

Одобен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «05» декабря 2025 года
Протокол №242

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ГРИПП И ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1) Код(ы) МКБ-10/11:

МКБ-10		МКБ-11	
Код	Название	Код	Название
J00-J06	Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей	CA00–CA0Y	Другие уточненные заболевания верхних дыхательных путей
J06.8	Другие острые инфекции верхних дыхательных путей множественной локализации	CA07.1	Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации
J06.9	ОРВИ неуточнённая	CA07.0	Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненной локализации
J00	Острый назофарингит	CA00	Острый назофарингит
J02.8	Острый фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями	CA01	Острый фарингит
J02.9	Острый фарингит, неуточненный	CA02.1Z	Острый вирусный фарингит, неуточненный
J03.8	Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями	CA02	Острый тонзиллит
J03.9	Острый тонзиллит неуточненный	CA02.Z	Острый тонзиллит неуточненный
J04	Острый ларингит и трахеит	CA03	Острый ларингит и трахеит

J04.0	Острый ларингит	CA03.0	Острый ларингит
J04.1	Острый трахеит	CA03.1	Острый трахеит
J04.2	Острый ларинготрахеит	CA05	Острый ларинготрахеит
J20.8	Острый бронхит неуточненный	CA40	Острый бронхит
J20.9	Острый бронхит, вызванный другими уточненными агентами		
J21.0	Острый бронхиолит, вызванный респираторно-синцитиальным вирусом	CA41.0	Острый бронхиолит, вызванный респираторно-синцитиальным вирусом
J21.8	Острый бронхиолит, вызванный другими уточненными агентами	CA41	Бронхиолит др. возбудителей
J21.9	Острый бронхиолит неуточненный	CA41.Z	Бронхиолит неуточнённый
J06.0	Острый ларингофарингит	CA04	Острый ларингофарингит
J10- J18	Грипп и пневмония	1E30	Грипп, вирус идентифицирован
J10	Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа	E30	Грипп, вызванный идентифицированным вирусом сезонного гриппа 1E31
J11	Грипп, вирус не идентифицирован	1E32	Грипп, вирус не идентифицирован
B34.0	Аденовирусная инфекция неуточненная	1D90	Аденовирусная инфекция неуточненной локализации
J12.9	Вирусная пневмония	CA40.20	Вирусная пневмония
B34.9	Вирусная инфекция неуточненная	1D9Z	Вирусная инфекция неуточненная
B33.8	Другие уточненные вирусные болезни	1D8Y/1D8Z	Другие уточненные вирусные болезни
A48.8	Другие уточненные бактериальные болезни	1C1Y/1C1Z	Другие уточнённые бактериальные болезни
A49.9	Бактериальная инфекция	1C9Z	Бактериальная

	неуточненная		инфекция неуточненная
J5.8	Другие бактериальные пневмонии	CA40.1Y	Другие бактериальные пневмонии

2) Дата разработки/пересмотра протокола: 2017 год (пересмотр 2023 год)

3) Сокращения, используемые в протоколе:

АКДС	адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина
АсТ	Аспартатаминотрансфераза
АлТ	Аланинаминотрансфераза
БОС	бронхообструктивный синдром
ВОП	врач общей практики
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ГКС	Глюкокортикостероиды
ДВС	диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ДН	дыхательная недостаточность
ДНК	дезоксирибонуклеиновая кислота
ИББДВ	интегрированное ведение болезней детского возраста
КНФ	Казахстанский национальный формуляр
МНН	международное непатентованное название
ОАК	общий анализ крови
ОПО	общие признаки опасности
ОРВИ	острая респираторная вирусная инфекция
ОРДС	острый респираторный дистресс-синдром
ОРИТ	отделение реанимации и интенсивной терапии
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ПЦР	полимеразноцепная реакция
РК	Республика Казахстан
РНК	рибонуклеиновая кислота
РКИ	рандомизированное контролируемое исследование
РС- инфекция	респираторно-синцитиальная инфекция
РМА	постменструальный возраст (гестационный возраст плюс хронологический возраст).
СЗП	свежезамороженная плазма
СМЖ	спинномозговая жидкость
СНМП	скорая неотложная медицинская помощь
СОЭ	скорость оседания эритроцитов
СРБ	С-реактивный белок
УД	уровень доказательства
ЦМВИ	цитомегаловирусная инфекция

ЧДД	частота дыхательных движений
ЭКГ	Электрокардиография
ЭхоКГ	Эхокардиография

4) Пользователи протокола: врачи общей практики, педиатры, детские инфекционисты, врачи неотложной медицинской помощи, фельдшера общей практики.

5) Категория пациентов: дети.

6) Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.

7) Определение ^[1,2]:

Острые респираторные вирусные инфекции – группа болезней или заболеваний, вызываемых различными вирусами, передающихся воздушно-капельным путем и характеризующихся лихорадкой, интоксикацией, поражением различных отделов дыхательных путей.

Грипп – острая вирусная инфекция, характеризующаяся интоксикацией и поражением слизистой оболочки дыхательных путей с преобладанием явлений трахеита.

8) Классификация ОРВИ ^[1,2]:

По этиологии:	<ul style="list-style-type: none"> • миксовирусы: <ul style="list-style-type: none"> – вирусы гриппа А, В, С; – вирусы парагриппа; – респираторно-синцитиальные вирусы • аденовирусы • пикорнавирусы • риновирусы • коронавирусы • реовирусы.
По тяжести	<ul style="list-style-type: none"> • легкой степени тяжести, • средней степени тяжести, • тяжелой степени тяжести
По клинической форме	<ul style="list-style-type: none"> • типичные; • атипичные.
По течению	<ul style="list-style-type: none"> • неосложненные; • осложненные.

Классификация гриппа ^[1,2]:

По клиническим формам:	<ul style="list-style-type: none"> • типичные: катаральная, субтоксическая, токсическая. • атипичные: стертые, молниеносная (гипертоксическая).
По тяжести	<ul style="list-style-type: none"> • легкой степени тяжести; • средней степени тяжести; • тяжелой степени тяжести.
По ведущему клиническому синдрому:	<ul style="list-style-type: none"> • стенозирующий ларингит; • бронхообструктивный синдром; • первичные ранние поражения легких, сегментарные поражения легких; • церебральный; • абдоминальный; • геморрагический; • синдром внезапной смерти.
По течению	<ul style="list-style-type: none"> • острое; • молниеносное.
По характеру осложнений:	<ul style="list-style-type: none"> • энцефалит, менингит, миокардит, пневмония и др.

Классификация парагриппа ^[1,2,3]:

По клиническим формам:	<ul style="list-style-type: none"> • катар верхних дыхательных путей • ларингит; • бронхит; • бронхиолит; • пневмония вирусная.
По тяжести	<ul style="list-style-type: none"> • легкой степени тяжести;

	<ul style="list-style-type: none"> • средней степени тяжести; • тяжелой степени тяжести.
По типу:	<ul style="list-style-type: none"> • типичная; • атипичная.
По течению	<ul style="list-style-type: none"> • острое
По характеру осложнений:	<ul style="list-style-type: none"> • пневмония бактериальная, отит, • синусит и др.

Классификация респираторно-синцитиальной инфекции [1,2]:

По типу:	<ul style="list-style-type: none"> • типичная: катар верхних дыхательных путей, обструктивный бронхит, бронхиолит, пневмония вирусная; • атипичная: стертая, субклиническая формы.
По тяжести	<ul style="list-style-type: none"> • легкой степени тяжести, • средней степени тяжести, • тяжелой степени тяжести
По течению	<ul style="list-style-type: none"> • острое
По характеру осложнений:	<ul style="list-style-type: none"> • пневмония бактериальная, отит и др.

