: ... за хроническими больными в период ремиссии; в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения

заработной платы;

в период отпуска по беременности и родам;

в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, за исключением случаев выполнения работы в указанный период на условиях неполного рабочего времени или на дому.

47. При заболевании ребенка в период, когда лицо, осуществляющее уход, не нуждается в освобождении от работы (ежегодные оплачиваемые отпуска, отпуск по беременности и родам, отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, отпуск без сохранения заработной платы), листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком (в случае, когда он продолжает нуждаться в уходе) выдается (формируется) со дня, когда лицо, осуществляющее уход, должно приступить к работе.

В случаях, когда один из членов семьи, иной родственник находится в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет и другому члену семьи, иному родственнику требуется освобождение от работы по уходу за другим больным ребенком, листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком выдается (формируется) в соответствии с пунктами 19, 20, ... 40 и 41 настоящего Порядка.

VI. Выдача (формирование) листка нетрудоспособности при карантине, а также при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих

49. Одному из родителей, иному законному представителю или иному члену семьи выдается (формируется) листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет, посещающим дошкольную образовательную организацию, или за членом семьи, признанным в установленном порядке недееспособным, в случае введения главными государственными санитарными врачами и их заместителями в соответствии с законодательством РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения ограничительных мероприятий (карантина) в организации, которую посещает (в которой находится) ребенок или член семьи, признанный в установленном порядке недееспособным. В указанном случае листок нетрудоспособности выдается (формируется) лечащим врачом (фельдшером), осуществляющим оказание медицинской помощи ребенку (члену семьи, признанному в установленном порядке недееспособным), на весь период ограничительных мероприятий (карантина).

(наименование медицинского учреждения)

(адрес)

[illegible]

на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию
(нужное подчеркнуть)

[illegible]

--	--	--

--	--	--	--	--

Φ. Ν. Ο.

ПОДПИСЬ

Заведующий отделением

Φ Ι Ο

ПОДПИСЬ

« »

[.

M. П.

Пример оформления направления на госпитализацию

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

Медицинская документация
Форма № 057/у-

(наименование медицинского учреждения)

04

Детская поликлиника №7

утверждена приказом Минздравсоцразвития России
от 22 ноября 2004 года № 255

(адрес)

Код ОГРН

1	2	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

НАПРАВЛЕНИЕ				

на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию
(нужное подчеркнуть)

Инфекционное отделение

(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

1. Номер страхового
полиса ОМС

[illegible]

2. Код льготы

--	--	--

3. Фамилия, имя, отчество

Иванов Алексей Иванович

4. Дата рождения

1.10.2022

5. Адрес постоянного места жительства

Иваново, ул. Воронина, д. 12, кв.1

6. Место работы, должность

Неорганизованный

7. Код диагноза по МКБ

J	0	0		
---	---	---	--	--

8. Обоснование на- правления

Бледная лихорадка у ребенка 3 месяцев. Острый ринофарингит

Должность медицинского работника, направившего больного

Врач педиатр

Пилюлькин А.В.

Пилюлькин

Ф. И. О.

ПОДПИСЬ

Заведующий отделением

Φ.Π.Ο.

ПОДПИСЬ

« » Г.

M. П.

Выписка из медицинской карты

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация

Форма № 027/у

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. № 1030

наименование учреждения

ВЫПИСКА

из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного
(подчеркнуть)

В _____

название и адрес учреждения, куда направляется выписка

1. Фамилия, имя, отчество больного _____

2. Дата рождения _____

3. Домашний адрес _____

4. Место работы и род занятий _____

5. Даты: а) по амбулатории: заболевания _____

направления в стационар _____

б) по стационару: поступления _____

выбытия _____

5. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение)

Оборотная сторона ф. № 027/у

6. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке

Лечебные и трудовые рекомендации: _____

"..." _____ 19 . . г.

