

Министерство
Здравоохранения
Российской Федерации

Клинические рекомендации

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:
J00, J06, J20, J22, B34.0, B34.2, B34.9, B97.0, B97.4, J01, J02, J03, J04, J05, J21

Год утверждения (частота пересмотра):
2021

Пересмотр не позднее:
2023

ID:
724_1

Возрастная категория:
Взрослые

Специальность:

Разработчик клинической рекомендации
Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов", Некоммерческое партнерство «Национальное научное общество инфекционистов»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России

Оглавление

- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)
- 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем
- 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики
- 2.1 Жалобы и анамнез
- 2.2 Физикальное обследование
- 2.3 Лабораторные диагностические исследования
- 2.4 Инструментальные диагностические исследования
- 2.5 Иные диагностические исследования
- 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения
- 4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов
- 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики
- 6. Организация оказания медицинской помощи
- 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата
- Приложение Б. Алгоритмы действий врача
- Приложение В. Информация для пациента
- Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Список сокращений

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

Д.м.н. – доктор медицинских наук

ДНК - дезоксирибонуклеиновая кислота

ЖНВЛП - Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов

К.м.н. – кандидат медицинских наук

КТ – компьютерная томография

МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации

МКБ-10 – международная классификация болезней, травм, и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра

МНН – международное непатентованное наименование

ОМС - Обязательное медицинское страхование граждан

ОРВИ - Острые респираторные вирусные инфекции

ОРИТ - отделение реанимации и интенсивной терапии

РФ – Российская Федерация

ФЗ - Федеральный закон

Термины и определения

Доказательная медицина – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах пациентов

Заболевание - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Основное заболевание - заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти;

Сопутствующее заболевание - заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти;

Тяжесть заболевания или состояния - критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением;

Исходы заболеваний - медицинские и биологические последствия заболевания;

Последствия (результаты) - исходы заболеваний, социальные, экономические результаты применения медицинских технологий;

Осложнение заболевания - присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса; - нарушение целостности органа или его стенки; - кровотечение; - развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов;

Инструментальная диагностика – диагностика с использованием для обследования больного различных приборов, аппаратов и инструментов.

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Клинические рекомендации – документ, основанный на доказанном клиническом опыте, описывающий действия врача по диагностике, лечению, реабилитации и профилактике заболеваний, помогающий ему принимать правильные клинические решения.

Лабораторная диагностика — совокупность методов, направленных на анализ исследуемого материала с помощью различного специализированного оборудования.

Модель пациента - совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния;

Медицинский работник - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно.

Нозологическая форма - совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими.

Синдром - состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими

Уровень достоверности доказательств – отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

Уровень убедительности рекомендаций – отражает не только степень уверенности в достоверности эффекта вмешательства, но и степень уверенности в том, что следование рекомендациям принесет больше пользы, чем вреда в конкретной ситуации.

Формулярные статьи на лекарственные препараты - фрагмент протоколов лечения больных, содержащий сведения о применяемых при определенном заболевании (синдроме) лекарственных препаратах, схемах, и особенностях их назначения.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В клинической практике существует собирательное понятие «острые респираторные вирусные инфекции» (ОРВИ), которое включает ряд заболеваний преимущественно верхних дыхательных путей вирусной этиологии, которые рассматриваются в настоящем документе. Клинические

рекомендации по некоторым специфическим возбудителям ОРВИ (например, вирусам гриппа типа А и В, новой коронавирусной инфекции – SARS CoV 2) изложены в отдельных документах, и в настоящих рекомендациях не рассматриваются.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Возбудители ОРВИ, исключая грипп, - представители семейств вирусов, геном которых представлен молекулой РНК (пневмовирусы - респираторно-синцитиальный вирус (Human Respiratory syncytial virus) и метапневмовирус человека (Human Metapneumovirus), парамиксовирусы - 4 вида (1-4) вирусов парагриппа (Human Parainfluenza virus 1-4), коронавирусы - Human Coronavirus 229E, Human Coronavirus OC43, Human Coronavirus NL63, Human Coronavirus HKUI и пикорнавирусы - риновирусы (Rhinovirus) виды А, В, С. И 2-х семейств вирусов, геном которых представлен молекулой ДНК (аденовирусы (Human mastadenovirus) виды В, С, Е), парвовирусы - бокавирус человека (Human bocavirus)) [1, 2]. Все вышеперечисленные вирусы вызывают ОРВИ среди всех возрастных групп, за исключением бокавируса человека, инфицирующего только детей.

Заболевания, вызываемые этими различными этиологическими агентами, объединяет общность механизмов путей передачи, многих стадий и особенностей патогенеза, а также клинических проявлений.

Основные стадии патогенеза острых респираторных вирусных инфекций:

● адгезия и внедрение возбудителя в клетки эпителия дыхательных путей, и его репродукция;

● формирование интоксикационного синдрома и токсико-аллергических реакций;

● развитие воспалительного процесса в дыхательной системе;

● обратное развитие инфекционного процесса, формирование иммунитета.

Характер течения инфекционного процесса определяется сложной системой защитно-приспособительных реакций макроорганизма, направленных на ограничение репродукции вирусов и их элиминацию.

Слизистая оболочка верхних дыхательных путей служит входными воротами при ОРВИ. На начальном этапе развития инфекции ведущую роль играют факторы неспецифической защиты – секреторные антитела IgA и фагоцитоз, в процессе выздоровлению – специфическому и гуморальному иммунитету. IgA способен препятствовать адгезии патогенов к поверхности эпителиальных клеток, а также опосредовать разрушение и элиминацию вирусов. При несостоятельности местных факторов защиты вирусы поражают в первую очередь клетки цилиндрического эпителия дыхательных путей с дальнейшим развитие следующих этапов патогенеза [2].

Поражение вирусом клеток-мишеней приводит к их разрушению, фагоцитозу макрофагами, инфильтрации эпителиального слоя мононуклеарными клетками – продуцентами эндогенных провоспалительных цитокинов (интерлейкины, фактор некроза опухоли-альфа, интерфероны и др.), а также лейкотриенов, ферментов, кислородных радикалов и др. Формируется как местное воспаление, так и общеинтоксикационный синдром (лихорадка, общая слабость, мышечные и головные боли и др.) [2].

Далее происходит цитолиз инфицированных эпителиоцитов, который осуществляется за счет действия антигенспецифических цитотоксических лимфоцитов, натуральных киллеров и специфических антител IgM. Это приводит к разрушению пораженных клеток и выходу из них продуктов клеточного распада. Эндогенные биологически активные вещества и продукты клеточного распада проникают в кровь, что также способствует развитию интоксикационного синдрома [2].

Местные воспалительные изменения и общая интоксикация выражены в разной степени в зависимости от конкретного этиологического агента.

Благодаря цитотоксическому действию лимфоцитов, макрофагов и специфических антител постепенно происходит элиминация возбудителя с дальнейшим формированием специфического гуморального и клеточного иммунитета. В слизистых оболочках пораженных отделов дыхательных путей идут репаративные процессы, нормализуется местный гомеостаз.

В некоторых случаях возможно увеличение регионарных лимфоузлов, а также системная реакция – вовлечение в патологический процесс органов системы мононуклеарных фагоцитов – увеличение печени и селезенки (аденовирусная инфекция). Возможны также аллергические реакции организма вследствие внедрения чужеродных вирусных агентов с

формированием токсико-аллергических реакций (или аналогичные реакции на введение лекарственных препаратов) в виде экзантемы [2].

Общие патоморфологические изменения при острых респираторных вирусных инфекциях:

● цитоплазматическая и внутриядерная деструкция эпителиальных клеток;

● нарушение функциональной активности и целостности ресничек и, следовательно, мукоцилиарного клиренса, который также является местным защитным фактором;

● в ряде случаев дистрофические изменения эпителия и возможное появление серозного или серозно-геморрагического экссудата в просвете альвеол.

Во время и после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции имеет место истощение местного и общего иммунитета, формируется иммуносупрессия, и ослабленный организм становится особенно подверженным другим видам инфекции, в частности бактериальным.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Острые респираторные вирусные инфекции занимают значительную долю в структуре заболеваемости человечества и занимают лидирующее место среди инфекционных заболеваний.

В России число ежегодно болеющих ОРВИ и гриппом достигает более 30 млн. человек, а ежегодный суммарный экономический ущерб от ОРВИ оценивается в 40 млрд. рублей, составляя около 80% ущерба от всех инфекционных болезней [3] и достигая до 90% и выше в структуре инфекционной заболеваемости [5]. В среднем взрослый человек переносит от 2 до 4 простуд в течение года, ребенок болеет от 6 до 9 раз. Важно отметить, что ОРВИ в некоторых случаях могут привести к летальному исходу. По данным различных авторов [5, 6] тяжёлое течение и летальные исходы наблюдались при различных ОРВИ (аденовирусного заболевания,

парагриппа, респираторно-синцитиальной инфекции), протекавших как в виде моно-, так и микстинфекции.

Кроме того, около 80% случаев обострения бронхиальной астмы (БА) и 20–60% хронической обструктивной болезни легких провоцируются острыми респираторными инфекциями [5, 6]. С острыми респираторными инфекциями ассоциированы ежегодно 3,9 млн. смертей в мире, с ОРВИ сопряжены 30–50% случаев внебольничных пневмоний, по данным разных авторов [7, 8, 9, 9, 10].

Пик заболеваемости респираторными инфекциями наблюдается в период с сентября по май.

ОРВИ являются антропонозными заболеваниями. Источником инфекции являются больные с клинически выраженными, стертыми формами болезни, здоровые вирусоносители. Основной механизм передачи – аэрозольный, в ряде случаев вероятны также контактно-бытовой и фекально-оральный механизмы передачи [2, 2].

Следует отметить, что цифры официальной статистики не вполне отражают реальную картину заболеваемости ОРВИ. Во-первых, часто за ОРВИ принимаются заболевания респираторного тракта аллергической и другой этиологии. Кроме того, значительное количество случаев заболеваний не регистрируются, поскольку пациенты не обращаются в лечебно-профилактические учреждения, перенося болезнь «на ногах».

Наиболее часто возбудителями респираторных заболеваний являются риновирусы (25–40% всех ОРВИ) [10], коронавирусы и вирусы парагриппа. Реже встречаются респираторно-синцитиальный вирус [11], аденовирусы и реовирусы. Возможно сочетание (микстинфекция) различных возбудителей, в том числе присоединение бактериальной инфекции [10].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

I. Международная классификация болезней X пересмотра (МКБ-X):

J00-06 - Острые респираторные вирусные инфекции верхних дыхательных путей

J00 - Острый назофарингит, насморк

J02 - Острый фарингит

J02.8 - Острый фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями

J02.9 - Острый фарингит неуточненный

J03 - Острый тонзиллит

J03.8 - Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями

J03.9 - Острый тонзиллит неуточненный.

J04 - Острый ларингит и трахеит

J04.0 - Острый ларингит

J04.1 - Острый трахеит

J04.2 - Острый ларинготрахеит

J05 - Острый обструктивный ларингит (круп)

J05.0 - Острый обструктивный ларингит (круп).

J06 - Острая инфекция верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации

J06.0 - Острый ларингофарингит

J06.8 - Другие острые инфекции верхних дыхательных путей множественной локализации

J06.9 - Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная

Другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей (J20-J22).

Острый бронхит (**J20**):

J20.4 - Острый бронхит, вызванный вирусом парагриппа;

J20.5 - Острый бронхит, вызванный респираторным синцитиальным вирусом;

J20.6 - Острый бронхит, вызванный риновирусом;

J20.8 - Острый бронхит, вызванный другими уточненными агентами;

J20.9 - Острый бронхит неуточненный.

J21 - Острый бронхиолит

J21.0 - Острый бронхиолит, вызванный респираторным синцитиальным вирусом;

J21.8 - Острый бронхиолит, вызванный другими уточненными агентами;

J21.9 - Острый бронхиолит неуточненный.

J22 - Острая респираторная инфекция нижних дыхательных путей неуточненная

B34.0 - Аденовирусная инфекция неуточненная;

B34.2 - Коронавирусная инфекция неуточненная;

B34.9 - Вирусная инфекция неуточненная;

B97.0 - Аденовирусная инфекция;

B97.4 - Респираторно-синцитиальная инфекция.

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

A. **По течению**:

1. Типичное (манифестное);

2. Атипичное (бессимптомное, стертое);

B. **По тяжести**:

1. Легкая степень тяжести;

2. Средняя степень тяжести;

3. Тяжелая степень;

4. Очень тяжелая степень.

C. **По характеру течения**:

1. Неосложненное;

2. Осложненное (специфические осложнения, осложнения, вызванные вторичной микрофлорой, обострение хронических заболевания);

D. **По длительности течения**:

1. Острое (5–10 дней);

2. Подострое (11–30 дней);

3. Затяжное (более 30 дней).

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

[1, 2, 3]

Инкубационный период при острых респираторных вирусных инфекциях, вызванных наиболее распространенными инфекционными агентам, 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** - развитие кашля, насморка, в некоторых случаях конъюнктивита. Возможно развитие **лимфопролиферативного синдрома**, который проявляется

лимфаденопатией, реже развивается гепатомегалия (аденовирусная инфекция).

В Приложении Г1 представлены основные возбудители ОРВИ, и клинические синдромы, вызываемые ими [2, 2, 13].