Классификация аденовирусной инфекции [1,2]:

По типу:	<ul style="list-style-type: none"> • типичная. • атипичная: стертая, субклиническая, молниеносная.
По тяжести	<ul style="list-style-type: none"> • легкой степени тяжести, • средней степени тяжести, • тяжелой степени тяжести
По основному синдрому:	<ul style="list-style-type: none"> • катар дыхательных путей; • ринофарингоконъюнктивальная лихорадка; • конъюнктивит, кератоконъюнктивит; • бронхообструкция; • тонзиллофарингит; • пневмония; • диарея.
По течению	<ul style="list-style-type: none"> • острое • подострое
По характеру осложнений:	<ul style="list-style-type: none"> • пневмония бактериальная, отит, • синусит, тонзиллит и др.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ [1-10]:

1) диагностические критерии:

Жалобы:

- повышение температуры тела;
- кашель;

- заложенность носа, нарушение носового дыхания, чихание, отделение слизи из носа;
- головная боль;
- у детей раннего возраста – выраженное беспокойство, беспокойный плач;
- слабость, вялость, недомогание;
- сухой лающий кашель, осиплость голоса;
- одышка, затрудненное дыхание;
- саднение за грудиной;
- судороги;
- увеличение лимфоузлов;
- слезотечение.

Грипп:	
Анамнез:	Физикальное обследование
<ul style="list-style-type: none"> • острое начало болезни с развитием симптомов интоксикации в 1-е сутки, высокая лихорадка с ознобом; • головная боль с типичной локализацией в области лба, надбровных дуг, глазных яблок; • слабость, адинамия; • ноющие боли в костях, мышцах, вялость • «разбитость»; • гиперестезия; • носовое кровотечение; • судороги. 	<ul style="list-style-type: none"> • катар верхних дыхательных путей • ларингиты, ларинготрахеиты с синдромом крупа; • бронхиты с синдромом бронхообструкции; • бронхиолиты; • гиперемия лица и шеи, инъекция сосудов склер, повышенное потоотделение, мелкая геморрагическая сыпь на коже, разлитая гиперемия и зернистость слизистой оболочки зева; • при тяжелой форме: лихорадка, нарушение сознания, явления менингизма, одышка, геморрагическая сыпь, тахикардия, глухость сердечных тонов, слабость пульса, артериальная гипотензия, акроцианоз и цианоз. <p>Рентгенологическая картина:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сегментарный отек легких в результате циркуляторных расстройств в пределах одного сегмента или доли; • первичная интерстициальная пневмония; • при гипертоксической форме — геморрагический отек легких, геморрагическая пневмония;
Парагрипп:	
Анамнез:	Физикальное обследование:

<ul style="list-style-type: none"> • постепенное начало болезни; • слабо выраженная интоксикация; • боли и першение в горле, заложенность носа, обильное отделяемое из носа; • сухой «лающий кашель»; • осиплость голоса. 	<ul style="list-style-type: none"> • повышение температуры тела до субфебрильных или фебрильных цифр в течение 3 – 5 дней; • явления интоксикации выражены умеренно или слабо; • выраженный катаральный синдром с первого дня болезни с преимущественным поражением гортани.
Аденовирусная инфекция:	
Анамнез:	Физикальное обследование:
<ul style="list-style-type: none"> • острое начало болезни; • насморк и заложенность носа, затем обильные слизистые выделения из носа; • чувство першения или боли в горле, сухой кашель; • явления конъюнктивита: боли в глазах, слезотечение. 	<ul style="list-style-type: none"> • интоксикация выражена умеренно; • температура тела может повышаться постепенно, достигая максимума ко 2-3-му дню. Возможен волнообразный характер температуры с длительностью до 5-10 дней; • катаральные явления: ринит с обильными серозными или слизистыми выделениями, отечность, гиперемия и зернистость задней стенки; • кашель, быстро приобретающий влажный характер; • конъюнктивит, который может быть катаральным, фолликулярным, пленчатым; • умеренное увеличение лимфатических узлов, преимущественно подчелюстных, заднешейных, но возможно и других групп. У некоторых больных развивается мезаденит; • увеличение размеров печени и селезенки; • жидкий стул энтеритного характера.
Респираторно-синцитиальная инфекция:	
Анамнез:	Физикальное обследование:
<ul style="list-style-type: none"> • постепенное начало; • субфебрильная температура; • упорный кашель, сначала сухой, затем продуктивный; • часто приступообразный; • экспираторная одышка. • возраст –наиболее часто – дети до 2 лет (пик – 6-9 месяцев) 	<ul style="list-style-type: none"> • повышение температуры тела до субфебрильных и фебрильных цифр в течение 3 –4 дней; • слабо или умеренно выраженная интоксикация; • катаральный синдром в виде ринофарингита, ларингита и бронхита - у детей старшего возраста, • у детей раннего возраста - бронхиолита и пневмоний;

Риновирусная инфекция:

Анамнез:	Физикальное обследование:
<ul style="list-style-type: none"> • умеренная интоксикация; • чихание, выделения из носа, затрудненное носовое дыхание; • чувство саднения в горле, покашливание. 	<ul style="list-style-type: none"> • как правило, интоксикация отсутствует либо слабо выражена; • температура тела нормальная, режесубфебрильная; • ринит с обильным водянистым, слизистым выделением

Основные синдромы поражения дыхательных путей при ОРВИ

Возбудители	Основные синдромы поражения дыхательных путей
Вирусы гриппа	Ринофарингит, ларингит, трахеит, бронхит
Вирусы парагриппа	Ринофарингит, ларингит, трахеит, бронхиолит
Респираторно- синцитиальный вирус	Ринофарингит, бронхит, бронхиолит
Аденовирусы	Ринит, фарингит, тонзиллит, конъюнктивит, бронхит, бронхиолит
Риновирусы	Ринит, ринофарингит, бронхит, бронхиолит
Коронавирусы человека	Ринофарингит, ларингит, бронхит, бронхиолит, респираторный дистресс-синдром

Критерии тяжести гриппа и ОРВИ (оцениваются по выраженности симптомов интоксикации):

Степени тяжести гриппа и ОРВИ	Критерии степени тяжести гриппа и ОРВИ
Легкая степень тяжести	повышение температуры тела не более 38°C с умеренно выраженными симптомами интоксикации;
Средняя степень тяжести	температура тела в пределах 38,1–39°C с выраженными симптомами интоксикации;
Тяжелая степень тяжести	<ul style="list-style-type: none"> - высокая температура (более 39°C) с резко выраженными симптомами интоксикации (сильной головной болью, ломотой во всем теле, бессонницей, бредом, анорексией, тошнотой, рвотой, менингеальными симптомами, иногда энцефалитическим синдромом). - одышка, затрудненное дыхание - развитие осложнений

Клинические признаки стридора, астмоидного дыхания и бронхиолита:

Признаки стридора	Астмоидное дыхание
<p>Стридор – это резкий звук во время вдоха (инспираторный стридор), обусловленный препятствием прохождению воздуха в ротоглотке, подсвязочном пространстве или трахее. При локализации места обструкции ниже уровня гортани, стридор может наблюдаться и во время выдоха (экспираторный стридор).</p> <p>Стридор может возникать в раннем младенческом возрасте из-за врожденных пороков развития, в анамнезе которых:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ первый или повторный случай стридора; ■ приступы удушья в прошлом; ■ стридор, возникший вскоре после рождения 	<ul style="list-style-type: none"> • Астмоидное дыхание характеризуется высокими, свистящими звуками при выдохе. Эти звуки обусловлены спазматическим сужением дистальных отделов дыхательных путей. <p>Бронхиолит:</p> <ul style="list-style-type: none"> • астмоидное дыхание, которое не облегчается введением трех последовательных доз быстро действующего бронхолитического средства; • чрезмерное расширение грудной клетки с усилением перкуторного звука; • втяжение нижней части грудной клетки; • мелкопузырчатые влажные хрипы и астмоидное дыхание при аускультации легких; • затруднения при кормлении, из-за расстройства дыхания.