Лечащий врач _____

Пример оформления выписки из амбулаторной карты

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Детская поликлиника №7

наименование учреждения

Медицинская документация

Форма № 027/у

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. № 1030

ВЫПИСКА

из медицинской карты амбулаторного стационарного больного
(подчеркнуть)

В _____ инфекционное отделение городской больницы _____

название и адрес учреждения, куда направляется выписка

7. Фамилия, имя, отчество больного _____

Иванов Алексей Иванович

8. Дата рождения _____ 1.10.2022

9. Домашний адрес _____ Иваново, Воронина 12-1

10. Место работы и род занятий _____

неорг

5. Даты: а) по амбулатории: заболевания _____ 24.12.2022

направления в стационар _____ 25.12.2022

б) по стационару: поступления _____

выбытия _____

11. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение)

_____ Острый ринофарингит. Бледная лихорадка. _____

Оборотная сторона ф. № 027/у

12. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни,

проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке

Ребенок заболел остро, после контакта с больным ОРВИ в семье. Ночью поднялась температура до фебрильных цифр, применялся нурофен, с хорошим эффектом. Утром вновь подъем температуры до 39°C, беспокойство, сухой кашель, отказ от еды. Был дан нурофен. Отмечалась однократно рвота выпитой жидкостью. Вызван уч врач. При осмотре температура 39,5°C. Вялый. Отказывается от еды. Пьет плохо. Кожные покровы бледные, акроцианоз, кисти и стопы холодные на ощупь. В зеве гиперемия. Носовое дыхание несколько затруднено. Л\у по основным группам, не увеличены. ЧДД 50 в минуту. ЧСС 165 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, доступен пальпации по всех отделах. Печень + 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Менингеальных симптомов нет. Отоскопия: без патологии. В/м 50% раствор метамизола 0,1 мл, 2% раствор хлорпирамина 0,1 мл, 2% раствор дротаверина 0,1 мл. Грелка к ногам. Теплое питье. Эффект недостаточный.

Ребенок наблюдается неврологом по поводу ПП ЦНС, синдром двигательных нарушений. Аллергологический анамнез спокоен. Проф. прививки по календарю. В контакте с больным ОРВИ в семье.

Лечебные и трудовые рекомендации: _____

"..." _____ 19... г.

Лечащий врач _____

Рецепты

Министерство здравоохранения
Код формы по ОКУД
Российской Федерации
Код учреждения по ОКПО

Наименование (штамп)
медицинской организации

Медицинская документация
Форма N 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Детская поликлиника №7

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

19 сентября 2022 г.

(дата выписки рецепта)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента: Иванов И.В.

Дата рождения 20.06.2019г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Петров А.А.

Rp. Suspensionis Ibuprofeni 2%-100ml

Da. Signa. Внутрь по 5 мл при повышении температуры тела выше 39°C

Перед употреблением тщательно взболтать флакон.

Rp. Suspensionis Ibuprofeni 100ml (a' 100mg-5ml)

Da. Signa. Внутрь по 5 мл при повышении температуры тела выше 39°C

Перед употреблением тщательно взболтать флакон.

Подпись: Петров

и печать лечащего врача

М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____)

(нужное подчеркнуть) указать количество дней)

Министерство здравоохранения
Код формы по ОКУД
Российской Федерации
Код учреждения по ОКПО

Наименование (штамп)
медицинской организации

Медицинская документация
Форма N 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Детская поликлиника №7

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

19 сентября 2022 г.

(дата выписки рецепта)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента: Иванов И.В.

Дата рождения 20.06.2017г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Петров А.А.

Rp. Suspensionis Acetaminopheni 2,4%-100ml

Da. Signa. Внутрь по 10 мл (240мг) при повышении температуры тела выше 39°С

Rp. Suspensionis Acetaminopheni 100ml(a' 120mg-5ml)

Da. Signa. Внутрь по 10 мл при повышении температуры тела выше 39°С

Подпись: Петров

и печать лечащего врача

М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____)

(нужное подчеркнуть) указать количество дней)

Министерство здравоохранения
Код формы по ОКУД
Российской Федерации
Код учреждения по ОКПО

Наименование (штамп)
медицинской организации

Медицинская документация
Форма N 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Детская поликлиника №7

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

19 сентября 2022 г.

(дата выписки рецепта)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
пациента: Иванов И.В.