Особенности клинических форм при острых респираторных вирусных инфекциях

Острый ринит – воспаление слизистой оболочки носовой полости. Характерные симптомы: чихание, отделение слизи из носа (ринорея), нарушение носового дыхания. Отток слизи по задней стенке глотки вызывает кашель.

Фарингит – воспаление слизистой оболочки глотки. Для него характерны внезапно возникающие ощущения першения и сухости в горле, а также болезненность при глотании.

Тонзиллит – местные изменения в небных миндалинах чаще как проявление обострения бактериальной (стрептококковой) инфекции. Характерны интоксикация, гиперемия и отечность миндалин, небных дужек, язычка, задней стенки глотки, рыхлые наложения в лакунах.

Ларингит – воспаление гортани с вовлечением голосовых связок и подсвязочного пространства. Первые симптомы – сухой лающий кашель, осиплость голоса.

Трахеит – воспалительный процесс в слизистой оболочке трахеи. Симптомы: саднение за грудиной, сухой кашель.

Бронхит – поражение бронхов любого калибра. Основной симптом – кашель (в начале заболевания сухой, через несколько дней – влажный с увеличивающимся количеством мокроты). Мокрота чаще имеет слизистый характер, но на 2-й неделе может приобретать зеленоватый оттенок за счет примеси фибрина. Кашель сохраняется в течение 2 недель и дольше (до 1 мес.) при заболеваниях аденовирусной, респираторно-синцитиально-вирусной, микоплазменной и хламидийной природы).

Осложнения при острых респираторных вирусных инфекциях подразделяются на специфические и вторичные, вызванные активизацией вторичной микрофлоры.

Специфические осложнения

Менингизм - повышение давления ликвора без выраженных изменений его состава. Характеризуется появлением общемозговой симптоматики (сильная

головная боль, тошнота, рвота), общей гиперестезии и характерных менингеальных синдромов.

Острая дыхательная недостаточность — чаще развивается при парагриппе (при формировании ложного крупа). Клинически проявляется в виде тяжелой одышки, цианоза (синюшности), тахикардии, беспокойства больных.

Отек и набухание головного мозга (редко). Проявления: сильная головная боль, тошнота, рвота, возможно психомоторное возбуждение, брадикардия, повышение артериального давления, судороги, расстройство дыхания, нарастающие менингеальная и очаговая симптоматика, расстройство сознания от оглушения до развития комы.

Инфекционно-токсический шок (редко). Клинические проявления: на ранних стадиях – лихорадка, затем снижение температуры тела, бледность кожи, появление мраморной окраски кожи, цианотичных пятен, быстрое снижение артериального давления, тахикардия, одышка, возможны тошнота и рвота, геморрагический синдром (как проявление синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания), резкое снижение диуреза (мочевыделения), прогрессирующее расстройство сознания.

Респираторный дистресс-синдром взрослых. Характеризуется стремительным нарастание признаков острой дыхательной недостаточности на высоте клинических проявлений инфекции. Клинические симптомы: быстро нарастающая одышка свыше 30 дыхательных движений в минуту с присоединением шумного дыхания, диффузный цианоз, тахикардия, беспокойство больного, быстро сменяющееся апатией, возможна потеря сознания, падение систолического АД ниже 90 мм.рт.ст. Кашель со скудной кровянистой мокротой (в мокроте – мононуклеарный цитоз). При аускультации в начальном периоде – сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких, далее крепитация, влажные мелкопузырчатые хрипы, гипоксемия. В ряде случаев развивается синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (геморрагический отек легких).

Острая сердечно-сосудистая недостаточность (редко). Может протекать по типу преимущественно острой сердечной либо острой сосудистой недостаточности. Острая сердечная недостаточность развивается чаще у больных гипертонической болезнью и заболеваниями сердца. Она протекает по типу левожелудочковой недостаточности и проявляется отеком легких. Острая сосудистая недостаточность является следствием падения сосудистого тонуса, а сосудистый коллапс – проявлением инфекционно-токсического шока.

Осложнения, вызванные активацией вторичной бактериальной микрофлоры

Острый синусит. Бактериальные синуситы (воспаление околоносовых пазух - гайморит, фронтит, сфеноидит) являются частым осложнением ОРВИ. Заподозрить наличие синусита можно в том случае, если симптомы заболевания не прекратились в течение 7–10 дней: остается заложенность носа, тяжесть в голове, головная боль, повышенная температура. При отсутствии лечения острый синусит легко переходит в хроническую форму заболевания.

Острый отит. Острый отит проявляется постоянными или пульсирующими (стреляющими) болями в ухе, может наблюдаться болезненность в области сосцевидного отростка.

Острый бронхит. Может быть, как проявлением ОРВИ, так и ее осложнением. Острый бронхит проявляется длительным продуктивным кашлем [3].

Обострение хронических легочных заболеваний. ОРВИ являются самой частой причиной обострения ХОБЛ и бронхиальной астмы.

Пневмония. Одно из самых грозных осложнений ОРВИ. Развитие пневмонии следует подозревать при сохранении высокой температуры тела более 7–10 дней, сохранением кашля. Характерными аускультативными признаками пневмонии являются ослабление дыхания, наличие разнокалиберных влажных хрипов, крепитации. Диагноз подтверждается при рентгенологическом исследовании легких.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза ОРВИ включают:

- анализ жалоб и анамнеза заболевания;

- данные физикального обследования;

- результаты лабораторных диагностических исследований;

- результаты инструментальных диагностических исследований;

- иные диагностические исследования при проведении дифференциальной диагностики.

2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендуется у пациентов с подозрением на ОРВИ обратить внимание на общее недомогание, повышение температуры тела, утомляемость, слабость, снижение аппетита, головные боли, боли в горле, затруднение носового дыхания, насморк (ринорея), осиплость голоса, кашель (сухой и влажный), увеличение лимфоузлов, боли в животе (при аденовирусной инфекции). При тяжелом течении некоторых заболеваний возможно появление одышки, проявляющейся затруднение вдоха и/или выдоха (парагрипп, инфекция, вызванная респираторно-синцитиальным вирусом). При тяжёлом течении некоторых ОРВИ также могут появляться выраженные головные боли, многократная рвота, судороги и потеря сознания (симптомы менингита и отёка мозга). Возможно также наличие таких жалоб, как тошнота, иногда рвота, ощущение сердцебиения или перебоев в работе сердца, что является проявлением общего интоксикационного синдрома [2, 3, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Рекомендуется при сборе анамнеза выявить длительность заболевания, а также факторы, которые препятствуют немедленному началу лечения или, требующие коррекции лечения в зависимости от сопутствующих заболеваний [2, 3, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: *Такими факторами могут быть наличие непереносимости лекарственных препаратов; неадекватное психоэмоциональное состояние*

пациента перед лечением; угрожающие жизни острое состояние/ заболевание или обострение хронического заболевания, требующее привлечение врача-специалиста по профилю; отказ от лечения

- Рекомендуется обратить внимание на сведения эпидемиологического анамнеза о пребывание в очаге ОРВИ в период, соответствующий инкубационному периоду [2, 3, 3, 199, 233].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано обратить внимание на наличие эпидемического подъема заболеваемости ОРВИ [1, 2, 3, 13, 15, 19, 23].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано обратить внимание на характерную сезонность ОРВИ (осенне-зимний, зимне-весенний период) с максимумом подъема заболеваемости [1, 2, 3, 13, 15, 19, 23].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано обратить внимание на контакт с больными ОРВИ, наличие вспышек в организованных коллективах (школы, детские сады) в эпидсезон [1, 2, 3, 13, 15, 19, 23].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется обратить внимание на наличие вакцинопрофилактики гриппа у пациента для выявления риска развития данного заболевания [1, 2, 3, 13, 15, 19, 23].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Рекомендуется обратить внимание на наличие сопутствующих хронических заболеваний или иных состояний (беременность) для выявления факторов риска развития тяжелого и осложненного течения заболевания [1, 2, 3, 13, 15, 19, 23].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендовано пациентам с подозрением на ОРВИ для выявления ведущих синдромов заболевания провести общий осмотр с оценкой состояние кожных покровов и видимых слизистых оболочек: цвет (гиперемия, бледность, цианоз), влажность, отечность, инъекция сосудов склер. Выявляют гиперемию дужек и/или задней стенки ротоглотки, рыхлость и зернистость слизистой задней стенки, увеличение лимфоидных фолликулов по задней стенке, реже миндалин [19, 23, 24].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательности - 5)

Комментарии: *выявление катаральных симптомов обязательно на начальном этапе диагностики ОРВИ. Однако вышеуказанные симптомы могут быть также проявлением некоторых бактериальных инфекций, в частности стрептококкового назофарингита [19, 23].*

- Рекомендован пациентам с подозрением на ОРВИ общий осмотр и пальпация лимфоузлов головы и шеи для выявления синдрома лимфоаденопатии [19, 23, 24].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательности - 5)

- Для комплексной оценки состояния не рекомендуется изолированная оценка только одного из вышеуказанных симптомов [13, 19, 23, 24].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательности - 5)

Комментарии*: данная оценка не позволяет дифференцировать ОРВИ от возможной бактериальной инфекции верхних дыхательных путей. Необходимо оценивать их в совокупности.*

- Рекомендованы физикальные методы исследование легких [1, 2, 25, 27, 28]:

− пальпация грудной клетки - оценка подвижности грудной клетки и голосового дрожания;

− перкуссия лёгких - выявление возможного изменения перкуторного звука, оценка экскурсии грудной клетки;

− аускультация лёгких - оценка частоты дыхательных движений, выявление патологических дыхательных шумов, оценка проводимости дыхания в различные отделы лёгких, выявление сухих и влажных хрипов, крепитации (при возникновении осложнения в виде пневмонии)

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательства - 5).

- Рекомендованы физикальные методы исследования сердца: измерение пульса и артериального давления, аускультация (выявление тахикардии, сердечных шумов и др.) [1, 2, 25, 27].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательства - 5).

Комментарии: *данные методы обследования необходимы для диагностики возможных осложнений ОРВИ (инфекционно-токсический шок, респираторный дистресс-синдром и др).*

2.3 Лабораторные диагностические исследования

2.3.1. Неспецифическая лабораторная диагностика

- Рекомендовано выполнение общего (клинического) анализа крови с *определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы* для диагностики, комплексной оценки степени тяжести болезни, своевременного выявления осложнений и неотложных состояний, исключения осложнений, вызванных бактериальной флорой пациентам с симптомами ОРВИ [1, 2, 4, 20, 21, 22, 23, 27, 29].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: *при вирусных инфекциях в клиническом анализе крови характерны лейкопения или нормоцитоз, увеличение процентного соотношения различных форм лейкоцитов в пользу лимфоцитов и*

моноцитов. Однако возможно наличие изменений, схожих с бактериальными инфекциями (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ.

- Рекомендовано пациентам с симптомами ОРВИ выполнение общего (клинического) анализа мочи для выявления наличия почечной дисфункции, декомпенсации сопутствующих заболеваний [1, 2, 4, 20, 21, 22, 23, 27, 41].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *при неосложненном течении ОРВИ патологических изменений нет; при выраженной лихорадке, интоксикационном синдроме – увеличение плотности мочи, невыраженные лейкоцитурия, протеинурия, цилиндрурия, носящие транзиторный характер, исчезают при нормализации температуры тела и купировании проявлений общей инфекционной интоксикации.*

2.3.2. Специфическая лабораторная диагностика

- Рекомендовано пациентам с симптомами ОРВИ молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носо – и ротоглотки на вирус гриппа (Influenza virus), парагриппа (Human Parainfluenza virus), риновирусы (Human Rhinovirus), аденовирус (Human Adenovirus), респираторно-синцитиальный вирус (Human Respiratory Syncytial virus), коронавирусы 229E, OC43, NL63, HKUI (Human Coronavirus), бокавирус (Human Bocavirus), метапневмовирус (Human Metapneumo virus) на амбулаторном этапе по клинико-эпидемиологическим показаниям, в стационаре - всем заболевшим [1, 71, 88].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *показания на амбулаторном этапе оказания помощи: эпидемический очаг, тяжелое течение, пожилой возраст, угроза развития ОРДС.*

- Рекомендовано лицам с симптомами ОРВИ проведение молекулярно–генетического исследования методом (ПЦР) на возбудителя COVID-19 или экспресс-тест на COVID-19 для проведения дифференциальной диагностики у всех заболевших [72, 73].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано лицам с симптомами гриппоподобного заболевания определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР; определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР для своевременного назначения этиотропной терапии [1, 71, 72].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *ПЦР наиболее эффективный метод, который позволяет обнаружить нуклеиновые кислоты вируса в среднем до 7 дней, и максимум – до 2 недель от начала заболевания (при условии сохранении признаков поражения верхних дыхательных путей). Результаты получают в течение 4–6 часов после представления образца.*

- Не рекомендовано пациентам с симптомами ОРВИ серологическое подтверждение диагноза (за исключением гриппа) для ретроспективной диагностики [1, 4, 20, 21, 22, 102].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: *возможно произвести исследование на антитела к вирусу гриппа в стандартных серологических тестах парных сывороток крови пациента (при условии соблюдения сроков сбора сывороток крови: первая – в день постановки диагноза, вторая – через 2–3 недели) на стационарном этапе оказания помощи при невозможности проведения молекулярно-генетического исследования для ретроспективной диагностики.*

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано выполнение пульсоксиметрии с измерением SpO_2 пациентам с ОРВИ для ранней диагностики респираторных нарушений

[25, 26, 72].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: пульсоксиметрия является простым и надежным скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке и оценивать ее эффективность.

