



¹ Детская
городская
поликлиника № 30,
филиал № 5,
Москва

² Наро-Фоминский
перинатальный
центр

³ Центральный
научно-
исследовательский
институт
эпидемиологии

Терапевтические подходы к ведению детей с острыми респираторными инфекциями в амбулаторной практике

А.С. Дюсенбаев¹, М.Ю. Новиков, к.м.н.², Д.В. Гребенникова¹,
О.О. Погорелова, к.м.н.³, С.В. Николаева, д.м.н.³

Адрес для переписки: Айдарбек Серкович Дюсенбаев, DAS-174@mail.ru

Для цитирования: Дюсенбаев А.С., Новиков М.Ю., Гребенникова Д.В. и др. Терапевтические подходы к ведению детей с острыми респираторными инфекциями в амбулаторной практике. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (15): 18–23.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-15-18-23

Цель – изучить этиологическую структуру и проанализировать терапию, назначаемую на амбулаторном этапе детям раннего возраста с острой респираторной инфекцией (ОРИ).
Материал и методы. Проведено одномоментное наблюдательное исследование (cross-sectional study). В анализ включены данные 1542 пациентов в возрасте 0–17 лет с диагнозом ОРИ (возбудитель верифицирован методом полимеразной цепной реакции – ПЦР), обратившихся за амбулаторной помощью в период с 1 сентября по 6 ноября 2025 г. Оценивали частоту выявления вирусных патогенов в общей группе обследованных и отдельно у детей в возрасте 0–3 лет как в наиболее уязвимой для респираторных инфекций возрастной группе. Кроме того, у пациентов в возрасте до трех лет анализировали структуру назначаемой фармакотерапии. Статистический анализ выполнен с расчетом частот, 95%-ных доверительных интервалов (ДИ) и критерия χ^2 .

Результаты. Возбудители выявлены у 593 (38,5%) из 1542 обследованных (95% ДИ 36,1–40,9). Чаще всего регистрировали риновирус – 357 (23,2%) случаев, на втором месте – вирусы парагриппа – 81 (5,3%), SARS-CoV-2 – 72 (4,7%) и вирусы гриппа А/В – 57 (3,7%). Моноинфекция установлена у 552 (93,1%) пациентов, сочетанная инфекция – у 41 (6,9%). В возрастной группе 0–3 года чаще всего назначали жаропонижающие средства (78,2%) и элиминационную терапию полости носа (65,4%). Системные антибактериальные препараты применялись в 9,4% случаев и строго по клиническим показаниям. Препараты с противовирусным эффектом получали 17,8% детей.

Заключение. Риновирус оказался доминирующим в изучаемом периоде этиологическим агентом ОРИ у детей. Высокая частота ПЦР-негативных результатов требует пересмотра диагностических алгоритмов. Структура терапии у детей в возрасте 0–3 лет соответствует клиническим рекомендациям, однако отмечается необходимость минимизации нецелевого применения местных антисептиков и деконгестантов.

Ключевые слова: острые респираторные инфекции, дети, ПЦР-диагностика, риновирус, фармакотерапия, педиатрия, наблюдательное исследование



Введение

Научный интерес к проблеме острых респираторных инфекций (ОРИ) и их социально-экономическая значимость обусловлены повсеместным распространением, высоким уровнем заболеваемости, риском развития серьезных осложнений, частотой поражения детского населения, а также значительным экономическим ущербом [1]. В настоящее время важным аспектом этиологической структуры ОРИ у детей является доминирование вирусных агентов. Ежегодная заболеваемость ОРИ среди детей младшего возраста в мире составляет 4–6 эпизодов на одного ребенка, что создает высокую нагрузку на амбулаторно-поликлиническое звено и приводит к значительным экономическим затратам [2, 3]. В постпандемическом периоде отмечаются изменения сезонности и спектра циркулирующих респираторных вирусов. Это требует постоянного мониторинга [4, 5].