Дата рождения 20.06.2019г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) Петров А.А.

Rp. Sirupi Butamirati 1,5% -100 ml

Da.Signa. Внутрь по 5 мл сиропа 3 раза в день в течение 5 дней.

Rp.Sirupi Butamirati 100ml (a' 15mg-1ml)

Da.Signa. Внутрь по 5 мл сиропа 3 раза в день в течение 5 дней.

Подпись: Петров

и печать лечащего врача

М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____)
(нужное подчеркнуть) указать количество дней)

Министерство здравоохранения
Код формы по ОКУД
Российской Федерации
Код учреждения по ОКПО

Наименование (штамп)
медицинской организации

Медицинская документация
Форма N 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Детская поликлиника №7

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

19 сентября 2022 г.

(дата выписки рецепта)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента: Иванов И.В.

Дата рождения 20.06.2019г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Петров А.А.

Rp. Sol. Interferoni alpha-2b 5ml (a' 1000 ME-1ml)

Da. Signa. По 2 капель в каждый носовой ход 4 раза в день в течение 5 дней.

Подпись: Петров

и печать лечащего врача

М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____)

(нужное подчеркнуть) указать количество дней)

Министерство здравоохранения
Код формы по ОКУД
Российской Федерации
Код учреждения по ОКПО

Наименование (штамп)
медицинской организации

Медицинская документация
Форма N 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Детская поликлиника №7

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

19 сентября 2022 г.

(дата выписки рецепта)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента: Иванов И.В.

Дата рождения 20.06.2008г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Петров А.А.

Rp. Oseltamiviri 0,075

Da tales dosis N. 10 in capsulis.

Signa. Внутрь по 1 капсуле 2 раза в день в течение 5 дней.

Подпись: Петров

и печать лечащего врача

М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____)

(нужное подчеркнуть) указать количество дней)

Министерство здравоохранения
Код формы по ОКУД
Российской Федерации
Код учреждения по ОКПО

Наименование (штамп)
медицинской организации

Медицинская документация
Форма N 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Детская поликлиника №7

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

19 сентября 2022 г.

(дата выписки рецепта)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента: Иванов И.В.

Дата рождения 20.06.2017г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Петров А.А.

Rp. Umifenoviri 0,05

Da tales doses N. 10 in tabulettis

Signa. Внутрь по 1 таблетке 4 раза в сутки в течение 5 дней.

Подпись: Петров

и печать лечащего врача

М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____)

(нужное подчеркнуть) указать количество дней)

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

К разделам 1 и 2

1. Помощь остро заболевшим детям осуществляется
 - а) только на дому и до улучшения состояния
 - б) только на дому и до выздоровления
 - в) решение принимается участковым врачом в каждом случае индивидуально

2. Частота активных посещений к больным детям старше года возраста определяется педиатром с учетом:
 - а) вида, тяжести заболевания, наличия осложнений
 - б) вида, тяжести заболевания, социально-бытовых условий семьи
 - в) уровня заболеваемости на участке

3. Приоритетность посещений остро заболевших детей:
 - а) вызова обслуживаются по приоритету ближайшего расположения адресов
 - б) в первую очередь обслуживаются новорожденные, дети раннего возраста, высоко лихорадящие дети
 - в) в первую очередь обслуживаются дети из неблагоприятных социально-бытовых условий

4. Визит врача в день поступления вызова к остро заболевшим детям
 - а) зависит от количества вызовов на участке
 - б) желателен
 - в) обязателен

5. Показанием для госпитализации является
 - а) фебрильная лихорадка у ребенка до 3 месяцев жизни
 - б) желание родителей
 - в) выраженные катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей

6. В направительных документах на госпитализацию указываются:
 - а) паспортные данные, диагноз, тяжесть состояния, информация об отсутствии контакта с инфекционными больными
 - б) паспортные данные, диагноз, тяжесть состояния, анамнез жизни и заболевания, объем проведенного обследования и лечения, информация об отсутствии контакта с инфекционными больными
 - в) паспортные данные, диагноз