- Рекомендовано выполнение прицельной рентгенографии органов грудной клетки пациентам с явлениями бронхита (для исключения очаговой пневмонии) и наличии физикальных признаков поражения легочной ткани (верификация пневмонии) [1, 2, 3, 25, 65].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендуется рентгенография придаточных пазух носа пациентам с затруднением носового дыхания при подозрении на синусит, вызванный присоединением бактериальной флоры для своевременной консультации отоларинголога и оказания специализированной помощи [88, 89, 90].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств - 5).

***Комментарии**: согласно наблюдениям, данное осложнение наблюдается в 0,5–2% случаев ОРВИ у взрослых. При этом наличие патологических изменений придаточных пазух носа не всегда является подтверждением развития их бактериального поражения [29].*

- Рекомендовано регистрация электрокардиограммы пациентам с тяжёлым течением ОРВИ (особенно лицам пожилого и старческого возраста) для оценки сердечной деятельности, диагностики нарушений ритма сердца на фоне интоксикационного синдрома [1, 2, 3, 25, 25, 321].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств − 5).

2.5 Иные диагностические исследования

- Рекомендуется консультация смежных специалистов пациентам в случаях подозрения на осложнения: врача-отоларинголога (при наличии синусита, отита), врача-невролога (при развитии энцефалопатии), врача-пульмонолога (при наличии признаков пневмонии), врача-гематолога (при выраженных гематологических изменениях и геморрагическом синдроме), врача-кардиолога (при присоединении симптомов миокардита, острой сердечно-сосудистой недостаточности), врача-акушера-гинеколога (при развитии ОРВИ на фоне беременности) для определения дальнейшей тактики ведения [2, 3, 15, 33, 34].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендуется консультация врача-анестезиолога-реаниматолога пациентам с наличием быстропрогрессирующей ОДН (ЧД >25 в 1 мин, SpO2 <92%, а также другой органной недостаточностью (2 и более балла по шкале SOFA) для перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) [2, 25, 334].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Принципы лечения больных с ОРВИ предусматривают решение следующих задач:

- *предупреждение дальнейшего развития патологического процесса, обусловленного заболеванием, достижение полного и стойкого выздоровления;*
- *профилактика развития возможных осложнений заболевания.*

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы [1, 2, 3, 5, 13, 19, 23, 26, 27, 65, 88]: период заболевания; тяжесть заболевания; клиническая форма заболевания; ведущие клинические проявления и особенности течения заболевания с учетом признаков иммунодефицита (хронический алкоголизм, истощение, тяжелая сопутствующая патология, пожилой возраст); возраст больного; наличие и характер осложнений; доступность и возможность выполнения лечения в соответствии с необходимым видом оказания медицинской помощи.

Информация, касающаяся доз, показаний к применению и способов применения лекарственных средств, содержащаяся в данных рекомендациях, может отличаться от информации, указанной в инструкции по медицинскому применению (ИМП). Для получения полной информации о применении того или иного ЛС следует ознакомиться с ИМП. Персональная ответственность за интерпретацию и использование настоящих рекомендаций лежит на лечащем враче.

3.1. Консервативное лечение

3.1.1. Этиотропная (противовирусная терапия)

- Рекомендовано назначение пациентам с симптомами ОРВИ противовирусных препаратов для прекращения репликации вирусов [1, 2, 3, 5, 13, 16, 19, 23, 32].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *Целесообразность назначения противовирусных препаратов определяется врачом индивидуально для каждого пациента.*

- Рекомендовано пациентам с симптомами ОРВИ использование препаратов с прямым противовирусным действием для подавления репликации вирусов:

− Умифеновир** [27, 28, 39, 40, 52, 53, 62].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии*: умифеновир** специфически подавляет in vitro вирусы гриппа А и В (Influenza virus A, B), включая высокопатогенные подтипы A(H1N1)pdm09 и A(H5N1), а также другие вирусы - возбудители острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) (коронавирус (Coronavirus),*

ассоциированный с тяжелым острым респираторным синдромом (ТОРС), риновирус (Rhinovirus), аденовирус (Adenovirus), респираторно-синцитиальный вирус (Pneumovirus) и вирус парагриппа (Paramyxovirus)). В исследованиях in vitro специфически подавляет вирус SARS-CoV-2, вызывающий новую коронавирусную инфекцию (COVID-19). Рекомендованная схема назначения препарата по 200 мг 4 раза в сутки (каждые 6 часов) 5 дней перорально.

*Противопоказан при гиперчувствительности к компонентам препарата, в первом триместре беременности. Возможно, применения умифеновира** при ОРВИ до получения лабораторного подтверждения диагноза при подозрении на COVID-19, согласно временным методическим рекомендациям «Лекарственная терапия острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) в амбулаторной практике в период эпидемии COVID-19» (версия 2). После подтверждения диагноза лечение проводится в соответствие с настоящими клиническими рекомендациями по лечению ОРВИ или временными методическими рекомендациями по лечению COVID-19 [72].*

− Энисамия йодид [44, 45, 45, 68, 69].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: *Рекомендованная схема назначения препарата по 500 мг 3 раза в сутки перорально, курс 5–7 дней. Противопоказан при повышенной чувствительности к компонентам препарата, дефиците лактазы, непереносимости лактозы, глюкозно-галактозной мальабсорбции, дефиците сахаразы/изомальтазы, непереносимости фруктозы, беременности и периоде грудного вскармливания, аллергических реакциях в анамнезе, тяжёлых органических поражениях печени и почек.*

- Риамиловир [74, 75, 94].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: *риамиловир обладает широким спектром противовирусной активности в отношении РНК-содержащих вирусов, благодаря подавлению синтеза вирусных РНК и репликации геномных фрагментов. Активное вещество является синтетическим аналогом оснований пуриновых нуклеозидов (гуанина). Не входит в перечень ЛС, рекомендуемых международными клиническими рекомендациями по лечению и профилактике гриппа. Лечение необходимо начать не позднее 2-го дня от появления клинических симптомов болезни: внутрь независимо от приема*

пищи по 1 капсуле (250 мг) 3 раза в день (суточная доза - 750 мг) в течение 5 дней, при необходимости - до 7 дней. Противопоказан при повышенной чувствительности к компонентам препарата; беременности, в период грудного вскармливания. У пациентов в возрасте до 18 лет и при почечной/ печеночной недостаточности эффективность и безопасность не определены.

- Рекомендовано использование препаратов с широким противовирусным действием пациентам с симптомами ОРВИ. Назначение прочих противовирусных препаратов и других иммуностимуляторов целесообразно с целью профилактики или в первые три дня заболевания, в последующие дни эффективность применения данных препаратов снижается [36, 37].

− Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты** [12-23, 36, 46, 47].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: *Механизм действия имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты** реализуется на уровне инфицированных клеток за счет стимуляции факторов врожденного иммунитета, подавляемых вирусными белками. Препарат усиливает экспрессию интерфероновых рецепторов на клеточной мембране. Вызывает повышение уровня интерферона в крови до физиологической нормы, обладает противовоспалительной активностью. Рекомендованная схема применения по 90 мг один раз в день вне зависимости от приема пищи, длительность лечения 5–7 дней в зависимости от тяжести состояния. Желательно начать прием препарата не позднее двух суток с момента начала заболевания. Противопоказан при гиперчувствительности к компонентам препарата, беременности, в периоде лактации, дефиците лактазы, непереносимости лактозы, глюкозо-галактозной мальабсорбции.*

− Кагоцел**[6, 7, 20, 21, 22, 48, 49, 50].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии*: Индуктор интерферонов. Обладает опосредованным противовирусным действием на вирусы гриппа). Рекомендованная схемы назначения препарата: перорально по 24 мг (2 таблетки) 3 раза в сутки в первые 2 дня, затем по 12 мг (1 таблетка) 3 раза в сутки в течение 2 дней (курсовая доза 216 мг, 18 таблеток) до 4 дня болезни или в течение 5 – 7 дней в период реконвалесценции. Для достижения лечебного эффекта препарат следует принимать не позднее 4 дня заболевания.*

Противопоказан повышенной чувствительности к компонентам препарата, беременности, в период лактации, дефиците лактазы, непереносимости лактозы, глюкозо-галактозной мальабсорбции.

− Тилорон** [51, 52, 93, 94, 103].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

***Комментарии**: Индуктор интерферонов. Стимулирует образование в организме интерферонов всех типов (альфа, бета, гамма и лямбда), усиливает антителообразование, уменьшает степень иммунодепрессии, восстанавливает соотношения Т-супрессоров и Т-хелперов. Обладает иммуномодулирующим и противовирусным эффектом. Рекомендован к применению в составе комплексной терапии. Рекомендованная схема применения для лечения гриппа и ОРВИ – по 125 мг в сутки в первые два дня лечения, затем по 125 мг, каждые 48 часов. Противопоказан при гиперчувствительности к компонентам препарата, беременности, в периоде лактации, детском возрасте до 18 лет.*

− Меглюмина акридонацетат** [11, 54, 55, 56, 95-98].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1).

***Комментарии:** Индуктор интерферонов. Рекомендованная схема применения для лечения ОРВИ по 4 таблетки однократно на 1, 2, 4, 6, 8 сутки (20 таблеток). Противопоказан при повышенной чувствительности к компонентам препарата, беременности, в период лактации.*

- Эргоферон [76-80].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *Препарат обладает противовирусным, иммуномодулирующим, противовоспалительным и антигистаминным действием, может быть назначен в виде монотерапии либо в сочетании с другими средствами противовирусного, антибактериального, патогенетического и симптоматического действия.*

Первые 2 часа принимают по 1 таблетке каждые 30 минут (всего 5 таблеток), затем в течение первых суток осуществляют еще 3 приема через равные промежутки времени. Со вторых суток и далее принимают по 1 таблетке 3 раза в сутки до полного выздоровления.

Не рекомендован при врожденной галактоземии, синдроме мальабсорбции глюкозы или галактозы, при врожденной лактазной недостаточности. У беременных и в период лактации эффективность и безопасность препарата не изучались.

- Рекомендуется использование Интерферонов пациентам с симптомами ОРВИ с целью опосредованного противовирусного действия в схемах комплексной терапии заболевания

− Интерферон альфа 2b** или Интерферон гамма**[58, 59, 59].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *Интерферон альфа 2b ** и интерферон гамма**, вводимые интраназально, обладают опосредованным противовирусным действием на вирусы ОРВИ. При интраназальном применении концентрация действующего вещества, достигаемая в крови, не имеет клинической значимости. Используются в схемах комплексной терапии ОРВИ при первых признаках заболевания. Не входят в перечень ЛС, рекомендуемых международными клиническими рекомендациями по лечению и профилактике ОРВИ.*

*Интерферон альфа 2b** назначают интраназально по 3 капли/дозы в каждый носовой ход 5–6 раз в день (разовая доза – 3000 МЕ, суточная доза – 15000–18000 МЕ) в течение 5дней;*

*Интерферон гамма** назначают интраназально по 2 капли в каждый носовой ход 5 раз в день (разовая доза – 4000 МЕ, суточная доза – 20000 МЕ) до 3 дня от начала болезни или в течение 5–7 дней в период реконвалесценции*

3.1.2. Патогенетическая и симптоматическая терапия

- Рекомендуется обязательное проведение базисной терапии всем пациентам независимо от тяжести течения заболевания с целью создания лечебно-охранительного режима [2, 3, 35].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *Базисная терапия включает в себя постельный режим, диету и обильное питье. В рацион включают легко усвояемые продуты, богатые витаминами (нежирные сорта мяса, рыбы, молочные продукты, фрукты, овощи, соки, компоты). Запрещается алкоголь в любых видах.*

- Рекомендуется проведение дезинтоксикационной терапии всем пациентам с симптомами ОРВИ для купирования синдрома интоксикации [1, 2, 3, 13, 29,104].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

***Комментарии*:** *объем зависит от степени тяжести пациента*

Легкая и средняя степень тяжести – пероральная дезинтоксикация в объеме 2–3 литров жидкости в сутки (некрепко заваренного чая с молоком, медом, вареньем, а также отвара шиповника, свежеприготовленных фруктовых и ягодных соков, компотов, щелочных минеральных вод).

- Рекомендовано при лечении в условиях стационара пациентам со среднетяжелым и тяжелым течением, а также пациентам с наличием пневмонии с антигипоксической и антиоксидантной целью для купирования синдрома интоксикации назначение Меглюмина натрия сукцината** [99-101].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: *вводят внутривенно капельно со скоростью 1-4,5 мл/мин (до 90 капель в минуту). Средняя суточная доза -10 мл/кг. Курс терапии – до 11 дней. Объем и длительность зависит от степени тяжести пациента.*

- Рекомендовано назначение нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов или анилидов пациентам с гипертермией выше 38^0С, мышечными и суставными болями с жаропонижающей, болеутоляющей и противовоспалительной целью [1, 19, 27, 60, 88, 89]:

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: *диклофенак**, 25 мг, 75–150 мг/сут перорально в 2–3 приёма; 25-50 мг/мл – внутримышечно до 3 р/сут, курс до 7 дней, ибупрофен** перорально по 200–400 мг 3–4 раза в сутки в течение 3–10 дней (максимальная суточная доза — 1200 мг), парацетамол** перорально по 1–2 табл. (500–1000 мг) до 4 раз в сутки (максимальная суточная — 4000 мг.)*

- Не рекомендуется назначение Салициловой кислоты и ее производных, вследствие возможных побочных явлений в виде нарушения гемостаза и

обострения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки [1, 3, 19, 58, 88].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется пациентам с ринореей введение натрия хлорида** интраназально 2–3 раза в день для разжижения секрета, удаления слизи и восстановления работы мерцательного эпителия [29, 52, 88, 89].