Несмотря на внедрение высокочувствительных молекулярно-генетических методов диагностики, в реальной клинической практике проведение этиологической диагностики ОРИ не всегда возможно, что вызывает трудности при назначении рациональной фармакотерапии. Особенно актуален этот вопрос для детей раннего возраста (0–3 года), у которых иммунный ответ характеризуется незрелостью, а применение большинства фармакологических препаратов ограничивается возрастными рамками [6]. В Российской Федерации клинические рекомендации для данной возрастной группы регламентируют использование симптоматической терапии, муколитических и противокашлевых средств, местных деконгестантов, а также (по показаниям) системных антибиотиков [3, 7]. Однако в реальной клинической практике терапевтические назначения остаются недостаточно изученными. Отсутствие современных эпидемиологических и фармакоэпидемиологических данных ограничивает возможности оптимизации протоколов ведения пациентов и реализации принципов рациональной антимикробной терапии в педиатрии, особенно в условиях поликлинического звена. Инициирование настоящего исследования обусловлено необходимостью изучения структуры терапевтических назначений и коррекции схем стартовой терапии ОРИ у детей раннего возраста.

Цель – изучить этиологическую структуру и проанализировать терапию, назначаемую на амбулаторном этапе детям раннего возраста с ОРИ.

Материал и методы

Одномоментное наблюдательное исследование (cross-sectional study) с ретроспективным анализом клиничко-лабораторных данных амбулаторных карт проведено в амбулаторно-поликлинических учреждениях Москвы. Сбор данных осуществлялся в период начала эпидемического подъема заболеваемости ОРИ и гриппа – с 1 сентября по 6 ноября 2025 г. В исследовании не использовались дополнительные диагностические или лечебные процедуры, выходящие за рамки рутинной амбулаторной практики.

Критерии включения:

- амбулаторные пациенты обоего пола в возрасте до 17 лет;
- клинически установленный диагноз острой респираторной вирусной инфекции верхних дыхательных путей в период начала эпидемического подъема заболеваемости гриппом и ОРИ;
- наличие результата исследования на респираторные патогены, проведенного методом полимеразной цепной реакции (ПЦР);
- получение лечения на амбулаторном этапе.

Критерии невключения:

- отсутствие верифицированного возраста или диагноза;
- госпитализация в стационар в день обращения (исключено для оценки амбулаторной терапии).

Критерии исключения не применялись.

В качестве целевых показателей рассматривались:

- основной: частота и спектр выявления респираторных вирусов методом ПЦР;
- дополнительные: частота моноинфекции и сочетанной инфекции, распределение по полу и возрасту, структура назначений лекарственных препаратов в возрастной группе 0–3 года включительно (жаропонижающие, элиминационная терапия, местные антисептики, деконгестанты, противовирусные, системные и местные антибиотики).

Забор биоматериала (мазок из рото- и носоглотки) выполнялся в первые 72 часа от начала заболевания. Детекция осуществлялась методом ПЦР в режиме реального времени, позволяющим выявлять 14 респираторных патогенов (вирусы гриппа А/В, парагриппа 1–4-го типов, аденовирусы групп В/С/Е, респираторно-синцитиальный вирус, метапневмовирус, риновирус, бокавирус, коронавирусы НКУ1/OC43/NL63/229E, SARS-CoV-2).

Назначения анализировали на основании данных электронной медицинской карты. Препараты классифицировали по АТХ-кодам и действующим веществам (международное непатентованное наименование). Учитывали возрастные ограничения, указанные в инструкциях по медицинскому применению и отечественных клинических рекомендациях. Анализ данных выполнен с использованием пакета SPSS. Количественные показатели представлены в виде абсолютных чисел и долей (%), для долей рассчитаны 95%-ные доверительные интервалы (ДИ) методом Уилсона. Сравнение групп проводилось с применением критерия χ^2 . Статистически значимым считался уровень $p < 0,05$. Анализ чувствительности не выполнялся в связи с дизайном исследования.

Результаты

Формирование выборки. За период исследования проведен скрининг 1542 пациентов, обратившихся за первичной амбулаторной помощью в детскую городскую поликлинику. Все включенные в анализ пациенты соответствовали критериям отбора. Данные об исходах (результаты ПЦР, назначения) получены для 100%-ной выборки.