7. Большая часть детей с ОРИ

- а) находится под наблюдением в амбулаторно-поликлиническом учреждении
- б) требует госпитализации в круглосуточный стационар
- в) требует госпитализации в дневной стационар

8. Анализ крови при ОРИ

- а) оправдан при выраженных общих симптомах у детей с лихорадкой
- б) показан всем детям раннего возраста
- в) показан всем детям первого года жизни

9. Клинический анализ мочи рекомендуется проводить

- а) у всех лихорадящих детей без катаральных явлений
- б) у детей с назофарингитом или ларингитом с фебрильной лихорадкой
- в) у детей с назофарингитом или ларингитом с субфебрильной лихорадкой

10. Отоскопия показана всем пациентам с

- а) острым назофарингитом
- б) острым ларингитом
- в) острым бронхитом

11. Актуальный нормативный документ, на основании которого организуется деятельность детской поликлиники, в том числе по оказанию неотложной медицинской помощи:

- а) Приказ МЗ и социального развития РФ от 16.04.12 г. № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи»
- б) Приказ Минздрава России от 7 марта 2018 г. № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»
- в) Приказ Минздрава СССР от 19 января 1983 г. № 60 «О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городах»

12. Отделение неотложной медицинской помощи оказывает

- а) медицинскую помощь при тяжелых и среднетяжелых заболеваниях и состояниях
- б) медицинскую помощь при загруженности учреждений скорой медицинской помощи
- в) первичную медико-санитарную помощь в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни ребенка и не требующих экстренной медицинской помощи

13. Оказание медицинской помощи на дому в рамках неотложной должно осуществляться

- а) сразу при поступлении вызова
- б) не позднее 2 часов от момента поступления вызова
- в) в течение рабочего дня

14. Маршрутизация ребенка, получившего медицинскую помощь в отделении неотложной медицинской помощи детской поликлиники, предполагает:

- а) лечение на дому, активное посещение участкового врача педиатра или госпитализацию ребенка в стационар по профилю патологии по срочным показаниям или при неэффективности терапии
- б) обязательную госпитализацию в стационар по профилю патологии
- в) приглашение на прием к участковому врачу педиатру на следующий день

15. Врач отделения неотложной помощи при необходимости госпитализации ребенка

- а) вызывает скорую медицинскую помощь, оформляет направление на госпитализацию, оставляет ребенка, продолжая работу по другим вызовам
- б) просит родителей вызвать скорую медицинскую помощь, оставляет направление на госпитализацию
- в) вызывает скорую медицинскую помощь на себя, дожидается ее приезда, оформляет направление на госпитализацию, передает ребенка «с рук на руки» врачу СМП, контролирует факт госпитализации

Эталон ответов

1 б, 2 б, 3 б, 4 в, 5 а, 6 б, 7 а, 8 а, 9 а, 10 а, 11 б, 12 в, 13 б, 14 а, 15 в

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача 1

Вызов на дом к ребенку 4 лет. Первый день болезни. Жалобы на повышение температуры тела до 38°C, снижение аппетита, насморк, кашель. Лечение не получал. Со слов мамы, ребенок контактировал с родственником, заболевшим острой респираторной инфекцией. До настоящего времени ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Острыми заболеваниями болел 2-3 раза в год. На диспансерном учете не состоит. Посещает ДОО с 2 лет.

При осмотре: температура 37,8°C, ЧДД 26 в 1 мин., ЧСС -104 уд. в мин.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Слизистая зева умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налётов нет, конъюнктивы глаз чистая. Дыхание через нос затруднено, из носа обильное отделяемое слизистого характера. Пальпируются подчелюстные, передние шейные, подмышечные лимфатические узлы единичные до 0,5 см в диаметре, безболезненные, мягко-эластической консистенции. В легких при перкуссии - ясный лёгочный звук. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритм правильный. шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание в норме.