Критерии тяжести гриппа и ОРВИ по степени выраженности ДН:

Степени тяжести дыхательной недостаточности	Критерии тяжести ДН
I степень (компенсации)	Одышка только при нагрузке, инспираторная (при высокой обструкции) или экспираторная (при низкой обструкции) одышка, тахикардия и повышение артериального давления, возможна одышка без нарушения соотношения между вдохом и выдохом. $SpO_2 \geq 95\%$, ЧДД: +10–20% от нормы. Нет втяжений, нет цианоза.
II степень (субкомпенсации)	Одышка в покое, затруднение речи (говорит фразами). $SpO_2 \geq 90–94\%$, ЧДД: +20–40% от нормы. Втяжение межреберий, надключичных ямок, периоральный цианоз
III степень (декомпенсации)	Тяжелая одышка, больной говорит отдельными словами, аритмия дыхательных движений,

	выраженное участие вспомогательной мускулатуры, резкая тахикардия, снижение артериального давления, общий цианоз на фоне генерализованной бледности и мраморности кожи. $SpO_2 \leq 89\%$. ЧДД: +40–50% от нормы. Сознание при этом нарушено, могут быть приступы судорог.
IV степень (гипоксическая кома)	Дыхание редкое, судорожное, временами — апноэ, генерализованный цианоз с землистым оттенком кожи, артериальное давление падает до нуля, наступает резкое угнетение дыхательного центра вплоть до его паралича. Шунто-диффузионная острая дыхательная недостаточность проявляется клиникой отека легких — над всеми отделами грудной клетки выслушивается большое количество влажных мелко- и среднепузырчатых хрипов, из трахеи выделяется пенистая розовая мокрота, нарастают одышка, тахикардия, цианоз. $SpO_2 < 80\%$. Часто падение ЧДД («дыхательное истощение»). Кома, отсутствие реакций, выраженный серо-синий цианоз

Лабораторные исследования ^[1,2,9,10]:

Основные лабораторные исследования

- ОАК – лейкоцитоз /лейкопения, нейтрофилез/лимфоцитоз;

Дополнительные лабораторные исследования

- ПЦР (мазки из носа и зева, взятые в первые 3 дня и не позднее 5 дня болезни) для расшифровки этиологии гриппа и других ОРВИ при ТОРИ;
- коагулограмма – при геморрагическом синдроме;
- прокальцитонин, СРБ (по показаниям);
- биохимический анализ крови – АлТ, АсТ, креатинин, мочеви́на, билирубин и его фракции, общий белок и его фракции (по показаниям);
- анализ ликвора – при подозрении на менингит и энцефалит.

Инструментальные исследования:

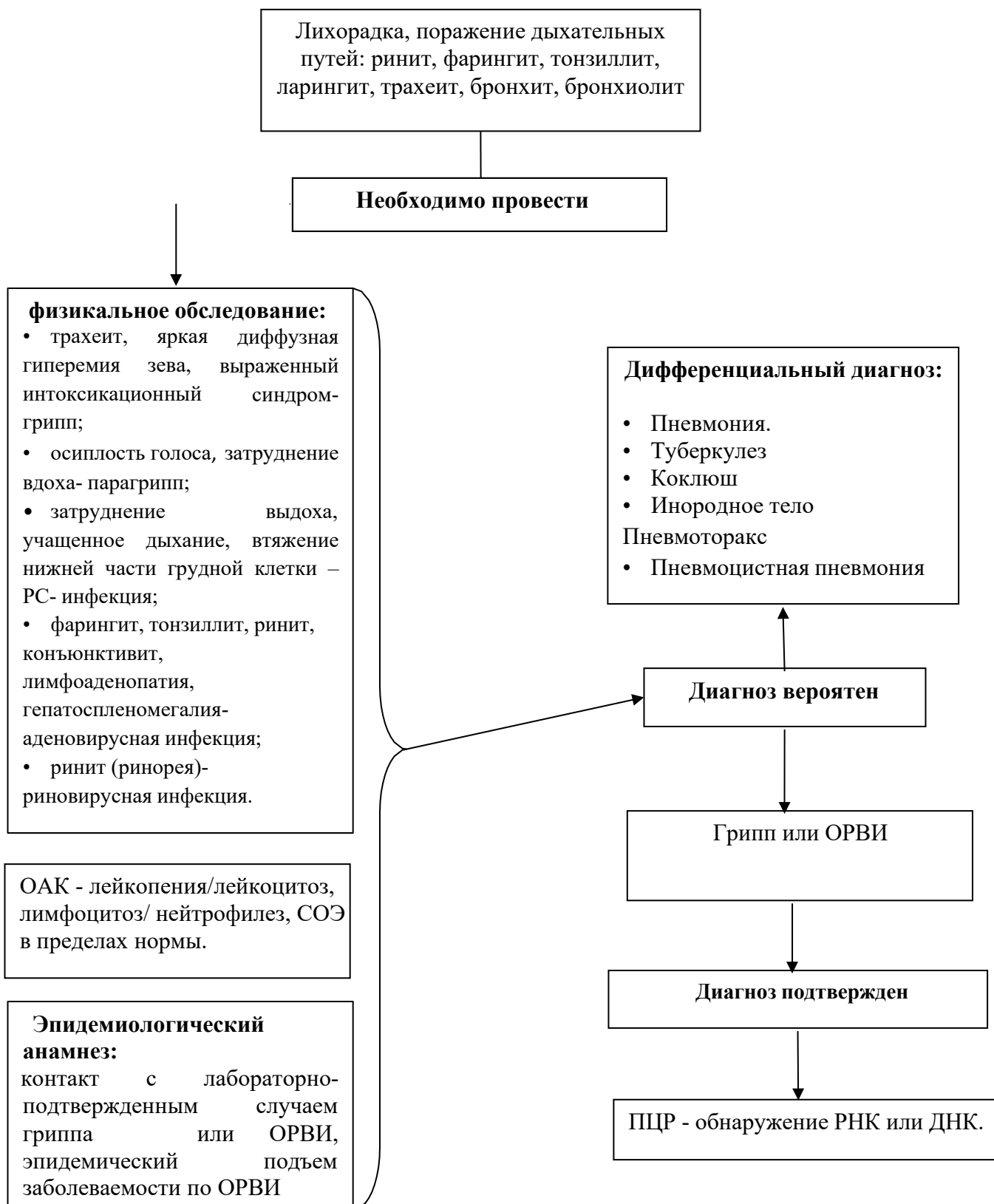
Основные инструментальные исследования

- пульсоксиметрия – при дыхательной недостаточности (измеряет периферическую сатурацию гемоглобина кислородом артериальной крови и частоту пульса в ударах минуту, рассчитываемую в среднем за 5–20 секунд).

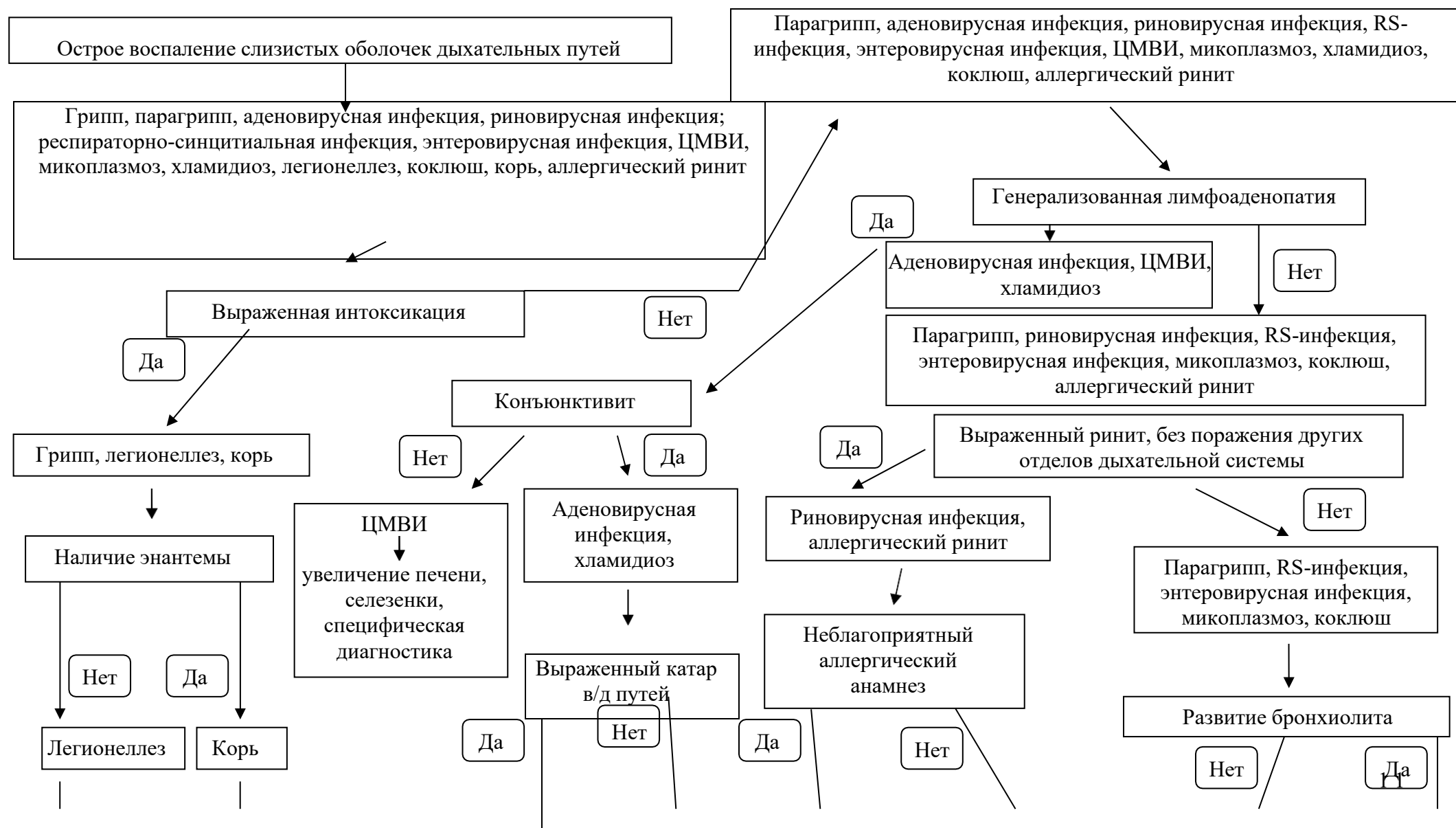
Дополнительные инструментальные исследования