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств - 1)

- Рекомендуется местное применение адреномиметиков пациентам с выраженным затруднением носового дыхания в комплексной терапии ринита, риносинусита для облегчения заложенности носа и восстановления проходимости слуховой трубы не более 5 дней [1, 88, 89, 90].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Нафазолин – интраназально (в каждый носовой ход) по 1–3 капли 0,05–0,1% раствора 3–4 раза в сутки;*

*Ксилометазолин** – интраназально (в каждый носовой ход), по 2–3 капли 0,1% раствора или одно впрыскивание из распылителя в каждую ноздрю 4 раза в день;*

Оксиметазолин – интраназально (в каждый носовой ход), по 1–2 капли 0,025–0,05% раствора 2–3 раза в сутки или по 2–3 впрыскивания 0,05% спрея.

- Рекомендуется пациентам с ОРВИ и признаками фарингита терапия местными средствами в виде полосканий, инсуфляций, ингаляций, таблеток и пастилок для рассасывания целью уменьшения местного воспаления, выраженности болевого синдрома, профилактика вторичного инфицирования повреждённой слизистой ротоглотки [29,88, 89].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: *гексэтидин, лизоцим+пиридоксин, хлоргексидин**, биклотимол, препараты йода.*

- Рекомендовано пациентам с острым бронхитом, обусловленным респираторными вирусами сопровождающихся бронхообструкцией и влажным кашлем назначение муколитических и отхаркивающих препаратов, кроме комбинаций с противокашлевыми средствами для разжижения и улучшения отхождения мокроты [2, 3, 24, 36, 37, 110].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *Ацетилцистеин** – по 1 таблетке по 200 мг – 2-3 раза в день, перорально, курс до 5 дней;*

Бромгексин – внутрь по 8 мг 3 (1–2 таблетки) 3–4 раза в сутки;

*#Амброксол** – внутрь 30 мг, 90 мг/сут, курс до 5 дней; [110].*

#Бромгексин + Гвайфенезин + Сальбутамол – таблетки (2 мг сальбутамола сульфата + 8 мг бромгексина гидрохлорида + 100 мг гвайфенезина в 1 таблетке) внутрь по 1 таблетке 3 р./сут в течение 5–10 дней. [110].

- Рекомендуется назначение симпатомиметиков и прочих противокашлевых препаратов при лечении ОРВИ пациентам с сухим непродуктивным надсадным кашлем, значительно ухудшающим качество жизни пациента [2, 3, 24, 36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *Препаратами выбора являются противокашлевые препараты в комбинации с отхаркивающими препаратами, в состав которых состав которых входит активное вещество декстрометорфан*

Бутамират – внутрь по 15 мл 4 раза в сутки (сироп)

Декстрометорфан+Терпингидрат+[Левоментол]– внутрь по 1 чайной ложке (5 мл) 3-4 раза в день.

Декстрометорфан+Парацетамол+Псевдоэфедрин+[Аскорбиновая кислота] – по одной таблетке 4 раза в день

Декстрометорфан+Фенилэфрин+Хлорфенамин5 - 7,5 мл сиропа 3-4 раза в сутки.

- Рекомендовано применение противокашлевого препарата Ренгалин пациентам с ОРВИ и сухим непродуктивным надсадным кашлем [81-83].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *Препарат обладает противокашлевым, противовоспалительным, противоотёчным, антиаллергическим, спазмолитическим действием, может быть назначен в виде монотерапии либо в сочетании со средствами противовирусного, антибактериального, патогенетического и симптоматического действия. При необходимости возможно сочетание с муколитическими препаратами.*

Схема: по 1-2 таблетке (или 5-10 мл раствора для приема внутрь) 3 раза в сутки вне приёма пищи. В зависимости от тяжести состояния в первые три дня частота приёма может быть увеличена до 4-6 раз в сутки. Длительность терапии зависит от тяжести заболевания и определяется лечащим врачом. Не рекомендован при наследственной непереносимости фруктозы. У беременных и в период лактации эффективность и безопасность препарата не изучались.

- Не рекомендовано одновременное применение муколитических препаратов и противокашлевых препаратов пациентам с кашлем, что может способствовать застою мокроты за счет подавления кашлевого рефлекса [1, 3, 24, 36].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Не рекомендуется применение антибактериальных препаратов системного действия при неосложнённых ОРВИ, в том числе при наличии ринита, конъюнктивита, затемнения синусов при рентгенографии, ларингита, крупа, бронхита и бронхо-обструктивного синдрома в течение до 10–14 дней во взрослой и детской практике **[1, 2, 3, 23, 42, 58, 60, 63, 64, 65, 70]**

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

- Рекомендовано при развитии острого тонзиллита (при среднетяжёлом и тяжёлом течении ОРВИ) и при развитии других осложнений (при среднетяжёлом и тяжёлом течении ОРВИ), вызванных присоединением бактериальной флоры (бронхиты, пневмонии и др.) при подтвержденном бактериальном поражении методами микробиологической диагностики (высев на микробиологических питательных средах, результат молекулярно-генетическое исследование (ПЦР), нарастание титров специфических антител в периферической крови), лечение осложнений

проводить по утвержденным по данным нозологиям клиническим рекомендациям [1, 2, 3, 23, 42, 58, 60, 63, 64, 65, 70, 105]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Лечение пневмонии в данных рекомендациях не рассматривается, проводится в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению внебольничной пневмонии у взрослых!

- Рекомендовано назначение Глюкокортикоидов при тяжёлом течении ОРВИ (инфекционно-токсический шок, отёк головного мозга) [24, 34, 42, 58, 635, 66, 72].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Лечение в данном случае будет осуществляться по клиническим рекомендациям по неотложным состояниям в условиях отделения реанимации и интенсивное терапии!*

3.1.3. Прочие препараты

- Рекомендуется назначение антигистаминных средств системного действия при наличии токсикодермии, аллергической реакции на препараты в ходе лечения [60].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии*: Рекомендованная схема: Хлоропирамин***, про 1 таблетке 3-4 раза в день (75-100 мг в сутки); 20 мг/1 мл, 40 мг/2 мл в сутки – внутримышечно, курс до 5 дней.*

- Рекомендуется назначение производных бензодиазепина при наличии тревожных расстройств и нарушения сна, наличии судорожного синдрома на фоне лихорадки или при развитии менингеального синдрома [60].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии*: Рекомендованная доза* Диазепама***: *до 5–20 мг/сут, внутримышечно и внутривенно.*

3.2. Хирургическое лечение

Не проводится.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

- Рекомендуется пациентам со среднетяжелым, тяжелым и осложненным течением ОРВИ начинать реабилитационные мероприятия уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции [1, 2, , 3, 25, 72].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется комплексный характер восстановительных мероприятий пациентам с осложненным течением ОРВИ с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия, исходя из преобладающих симптомов и синдромов [1, 2 , 3, 26, 72].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется пациентам тяжелым и осложненным течением ОРВИ соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации [1, 2 ,3, 26, 72].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется адекватность реабилитационных и восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям пациента с тяжелым и осложненным течением ОРВИ [1, 2 ,3, 26, 72].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *Важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия.*

- Рекомендуется постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий у пациентов с тяжелым и осложненным течением ОРВИ.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: *учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций, переболевших (косвенными и прямыми методами).*

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

5.1. Специфическая профилактика

Специфическая вакцинопрофилактика острых респираторных вирусных инфекций не разработана.

5.2. Неспецифическая профилактика

- Рекомендовано выявление больных или лиц с подозрением на заболевания ОРВИ среди контактных [1, 2, 3, 7, 23, 72].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендовано соблюдение масочного режима, со сменой масок каждые 3–4 часа работы, при работе с больными ОРВИ [1, 2, 3, 7, 23, 72].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендована организация санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, предусматривающий обязательное обеззараживание посуды, воздуха и поверхностей в помещениях с использованием эффективных при вирусных инфекциях дезинфицирующих средств и методов, разрешенных к применению, а также текущую влажную уборку и проветривание помещений [1, 2, 3, 7, 23, 72].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендована экстренная неспецифическая профилактика с целью предупреждения возникновения последующих случаев заболеваний ОРВИ в организованных коллективах [1, 2, 3, 7, 23, 72].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендовано использование Умифеновира**здоровым лицам при контакте с больными ОРВИ и сезонном подъеме заболеваемости для постконтактной и сезонной профилактики ОРВИ [62, 99, 109]

− для постконтактной профилактики - 200 мг/сут, в течение 10–14 дней;

− для сезонной профилактики - 200 мг 2 раза в неделю, курс - 3 недели.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано использование оксодигидроакридинилацетата натрия для постконтактной и сезонной профилактики ОРВИ в организованных коллективах [85-86]:

– разовая профилактическая доза составляет 250 мг (1 ампула) или 4 – 6 мг на кг массы тела. При длительном применении рекомендуемый интервал между введениями 3–7 суток.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

- Рекомендовано использование Интерферонов для постконтактной и сезонной профилактики ОРВИ здоровым лицам при контакте с больными ОРВИ и сезонном подъеме заболеваемости [56, 57].

Интерферон альфа** (лиофилизат для приготовления назального введения) – содержимое растворяют в 5 мл воды для инъекций, интраназально по 3 капли в каждый носовой ход 2 раза в сутки (разовая доза – 3 тыс. МЕ, суточная доза – 15-18 тыс. МЕ), в течение 5 – 7 дней. При однократном контакте достаточно одного закапывания. При необходимости профилактические курсы повторяют. При сезонном повышении заболеваемости в указанной дозе, утром 1–2 дня.

Интерферон гамма** (лиофилизат для приготовления назального введения) – содержимое растворяют в 5 мл воды для инъекций, интраназально по 2–3 капли в каждый носовой ход за 30 мин до завтрака в течение 10 дней. При необходимости профилактические курсы повторяют.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано использование для постконтактной и сезонной профилактики ОРВИ прочих противовирусных препаратов и других иммуностимуляторов [1, 2, 3, 7, 7, 11, 35, 84, 93, 95, 96, 97].

кагоцел** – по 24 мг (2 таблетки) 1 раз в день в течение 2 дней, затем перерыв 5 дней, затем цикл повторить; длительность приема от 1 недели до нескольких месяцев.

тилорон** – 125 мг 1 раз в неделю в течение 6 недель, курсовая доза составляет 750 мг.

анаферон -в эпидемический сезон с профилактической целью по 1 таблетке 1 раз в день в течение 1–3 месяцев. Внутрь, не во время приема пищи. Таблетку держать во рту до полного растворения. Безопасность применения Анаферона у беременных и в период лактации не изучалась [111, 112]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Больного изолируют в домашних условиях, при необходимости в условиях стационара в отдельном боксе до полного клинического выздоровления (в среднем на 1–2 недели). После клинического выздоровления пациент допускается к работе. Мероприятия в очаге не проводятся. Необходимо обеспечение больного отдельной посудой, предметами ухода.

Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц не организовываются.

5.3. Диспансерное наблюдение

- Рекомендовано диспансерное наблюдение у врача-терапевта при развитии осложнений [1, 2]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5).

- Рекомендовано диспансерное наблюдение в кабинете инфекционных заболеваний поликлиники при аденовирусной инфекции [1, 2]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5).

- После выписки в течение 1 месяца рекомендовано воздержаться от профилактических прививок, кроме (при наличии показаний) вакцины для профилактики бешенства**[107,108].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5).

6. Организация оказания медицинской помощи

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы [1, 2, 3, 15, 34, 72]: возраст пациента; характер сопутствующих заболеваний; клиническая форма болезни; характер течения болезни (динамики нарастания симптомов); тяжесть заболевания; наличие и характер осложнений.

- Рекомендуется до принятия решения о тактике ведения больного ОРВИ установить дефиницию случая ОРВИ у больного: неосложненное течение или осложненное течение [1, 2, 3, 19, 72, 88].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано лечение в амбулаторных условиях пациентов с легкой и среднетяжёлой формой ОРВИ. В случае безуспешности проводимого лечения или невозможности его проведения в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации в стационар [1, 2, 3, 19, 72, 88].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендована госпитализация в инфекционные отделения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь взрослым пациентам с инфекционными заболеваниями, пациентов, переносящих заболевание в тяжелой форме, с осложнениями болезни [1, 2, 3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендована госпитализация в медицинскую организацию пациентов по эпидемическим показаниям: в том числе и с легким течением болезни с тяжелым и среднетяжелым течением ОРВИ, проживающих в общежитиях и в условиях неблагоприятных факторов жилой среды, из группы риска развития неблагоприятного течения болезни[1][41].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *группы риска развития неблагоприятного течения болезни описаны в п.7*

- Рекомендована срочная госпитализация больного ОРВИ в стационар при наличии следующих критериев [65]:

− тахипноэ более 24 дыханий в минуту;

− гипоксемия (SpO_2 <95%);

− наличие очаговых изменений на рентгенограмме грудной клетки [41].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендован перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии

при наличии следующих критериев [1, 3, 41,72]:

− Клиническая картина быстро прогрессирующей острой дыхательной недостаточности (ЧД >30 в мин, SpO2 <90%, АДсист. <90 мм рт.ст.)