Отоскопия: Барабанная перепонка перламутрово-серая, гладкой текстуры, без перфораций. Все элементы перепонки, состояние молоточка – без изменений цвета и структуры, видимых следов деформации. Световой конус треугольной формы.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте обоснование диагноза.
3. Определите тактику наблюдения
4. Перечислите показания к госпитализации при данном заболевании.
5. Дайте рекомендации по режиму пациента.
6. Дайте рекомендации по питанию пациента.
7. Показана ли этиотропная терапия данному ребенку, обоснуйте.
8. Назначьте симптоматическую терапию
9. Тактика дальнейшего наблюдения данного ребенка
10. Подходы к вакцинации данного ребенка

Эталон ответа

1. Диагноз острый ринофарингит.
2. Диагноз поставлен на основании наличия:
 - острого начала заболевания,
 - ринита (нарушение носового дыхания, обильное серозное отделяемое из носа),
 - фарингита (умеренная гиперемия зева. кашель)

- симптомов интоксикации (повышение температуры тела, снижение аппетита).

3. Лечение этого пациента проводится амбулаторно, на дому.

4. Показания к госпитализации при данном заболевании.

- дети до 3-х месяцев с фебрильной лихорадкой
 - дети любого возраста при наличии любого из следующих симптомов: неспособность пить / сосать грудь; сонливость или отсутствие сознания; частота дыхания менее 30 в минуту или апноэ; симптомы респираторного дистресса; центральный цианоз; явления сердечной недостаточности; тяжелое обезвоживание.
 - дети со сложными фебрильными судорогами (продолжительностью более 15 минут и/или повторяющиеся более одного раза в течение 24 часов)
 - дети с фебрильной лихорадкой и подозрением на тяжелую бактериальную инфекцию (НО может быть и гипотермия!), имеющие следующие сопутствующие симптомы: вялость, сонливость; отказ от еды и питья; геморрагическая сыпь на коже, рвота.
 - дети с явлениями дыхательной недостаточности, имеющие какие-либо из следующих симптомов: кряхтящее дыхание, раздувание крыльев носа при дыхании, кивательные движения (движения головы, синхронизированные с вдохом); частота дыхательных движений у ребенка до 2-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 < 92% при дыхании комнатным воздухом.
5. Пациенту назначается полупостельный режим в течение периода лихорадки, затем общий.
6. Диета с механическим, химическим и термическим щажением (температура пищи 55°C): рекомендованы овощное пюре, овощные и крупяные супы, мясо в виде тефтелей и фрикаделек, рыбное филе тушеное или рыбное суфле, творожная запеканка, молочная слизистая каша, фрукты. Обильное теплое питье- компоты, морсы, соки, фруктовый чай и др.
7. Этиотропная терапия не показана, легкое течение острого ринофарингита, у ребенка нет сопутствующей соматической патологии
8. При повышении температуры 39°C и выше — парацетамол в разовой дозе 10—15 мг/кг внутрь или ректально или ибупрофен в разовой дозе 5—10 мг/кг, по показаниям повторное введение парацетамола возможно с интервалом не менее 4-6 часов и не более 4 раз в сутки, ибупрофена - с интервалом не менее 6-8 часов и не более 3 раз в сутки.
- Сосудосуживающие капли в нос (например, с фенилэфрином, оксиметазолином) курсом на 3-5 дней.

Элиминационная терапия – введение в нос физиологического раствора 2-3 раза в день или применение спреев со стерильным солевым изотоническим раствором курсом на 5 дней с последующей аспирацией.

Раствор тонзилгона по 10 капель 5-6 раз в день внутрь курс 5-7 дней

9. Осмотр врачом педиатром в динамике, выписка с выздоровлением на 5-7 день от начала заболевания в детский сад, занятие физкультурой в ослабленной группе, закаливание по щадящей методике.

10. Вакцинация через 2-4 недели после выздоровления

Ситуационная задача 2

Ребенок 5 лет, заболел два дня назад. Со слов мамы, он контактировал с заболевшим ребенком. С первого дня болезни возникла головная боль, вялость, снижение аппетита, температура, до 38,0-38,5°C, нарушение носового дыхания, чихание, на следующий день появилось обильное отделяемое из носа серозного характера. К врачу не обращались. Самостоятельно применяли жаропонижающее, капли в нос. Накануне ночью подъем температуры до 39°C, появилась боль в горле.