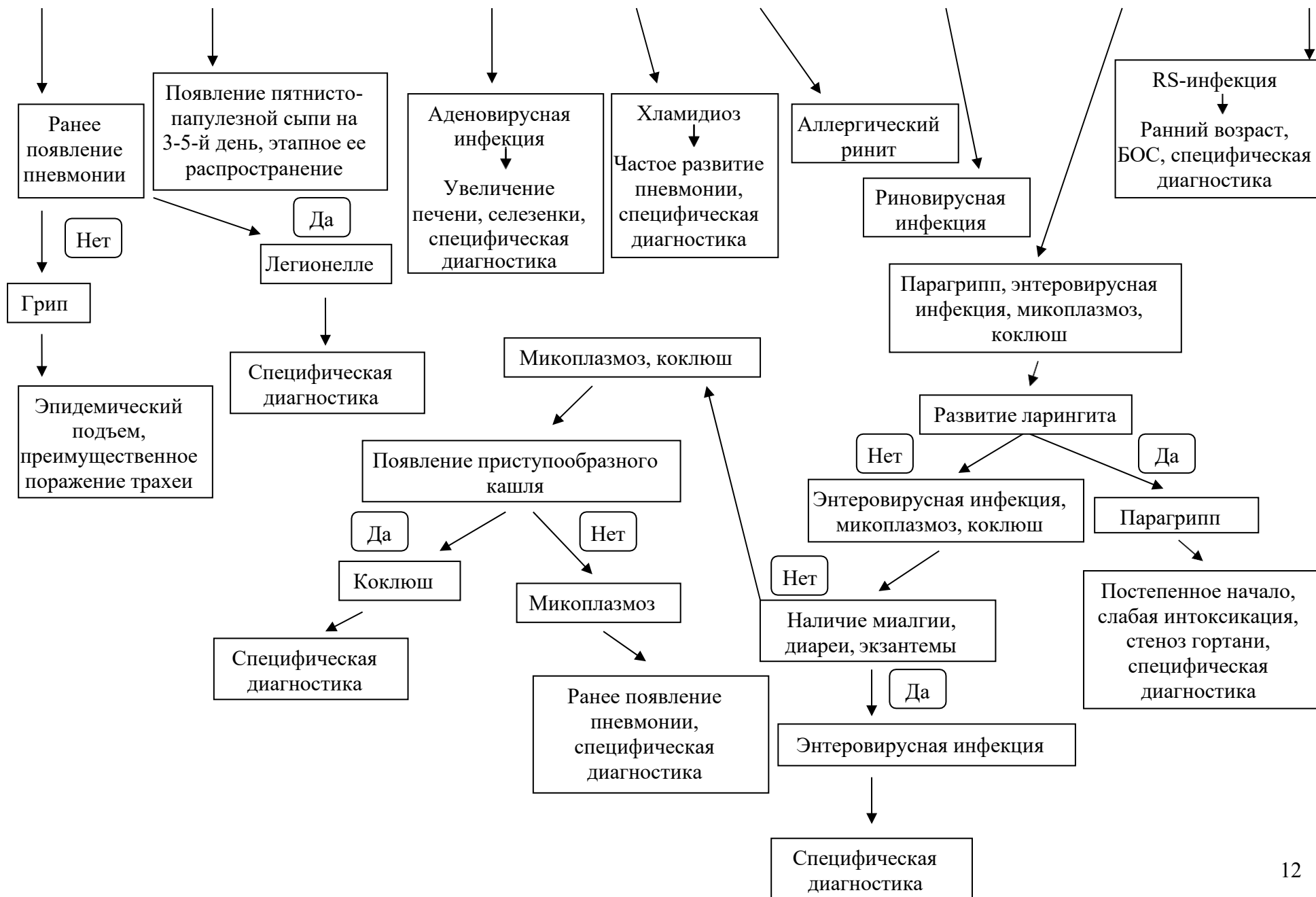
- рентгенография органов грудной клетки (при наличии симптомов пневмонии);
- ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ легких, ГДЗ (по показаниям)

2) Диагностический алгоритм [1,2,12,13]:



Алгоритм дифференциальной диагностики по синдрому «Острое воспаление слизистых оболочек дыхательных путей» [1,2, 12]:





3) Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований [1-8,13, 14]:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Пневмония	Наличие симптомов интоксикации и кашля.	Рентгенография легких	Кашель и учащенное дыхание: возраст <2 месяцев $\geq$ 60/мин возраст 2 – 12 месяцев $\geq$ 50/мин возраст 1 – 5 лет $\geq$ 40/мин; -Втяжение нижней части грудной клетки; -Аускультативные признаки – ослабленное дыхание, влажные хрипы; - Раздувание крыльев носа; -Кряхтящее дыхание (у младенцев раннего возраста).
Бронхиолит	Кашель. астмоидное дыхание.	Рентгенография легких	- Астмоидное дыхание у ребенка в возрасте <2 лет; - Влажные хрипы по всем легочным полям; - Расширение грудной клетки; - Удлиненный выдох; - Аускультативно – ослабленное дыхание (если выражено очень сильно – исключить непроходимость дыхательных путей); - Слабая реакция или отсутствие реакции на бронхолитические средства.
Туберкулез	Наличие симптомов интоксикации и длительного кашля.	Рентгенография легких	Хронический кашель (> 30 дней); - Плохое развитие/отставание в весе или потеря веса; - Положительная реакция Манту, положительный диаскинтест; - Контакт с больным туберкулезом в анамнезе; - Рентгенологические признаки: первичные комплекс или милиарный туберкулез; - Обнаружение микобактерий туберкулеза при исследовании мокроты у детей более старшего возраста.

	Наличие	Рентгенография	Пароксизмальный кашель, сопровождающийся характерным
--	---------	----------------	--

Коклюш	длительного кашля.	легких. Бактериологическое и серологическое исследования, ПЦР на коклюш	судорожным свистящим вдохом, рвотой, цианозом или апноэ; - Хорошее самочувствие между приступами кашля; - Отсутствие лихорадки; - Отсутствие вакцинации АКДС в анамнезе.
Инородное тело	Наличие кашля.	Рентгенография легких, бронхоскопия.	Внезапное развитие механической обструкции дыхательных путей (ребенок «подавился») или стридора - Иногда астмоидное дыхание или патологическое расширение грудной клетки с одной стороны; - Задержка воздуха в дыхательных путях с усилением перкуторного звука и смещением средостения - Признаки коллапса легкого: ослабленное дыхание и притупление перкуторного звука - Отсутствие реакции на бронхолитические средства
Выпот/эмпиема	Наличие кашля.	Рентгенография легких	- «Каменная» тупость перкуторного звука; - Отсутствие дыхательных шумов
Пневмоторакс	Наличие кашля и затруднение дыхания.	Рентгенография легких	- Внезапное начало; - Тимпанический звук при перкуссии с одной стороны грудной клетки; - Смещение средостения
Пнеумоцистная пневмония	Наличие кашля	Рентгенография легких. Обследование на ВИЧ- инфекцию.	- 2-6 месячный ребенок с центральным цианозом; - Расширение грудной клетки; - Учащенное дыхание; - Снижение сатурации -изменения на рентгенограмме при отсутствии аускультативных расстройств; - Увеличенные размеры печени, селезенки, и лимфоузлов; - Положительный ВИЧ-тест у матери или ребенка.

