

УТВЕРЖДЕН  
распоряжением  
департамента здравоохранения  
Кировской области  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

## РЕГИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Возрастная категория: детское население.

Условия оказания медицинской помощи: поликлиника, дневной стационар, круглосуточный стационар (педиатрический, инфекционный), стационар на дому.

Острые инфекции верхних дыхательных путей (далее - ОРВИ)- это группа разнородных по этиологии и локализации поражения инфекционно- воспалительных заболеваний с преимущественным поражением органов дыхания, имеющих похожие механизмы развития и общие клинические проявления.

По локализации ОРВИ принято подразделять на заболевания верхних и нижних отделов дыхательных путей. К инфекционным заболеваниям верхних отделов дыхательных путей относят ринит, ринофарингит, фарингит, риносинусит и синусит, тонзиллит, отит, эпиглоттит. Трахеит, бронхит и пневмония являются заболеваниями нижних отделов респираторного тракта. Ларингит занимает промежуточное положение.

ОРВИ вызываются огромным числом возбудителей, с учетом отдельных серотипов их насчитывается около 300 видов. Основными возбудителями ОРВИ являются так называемые респираторные вирусы, на их долю приходится до 90 % всех заболеваний у детей. Приблизительно в 10 % случаев ОРВИ имеют бактериальную или вирусно-бактериальную природу. Источником инфекции являются больные с клинически выраженными, стертыми формами болезни, здоровые носители. Основной механизм передачи – аэрозольный, в ряде случаев вероятны также контактно-бытовой и фекально-оральный механизмы передачи.

Наименование нозологической формы заболевания (шифр по МКБ -10 ):

J06.8 Другие острые инфекции верхних дыхательных путей множественной локализации

### Ю6.9 Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная

Инкубационный период при ОРВИ, вызванных наиболее распространенными инфекционными агентами составляет от 1 до 14 суток.

Заболевание, как правило, начинается остро с появления синдрома интоксикации (повышения температуры тела до субфебрильных или фебрильных цифр, общей слабости, головной боли, боли в мышцах и суставах), а также катарального (катарально-респираторного) синдрома: появление кашля, насморка, в некоторых случаях конъюнктивита. Возможно развитие лимфопролиферативного синдрома, который проявляется лимфаденопатией, реже развивается гепатомегалия (при аденовирусной инфекции).

#### Клиническая классификация (общая) острых респираторных вирусных инфекций:

##### А. По течению:

1. Типичное (манифестное)
2. Атипичное (бессимптомное, стертое)

##### В. По тяжести:

1. Легкая степень тяжести
2. Средняя степень тяжести
3. Тяжелая степень
4. Очень тяжелая степень

##### С. По характеру течения:

1. Неосложненное
2. Осложненное (специфические осложнения, осложнения, вызванные вторичной микрофлорой, обострение хронических заболеваний)

##### Д. По длительности течения:

1. Острое (5-10 дней)
2. Подострое (11-30 дней)
3. Затяжное (более 30 дней)

#### Диагноз ставится на основании:

1. Жалоб: повышение температуры, насморк, кашель, головную боль, боли в горле, боли в ушах, недомогание, снижение аппетита.
2. Эпидемиологического анамнеза: контакт с больным ОРВИ, наличие карантина по ОРВИ в детском учреждении. Клинической картины заболевания : наличие признаков интоксикации, катарального ( катарально-респираторного) синдрома.
3. Окончательная диагностика: после получения бактериологического, иммунологического лабораторных исследований.

Показания к госпитализации в круглосуточный стационар:

1. Тяжёлые формы заболевания с выраженными синдромами:
  - токсикоз
  - ИТШ
  - геморрагический синдром
  - энцефалический и менингоэнцефалический
  - сердечно- сосудистая недостаточность
  - ОПН
  - РДС
2. Среднетяжелые формы заболевания у детей младшего возраста (до 3 лет) и у детей с отягощенным преморбидным фоном ( врожденная патология, хронические заболевания), а также в случае безуспешности проводимого лечения или невозможности лечения в амбулаторных условиях.
3. По эпидпоказаниям: пациенты из закрытых детских учреждений, при невозможности соблюдения противоэпидемического режима в амбулаторных условиях, в том числе и с легким течением заболевания.

Диагностика и лечение в амбулаторных условиях.