− Другая органная недостаточность (острая почечная недостаточность).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется срочно пересмотреть схемы ведения пациента с ОРВИ при появлении признаков (симптомов) прогрессирующего течения болезни[2][41].:

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *1) при симптомах, свидетельствующих об ухудшении снабжения организма кислородом или сердечно-легочной недостаточности (одышка (при движении или в состоянии покоя), затрудненное дыхание, синюшность, кровянистая или окрашенная мокрота, боль в груди, гипотония; гипоксия, определяемая по показаниям пульсоксиметра);*

2) при симптомах, свидетельствующих об осложнениях со стороны ЦНС (измененное психическое состояние, бессознательное состояние, сонливость или трудности с пробуждением и периодические или постоянные конвульсии (судороги), спутанность сознания, сильная слабость или паралич);

3) при подтверждении вторичной бактериальной инфекции, основанное на результатах лабораторных исследований или клинических признаках (например, сохранение постоянной высокой температуры тела и других симптомов более 3 дней);

4) при появлении тяжелого обезвоживания, проявляющегося в пониженной активности, головокружении, сниженном диурезе и вялости.

- Рекомендована выписка пациентов из медицинской организации при :

стойком улучшение клинической картины: нормализации температуры тела, купировании респираторно-катарального синдрома, нормальных показателях общего анализа крови [1, 2, 3, 19, 72, 88].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Условия оказания медицинских услуг

Медицинская помощь оказывается в форме:

- экстренной медицинской помощи;
- неотложной медицинской помощи;

Медицинская помощь оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Медицинская помощь взрослым больным ОРВИ может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Первичная медико-санитарная помощь пациентам оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях осуществляется в фельдшерско-акушерских пунктах.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь осуществляется врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом) в амбулаторных условиях.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь осуществляется врачом-инфекционистом медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь пациентам в амбулаторных условиях.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в условиях стационара врачами-инфекционистами и другими врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Лечение пациентов осуществляется в условиях стационара по направлению врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, медицинских работников, выявивших ОРВИ.

---

[1]СанПиН 3.3686-21. "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней". XXXIV. Профилактика гриппа и

других острых респираторных(Зарегистрировано в Минюсте России15.02.2021 N 62500)

[2] Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Российской Федерации от 26.11.2009 № 01/17863-9–32 «О направлении документа ВОЗ «Клинические методы ведения больных, инфицированных пандемическим вирусом гриппа (H1N1)2009»

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

К группам риска тяжелого течения ОРВИ относятся следующие лица[1]:

- беременные на любом сроке беременности и в послеродовый период;
- лица с хроническими заболеваниями легких (бронхиальная астма, ХОБЛ и др.);
- лица с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (пороки сердца, ГБ, ИБС с признаками сердечной недостаточности и др.);
- лица с нарушениями обмена веществ (сахарный диабет, ожирение 2–3 степени и др.);
- лица с хронической болезнью почек;
- лица с хроническими заболеваниями печени;
- лица, с определенными неврологическими состояниями (включая нейромускульные, нейрокогнитивные нарушения, эпилепсию);
- лица с гемоглобинопатиями;
- лица с первичными и вторичными иммунодефицитами (ВИЧ-инфекция, прием иммуносупрессорных медикаментов и т.п.);
- лица со злокачественными новообразованиями;
- лица в возрасте 65 лет и старше.

---

[1] СанПиН 3.3686-21. "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней". XXXIV. Профилактика гриппа и других острых респираторных(Зарегистрировано в Минюсте России15.02.2021 N 62500)

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества		Уровень достоверности доказательств
	1. Этап постановки диагноза		
1	Выполнен осмотр ротоглотки		4
2	Выполнены осмотр и пальпация лимфоузлов головы и шеи		4
3	Выполнено физикальное обследование лёгких (пальпация, перкуссия, аускультация)		5
4	Выполнен общий анализ крови		5
5	Выполнен молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носо – и ротоглотки на вирус гриппа (Influenza virus), парагриппа (Human Parainfluenza virus), риновирусы (Human Rhinovirus), аденовирус (Human Adenovirus), респираторно-синцитиальный вирус (Human Respiratory Syncytial virus), коронавирусы 229E, OC43, NL63, HKUI (Human Coronavirus), бокавирус (Human Bocavirus), метапневмовирус (Human Metapneumo virus)		5
6	Проведение молекулярно–генетического исследования методом (ПЦР) на возбудителя COVID-19 или выполнен экспресс-тест на COVID-19		5
	выполнена пульсоксиметрия с измерением SpO_2 пациентам для ранней диагностики респираторных нарушений		5
7	Выполнена рентгенограмма органов грудной клетки (при подозрении на наличие осложнений)		5
8	Выполнена рентгенограмма придаточных пазух (при подозрении на наличие осложнений)		5
	2. Этап лечения		
1.	Проведена патогенетическая и симптоматическая терапия		3
2.	Проведена этиотропная терапия противовирусными препаратами		3
3.	Проведена терапия антибактериальными препаратами - в случае осложнений ОРВИ		5
4	Проведена выписка из медицинской организации при стойком улучшение клинической картины: нормализации температуры тела, купировании респираторно-катарального синдрома, нормальных показателях общего анализа крови		5

Список литературы

1. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Под ред. акад. РАМ Н.Д. Ющука, акад. РАЕН Ю.Я. Венгерова. – 2-е изд., перераб. и доп. М.: Издательство ГЭОТАР-Медиа, 2019. –1004 с.
2. Лобзин Ю.В., Жданов К.В. Руководство по инфекционным болезням. 4-е изд., доп. и перераб. СПб, 2011; 1408 с.
3. Клинические рекомендации «Острые респираторные вирусные инфекции у взрослых». Москва, Некоммерческое партнерство «Национальное научное общество инфекционистов», 2014.
4. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология: Учебник / Под. ред. В.В. Зверева, А.С. Быкова. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство». 2016; с. 331–333, 695–700.
5. Романцов М.Г., Киселев О.И., Сологуб Т.В. Этиопатогенетическая фармакотерапия ОРВИ и гриппа. Лечащий врач. 2011; с.2.
6. Кареткина Г.Н. Применение индукторов интерферонов для лечения и профилактики гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций. Лечащий врач; 2009. https://www.lvrach.ru/2009/10/10861672/.
7. Кареткина Г.Н. Грипп и ОРВИ: лечение и профилактика в наступившем эпидсезоне 2015–2016 гг. http://www.lvrach.ru/2015/11/15436338/.
8. Бургасова О.А., Краева Л.А., Петрова И.С., Келли Е.И. Случай тяжелого течения смешанной респираторно-вирусной инфекции (грипп А (H1N1) + RS-вирусная), осложненной внебольничной пневмонией, вызванной *Streptococcus equi*. Инфекционные болезни. 2015; № 1 (13): с. 71–74.
9. Hawkey C.J., Lanas A.I. Doubt and certainty about non-steroidal anti-inflammatory drugs in the year 2000: a multidisciplinary expert statement. Am. J. Med. 2001; Vol. 110: 79–100.
0. Legand, Anaïs et al. Addressing the Public Health Burden of Respiratory Viruses: The Battle against Respiratory Viruses (BRaVe) Initiative. Future Virology. 2013; 8(10): 953–968. http://www.futuremedicine.com/doi/10.2217/fvl.13.85.
1. Ershov F.I., Kovalenko A.L., Garashchenko T.I., Sel"kova E P., Botvin"eva V.V. Cycloferon--a new domestic preparation for the prophylaxis of influenza and other acute respiratory viral infections. Zhurnal Mikrobiologii, Epidemiologii, I Immunobiologii. 2004; 6: 47–51.
2. Ашахер Т., Крохин А., Кузнецова И. с соавт. Влияние препарата Ингавирин® (имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты) на интерфероновый статус клеток в условиях вирусной инфекции. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2016; 21(4): 196–205.
3. Викулов Г.Х. Новые и возвращающиеся респираторные вирусные инфекции: алгоритмы диагностики и терапии // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018, №8 (1). – с. 5–11.
4. Малкоч А.В., Анастасевич Л.А., Боткина А.С. Острые респираторные заболевания и возможности иммуномодулирующей терапии. Лечащий

врач. 2008. https://www.lvrach.ru/2008/08/5615064.
5. Булгакова В.А., Поромов А.А., Грекова А.И., Пшеничная Н.Ю., Сельскова Е.П., Львов Н.И., Ленева И.А., Шестакова И.В., Малеев В.В. Фармакоэпидемиологическое исследование течения гриппа и других ОРВИ в группах риска. Терапевтический Архив. 01.2017; с. 61–70.
6. Денисова А.Р., Максимов М.Л. Острые респираторные вирусные инфекции: этиология, диагностика, современный взгляд на лечение // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018, №1 (II). – С. 99–103.
7. Кареткина Г.Н. Острые респираторные инфекции: профилактика и лечение в предстоящем эпидемическом сезоне. Медицинский алфавит. 2017; 3(30): 7–14.
8. Селькова Е.П., Гренкова Т.А., Гудова Н.В., Оганесян А.С. Итоги эпидсезона 2017/18 гг. по гриппу и острой респираторной вирусной инфекции. Особенности этиотропной терапии // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018, №11. – С. 49–53.
9. Селькова Е.П., Калюжин О.В. ОРВИ и грипп. В помощь практикующему врачу. Мю: МИА; 2015; 224 с.
0. Силина Е.В., Ситников И.Г., Фазылов В.Х., Еганян Г.А. / Лечение острых респираторных вирусных инфекций и гриппа у пациентов с артериальной гипертензией // Терапевтический архив, №9, 2019, С. 53–61.
1. Ситников И.Г., Фазылов В.Х., Силина Е.В., Шевченко С.Б., Малышев Н.А., Еганян Г.А., Гроппа Л.Г., Корсантия Б.М. Влияние сроков начала терапии острой респираторной вирусной инфекции и гриппа на динамику клинических симптомов и исход заболевания (результаты когортного международного наблюдательного исследования FLUEE). // Клин. мед. – 2017. - 95(7). - 634—641.
2. Ситников И.Г., Фазылов В.Х., Силина Е.В. / Лечение гриппа и других ОРВИ у больных сахарным диабетом // Терапевтический архив, № 10, 2019, С. 4–12.
3. Карпухин Г.И., Карпухина О.Г. Диагностика, профилактика и течение острых респираторных заболеваний. СПб.: Гиппократ. 2000; 184 с.
4. Острый тонзиллофарингит. Клинические рекомендации. Поляков Д.П., Карнеева О.В., Рязанцев С.В., Гаращенко Т.И., Гуров А.В., Казанова А.В., Максимова Е.А. 2016; 19 с.
5. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжёлой внебольничной пневмонии у взрослых. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Авдеев С.Н., Тюрин И.Е., Руднов В.А., Рачина С.А., Фесенко О.В. 2014; 82 с.
6. Малявин А.Г., Бабак С.Л. с соавт. Физиотерапия и кислородотерапия пациентов с дыхательными расстройствами и нарушением мукоцилиарного клиренса. Клинические рекомендации РНМОТ. Терапия. 2019; 5:101-152.

7. Huang L. Zhang L. Liu Y. Luo R. Zeng L. et. al. Arbidol for preventing and treating influenza in adults and children. Cochrane Database of Systematic Reviews. City: Chichester, UK Editors: Zhang L. Publisher: John Wiley & Sons, Ltd. 2015.
8. Мартынов А.И., Малявин А.Г., Журавлева М.В. с соавт. Консенсус экспертного совета РНМОТ «Улучшение результатов лечения инфекций дыхательных путей». Профилактическая медицина. 2019; 22(4): 144–151.
9. King D, Mitchell B, Williams CP, Spurling GK. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Apr 20;(4):CD006821.
0. Beale J., Jayaraman A., Jackson D.J. et al. Rhinovirus-induced IL-25 in asthma exacerbation drives type 2 immunity and allergic pulmonary inflammation. Science Translational Medicine. 2014; Oct. Vol. 6; p. 256.
1. Войтенков В.Б. Инструментальные методы диагностики кардиальной патологии при инфекционных заболеваниях / В.Б. Войтенков, С.Н. Чупрова, И.В. Бабаченко и др. // Журнал инфектологии, 2018. - №1 (т.10). – С 15–23.
2. Купченко А.Н. Клиническая эффективность стандартных противовирусных препаратов в лечении больных острыми респираторными вирусными инфекциями с осложнениями / А.Н. Купченко, Ж.Б. Понежева, В.Б. Ромейко // Эпидемиология и инфекционны болезни. Актуальные вопросы, 2016. - №6. - С.48-51.
3. Федеральные клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при острой лихорадке у детей. Баранов А.А. 2015; 12 с.
4. Клинические рекомендации по диагностике и лечению тяжелого сепсиса и септического шока в лечебно-профилактических организациях Санкт-Петербурга. Бубнова Н.А., Зуева Л.П., Колбин А.С., Колосовская Е.Н., Луфт В.М., Насер Н.Р. и др. 2016; 94с.
5. Фазылов В.Х., Ситников И.Г., Силина Е.В., Шевченко С.Б., Малышев Н.А., Еганян Г.А., Гроппа Л.Г., Корсантия Б.М. Лечение ОРВИ и гриппа в рутинной клинической практике (результаты многоцентрового международного наблюдательного исследования FLU-EE). // Терапевтический архив. – 2016. - №11.
6. Малявин А.Г. Мифы острого бронхита. Non nocere. 2019; 9:19-24.
7. Малявин А.Г. Острый бронхит и роль вирусной инфекции при этом заболевании. Non nocere. 2020; 11: 84–93.
8. Киселев О.И., Малеев В.В., Деева Э.Г., Ленева И.А., Селькова Е.П., Осипова Е.А., Обухов А.А., Надоров С.А., Куликова Е.В. Клиническая эффективность препарата Арбидол (умифеновир) в терапии гриппа у взрослых: промежуточные результаты многоцентрового двойного слепого рандомизированного плацебо-контролируемого исследования АРБИТР. Терапевтический Архив. 01.2015; с. 88–96.