Таблица 1. Распределение пациентов по полу и возрасту (n = 1542)

Возрастная группа	Пол, абс. (%)		Всего, абс. (%)
	мужской	женский	
0–3 года	312 (36,6)	248 (35,9)	560 (36,3)
4–6 лет	185 (21,7)	158 (22,9)	343 (22,2)
7–11 лет	210 (24,7)	168 (24,4)	378 (24,5)
12–17 лет	145 (17,0)	116 (16,8)	261 (16,9)
Общий итог	852 (55,3)	690 (44,7)	1542 (100)

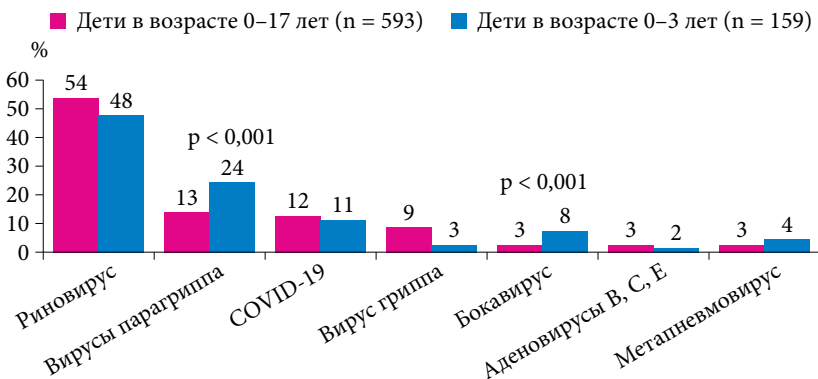


Рис. 1. Этиологическая структура возбудителей ОРВИ у детей на амбулаторном этапе



Рис. 2. Частота назначения лекарственных препаратов одному ребенку (n = 312)

Таблица 2. Частота назначения основных групп лекарственных препаратов детям раннего возраста с ОРВИ (n = 312)

Группа препаратов	Абс. (%)	95% ДИ
Жаропонижающие	267 (85,6)	81,7–89,5
Элиминационная терапия слизистых оболочек верхних дыхательных путей	224 (71,8)	66,8–76,8
Местные антисептики (спреи)	89 (28,5)	23,5–33,5
Препараты с муколитическим, отхаркивающим и противовоспалительным действием	85 (27,3)	22,4–32,2
Деконгестанты	76 (24,4)	19,6–29,1
Бронхолитики (ипратропия бромид/фенотерол, ингаляционные глюкокортикостероиды (будесонид))	63 (20,3)	15,8–24,8
Противовирусные препараты (иммуномодуляторы/индукторы интерферона)	61 (19,6)	15,2–24,0
Антигистаминные препараты	55 (17,6)	13,4–21,8
Системные антибиотики	32 (10,3)	6,9–13,6

Характеристики выборки. Всего методом ПЦР обследовано 1542 пациента. Демографическое распределение представлено в табл. 1.

Возбудители острых респираторных вирусных инфекций выявлены у 593 (38,5%) из 1542 пациентов, обследованных методом ПЦР в поликлинике (95% ДИ 36,1–40,9) (рис. 1). Моноинфекция обнаружена у 552 (93,1%) пациентов, сочетанная инфекция с двумя патогенами – у 40 (6,8%), с тремя патогенами – у 1 (0,1%). Среди этиологических агентов преобладал риновирус (54%). Респираторно-синцитиальный вирус не выявлен ни у одного пациента.

Дети в возрасте до трех лет считаются наиболее уязвимой когортой в отношении риска развития осложненных форм ОРВИ, однако этиологическая диагностика в этой группе, как правило, проводится крайне редко. Понимание этиологии ОРВИ в данной возрастной группе может способствовать оптимизации стартовой терапии, а следовательно, снижению риска развития осложнений и повышению эффективности лечения ОРВИ в целом. Нами обследовано 312 детей в возрасте 0–3 лет: подтвержденный возбудитель выявлен у 159 (51,0%) пациентов (95% ДИ 45,4–56,5). При этом у пациентов раннего возраста по сравнению с общей группой детей среди этиологических факторов статистически значимо чаще преобладали вирусы парагриппа и бокавирус. Наиболее часто выявляемым возбудителем был риновирус – 48% случаев (95% ДИ 38,7–58,3), на втором месте – вирус парагриппа – 24% случаев (95% ДИ 15,8–32,6). SARS-CoV-2 выявлен у 11% обследованных (95% ДИ 4,9–17,3). Полученные данные свидетельствуют о доминирующей роли риновирусной инфекции в структуре ОРВИ у детей в начале эпидемического сезона 2025–2026 гг.