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ [1-4, 6, 8, 11-16]:

На амбулаторном уровне лечение получают дети с легкой степенью тяжести и со среднетяжелыми формами ОРВИ (старше 5 лет).

Дети должны находиться в теплом, хорошо проветриваемом помещении.

Для смягчения боли в горле и облегчения кашля рекомендуется теплое питье, небольшими глотками, в случае появления рвоты, подождать 5-10 минут, затем продолжить, но медленнее.

Прочищать нос нужно чаще, особенно перед кормлением и сном. Медицинский работник должен обучить мать или ухаживающего за ребенком в возрасте до 5 лет признакам немедленного визита в медицинское учреждение:

- не может пить или сосать грудь;
- состояние ребенка ухудшается;
- лихорадка не снижается;
- учащенное дыхание;
- затрудненное дыхание.

3.1 Немедикаментозное лечение: [1,2,6]

- режим полупостельный (в течение всего периода лихорадки).
- диета: Стол №13, дробное теплое питье (молочно-растительная диета, физиологически полноценная).
- гигиена больного – гигиенический уход за слизистыми оболочками полости ротоглотки, глаз, туалет носа. Закапывать в каждый носовой ход по 1-3 капли 0,9% раствора NaCl; очищать отделяемое из носа нужно с помощью турунды или отсасывать грушей/назальным аспиратором.

Лечение конъюнктивита, согласно клиническому протоколу диагностики и лечения «Конъюнктивит».

3.2 Медикаментозное лечение [1-4, 6, 8, 11-16, 23]:

Этиотропное лечение гриппа:

Осельтамивир:

- ✓ 3 мг/кг на одну дозу два раза в день для детей от 3-8 месяцев;
- ✓ 3,5 мг/кг на одну дозу два раза в день для детей от 9-11 месяцев - перорально в течение 5 дней;
- ✓ дети старше 1 года с весом менее 15 кг по 30 мг 2 раза в сутки;
- ✓ 15-23 кг - по 45 мг 2 раза в сутки;
- ✓ 23-40 кг - по 60 мг 2 раза. более 40 кг по 75 мг 2 раза в сутки, внутрь в течение 5 дней;
- ✓ ≥13 лет 150 мг в день внутрь, разделённое на 2 дозы в течение 5 дней.

Для купирования гипертермического синдрома свыше 38,5°C при гриппе и ОРВИ:

– парацетамол 10-15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней через рот или per rectum или ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот.

- При развитии бактериальных осложнений антибактериальные препараты

назначаются в зависимости от предполагаемого и/или выделенного возбудителя.

- **При легком крупе** (стеноз гортани 1 степени): – тактика ведения пациента в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения «Ларингит у детей».

- **При обструктивном синдроме:**

- ингаляции сальбутамола из дозированного аэрозольного ингалятора через спейсер.

NB! Направить распылительную головку ингалятора в спейсер и нажать 2 раза (200 мкг). Затем приложить отверстие спейсера ко рту ребенка и подождать, пока он сделает 3–5 нормальных вдохов. Эту процедуру можно быстро повторить несколько раз до тех пор, пока ребенок в возрасте до 5 лет не получит через спейсер 600 мкг сальбутамола (6 нажатий на головку ингалятора), а ребенок старше 5 лет – 1200 мкг (12 нажатий). После этого оценить лечебный эффект и повторять ингаляции до тех пор, пока состояние ребенка не улучшится. В тяжелых случаях можно делать по 6 или 12 нажатий на головку ингалятора несколько раз в час в течение короткого промежутка времени. При отсутствии эффекта направить в стационар. Спейсер можно сделать из пластиковой бутылки из-под минеральной воды емкостью 750 мл.

- Ингаляции сальбутамола через небулайзер - 0,5 мл 0,5% раствора сальбутамола и 2 мл стерильного физиологического раствора в емкость небулайзера и проводите ингаляцию до тех пор, пока почти вся жидкость не будет израсходована, три цикла с интервалом 20 минут. После каждой ингаляции мониторинг состояния: ЧДД, астматическое дыхание, втяжение нижней части грудной клетки. В дальнейшем ингаляция сальбутамола три раза в день в течение 5 дней.

Перечень основных лекарственных средств [1-4, 6, 8, 11-16,23]:

Фармакологическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
Ингибиторы нейраминидазы	Осельтамивир	3 мг/кг на одну дозу два раза в день для детей от 3-8 месяцев; 3,5 мг/кг на одну дозу два раза в день для детей от 9-11 месяцев - перорально в течение 5 дней; дети старше 1 года с весом менее 15 кг по 30 мг 2 раза в сутки; 15-23 кг - по 45 мг 2 раза в сутки; 23-40 кг - по 60 мг 2 раза, более 40 кг по 75 мг 2 раза в сутки, внутрь в течение 5 дней; ≥13 лет 150 мг в день внутрь, разделённое на 2 дозы в течение 5 дней	А
Анилиды	Парацетамол	10- 15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней через рот или per rectum	В

Перечень дополнительных лекарственных средств [1-4, 6, 8, 11-16]:

Фармакологическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
Производные пропионовой кислоты	Ибупрофен	5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот	В
Топические ГКС	Будесонид	2 мг в виде стартовой дозы или по 1 мг 2 раза через 30 минут; Доза может повторяться каждые 12 часов до улучшения состояния.	В
Селективные бета-2-адреномиметики	Сальбутамол	– ингаляции сальбутамола из дозированного аэрозольного ингалятора через спейсер нажать 2 раза (200 мкг) - 2 дозы – каждые 15 минут 3 раза; (детям до 5 лет - до 600 мкг; детям старше 5 лет – 1200 мкг)	В

3.3 Хирургическое вмешательство: нет.

3.4 Дальнейшее ведение ^[1-4,6]:

- при крупе мониторинг в течение 4 часов по критериям: общее состояние, частота дыхания, состояние голоса, окраска кожи. Мониторинг проводится в промежутки: через 30 минут, 1 час, 2 часа, затем 4 часа. При наличии стридора в покое ребенок направляется на стационарное лечение;
- при астмоидном дыхании после трех ингаляций сальбутамола, если сохраняется учащенное дыхание, ребенок направляется на стационарное лечение;
- повторный осмотр детей с ОРВИ участковым врачом через 2 дня или раньше, если ребенку стало хуже (в возрасте до 5-х лет): не может пить или сосать грудь, учащенное дыхание, затрудненное дыхание и лихорадка выше 38⁰ С;
- последующий визит через 5 дней, если нет улучшения.

3.5 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения ^[1-4,6]:

- купирование симптомов интоксикации;
- отсутствие затрудненного дыхания;
- купирование астмоидного дыхания;
- нормализация ЧДД.