Ребенок с 3 лет наблюдается у отоларинголога по поводу ГНМ и аденоидов II степени.

При осмотре: температура 38,5, состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые. В зеве умеренная гиперемия нёбных дужек, зернистость задней стенки глотки, миндалины не увеличены, налётов нет. Лимфатические узлы - пальпируются по основным группам, подчелюстные и передние шейные до 1 см в диаметре, безболезненные, мягко-эластической консистенции. Дыхание через нос затруднено, из носа обильное отделяемое слизистого характера. Частота дыхания 24 в 1 мин. В легких при перкуссии - ясный лёгочный звук. При аускультации дыхание пузырьное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, пульс 120 уд. в мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не изменены.

Отоскопия: без патологии.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте обоснование диагноза.
3. Определите тактику наблюдения
4. Перечислите показания к госпитализации при данном заболевании.
5. Дайте рекомендации по режиму пациента.
6. Дайте рекомендации по питанию пациента.
7. Показана ли этиотропная терапия данному ребенку, обоснуйте.
8. Назначьте симптоматическую терапию
9. Тактика дальнейшего наблюдения данного ребенка
10. Подходы к вакцинации данного ребенка

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература:

1. Поликлиническая и неотложная педиатрия : учебник / под ред. А. С. Калмыковой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 896 с.
2. Поликлиническая и неотложная педиатрия : учебник / под ред. А. С. Калмыковой. - 2-е изд. , перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 864 с.

Дополнительная литература:

- Государственный реестр лекарственных средств России.
<http://grls.rosminzdrav.ru/>
- Детские лекарственные формы: международные требования по разработке и качеству [Электронный ресурс] : учебное пособие / Синева Т.Д., Наркевич И.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452554.html>
- Клиническая фармакология: национальное руководство / под ред. Ю. Б. Белоусова, В. Г. Кукеса, В. К. Лепахина, В. И. Петрова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 976 с.
- Клинические рекомендации. Острая респираторная вирусная инфекция. 2021.
- Неотложная педиатрия [Электронный ресурс] / под ред. Б.М. Блохина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437667.html>
- Острые респираторные вирусные инфекции у детей и взрослых / А. В. Горелов, А. А. Плоскирева, Ж. Б. Понежева [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. Серия "Библиотека врача-специалиста" Режим доступа:
<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970471043.html>
- Руководство участкового педиатра [Электронный ресурс] / под ред. Т. Г. Авдеевой. - 4-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. Серия "Библиотека врача-специалиста" Режим доступа:
<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463826.html>
- Скорая и неотложная медицинская помощь детям : краткое руководство для врачей [Электронный ресурс] / В.М. Шайтор. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
- Справочник врача-педиатра. / Р.Р. Кильдиярова, М. Б. Колесникова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 256 с.
- Справочник Видаль. <https://www.vidal.ru>
- Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей // Практическое руководство. - М., Боргес. – 2019. - 300 с.

Нормативно-правовые акты

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям».
2. Приказ МЗ РФ от 28.12.2012 № 1654н «Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при острых назофарингите, ларингите, трахеите и острых инфекциях верхних дыхательных путей легкой степени тяжести»
3. Приказ МЗ РФ от 1.09.2020 № 925н «Об утверждении порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности, включая порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа»

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ОРЗ	острое респираторное заболевание
ОРИ	острая респираторная инфекция
ОРВИ	острая респираторная вирусная инфекция
ВДП	верхние дыхательные пути
НДП	нижние дыхательные пути
РС-вирус	респираторно-синцитиальный вирус
ЦНС	центральная нервная система
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
ДН	дыхательная недостаточность

Учебное издание

ОРГАНИЗАЦИЯ И ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ

Редактор Л.А. Жданова

Подписано в печать ¹⁶ Формат 60×84 1/16 .

Уч.-изд. л. 6,12. Тираж 200 экз. Заказ №

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»

Минздрава России

153012, г. Иваново, Шереметевский просп., 8

Тел.: (4932) 30-02-28

[E-mail:kafedrak@mail.ru](mailto:kafedrak@mail.ru)