Невозможность использования в раннем возрасте широкого спектра противовирусных препаратов требует тщательного подхода к выбору терапии. Проанализировав фармакотерапию у детей раннего возраста (n = 312), мы установили, что спектр назначаемых на амбулаторном этапе лекарственных препаратов широк и представлен средствами различных групп (рис. 2).

Среднее количество назначаемых лекарственных средств на один курс терапии в нашем исследовании составило $3,4 \pm 1,1$. Полипрагмазия (одновременное назначение пяти и более препаратов одному ребенку), которая может приводить к высокому риску побочных эффектов и снижению эффективности лечения, наблюдалась в 41,5% случаев. Структура назначений лекарственных препаратов на амбулаторном этапе представлена в табл. 2.

При анализе терапии у детей раннего возраста с ОРВИ выявлено, что наиболее часто назначали жаропонижающие препараты и элиминационную терапию слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Из средств патогенетической терапии использовали муколитики, антигистаминные препараты, бронхолитики и ингаляционные глюкокортикостероиды. Противовирусные препараты применяли у каждого



пятого ребенка. Антибиотики при ОРИ назначались в 10,3% случаев; предварительно клинический анализ крови этим пациентам не проводился.

Наиболее часто у детей раннего возраста выявляли вирусы парагриппа и риновирус. Мы сравнили частоту назначений препаратов различных групп при этих нозологиях. Структура назначений лекарственных препаратов на амбулаторном этапе при подтвержденной этиологии (риновирус и вирус парагриппа) представлена в табл. 3.

При сравнительном анализе фармакотерапии ОРИ у детей раннего возраста с риновирусной и парагриппозной инфекцией обращает на себя внимание частота применения антибиотиков и местных антисептиков: эти препараты значительно чаще назначали при парагриппе.

Противовирусные препараты (иммуномодуляторы/индукторы интерферона) несколько чаще использовались при риновирусной инфекции (22,9 против 14,3%; $p > 0,05$), что требует дополнительного изучения с учетом отсутствия специфической терапии для обоих возбудителей. Частота назначения системных антибиотиков была низкой в обеих группах (2,1% при риновирусе и 9,5% при парагриппе), что свидетельствует о рациональном подходе к их применению при подтвержденной вирусной этиологии. При этом местная антибиотикотерапия чаще имела место при риновирусной инфекции (18,8 против 11,9%). Элиминационная терапия и жаропонижающие препараты назначались с сопоставимой частотой в обеих группах (39,6–45,2 и 26,2–27,1% соответственно), что отражает стандартный подход к симптоматическому лечению ОРИ. Полученные данные демонстрируют дифференцированный подход к назначению лекарственной терапии в зависимости от этиологии ОРИ.

Наиболее уязвимый возраст – до года, поскольку частота осложнений ОРИ у детей этого возраста выше, чем у детей более старшего возраста, а возможность использования лекарственных препаратов ограничена. Методом ПЦР мы определили этиологическую структуру возбудителей вирусных ОРИ у детей до года ($n = 32$). Возбудитель обнаружен у 12 (37,5%) пациентов (95% ДИ 20,7–54,3), из них моноинфекция – у 10 (31,2%), сочетанная инфекция (два патогена) – у 2 (6,3%). Среди этиологических агентов преобладали риновирус (81,8%) и сезонный коронавирус (36,3%). Респираторно-синцитиальный вирус не выявлен ни у одного пациента. Сочетанная инфекция

(два патогена) была представлена риновирусом и сезонным коронавирусом.

У детей до года мы также проанализировали структуру назначений антибиотиков (табл. 4).

