Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: B34.0, B34.2, J00, J04.1, J06.0, J06.8, J06.9, J39.9 · Союз педиатров России, Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, Общероссийская общественная организация «Российское общество скорой медицинской помощи»

ОРВИ — самая частая острая инфекция дыхательных путей у детей, обычно вирусная и самокупирующаяся. Рекомендация сфокусирована на клинической диагностике, выявлении осложнений и групп риска, минимально достаточной симптоматической терапии и отказе от необоснованных антибиотиков, обследований и лекарств.

Главное

- Основным в лечении ОРВИ является облегчение симптомов; важно разъяснить родителям доброкачественный характер болезни, ожидаемую длительность симптомов и достаточность минимальных вмешательств.
- Цвет отделяемого из носа не доказывает бактериальную инфекцию: бело-желтая или зеленоватая слизь может быть следствием иммунного воспаления при вирусной инфекции.
- Температура тела у детей не показательна для определения тяжести состояния при острой респираторной инфекции; опасные для жизни состояния возможны и без лихорадки. В практической работе первостепенна стратификация риска с учетом групп риска и динамики состояния.
- При неосложненной ОРВИ в амбулаторных условиях лабораторные анализы обычно не нужны; основная цель лабораторного обследования — выявление осложнений, в том числе бактериальных, и при необходимости установление этиологии заболевания.
- Системные антибиотики не назначают при неосложненной ОРВИ и гриппе, а также при риносинусите, конъюнктивите, ларингите, крупе, бронхите или бронхообструкции в первые 10–14 дней болезни. УУР А, УДД 1.
- Рутинная противовирусная или иммуномодулирующая терапия при ОРВИ не нужна; этиотропное лечение разработано только для гриппа и назначается селективно.
- Повторный осмотр нужен при сохранении температуры более 3 дней или ухудшении состояния; госпитализация без опасных признаков при рините, ринофарингите, ларингите или трахеите нецелесообразна.

Диагностика

1. Начинают с жалоб и анамнеза: острый ринит и/или кашель, лихорадка, боль в горле, осиплость, характер и длительность симптомов, контакты с больными, сезонность, эпидподъем, коморбидность, вакцинация и пассивная профилактика РСВ у групп риска.
2. На осмотре оценивают общее состояние, температуру, ЧДД, ЧСС, кожу и слизистые, ротоглотку, регионарные лимфоузлы, грудную клетку и легкие, живот. УУР С, УДД 5 для ключевых элементов осмотра.
3. При головной боли, вялости или сонливости проверяют менингеальные симптомы; при лихорадке, рвоте или диарее оценивают дегидратацию, можно использовать шкалу CDS. УУР С, УДД 5.
4. Если подозревается стрептококковый тонзиллит, выполняют экспресс-тест на β-гемолитический стрептококк группы А. УУР С, УДД 5.
5. При высокой лихорадке и подозрении на грипп проводят ПЦР или экспресс-тест на грипп A/B, чтобы вовремя решить вопрос об этиотропной терапии. УУР В, УДД 1.
6. ОАК делают при выраженных общих симптомах и лихорадке; СРБ — селективно при фебрильной температуре выше 38 °C, особенно без видимого очага, для оценки вероятности бактериальной инфекции. СРБ выше 50 мг/л более характерен для бактериальной инфекции, но интерпретируется только вместе с клиникой.
7. Инструментально: отоскопия при рините с лихорадкой по возможности; пульсоксиметрия при признаках дыхательной недостаточности. Рентген/КТ грудной клетки не делают каждому ребенку с ОРВИ; рентген пазух не нужен в первые 10–14 дней ринита без признаков бактериального синусита.