9. Ленёва И.А., Фалынскова И.Н., Леонова Е.И., Федякина И.Т., Махмудова Н.Р., Осипова Е.А.и др. Эффективность умифеновира (Арбидола) на модели экспериментальной сочетанной вирусно-бактериальной пневмонии мышей. Антибиотики и химиотерапия. 2014; №9–10: с. 17–24.
0. Fendrick A.M., Monto A.S., Nightengale B., Sarnes M. The economic burden of non-influenza-related viral respiratory tract infection in the United States. Arch Intern Med. 2003 Feb 24; 163(4): 487-489.
1. Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции: принципы выбора препаратов для лечения (доказательная медицина) и схемы назначения, алгоритмы оказания медицинской помощи больным. Специфическая профилактика гриппа. Метод. Рекомендации [авторы-составители: Никифоров В.В. и др.]. – М.: Спецкнига – 2019. – 32 с.
2. Kenealy T., Arol B. Antibiotics for common cold and acutepurulent rhinitis. Cochrane Database Syst. Rev. 2013; 6: CD000247.
3. Зырянов С.К., Бутранова О.И., Гайдай Д.С., Крышень К.Л. Фармакотерапия острых респираторных инфекций, вызванных вирусами гриппа: современные возможности. Терапевтический архив, №1–2021.
4. Зарубаев В.В., А.В. Слита, Е.О. Синегубова, А.А. Мурылёва, И.Н. Лаврентьева. Противовирусная активность энисамия йодида в отношении вирусов гриппа и ОРВИ *in vitro* на разных клеточных линиях. Терапевтический архив, №11 2020г., стр. 45–50.
5. Лиознов Д.А., Карнаухова Е.Ю., Зубкова Т.Г., Шахланская Е.В. Оценка эффективности схемы лечения ОРВИ, включающей этиотропную (энисамия йодид) и симптоматическую терапию. Терапевтический архив, том 92 (№3 2020 г.), стр. 50–55.
6. Колобухина Л.В., Меркулова Л.Н., Григорян С.С., Щелканов М.Ю. Оспельникова Т.П., Гусева О.А., Бурцева Е.И., Исаева Е.И., Орлова С.Н., Борзунов В.М., Волжанин В.М., Шульдяков А.А., Суточникова О.А., Малышев Н.А., Чучалин А.Г., Львов Д.К. Эффективность и безопасность препарата Ингавирин® в лечении гриппа и других ОРВИ у взрослых. Справочник поликлинического врача 2010 (№9); с 1–6.
7. Геппе Н.А., Малахов А.Б., Кондюрина Е.Г. Обоснование выбора противовирусной терапии ОРВИ в педиатрии (мета-анализ клинических исследований эффективности имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты у детей разных возрастных групп). Вопросы практической педиатрии. 2020; 15(3): 106–114.
8. Сологуб Т.В. Грипп в современных условиях: Противовирусная терапия прямого действия. Медицинский совет. 2015; №4: с. 36–45.
9. Сологуб Т.В., Цветков В.В. Кагоцел в терапии гриппа и острых респираторных вирусных инфекций: анализ и систематизация данных по результатам доклинических и клинических исследований// Терапевтический архив. – 2017. - №8.

0. Фазылов В.Х., Ситников И.Г., Силина Е.В., Шевченко С.Б., Малышев Н.А., Еганян Г.А., Гроппа Л.Г., Корсантия Б.М. Влияние противовирусной терапии на частоту развития бактериальных осложнений и назначения антибактериальных препаратов для системного использования у пациентов с ОРВИ и гриппом (результаты международного когортного наблюдательного исследования FLU – EE). // Антибиотики и химиотерапия. 2016. 61. 11–12.
1. Учайкин В.Ф., Чешик С.Г., Балаболкин И.И. Терапевтическая эффективность и безопасность амиксина при гриппе и других респираторных вирусных инфекциях у детей. РМЖ. 2001; №19: с. 803.
2. Papsin B, McTavish A. Saline nasal irrigation: Its role as an adjunct treatment. Can Fam Physician. 2003.
3. Pecheur E. Borisevich V. Halfmann P. Morrey J. Smee D. et. al. The Synthetic Antiviral Drug Arbidol Inhibits Globally Prevalent Pathogenic Viruses. Journal of virology. 2016; vol: 90 (6): 3086-3092.
4. Alimbarova L. The use of Cycloferon for the treatment and prevention of influenza and acute respiratory viral infections. Klinicheskaia Meditsina. 2015; 93, №3: c. 57–63.
5. Мазина Н.К., Шешунов И.В., Мазин П.В., Мазин В.П., Коваленко А.Л.. Заплутанов В.А. Клиническая эффективность иммуномодулятора циклоферона (таблетки) при вирусных инфекциях органов дыхания: результаты систематического обзора и метаанализа. Терапеватический архив 11, 2017. С. 84-92.
6. Колобухина Л.В., Меркулова Л.Н., Малышев Н.А. и др. Применение местной интерферонотерапии в комплексном лечении гриппа, осложнённого ангиной. В сб.: Ершов Ф.И., Наровлянский А.Н., ред. Интерферон-2011. М., 2012. С. 174–178.
7. Малеев В. В., Киселев О. И., Сологуб Т. В., и др. Использование препаратов «Ингарон» и «Альфарона» в лечении и профилактике гриппа, в том числе птичьего происхождения. Врач. Новое в медицине. - 2006.- С.49-53.
8. Малышев Н.А., Эсауленко Е.В., Яковлев А.А. и др. Рекомендации по диагностике и лечению гриппа у взрослых пациентов (с моделями пациентов). Современная медицина; 2015: С. 2–56.
9. Сологуб Т.В., Голобоков Г.С., Цветков В.В., Токин И.И. Интерферон гамма в терапии гриппа и других респираторные вирусных инфекций. Медицинский совет. 2015. № 7. С. 54–58.
0. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск XVII. Под. ред. Чучалина А.Г., Яснецова В.В. М.: Видокс. 2016; 1045 с.
1. Hawkey C.J., Karrasch J.A., Szczepanski L. et al. Omeprazole compared with misoprostole for ulcers associated with non-steroidal anti-inflammatory drugs // N. Engl. J. Med. 1998; Vol. 338: 727–734.

2. Julie Blaising, Pierre J. Polyak, Megan Stanifer, Steeve Boulant, Eve-Isabelle Pecheur. Arbidol inhibits viral entry by interfering with clathrin-dependent trafficking. Antiviral Research, 100. 2013; 215–219. http://dx.doi.org/10.1016/j.antiviral.2014.04.006
3. Boccazzi A., Garotta M., Pontari S., Agostoni C.V. Streptococcal tonsillopharyngitis: clinical vs. microbiological diagnosis. Infez. Med. 2011; 19 (2): 100-105.
4. Harris A.M., Hicks L.A., Qaseem A. Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults: Advice for High-Value Care from the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. Ann Intern Med. 2016; 164(6):425-34 (ISSN: 1539-3704).
5. Национальные рекомендации по диагностике и лечению тяжёлых форм гриппа. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Черняев А.Л., Опипова Г.Л., Самсонова М.В. 2013; 19 с.
6. Малявин А.Г., Бабак С.Л. с соавт. Физиотерапия и кислородотерапия пациентов с дыхательными расстройствами и нарушением мукоцилиарного клиренса. Клинические рекомендации РНМОТ. Терапия. 2019; 5:101-152.
7. Лапина Т.Л. Лечение и профилактика гастропатий, индуцированных нестероидными противовоспалительными средствами, в практике терапевта. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2009; (19) № 4: с. 13–18.
8. D. Boltz et al. Antiviral Activity of Enisamium Against Influenza Viruses in Differentiated Normal Human Bronchial Epithelial Cells. III antivirus congress. Amsterdam, 12–14 October 2014.
9. D. Boltz et al. Activity of enisamium, an isonicotinic acid derivative, against influenza viruses in differentiated normal human bronchial epithelial cells. Boltz D, et al. Antivir Chem Chemother. 2018 Jan-Dec.
0. Булгакова В.А., Поромов А.А., Грекова А.И., Пшеничная Н.Ю., Сельскова Е.П., Львов Н.И., Ленева И.А., Шестакова И.В., Малеев В.В. Фармакоэпидемиологическое исследование течения гриппа и других ОРВИ в группах риска. Терапевтический Архив. 01.2017; с. 61–70.
1. Лабораторная диагностика гриппа и других ОРВИ методом полимеразной цепной реакции. Клинические рекомендации // ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва –2016.–62 с.
2. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» Версия 11 (07.05.2021)
3. Пшеничная Н.Ю. Обзор текущих и перспективных направлений противовирусной терапии гриппа и острых респираторных вирусных инфекций в России / Н.Ю. Пшеничная, В.А. Булгакова, Е.В. Волчкова и др. // Терапевтический архив, 2019. - №11. – С. 105–109.

4. Токин И.И., Зубкова Т.Г., Дроздова Ю.В., Лиознов Д.А. Опыт этиотропной терапии ОРВИ отечественным противовирусным препаратом. Инфекционные болезни. 2019; 17(4): 13–17. DOI: 10.20953/1729-9225-2019-4-13-17
5. Лиознов Д.А., Токин И.И., Зубкова Т.Г., Сорокин П.В. Практика применения отечественного противовирусного препарата в этиотропной терапии острой респираторной вирусной инфекции. Терапевтический архив. 2020; 92 (12). DOI: 10.26442/00403660.2020.12.200427
6. Rafalsky V., Averyanov A., Bart B., Minina E., Putilovskiy M., Andrianova E. et al. Efficacy and safety of Ergoferon versus oseltamivir in adult outpatients with seasonal influenza virus infection: a multicenter, open-label, randomized trial. International Journal of Infectious Diseases. 2016; 51: 47-55.
7. Селькова Е.П., Костинов М.П., Барт Б.Я., Аверьянов А.В., Петров Д.В. Лечение острых респираторных вирусных инфекций у взрослых: результаты рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого клинического исследования. Пульмонология. 2019; 29(3): 302-10.
8. Костинов М.П., Хамитов Р.Ф., Бабкин А.П., Минина Е.С., Барт Б.Я., Михайлусова М.П. с соавт. Лечение острой респираторной инфекции у взрослых: результаты многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого клинического исследования. Лечащий врач. 2019; 10: 74-80.
9. Никифоров В.В., Руженцова Т.А. Клиническая эффективность и безопасность Эргоферона при гриппе и других острых респираторных вирусных инфекциях: критическая оценка с позиций доказательной медицины. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2019; 8(4): 84–97.
0. Жданов К.В., Хамитов Р.Ф., Рафальский В.В., Михайлусова М.П., Шаповалова Ю.С., Осешнюк Р.А., Алпенидзе Д.Н. Применение противовирусного препарата, содержащего технологически обработанные антитела к интерферону-γ, CD4-рецептору и гистамину для лечения гриппа у взрослых: результаты многоцентрового открытого рандомизированного сравнительного с осельтамивиром исследования. Инфекционные болезни. 2021; 19(1): 39–57. DOI: 10.20953/1729-9225-2021-1-39-57.
1. Хамитов Р.Ф., Илькович М.М., Акопов А.Л., Михайлусова М.П., Петров Д.В., Алпенидзе Д.Н., Шаповалова Ю.С., Козырев О.А., Абраменкова Н.Ю., Шуньков В.Б., Павлыш Е.Ф., Ерофеева С.Б. Результаты многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования эффективности и безопасности применения Ренгалина для лечения кашля при острой респираторной инфекции у взрослых пациентов. Терапия.2019, Т.5, №1(27):38-53.