Наименование нозологических форм заболевания (шифр по МКБ)	Объёмы оказания медицинской помощи					Исход заболевания
	Диагностика			Лечение		
	обязательная	кратность	дополнительная (требует обоснования)	необходимое	Средняя длительность	
<p><a href="#">J06.8</a> Другие острые инфекции верхних дыхательных путей множественной локализации</p> <p><a href="#">J06.9</a> Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная</p>	<p>1. Анамнез, в т.ч. эпидемиологический</p> <p>2. Объективное обследование</p>	1 раз при обращении	<p>1. Общий клинический анализ крови развёрнутый.</p> <p>2. Общий анализ мочи.</p> <p>3. Мазок из носа на респираторные вирусы</p> <p>4. Биохимический анализ крови по показаниям (глюкоза крови, билирубин, печеночные трансаминазы, мочевины)</p> <p>5. Рентгенография грудной клетки, придаточных пазух носа</p> <p>6. Консультация врача - оториноларинголога</p>	<p>1. Щадящая диета.</p> <p>2. Оральная дезинтоксикация</p> <p>3. Жаропонижающие препараты – производные пропионовой кислоты (ибупрофен)*, анилиды (парацетамол)*</p> <p>4. Противовирусные препараты - (умифенавир, арбидол)</p> <p>5. Антибактериальная терапия- амоксициллин*, в т.ч. амоксициллин/клавуланат, цефалоспорины 1,2,3 поколения*, макролиды*.</p> <p>6. Муколитики и отхаркивающие ( амброксола гидрохлорид*)</p> <p>7. Антигистаминные ( цетиризина дигидрохлорид*,</p>	5-10 дней.	Выздоровление

				хлоропирамин*)( по показаниям) 8. Человеческий рекомбинантный интерферон альфа-2* 9. Противоконгестивные средства –оксиметазолин *		
--	--	--	--	---	--	--

**Диагностика и лечение при оказании медицинской помощи в стационарных условиях**

<p><a href="#">J06.8</a> Другие острые инфекции верхних дыхательных путей множественной локализации</p> <p><a href="#">J06.9</a> Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная</p>	<p>1. Анамнез, в т.ч. эпидемиологический</p> <p>2. Объективное обследование</p> <p>3. Общий клинический анализ крови развёрнутый.</p> <p>4. Общий анализ мочи.</p> <p>5. Кал на я/глист, соскоб</p> <p>6. Сатурация крови</p>	<p>1 раз при поступлении, контрольное обследование по показаниям</p>	<p>1. Мазок из носа на респираторные вирусы ( ПЦР, ИФА)</p> <p>2. Биохимический анализ крови</p> <p>3. Рентгенография грудной клетки, придаточных пазух носа</p> <p>4. Консультация врача-оториноларинголога</p> <p>5. УЗИ органов брюшной полости, почек</p> <p>6. ЭХО-кардиоскопия</p> <p>7. Консультация</p>	<p>1. Щадящая диета.</p> <p>2. Инфузионная терапия (объем рассчитывается в соответствии с возрастом и массой тела больного)</p> <p>3. Жаропонижающие препараты – производные пропионовой кислоты (ибупрофен*), анилиды (парацетамол*).</p> <p>4. Противовирусные препараты- (умифенавир, арбидол)</p> <p>5. Антибактериальная терапия- амоксициллин*, в том числе амоксициллин/клавуланат</p> <p>Цефалоспорины I, II, III поколений, макролиды*</p>	<p>5-10 дней</p>	<p>Выздоровление Улучшение</p>
---	---	--	---	---	------------------	------------------------------------

			врача-гематолога 8.Иммунология крови- ВЭБ, ЦМВИ, ВПГ 9.ЭКГ в 12 отведениях 10. Консультация врача анестезиолога- реаниматолога 11. Определение кислотно-основного состояния, газов в сыворотке крови 12. Бак. исследование мазка из ротоглотки на микрофлору 13. Контроль диуреза при проведении инфузионной терапии 14. Бак. посев кала	6. Муколитики и отхаркивающие ( амброксола гидрохлорид* 7.Антигистаминные (по показаниям) ( цетиризина дигидрохлорид* хлоропирамин*). 8.Человеческий рекомбинантный интерферон альфа-2* 9. Противоконгеситивные средства –оксиметазолин*		
--	--	--	---	---	--	--

\* применение препарата согласно инструкции