Наиболее часто применяемой группой антибактериальных препаратов были полусинтетические пенициллины, потенцированные ингибиторами бета-лактамаз (амоксциллин + клавулановая кислота). На их долю пришлось 25 (78,1%) из 32 назначений (95% ДИ 61,2–89,0), что свидетельствует о предпочтении использования защищенных пенициллинов при ОРИ. Данные препараты назначались педиатрами при следующих диагнозах: J02 (острый фарингит), J20 (острый бронхит) и J04 (острый ларингит и трахеит). В терапии детей до года с ОРИ использовалось противовирусное средство интерферон альфа-2b, которое назначалось в 63,6% случаев.

Обсуждение

В ходе одномоментного наблюдательного исследования установлено, что только у 38,5% пациентов на амбулаторном этапе удалось определить этиологическую причину ОРИ. По данным литературы, применение ПЦР-диагностики позволяет установить этиологию ОРИ почти в 81,5% случаев [8–10], однако это во многом зависит от возможностей и оснащения лаборатории, географического положения, типа медицинского учреждения (поликлиника или стационар), опыта медицинского персонала и других факторов. Высокая доля ПЦР-негативных результатов

Таблица 3. Частота назначения основных групп лекарственных препаратов детям раннего возраста с ОРИ

Группа препаратов	ОРИ, вызванная риновирусом (n = 85), %	ОРИ, вызванная вирусами парагриппа (n = 42), %	p
Противовирусные препараты (иммуномодуляторы/индукторы интерферона)	22,9	14,3	–
Местные антисептики (спреи)	22,9	40,5	< 0,01
Деконгестанты	31,3	40,5	–
Жаропонижающие	27,1	26,2	–
Элиминационная терапия	39,6	45,2	–
Системные антибиотики	2,1	9,5	< 0,05
Местные антибиотики	18,8	11,9	–

Таблица 4. Системные антибактериальные препараты, назначаемые детям до года (n = 32)

Группа	Препарат		Диагнозы (по Международной классификации 10-го пересмотра)	Количество, %	95% ДИ
	торговое наименование	международное непатентованное наименование			
Полусинтетические пенициллины, потенцированные ингибиторами бета-лактамаз	Амоксиклав	Амоксициллин + клавулановая кислота	J02; J20; J04	78,1	61,2–89,0
Полусинтетические пенициллины, препараты широкого спектра действия	Амоксициллин	Амоксициллин	J02; J20	12,5	5,0–28,0
Цефалоспорины третьего поколения	Цефиксим	Цефиксим	J02; J20	9,4	3,2–24,1



(61,5%) диктует необходимость пересмотра алгоритмов тестирования и обучения медперсонала, а также расширения диагностических панелей (с включением исследований на пневмотропные бактерии), доступных для амбулаторного звена.

Как известно, на частоту выявления респираторных вирусов влияет сезонность отбора проб. В частности, для вируса гриппа характерна циркуляция в зимнее время. В нашем исследовании, которое проводилось с 1 сентября по 6 ноября 2025 г., у детей независимо от возраста доминирующим этиологическим агентом ОРИ был риновирус, что в целом согласуется с данными современных эпидемиологических исследований, демонстрирующих стабильно высокую циркуляцию данного вируса в постпандемическом периоде. В условиях амбулаторного звена значение имеет этиологическая расшифровка ОРИ, поскольку она способствует персонализированному подходу к терапии и минимизации назначения антибактериальных препаратов.

Обычно риновирусная инфекция протекает в легкой форме. Однако в ряде публикаций говорится о ее тяжелом течении, требующем госпитализации. Имеются также свидетельства о возможности длительного сохранения риновирусов в эпителии респираторного тракта. Показана роль риновирусов в развитии бронхиолитов с последующим формированием бронхиальной астмы у переболевших [3, 5]. Преобладание риновируса объясняется высокой контагиозностью, устойчивостью во внешней среде и способностью уклоняться от адаптивного иммунитета, что подтверждается метаанализом 2024 г. [11].