2. Акопов А.Л., Александрова Е.Б., Илькович М.М., Петров Д.В., Трофимов В.И. Ренгалин – новый эффективный и безопасный препарат в лечении кашля. Результаты многоцентрового сравнительного рандомизированного клинического исследования у больных с острыми респираторными инфекциями. Антибиотики и химиотерапия, 2015: 60: 19-26.
3. Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Галустян А.Н., Пак Т.Е., Бальцерович Н.Б., Жиглинская О.В., Камаев А.В., Лазарева С.Г., Лалэко С.Л., Мельникова И.М., Михайлова Е.В., Перминова О.А., Сабитов А.У., Спиваковский Ю.М., Шамшева О.В., Черная Н.Л. Новые возможности эффективной терапии кашля при острых респираторных инфекциях у детей. Лечащий врач. 2017; 10: 25-33.
4. Маринич В.В., Мизерницкий Ю.Л. Эффективность профилактики респираторных заболеваний у спортсменов-подростков. // Лечащий врач. – 2017. - №9.
5. Захаров К.А., Сурков К.Г., Василюк В.Б., Синенченко А.Г., Волков Г.А., Сухорук А.А., Эсауленко Е.В. Эффективность применения препарата неовир для профилактики заболеваемости острыми респираторными заболеваниями и гриппом в производственном коллективе. Фарматека. 2015. № 11 (304). С. 72-77.
6. Volkov G.A., Zakharov K.A., Surkov K.G., Vasilyuk V.B., Sinenchenko A.G., Sukhoruk A.A., Esaulenko E.V. The use of low-molecular interferon inducer neovir for prevention of acute respiratory diseases in a production collective. В сборнике: . Материалы II съезда инфекционистов Узбекистана. 2015. С. 201-202.
7. Moore N., Le Parc J.M., van Ganse E. et al. Tolerability of ibuprofen, aspirin and paracetamol for the treatment of cold and flu symptoms and sore throat pain. Int J Clin Pract 2002;56(10):732- 4.
8. Лопатин А.С., Свистушкин В.М. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации. М.: Российское общество ринологов. -2009-26 с.
9. Острый риносинусит. Клинические рекомендации. М-Ростов-на-Дону: Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации. - 2014-27с.
0. Карнеева О.В., Дайхес Н.А., Поляков Д.П. Протоколы диагностики и лечения острых тонзиллофарингитов. Русский медицинский журнал «Оториноларингология". 2015; № 6: с. 307-311.
1. Tai CF, Lu CY, Shao PL et al. Rapid-test sensitivity for novel swine-origin pandemic influenza A. J Formos Med Assoc. 2012; 111(8):427-430.
2. Кладова О.В., Молочкова О.В., Вальтц Н.Л., Компаниец Ю.В., Гришкевич Н.Л. Значение индукторов интерферона в лечении и профилактике респираторных инфекций// Детские инфекции – 2016;4: 48-53.
3. Шульженко А.Е, Зуйкова И.Н., Караулов А.В, Щубелко Р.В. Эффективность низкомолекулярного индуктора интерферона Амиксина в

лечении и профилактике хронических рецидивирующих воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей// Российский биотерапевтический журнал – 2016; 2 (15): 66-75.

4. Сабитов А. У., Ковтун О. П., Бацкалевич Н. А., Мальцев О. В., Жданов К. В., Эсауленко Е. В., Тихонова Е. П., Калинина Ю.С., Сорокин П. В., Чепур С. В., Степанов А. В. Метаанализ рандомизированных контролируемых клинических исследований эффективности препарата Риамиловир в этиотропной терапии острой респираторной вирусной инфекции. Антибиотики и химиотерапия. 2021; 66: 5–6: 48–57. doi: 10.24411/0235-2990-2021-66-6-6-48-57.
5. Романцов М.Г., Сологуб Т.В., Коваленко А.Л. Циклоферон в лечении и экстренной профилактике респираторных вирусных инфекций и гриппа, Клиническая медицина, 2011, № 1, С. 51–54.
6. Сологуб Т.В. Циклоферон как средство лечения и экстренной профилактики гриппа и ОРВИ (многоцентровое рандомизированное контрольно-сравнительное исследование), Клиническая медицина, 2009, Том 54, 7-8, С. 30-36
7. Романцов М.Г., Голофеевский С.В. Эффективность циклоферона при лечении ОРВИ и гриппа в период эпидемического подъёма респираторной заболеваемости (2009-2010 гг.). Антибиотики и Химиотерапия, 2010, 55 (1-2), С. 30-35.
8. Исаков В.А., Архипов Г.С., Коваленко А.Л., Туркин В.В. Терапия вирусных инфекций. Лечащий врач, 2000 №3 С. 57−59.
9. Zhang, Jn., Wang, Wj., Peng, B. et al. Potential of Arbidol for Post-exposure Prophylaxis of COVID-19 Transmission: A Preliminary Report of a Retrospective Cohort Study. CURR MED SCI 40, 480–485 (2020).
0. Исаков В.А, Брыжахин Г.Г., Архипов Г.С., Евграфов В.Д. Патогенез и терапия серозных менингитов. Вестник новгородского государственного университета, 2006, №35, С. 32−36.
1. Мазина Н.К., Шешунов И.В., Мазин П.В. Адъювантная энергопротекция реамберином в практике интенсивной терапии и реанимации: эффективность по данным метаанализа (систематический обзор). Анестезиология и реаниматология. 2016; 61(4), С. 314−319.
2. Кожевникова Е.Н., Шипулин Г.А., Горелов А.В. Современные возможности диагностики острых респираторных вирусных инфекций. Инфекционные болезни, 2005, т.3, №1, с.51-54.
3. Калюжин О.В. Тилорон как средство выбора для профилактики и лечения острых респираторных вирусных инфекций, Лечащий врач, 2013, №10, с.
4. Крюков А.И., Туровский А.Б., Колбанова И.Г., Мусаев К.М., Карасов А.Б. Основные принципы лечения острой респираторной вирусной инфекции. Русский медицинский журнал, №8(I), 2019, стр. 46-50.
5. Клинические рекомендации «Острый тонзиллит и фарингит (Острый тонзиллофарингит)», 2021, https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/306_2

6. Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции: принципы выбора препаратов для лечения (доказательная медицина) и схемы назначения, алгоритмы оказания медицинской помощи больным. Специфическая профилактика гриппа. Метод. Рекомендации [авторы-составители: Никифоров В.В. и др.]. – М.: Спецкнига – 2019. – 32 стр.
7. КОКАВ Вакцина антирабическая культуральная концентрированная очищенная инактивированная - инструкция по применению.
8. Бешенство и его профилактика при наличии укушенных ран. Учебное пособие. Волошин В.П. и др., 2015, 20 стр.
9. Yang C, Ke C, Yue D, et al. Effectiveness of Arbidol for COVID-19 Prevention in Health Professionals. Front Public Health. 2020; 8:249. Published 2020 May 29. doi:10.3389/ fpubh.2020.00249.
0. Овчинников А. Ю. и др. Продуктивный кашель при ОРВИ. Возможности современной терапии //РМЖ. – 2014. – Т. 22. – №. 6. – С. 445–448.
1. Каира А.Н., Ющенко Г.В., Ахмадуллина Р.Р., Черкасова НА. Неспецифическая профилактика гриппа и острых респираторных вирусных инфекций препаратом Анаферон на территории Московской области. Инфекционные болезни. 2005; 3(3): 64-7.
2. Каира А.Н., Соломай Т.В., Королькова Е.А. Применение препарата "Анаферон" для профилактики острых респираторных заболеваний. Санитарный врач. 2014; 7: 54-8.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. **Чуланов В. П**. – д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе и инновационному развитию ФГБУ НМИЦ Фтизиопульмонологии и инфекционных болезней МЗ РФ

2. **Горелов А. В.** – член – корреспондент РАН, профессор, заместитель директора по научной работе ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора

3. **Малявин А. Г.** – д.м.н., профессор, профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.

Евдокимова» Минздрава России, Руководитель Центра респираторной медицины.

4.Зайцев А.А. – д.м.н. профессор ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. академика Н.Н. Бурденко» главный пульмонолог МО РФ

5. Малеев В. В. – академик РАН, д.м.н., профессор, Советник директора по научной работе ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,

6. Арсланова Л. В., к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

7. **Бабак С. Л.** – доцент, профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России Минздрава России

8. Валишин Д. А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

9. **Зайцев А.А.** – д.м.н. профессор ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. академика Н.Н. Бурденко» главный пульмонолог МО РФ

10. Кравченко И. Э. д.м.н., доцент, профессор кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

11. Лиознов Д. А. – д.м.н., директор ФГБУ НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева Минздрава России

12. Эсауленко Е.В., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

13. Новак К.Е. к.м.н. доцент кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

14. Никифоров В.В. –д.м.н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

15. **Попов А.Ф.** – д.м.н., профессор, профессор кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

16. **Усенко Д. В.** – д. м. н., руководитель образовательного центра, ведущий научный сотрудник клинического отдела инфекционной патологии ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора

17. **Фазылов В.Х.,** д.м.н., профессор, профессор кафедры поликлинической терапии и общеврачебной практики ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, заслуженный врач РТ, заслуженный деятель науки РТ

18. **Шайхуллина Л. Р.,** к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Все члены рабочей группы являются членами Некоммерческого партнерства «Национальное научное общество инфекционистов» (ННОИ) или Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ)

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

1. Врач-инфекционист;
2. Врач-терапевт;
3. Врач общей практики;
4. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Определение уровней достоверности доказательств и убедительности рекомендаций для диагностических вмешательств

Таблица П1 – Уровни достоверности доказательности для диагностических вмешательств

УДД	**Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5**
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом[1]
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

[1]Общепринятым стандартом КИ диагностических вмешательств является одномоментный дизайн исследования, в котором к каждому включённому пациенту параллельно и в одинаковых условиях применяются исследуемый диагностический метод и референсный метод, являющийся «золотым стандартом» диагностики изучаемого заболевания или состояния, при этом исследуемый и референсный методы должны применяться независимо друг от друга (т.е. исследуемый метод не может быть частью референсного) и должны интерпретироваться исследователем без знания результатов применения другого метода (рекомендуется использовать ослепление)

Таблица П2 – Шкала определения УУР для диагностических вмешательств

УУР	**Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5**
A	Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качеств, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Низкая (слабая) рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества (все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Таблица П3. Возможные комбинации УДД и УУР для диагностических вмешательств

УДД	**Критерии определения УУР**	**Итоговый УУР**

1=Наиболее достоверные доказательства: систематические обзоры исследований с контролем референсным методом	Одновременное выполнение двух условий: 1. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными*	A
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными*	B
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Все исследования имеют низкое методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными*	C
2=Отдельные исследования с контролем референсным методом	Одновременное выполнение двух условий: 1. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными*	A
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными*	B
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Все исследования имеют низкое методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными*	C
3=Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом не являющимся независимым от исследуемого метода	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными*	B
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Все исследования имеют низкое методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными*	C
4=Несравнительные исследования, описание клинического случая		C
5=Наименее достоверные доказательства: имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов		C

*Если оценивается одно КИ, то данное условие не учитывается

Определение уровня достоверности доказательств и убедительности рекомендаций для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств

Таблица П4 - Уровни достоверности доказательности для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств

УДД	**Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5**
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и системные обзоры исследований любого дизайна за исключением рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа

3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства(доклинические исследования) или мнения экспертов

Таблица П5–Шкала определения уровни убедительности рекомендаций для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств

УУР	**Расшифровка**
A	Однозначная (сильная) рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выходы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Низкая (слабая) рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Клинические рекомендации обновляются каждые 3 года.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Федеральный закон от 17 сентября 1998г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний»
2. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

3. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 9 августа 2005г. № 494 «О порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям».
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 октября 2017 г. N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг"
6. Приказ Минздравсоцразвития России от 31 января 2012г. № 69н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях».
7. Приказ Минздрава России от 20 декабря 2012г. №1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»
8. Приказ Минздрава России от 07 октября 2015г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».
9. Приказ Минздрава России от 10 мая 2017г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
0. СанПиН 3.3686-21. "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней". XXXIV. Профилактика гриппа и других острых респираторных (Зарегистрировано в Минюсте России15.02.2021 N 62500)

Обоснование и формулировка диагноза

При формулировке диагноза «Острая респираторная вирусная инфекция» учитывают особенности клинического течения заболевания (нозологическая форма, клиническая форма, степень тяжести, период болезни) и приводят его обоснование.

При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается отдельной строкой:

− Осложнение:

− Сопутствующее заболевание:

При обосновании диагноза следует указать эпидемиологические, клинические, лабораторные, инструментальные данные и результаты специальных методов исследования, на основании которых подтвержден диагноз: «Острая респираторная вирусная инфекция».