Лечение

- Основа лечения — объяснить доброкачественное течение, ожидаемую длительность симптомов и ограничиться минимально необходимыми вмешательствами; цель — облегчить симптомы.
- При рините — элиминационная терапия: 0,9 % натрия хлорид с 2 лет или стерильная морская вода несколько раз в день; у младенцев и детей раннего возраста при обильной слизи возможна аспирация. УУР B, УДД 1.
- При заложенности носа — интраназальные сосудосуживающие препараты групп R01AA/R01AB по инструкции коротким курсом не более 5 дней; системные деконгестанты крайне нежелательны. УУР B, УДД 1.
- Жаропонижающие у здоровых детей старше 3 месяцев обычно оправданы при температуре выше 38,5 °C аксиллярно или 39–39,5 °C ректально; при меньшей температуре — у детей до 3 месяцев, при хронической патологии или выраженном дискомфорте. Парацетамол — до 60 мг/кг/сут, ибупрофен — до 30 мг/кг/сут; оба противопоказаны до 3 месяцев. УУР C, УДД 5.
- Жаропонижающие не дают курсом, не чередуют и не комбинируют; повторная доза — только при новом подъеме температуры с соблюдением интервала. Не применяют литические смеси, системные кортикостероиды для купирования лихорадки, ацетилсалициловую кислоту и нимесулид; метамизол натрия — не рутинно.
- При лихорадке нужна адекватная гидратация, предпочтительно пероральными солевыми растворами A07CA; при невозможности пить — через зонд или внутривенно. Физиологическая потребность по Holliday–Segar: до 10 кг — 100 мл/кг/сут, 10–20 кг — 1000 мл + 50 мл/кг сверх 10 кг, более 20 кг — 1500 мл + 20 мл/кг сверх 20 кг. УУР C, УДД 5.
- Противокашлевые препараты рутинно не используют. При трахеите с трудноотделяемой мокротой допустимы короткие курсы муколитиков/отхаркивающих по инструкции, но их не комбинируют с противокашлевыми; паровые ингаляции и системные антигистаминные при ОРВИ не назначают. Для противокашлевых, паровых ингаляций и антигистаминных: УУР A, УДД 1.
- При подозрении на грипп у пациентов групп риска или при подтвержденном гриппе A/B в первые 24–48 часов можно назначить осельтамивир по инструкции или занамивир с 5 лет по инструкции, независимо от вакцинации. Балоксавир марбоксил возможен при гриппе средней тяжести, в том числе у групп риска, у детей с массой от 20 кг по инструкции. УУР B, УДД 1 для ингибиторов нейраминидазы; УУР A, УДД 2 для балоксавира.

Когда направить и как наблюдать

- Повторно осмотреть амбулаторного ребенка, если температура держится более 3 дней или состояние ухудшается.
- Госпитализировать детей младше 3 месяцев с фебрильной лихорадкой из-за высокого риска тяжелой бактериальной инфекции.
- Госпитализация показана при отказе пить/сосать, выраженной сонливости или вялости, нарушении контакта/сознания, резком беспокойстве, центральном цианозе, сердечной недостаточности, тяжелом обезвоживании, геморрагическом синдроме, длительной фебрильной лихорадке более 4–5 суток, рефрактерной к жаропонижающим.
- Госпитализировать при дыхательной недостаточности: кряхтящее дыхание, раздувание крыльев носа, кивательные движения, втяжение нижней части грудной клетки, SpO2 < 95 % на воздухе, ЧДД > 60/мин до 2 месяцев, > 50/мин в 2–11 месяцев, > 40/мин старше 1 года.
- Направить к ЛОР-врачу при подозрении на отит или синусит; к неврологу, гематологу/гематологу-онкологу, кардиологу — при подозрении на нейроинфекцию, выраженные гематологические изменения/геморрагический синдром, миокардит или острую сердечно-сосудистую недостаточность. УУР C, УДД 5.

Частые вопросы

Зеленые сопли при ОРВИ — это повод назначить антибиотик?

Нет. Изменение цвета назальной слизи до бело-желтого или зеленоватого при вирусной инфекции связано с воспалительным ответом и само по себе не доказывает бактериальное осложнение.

Когда снижать температуру у ребенка с ОРВИ?

У здоровых детей старше 3 месяцев — обычно при температуре выше 38,5 °C в подмышечной впадине или 39–39,5 °C ректально. Раньше можно при возрасте до 3 месяцев, хронической патологии или выраженном дискомфорте.

Какие жаропонижающие можно детям при ОРВИ?

Используют парацетамол до 60 мг/кг/сут или ибупрофен до 30 мг/кг/сут, оба не применяют до 3 месяцев. Не нужно чередовать или сочетать жаропонижающие и давать их курсом.

Нужны ли антибиотики при бронхите, ларингите или риносинусите на фоне ОРВИ?

При неосложненной вирусной инфекции антибиотики не назначают, в том числе если в первые 10–14 дней есть риносинусит, конъюнктивит, ларингит, круп, бронхит или бронхообструкция. Исключения касаются детей с отдельной хронической бронхолегочной патологией или иммунодефицитом и риском бактериального обострения.

Когда при ОРВИ думать о пневмонии?

Настораживает стойкая температура ≥ 38,0 °C более 3 дней; при ОРВИ такая температура бывает лишь у 18 % больных, преимущественно при гриппе, аденовирусной и энтеровирусной инфекциях.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/25-ostraya-respiratornaya-virusnaya-infekciya-orvi. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/25_3