Спектр лекарственных средств, назначаемых детям раннего возраста, позволяет судить о высокой осведомленности участковых педиатров в отношении целесообразности применения препаратов при ОРИ. Однако полипрагмазия в 41,5% случаев свидетельствует о некоторой перестраховке врачей первичного звена, которые, в отличие от врачей стационаров, не всегда имеют возможность ежедневно контролировать приверженность пациентов назначенной терапии.

Системные антибиотики в 9,4% случаев назначали при осложненном течении ОРИ, что говорит о соблюдении принципов рациональной антибиотикотерапии [12]. Вместе с тем использование местных антисептических спреев у четверти пациентов младшего возраста требует тщательного анализа, поскольку безопасность многих компонентов в данной возрастной группе не имеет достаточной доказательной базы, а их клиническая эффективность при вирусных ринофарингитах не доказана [13].

В наиболее уязвимой возрастной категории детей (до года) антибактериальные препараты назначались педиатрами в 78,1% случаев, а противовирусные – в 63,6%, что указывает на настороженность врачей в отношении потенциальных осложнений у детей

этой группы. Вместе с тем показано, что при одновременном назначении антибактериальных и противовирусных препаратов увеличивается продолжительность болезни [14]. Следовательно, это может увеличивать экономическое бремя респираторных инфекций. Необходимо дальнейшее изучение проблемы персонализированного подхода к терапии ОРИ у детей.

Ограничения исследования

1. Ограничения выборки: исследование проведено в одном регионе, что может ограничивать экстраполяцию полученных результатов на другие географические зоны с иными климатическими и эпидемиологическими условиями.
2. Ограничения, связанные с дизайном: поперечный (кросс-секционный) дизайн не позволяет оценить динамику выздоровления и отдаленные исходы. Анализ терапии базировался на данных назначений, а не на фактической приверженности пациентов лечению.
3. Ограничения методов: панель ПЦР не включала некоторые бактериальные и атипичные возбудители, что могло повлиять на долю ПЦР-негативных случаев.

Заключение

В проведенном исследовании риновирус был ведущим возбудителем ОРИ у детей. Высокая частота ПЦР-негативных результатов подчеркивает важность дифференциальной диагностики и учета неинфекционных причин респираторной симптоматики. Назначение лекарственной терапии детям младшего возраста в основном соответствует современным клиническим рекомендациям.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на оптимизацию применения местных антисептиков и деконгестантов у детей раннего возраста, а также на разработку алгоритмов быстрого этиологического тестирования в первичном звене здравоохранения. Снижение полипрагмазии позволит сделать фармакотерапию максимально эффективной и безопасной, уменьшить количество ошибок при назначении лекарственных средств и улучшить качество медицинской помощи на амбулаторном этапе. ✨

Одобрение. Авторы одобрили рукопись (версию для публикации), а также согласились нести ответственность за все аспекты настоящей работы, гарантируют надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой ее части.

Этическая экспертиза. Информированное согласие не требовалось в связи с использованием обезличенных ретроспективных данных, не идентифицирующих пациентов, в рамках рутинной клинической практики.

Финансирование. Авторы заявляют об отсутствии финансирования.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.