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА

ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ^[1-4, 6]:

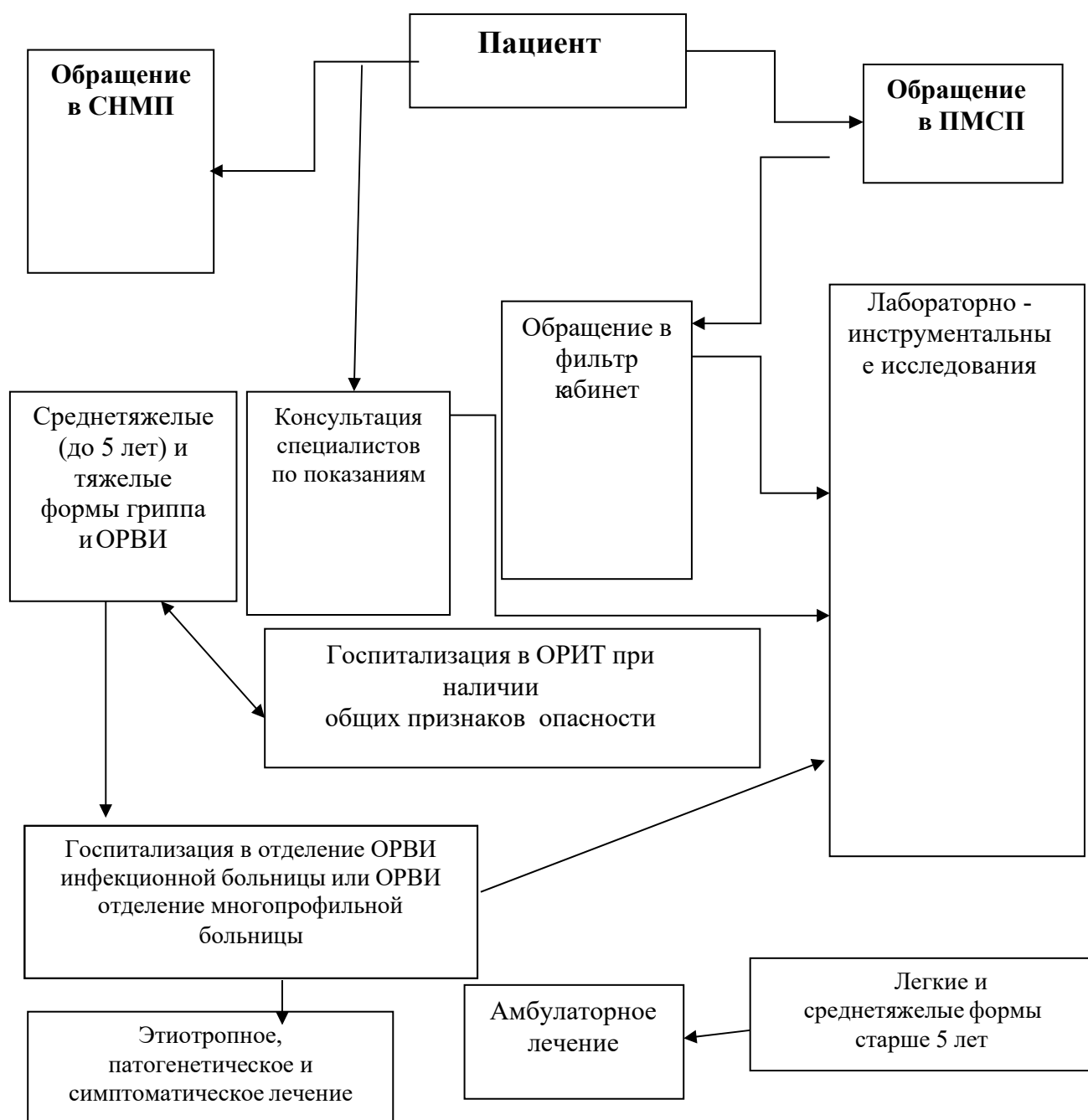
4.1 Показания для плановой госпитализации: нет.

4.2 Показания для экстренной госпитализации:

- возраст до 5 лет с наличием общих признаков опасности (не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи и питья, судороги в анамнезе данного заболевания и летаргичен или без сознания);
- дети со стенозом гортани II–IV степени;
- дети со стенозом гортани 1-й степени в возрасте до 1 года;
- дети с астмоидным и/или стридорозным дыханием до 1 года;
- среднетяжелые (дети до 5 лет) и тяжелые формы гриппа и ОРВИ;
- дети из закрытых учреждений по эпидемиологическим показаниям и из семей с неблагоприятными социально-бытовыми условиями.

5 ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ ^[1-6,9,10,11-16]:

5.1 карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента ^[1-4]:



5.2 Немедикаментозное лечение ^[1-4,6]:

Режим:

- постельный режим для больных с тяжелой формой гриппа и ОРВИ (в течение всего периода лихорадки).

Диета:

- стол №13, дробное теплое питье (молочно-растительная диета);
- Строгая гигиена больного – гигиенический уход за слизистыми оболочками полости ротоглотки, глаз, туалет носа. Закапывать в нос 0,9 % раствор NaCl по 1-3 капли; очищать отделяемое из носа нужно с помощью турунды или отсасывать грушей/назальным аспиратором. Лечение конъюнктивита согласно клиническому протоколу диагностики и лечения «Конъюнктивит».
- при стенозе гортани-эмоциональный и психический покой, доступ свежего воздуха, комфортное положение для ребенка, отвлекающие процедуры: увлажненный воздух, лечение, согласно клиническому протоколу диагностики и лечения «Ларингит у детей».

Респираторная поддержка:

Показана детям при развитии симптомов гипоксии – дыхательной недостаточности (ДН). Для диагностики степени ДН и проведения респираторной поддержки у детей рекомендуются следующие клинико-инструментальные методы (сильная рекомендация (УД-А) ^[16-22]:

- Пульсоксиметрия: SpO₂ < 93%, PaO₂ < 60 мм рт. ст.
- Клинические критерии:
 - сильное втяжение уступчивых мест грудной клетки;
 - частота дыхания за минуту в возрасте 0-2 мес ≥ 60, 2-12 мес ≥ 50, старше 12 мес ≥ 40 дыхательных движений;
 - кивательные движения (движения головы, синхронные с вдохом, указывающие на тяжелую дыхательную недостаточность);
 - острая или хроническая сердечная недостаточность с развитием отека легких.
 - центральный цианоз.
 - раздувание крыльев носа при дыхании.
 - невозможность пить или есть (из-за дыхательной недостаточности).
 - кряхтящее дыхание.
 - нарушение сознания (например, сонливость, летаргия).

Техника проведения респираторной поддержки (УД-А) ^[16-22]:

- увлажнённый согретый кислород ингалируют через маску или назальные канюли.
- скорость потока у детей от 1 до 5 л/мин.
- перед назначением оксигенотерапии определяют SpO₂, через 10-15 минут повторно производят измерение. Положительный терапевтический эффект проявляется в повышении SpO₂ до нормальных значений 93-98%.
- при отсутствии эффекта от указанных мероприятий – консультация реаниматолога.
- при осложнениях со стороны центральной нервной системы (менингиты и энцефалиты) – смотреть клинический протокол диагностики и лечения «Менингиты

у детей и взрослых» и «Энцефалиты у детей и взрослых».

5.3 Медикаментозное лечение [1-6, 9, 10, 11-16, 23]:

При средней степени тяжести гриппа и ОРВИ:

Этиотропная терапия гриппа:

Осельтамивир:

- ✓ 3 мг/кг на одну дозу два раза в день для детей от 3-8 месяцев;
- ✓ 3,5 мг/кг на одну дозу два раза в день для детей от 9-11 месяцев - перорально в течение 5 дней;
- ✓ дети старше 1 года с весом менее 15 кг по 30 мг 2 раза в сутки;
- ✓ 15-23 кг - по 45 мг 2 раза в сутки;
- ✓ 23-40 кг - по 60 мг 2 раза, более 40 кг по 75 мг 2 раза в сутки, внутрь в течение 5 дней;
- ✓ ≥13 лет 150 мг в день внутрь, разделённое на 2 дозы в течение 5 дней.

Симптоматическая терапия:

- ✓ для купирования гипертермического синдрома выше 38,5°C назначается: парацетамол 10-15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней через рот или per rectum; или ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот;

У детей с жаропонижающей целью не рекомендуется применять ацетилсалициловую кислоту и нимесулид в связи высоким риском развития нежелательных реакций [9]. (Уровень убедительности рекомендаций А).