Возбудители ОРВИ

Возбудители	**Основные синдромы поражения дыхательных**

	путей
Вирусы парагриппа	Ларингит, ринофарингит, ложный круп
Респираторно-синцитиальный вирус	Бронхит, бронхиолит
Аденовирусы	Фарингит, тонзиллит, бронхит
Риновирусы	Ринит, фарингит
Коронавирусы человека	Ринофарингит, бронхит
Коронавирус ТОРС	Бронхит, бронхиолит, респираторный дистресс-синдром

Дифференциальная диагностика гриппа и других ОРВИ

Признаки	Нозологическая форма ОРВИ				
	Птичий грипп	Сезонный грипп	ТОРС*	Пара-грипп	РС-ин
Возбудитель	Вирус гриппа А (H5N1)	Вирусы гриппа: 3 серотипа (А, В, С)	Короновирус SARS	Вирусы пара-гриппа: 5 серотипов (15)	Респи синти вирус
Инкубационный период	1-7 сут., в среднем 3 сут.	От нескольких часов до 1,5 суток	2-7 суток, иногда до 10 суток	2-7 сут., чаще 3- 4 сут.	3-6 с
Начало	Острое	Острое	Острое	Постепенное	Посте
Течение	Острое	Острое	Острое	Подострое	Подо иногд затяж
Ведущий клинический синдром	Интоксикация	Интоксикация	Дыхательная недостаточность	Катаральный	Катар дыха недос
Выраженность интоксикации	Сильная	Сильная	Сильно выраженная	Слабая или умеренная	Умере слаба
Длительность интоксикации	7-12 сут	2-5 сут	5-10 сут	1-3 сут	2-7 с
Температура тела	38°С и выше	Чаще 39°С и выше, но может быть субфебрильная	38°С и выше	37-38°С, может длительно сохраняться	Субф иногд норма
Катаральные проявления	Отсутствуют	Умеренно выражены, присоединяются позднее	Умеренно выражены, экссудация слабая	Выражены с первого дня течения заболевания. Осиплость голоса	Выра посте нарас
Ринит	Отсутствует	Затруднение носового дыхания, заложенность носа. Серозные, слизистые	Возможен в начале заболевания	Затруднение носового дыхания, заложенность носа	Залох носа, необи сероз отдел
Кашель	Выраженный	Сухой, мучительный, надсадный, с болями за грудиной, на 3 сут. влажный, до 7-10 сут. течения заболевания	Сухой, умеренно выраженный	Сухой, лающий может сохраняться длительное время (иногда до 12-21 сут.)	Сухой прист (до сопро болям груди
Изменения слизистых оболочек	Отсутствуют	Слизистая оболочка глотки и миндалин	Слабая или умеренная гиперемия	Слабая или умеренная гиперемия	Слаба Гипер слизи

		синюшная, умеренно гиперемирована; инъекция сосудов.	слизистых оболочек	зева, мягкого неба, задней стенки глотки	оболо

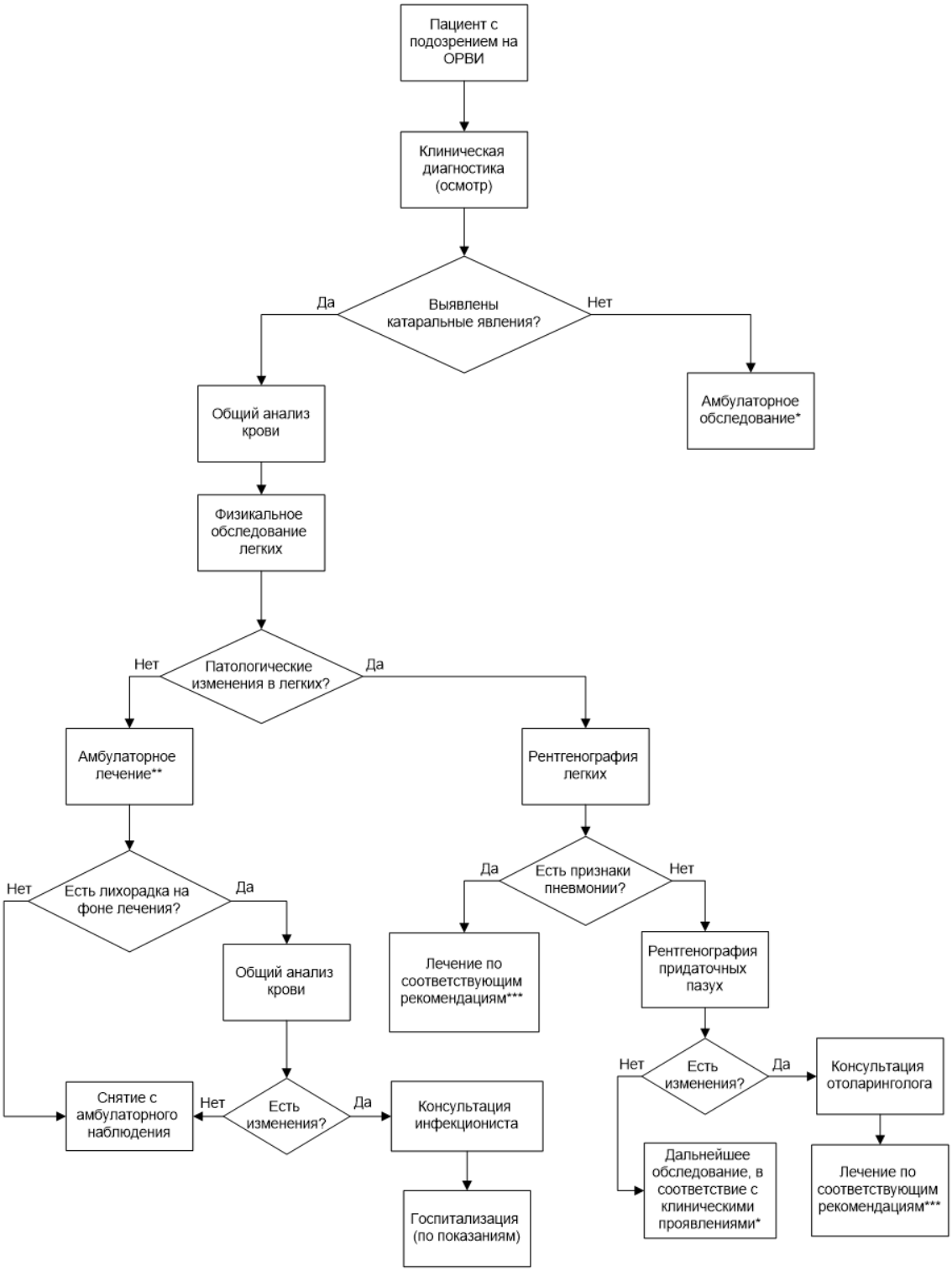
Физикальные признаки поражения легких	Со 2-3-х сут течения заболевания	Отсутствуют, при наличии бронхита -сухие рассеянные хрипы	С 3-5-х сут. течения заболевания часто выявляют признаки интерстициальной пневмонии	Отсутствуют	Рас сух вла сре хри пне
Ведущий синдром респираторных поражений	Нижний респираторный синдром	Трахеит	Бронхит, острый респираторный дистресс синдром	Ларингит, ложный круп выявляют крайне редко	Бро бро воз бро
Увеличение лимфатических узлов	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	Заднешейные, реже подмышечные лимфатические лимфоузлы увеличены и умеренно болезненные	Ото
Увеличение печени и селезенки	Возможно	Отсутствует	Выявляют	Отсутствует	Сим ток геп
Поражение глаз	Отсутствует	Инъекция сосудов склер	Редко	Отсутствует	Ото
Поражение других органов	Диарея, возможно поражение печени, почек, лейко-, лимфо-, тромбоцитопения	Отсутствует	Часто в начале заболевания развивается диарея	Отсутствует	Ото

* ТОРС – тяжелый острый респираторный синдром

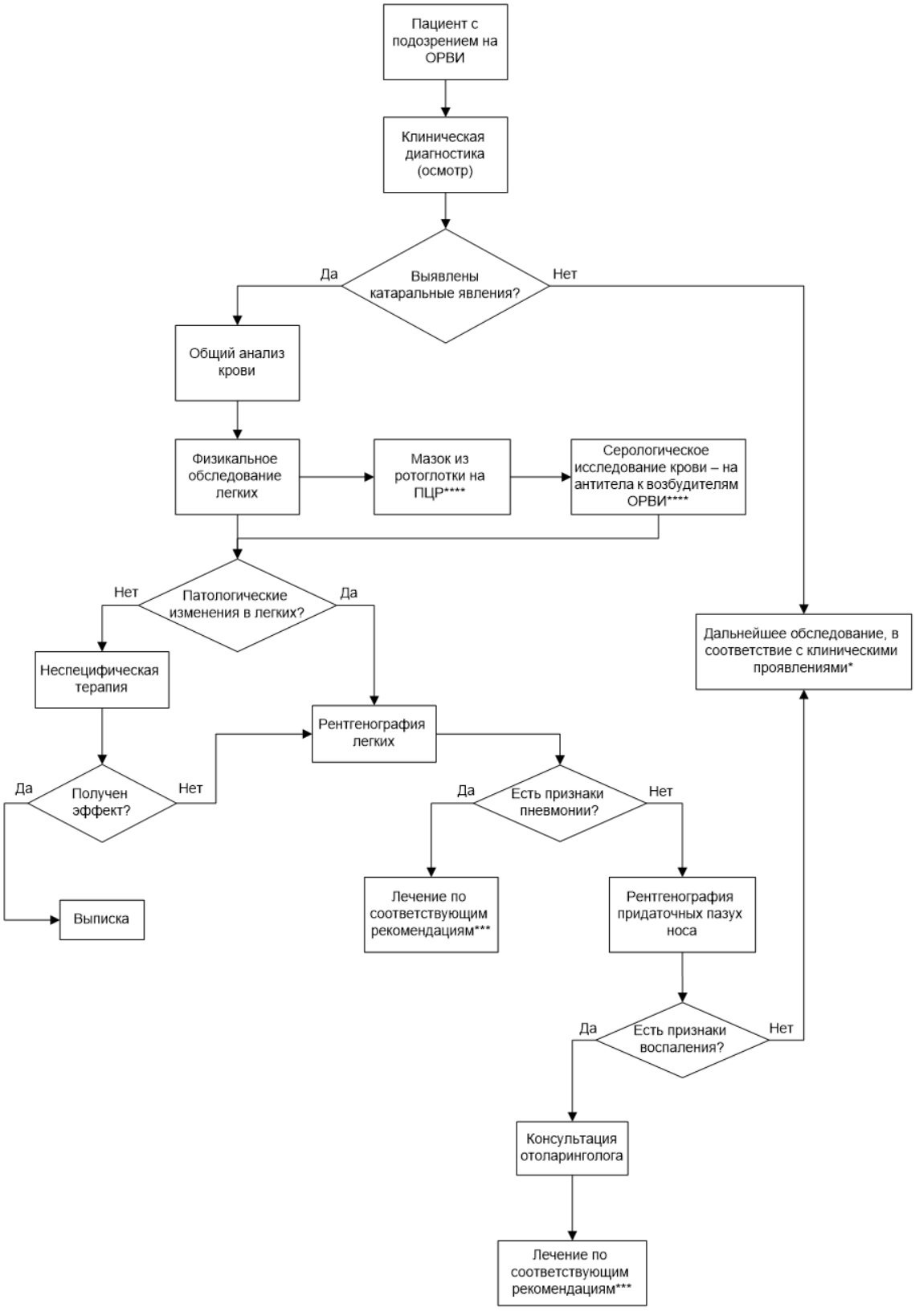
** РС-инфекция – инфекция, вызванная респираторно-синцитиальным вирусом

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

1. Алгоритм ведения больного ОРВИ в амбулаторных условиях



2. Алгоритм ведения больного ОРВИ в условиях стационара



Приложение В. Информация для пациента

В клинической практике существует собирательное понятие «острые респираторные вирусные заболевания» (ОРВИ), которое включает ряд заболеваний преимущественно верхних дыхательных путей, вызываемых вирусами, среди которых вирусы парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, аденовирусы, риновирусы, коронавирусы человека, в том числе коронавирус вызывающий тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС).

Они способны вызывать такие привычные для человека клинические проявления заболевания, как острый ринит (насморк), фарингит (воспаление слизистой ротоглотки, сопровождающееся болями в горле и покраснением слизистых), ларингит (воспаление слизистой гортани, где находятся голосовые связки, сопровождается осиплостью или потерей голоса) и поражением нижних дыхательных путей – трахеи (трахеит) и бронхов разного калибра (бронхит). При поражении гортани и нижних дыхательных путей у человека частым симптомом является кашель, который вначале бывает сухим, без выделения мокроты, а затем становится влажным, с мокротой.

При ОРВИ человек также часто ощущает слабость, недомогание, повышение температуры тела, иногда головные боли. Это связано с интоксикацией на фоне распада вирусных частиц, а также разрушением некоторых клеток организма и выхода в кровь токсических субстанций.

Несмотря на то, что группа заболеваний, называемых ОРВИ хорошо известна и знакома практически каждому человеку, они обычно носят преходящий характер и благополучно заканчиваются, нужно знать о том, что нельзя относиться к ним, как к чему-то простому и несерьёзному. Это инфекционные заболевания, которые могут протекать легко, могут иметь среднетяжёлое, а иногда и тяжёлое течение, которое проявляется высокой температурой (лихорадкой), в редких случаях - развитием таких осложнений, как воспаление оболочек головного мозга (менингит) и отёк головного мозга, а также дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, что может привести к смертельному исходу.

Эти осложнения чаще бывают у пожилых людей, имеющих сопутствующие заболевания. Также осложнениям подвержены дети, у которых незрелая иммунная система.

Также при ОРВИ возможны осложнения, вызванные присоединение вторичной бактериальной флоры, такие, как отит (воспаление уха, проявляющееся постоянными или пульсирующими, стреляющими болями в ухе), синуситы (гайморит, фронтит), бронхит и воспаление лёгких (пневмония). Бронхит может быть проявлением заболевания (при некоторых

вирусных заболеваниях), а может быть и бактериальным осложнением ОРВИ. В последнем случае мокрота приобретает зеленоватый, гнойный характер. Часто ОРВИ осложняются бронхитом у курильщиков.