Литература

1. Острые респираторные вирусные инфекции у детей. Клинические рекомендации Минздрава России. М., 2023.
2. World Health Organization. Pneumonia and other acute respiratory infections in children. Fact sheet. Geneva: WHO; 2023. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia> (дата обращения: 18.05.2026).
3. Jartti T., Korppi M. Rhinovirus-induced bronchiolitis and asthma development. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2011; 22 (4): 350–355.
4. Hong S., Zhu M., Huang Y., et al. Post-pandemic resurgence of respiratory virus infections: age and department-specific patterns in a Chinese tertiary hospital (2020–2024). *BMC Infect. Dis.* 2025; 25 (1): 1431.
5. Lemanske R.F.Jr., Jackson D.J., Gangnon R.E., et al. Rhinovirus illnesses during infancy predict subsequent childhood wheezing. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2005; 116 (3): 571–577.
6. Committee on Infectious Diseases. Recommendations for prevention and control of influenza in children, 2023–2024. *Pediatrics.* 2023; 152 (4): e2023063772.
7. Карнеева О.В., Гуров А.В., Карпова Е.П. и др. Острый синусит. Клинические рекомендации Минздрава России. М., 2024. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/313_3 (дата обращения: 18.05.2026).
8. Huang H.S., Tsai C.L., Chang J., et al. Multiplex PCR system for the rapid diagnosis of respiratory virus infection: systematic review and meta-analysis. *Clin. Microbiol. Infect.* 2018; 24 (10): 1055–1063.
9. Fourati S., Loubet P. Revisiting diagnostics: multiplex PCR system for rapid diagnosis of respiratory virus infections: can we do better? *Clin. Microbiol. Infect.* 2025; 31 (5): 680–683.
10. Lee S.H., Ruan S.Y., Pan S.C., et al. Performance of a multiplex PCR pneumonia panel for the identification of respiratory pathogens and the main determinants of resistance from the lower respiratory tract specimens of adult patients in intensive care units. *J. Microbiol. Immunol. Infect.* 2019; 52 (6): 920–928.
11. Jacobs S.E., Lamson D.M., St. George K., Walsh T.J. Human rhinoviruses. *Clin. Microbiol. Rev.* 2013; 26 (1): 135–162.
12. Gerber J.S., Jackson M.A., Tamma P.D., Zaoutis T.E.; Committee on Infectious Diseases; Pediatric Infectious Diseases Society. Antibiotic stewardship in pediatrics. *Pediatrics.* 2021; 147 (1): e2020040295.
13. Карпова Е.П., Тулупов Д.А., Гуров А.В. О безопасности применения назальных деконгестантов в педиатрической практике. *Вестник оториноларингологии.* 2018; 83 (2): 46–50.
14. Николаева С.В. Острые респираторные инфекции сочетанной этиологии у детей: клинико-иммунологические особенности, диагностика, тактика терапии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.: ФГБУ «ЦНИИЭ», 2021.

Therapeutic Approaches to the Management of Children with Acute Respiratory Infections in Outpatient Practice

A.S. Dyusenbaev¹, M.Yu. Novikov, PhD², D.V. Grebennikova¹, O.O. Pogorelova, PhD³, S.V. Nikolaeva, PhD³

¹ Children's City Polyclinic No. 30, Branch No. 5, Moscow

² Naro-Fominsk Perinatal Center

³ Central Research Institute of Epidemiology

Contact person: Aydarbek S. Dyusenbaev, DAS-174@mail.ru

Aim – to study the etiological structure and analyze outpatient therapy prescribed to young children with acute respiratory infection (ARI).

Material and methods. A cross-sectional observational study was conducted. The analysis included data from 1,542 patients aged 0–17 years diagnosed with ARI (pathogen verified by polymerase chain reaction, PCR) who sought outpatient care between September 1 and November 6, 2025. The detection rate of viral pathogens was assessed in the overall study group and separately in children aged 0–3 years, as the most vulnerable age group for respiratory infections. In addition, the structure of prescribed pharmacotherapy was analyzed in the under-three age group. Statistical analysis included calculation of frequencies, 95% confidence intervals (CI), and the χ^2 test.

Results. Pathogens were identified in 593 of 1,542 examined patients – 38.5% (95% CI 36.1–40.9). The most frequently detected pathogen was rhinovirus – 357 (23.2%) cases, followed by parainfluenza virus – 81 (5.3%), SARS-CoV-2 – 72 (4.7%), and influenza A/B viruses – 57 (3.7%). Monoinfection was found in 552 patients (93.1%), and mixed infection in 41 (6.9%). In the 0–3 years age group, antipyretics (78.2%) and nasal elimination therapy (nasal irrigation, 65.4%) were prescribed most often. Systemic antibacterial drugs were used in 9.4% of cases and strictly according to clinical indications. Antiviral agents were received by 17.8% of children.

Conclusion. Rhinovirus was the dominant etiological agent of ARI in children during the study period. The high rate of PCR-negative results calls for a revision of diagnostic algorithms. The therapy pattern in children aged 0–3 years is consistent with clinical guidelines; however, there is a need to minimize inappropriate use of topical antiseptics and decongestants.

Keywords: acute respiratory infections, children, PCR diagnostics, rhinovirus, pharmacotherapy, pediatrics, observational study