При тяжелой степени тяжести гриппа и ОРВИ:

Этиотропная терапия гриппа: Осельтамивир

	Лечение	Профилактика
Младенцы, с известной массой тела		
<3 месяца	3 мг/кг на дозу перорально два раза в день в течение 5 дней	Не рекомендуется, кроме как в критических ситуациях
3–8 месяцев	3 мг/кг на дозу перорально два раза в день в течение 5 дней	3 мг/кг перорально один раз в день
9–11 месяцев	3,5 мг/кг на одну дозу перорально два раза в день в течение 5 дней	3,5 мг/кг перорально один раз в день
Младенцы, с неизвестной массой тела		
Возраст от 0 до 3 месяцев ^А	12 мг перорально два раза в день в течение 5 дней	Не рекомендуется, кроме как в критических ситуациях ^В
От 4 до 5 месяцев	17 мг перорально два раза в день в течение 5 дней	17 мг перорально один раз в день
От 6 до 11 месяцев	24 мг перорально два раза в день в течение 5 дней	24 мг перорально один раз в день
Недоношенные дети		
РМА <28 недель	Рекомендуется консультация со специалистом по детским инфекционным заболеваниям	Не рекомендуется, кроме как в критических ситуациях
РМА 28–37 недель, 6 дней	1 мг/кг на одну дозу перорально два раза в день в течение 5 дней	
РМА с 38 по 40 недель, 0 дней	1,5 мг/кг на дозу перорально дважды в день в течение 5 дней	
РМА >40 недель и 8 месяцев хронологический	3 мг/кг на дозу перорально два раза в день в течение 5 дней	

возраст		
Хронологический возраст: 9–11 месяцев	3,5 мг/кг на одну дозу перорально два раза в день в течение 5 дней	3,5 мг/кг на дозу перорально один раз в день

Симптоматическая терапия ОРВИ и гриппа:

- ✓ для купирования гипертермического синдрома выше 38,5°C назначается:
- парацетамол 10-15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней через рот или per rectum;

или

- ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот.

У детей с жаропонижающей целью не рекомендуется применять ацетилсалициловую кислоту и нимесулид в связи высоким риском развития нежелательных реакций [9]. (Уровень убедительности рекомендаций А).

При обструктивном синдроме:

- ингаляционный бронхолитик сальбутамол кратковременного действия по 2 ингаляции через каждые 20 минут в течение часа.

Патогенетическая терапия:

- дезинтоксикационная терапия - внутривенная инфузия из расчета 30 – 50 мл/кг с включением растворов:

- 10% глюкозы (10-15 мл/кг);
- 0,9% натрия хлорида (10-15 мл/кг);

- при стенозе гортани 2 и 3 степеней – тактика ведения в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения «Ларингит у детей»

При бронхиолите: 3% гипертонический раствор натрия хлорида - по 2-4 мл х 2 раза в день, через небулайзер [9].

При развитии осложнений со стороны центральной нервной системы с отеком головного мозга (менингит, энцефалит, менингоэнцефалит, нейротоксикоз) следует руководствоваться клиническими протоколами диагностики и лечения «Менингиты у детей и взрослых» и «Энцефалиты у детей и взрослых»:

- дегидратационная терапия: маннитол детям до 2 лет – в разовой дозе 0,25–0,5 г/кг, детям старшего возраста – 0,5–1,0 г/кг, суточная доза у детей до 2 лет не должна превышать 0,5–1,0 г/кг, старшего возраста – 1–2 г/кг.

- с противоотечной, противовоспалительной и десенсибилизирующей целью: дексаметазон детям до двух лет – первая доза 1мг/кг, затем 0,2 мг/кг каждые 6 ч., старше двух лет – первая доза 0,5 мг/кг, затем 0,2 мг/кг каждые 6 ч. Курс лечения 5–7 дней.

Не следует назначать антибиотики детям с ОРВИ и острым бронхитом, ларинготрахеитом они эффективны лишь при лечении бактериальной инфекции.

Гормональная терапия применяется при осложнениях гриппа и ОРВИ – энцефалите и тромбоцитопенической пурпуре.

При судорогах:

- диазепам – 0,5%, по 0,2-0,5 мг/кг в/м; или в/в; или ректально.

При ДВС-синдроме – тактика ведения пациента в зависимости от фазы синдрома;

Антибактериальные препараты назначаются в зависимости от предполагаемого и/или выделенного возбудителя при развитии бактериальных осложнений.

Перечень основных лекарственных средств [1-6, 9, 10, 11-16].

Фармакологическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
Анилиды	Парацетамол	Сироп для приема внутрь 60мл и 100мл, в 5 мл – 125 мг; таблетки для приема внутрь по 0,2 г и 0,5 г; суппозитории ректальные.	В
Ингибиторы нейраминидазы	Осельтамивир	3 мг/кг на одну дозу два раза в день для детей от 3-8 месяцев; 3,5 мг/кг на одну дозу два раза в день для детей от 9-11 месяцев - перорально в течение 5 дней; дети старше 1 года с весом менее 15 кг по 30 мг 2 раза в сутки; 15-23 кг - по 45 мг 2 раза в сутки; 23-40 кг - по 60 мг 2 раза, более 40 кг по 75 мг 2 раза в сутки, внутрь в течение 5 дней; ≥13 лет 150 мг в день внутрь, разделённое на 2 дозы в течение 5 дней	А

Перечень дополнительных лекарственных средств [1-6, 9, 10, 11-16].

Фармакологическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
Производные пропионовой кислоты	Ибупрофен	5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот;	В
Топические ГКС	Будесонид	2 мг в виде стартовой дозы или по 1 мг 2 раза через 30 минут; Доза может повторяться каждые 12 часов до улучшения состояния.	В

Селективные бета-2-адреномиметики	Сальбутамол	– ингаляции сальбутамола из дозированного аэрозольного ингалятора через спейсер нажать 2 раза (200 мкг) - 2 дозы – каждые 15 минут 3 раза; (детям до 5 лет - до 600 мкг; детям старше 5 лет – 1200 мкг)	В
Прочие ирригационные растворы	Глюкоза	10% в составе инфузионной терапии в зависимости от индивидуального расчета на кг веса ребенка	С
Производные бензодиазепина	Диазепам	0,5%, по 0,2-0,5 мг/кг в/м; или в/в; или ректально	В
Солевые растворы	Натрия хлорид	*в составе инфузионной терапии индивидуально в зависимости от веса ребенка	С
Системные ГКС	Дексаметазон	**детям до двух лет – первая доза 1мг/кг, затем 0,2 мг/кг каждые 6 ч., старше двух лет – первая доза 0,5 мг/кг, затем 0,2 мг/кг каждые 6 ч. Курс лечения 5–7 дней.	В
Растворы с осмодиуретическим действием	Маннитол	Маннитол детям до 2 лет – в разовой дозе 0,25–0,5 г/кг, детям старшего возраста – 0,5–1,0 г/кг. Суточная доза у детей до 2 лет не должна превышать 0,5–1,0 г/кг, старшего возраста – 1–2 г/кг.	В
Раствор для ингаляций	Натрия хлорид	Раствор 3% стерильный для ингаляционного и интраназального введения.	В

* с дезинтоксикационной целью

** с противоотечной, противовоспалительной и десенсибилизирующей целью

5.4 Хирургическое вмешательство: нет.

5.5 Дальнейшее ведение ^[1-4]:

- выписку больных с ОРВИ из стационара проводят по купированию клинических симптомов. Если кашель продолжается более 1 месяца или лихорадка в течение 7 дней и более, проведите дополнительное обследование для выявления других

возможных причин (туберкулез, астма, коклюш, инородное тело, ВИЧ, бронхоэктаз, абсцесс легкого и др.);

- реконвалесценты ОРВИ, перенесшие осложнения в виде вирусно-бактериальной пневмонии, подлежат диспансеризации в течение 1 года (с контрольными клинико-лабораторными обследованиями через 3 (легкой степени тяжести), 6 (средней степени тяжести) и 12 месяцев (тяжелой степени тяжести) после болезни;
- реконвалесценты ОРВИ, перенесшие осложнения с поражением нервной системы (менингита, энцефалита, менингоэнцефалита) подлежат диспансеризации в течение 3-х лет, с контрольными клинико-лабораторными обследованиями 1 раз в 3 месяца в течение первого года, затем 1 раз в 6 мес. в последующие годы;
- медицинский отвод от профилактических прививок на 1 месяц.

5.6 Индикаторы эффективности лечения ^[1-4]:

- купирование лихорадки и интоксикации;
- купирование катарального синдрома;
- нормализация лабораторных показателей;
- купирование астмоидного дыхания;
- исчезновение кашля;
- нормализация показателей СМЖ при энцефалите, менингоэнцефалите;
- отсутствие и купирование осложнений.

Профилактика. Рекомендуются проведение вакцинации против гриппа до начала эпидемиологического сезона ^[8-9, 24].

6 ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

6.1 Список разработчиков протокола:

- 1) Баетшева Динагуль Аяпбековна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней, НАО «Медицинский университет Астана», главный внештатный детский инфекционист Министерства здравоохранения Республики Казахстан.
- 2) Эфендиев Имдат Муса оглы – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой детских инфекционных болезней и фтизиатрии НАО «Медицинский университет Семей».
- 3) Куттыкужанова Галия Габдуллаевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры детских инфекционных болезней НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова».
- 4) Жумагалиева Галина Даутовна – кандидат медицинских наук, профессор кафедры детских инфекционных болезней НАО «Медицинский университет Астана».
- 5) Турдалиева Баян Рысбековна – PhD, ассоциированный профессор кафедры детских инфекционных болезней НАО «Медицинский университет Астана».
- 6) Девдариани Хатуна Георгиевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских инфекционных болезней НАО «Карагандинский медицинский университет».
- 7) Алшынбекова Гульшарбат Канагатовна – кандидат медицинских наук, исполняющий обязанности профессора кафедры детских инфекционных болезней,

НАО «Карагандинский медицинский университет».

8) Рамазанова Лаззат Ахметжановна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней с курсом пульмонологии и нефрологии НАО «Медицинский университет Астана».

9) Макалкина Лариса Геннадиевна – кандидат медицинских наук, PhD, MD, доцент кафедры клинической фармакологии НАО «Медицинский университет Астана», Вице-президент РОО «Ассоциация клинических фармакологов и фармацевтов».

6.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.3 Рецензенты:

1) КошEROва Бахыт Нургалиевна – доктор медицинских наук, Председатель Правления – Ректор НАО «Карагандинский медицинский университет», главный внештатный взрослый инфекционист Министерства здравоохранения Республики Казахстан, заместитель Председателя правления РОО «Общество врачей инфекционистов».

2) Жумалина А. К. – доктор медицинских наук, профессор, руководитель кафедры детских болезней №1 с курсом неонатологии НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова».

3) Абдрахманов К.Б. – доктор медицинских наук, профессор кафедры детских болезней с курсами пульмонологии и нефрологии НАО «Медицинский университет Астана».

6.4 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр не реже 1 раза в 5 лет и не чаще 1 раза в 3 года при наличии новых методов диагностики и лечения с уровнем доказательности.

6.5 Список использованной литературы:

1) Management of acute respiratory infection outbreaks in care homes guidance Updated 24 July 2024.

2) Ющук, Н. Д. Инфекционные болезни: учебник / Н. Д. Ющук, Г. Н. Кареткина, М. М. Гаджикулиева. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2022. - 520 с. - ISBN 978-5-9704-6911-8

3) Оценка степени тяжести пандемического гриппа Руководство ВОЗ по оценке степени тяжести гриппа во время сезонных эпидемий и при пандемиях, второе издание, ISBN: 9789289062350 (PDF) © Всемирная организация здравоохранения, 2025 г.

4) Sliva J, Pantzartzi CN, Votava M. Inosine Pranobex: A Key Player in the Game Against a Wide Range of Viral Infections and Non-Infectious Diseases. Adv Ther. 2019 Aug;36(8):1878-1905. doi: 10.1007/s12325-019-00995-6. Epub 2019 Jun 5. PMID: 31168764; PMCID: PMC6822865.

5) Клинические рекомендации. Острый обструктивный ларингит и эпиглоттит у детей 2021. РФ.

6) Burden of Influenza: CDC; 2020 [updated October 5, 2020]. <https://www.cdc.gov/flu/about/burden/index.html?web=1&wdLOR=>

- 7) сACC59589-C760-4756-8DCA-865F0542BB19 Клиническое ведение тяжелой острой респираторной инфекции, Методическое пособие, Версия, адаптированная для борьбы с COVID-19. Европейское региональное бюро, WHO/2019-nCoV/SARI_toolkit/2020
- 8) NSW Ministry of Health. SHPN (CDB) 230894. November 2023. NSW Control Guideline for Public Health Units.
- 9) Клинические рекомендации Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у детей. - Разработчик клинической рекомендации: Международная общественная организация «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням». Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского - Москва -2021г.
- 10) The Common Cold and Influenza in Children: To Treat or Not to Treat? N.A. Geppe, A.L. Zaplatnikov, E.G. Kondyurina, M. M. Chepurnaya and N.G. Kolosova - Microorganisms 2023, 11, 858.
- 11) Nayak J, Hoy G, Gordon A. Influenza in children. Cold Spring Harb Perspect Med. 2021;11(1): a038430. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a038430>
- 12) Antiviral Use Among Children Hospitalized with Laboratory-Confirmed Influenza Illness: A Prospective, Multicenter Surveillance Study. Antoon JW, Amarin JZ, Hamdan O, Stopczynski T, Stewart LS, Michaels MG, Williams JV, Klein EJ, Englund JA, Weinberg GA, Szilagyi PG, Schuster JE, Selvarangan R, Harrison CJ, Boom JA, Sahni LC, Muñoz FM, Staat MA, Schlaudecker EP, Chappell JD, Clopper BR, Moline HL, Campbell AP, Spieker AJ, Olson SM, Halasa NB. Clin Infect Dis. 2025 Oct 6;81(3):623-633. doi: 10.1093/cid/ciae 573.
- 13) A noninferiority randomized open-label pilot study of 3- versus 7-day influenza postexposure prophylaxis with oseltamivir in hospitalized children. Wrotek A, Jackowska T. Sci Rep. 2024 Jun 20;14(1):14192. doi: 10.1038/s41598-024-65244-5. PMID: 38902383 Free PMC article. Clinical Trial.
- 14) Clinical Testing for COVID-19, Influenza, and RSV in Hospitalized Youths, 2016-2024. Toepfer AP, Rutkowski RE, Sahni LC, Weinberg GA, Michaels MG, Selvarangan R, Staat MA, Halasa N, Englund JA, Boom JA, Szilagyi PG, Schuster JE, Schlaudecker EP, Stewart LS, Klein EJ, Olson SM, Ellington S, McMorro ML, Moline HL, Dawood FS; New Vaccine Surveillance Network Collaborators. JAMA Netw Open. 2025 Sep 2;8(9): e2531499. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2025.31499. PMID: 40952744 Free PMC article.
- 15) Клиническое ведение тяжелой острой респираторной инфекции - Методическое пособие, WHO. Oxygen therapy for children. Geneva: World Health Organization; 2016 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204584/1/9789241549554_eng.pdf, по состоянию на 1 июля 2019 г.)
- 16) Oxygen therapy for children (2020) (Оксигенотерапия у детей) Клиническое руководство по применению оксигенотерапии в педиатрической практике. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child-oxygentherapy/en/
- 17) Emerging Human Viral Diseases, Volume I Respiratory and Haemorrhagic Fever, Book 2023
- 18) A.Goryaynova, L.Torshkoeva, H.Kurbanova, I.Lagadze, I.Zakharova, O.Tatarkina, N.Koroid, O.Elphimova, N.Kuzina, H.Dikova. The viferon ointment treatment effectiveness in acute respiratory tract infections (ARTI) in hospitalized infants European journal of

pediatrics. Conference:6th congress of the European academy of paediatric societies. Switzerland. Conference start:20161021. Conference end:20161025,2016,17 5 (11), 1774|added to CENTRAL:28 February2017|2017Issue2 Embase

19) Inhaled Treatment of Respiratory Infections, Edited by Philip Chi Lip Kwok, Michael Yee Tak, February 2024

20) Cochrane Central Register of Controlled Trials Issue 11 of 12, November 2018 Select all (7). Export selected citation(s) Order by Relevancy Results perpage.

21) Казахстанский национальный формуляр. www.knf.kz

22) Британский национальный формуляр. www.bnf.com