



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых

МКБ 10: J00-J06; J20-J22; B34.0; B34.2; B34.9; B97.0; B97.4

Год утверждения:

ID:

URL:

Профессиональные ассоциации:

Некоммерческое партнерство «Национальное научное общество инфекционистов» (ННОИ)

Утверждены

_____ 201_ г.

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации

_____ 201_ г.

Оглавление

Ключевые слова	3
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	4
1. Краткая информация	7
2. Диагностика	Ошибка! Закладка не определена.
3. Лечение.....	19
4. Реабилитация и диспансерное наблюдение	29
5. Профилактика	30
Список литературы.....	34
Приложение А1. Состав рабочей группы	42
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	44
Приложение А3. Связанные документы	45
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента	47
Приложение В. Информация для пациента	49
Приложение Г..	51

Ключевые слова

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

1.1 Определение

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.

1.2 Этиология и патогенез

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 HKU1 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)) [7, 22]. Все вышеперечисленные вирусы вызывают ОРЗ 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 развитием следующих этапов патогенеза [13].

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.) [13].

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 [13].

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 [13].

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

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 [28] и достигая до 90% и выше в структуре инфекционной заболеваемости [33]. 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 [8, 9] 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 [8, 9]. С острыми респираторными инфекциями ассоциированы ежегодно 3,9 млн. смертей в мире, ОРВИ — причина 30–50% случаев внебольничных пневмоний, по данным разных авторов [2, 65,71].

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 [13, 22].

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) [60], коронавирусы и вирусы парагриппа. Реже встречаются респираторно-синцитиальный вирус [50], аденовирусы и реовирусы. Возможно сочетание (микстинфекция) различных возбудителей, в том числе вирусно-бактериальные ассоциации [60].

1.4 Клиническая картина

1.4.1. Наиболее частые симптомы и синдромы острых респираторных вирусных инфекций [7, 13, 22]

Инкубационный период при острых респираторных вирусных инфекциях, вызванных наиболее распространенными инфекционными агентами, составляет от 1 до 14 суток.

Заболевание, как правило, начинается остро с появления **синдрома интоксикации** (повышения температуры тела до субфебрильных или фебрильных цифр, общей слабости, головной боли, боли в мышцах и суставах), а также **катарального** (катарально-респираторного) **синдрома** - 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 [3, 7, 22].

1.4.2. Особенности клинических форм при острых респираторных вирусных инфекциях [7, 13, 22]

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 бактериальной (чаще стрептококковой) и вирусной этиологии. 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. Основным симптомом – 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.

1.4.3. Специфические осложнения [7,13,22]

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 нарастанием 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 крепитирующие хрипы, 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.

1.4.4. Осложнения, вызванные активизацией вторичной бактериальной микрофлоры [7,13,22]

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, обусловленным присоединением вторичной микрофлоры на фоне или после перенесенной ОРВИ. В этом случае острый бронхит проявляется кашлем с отделением мокроты желтого или зеленого цвета. К данному осложнению имеют предрасположенность люди, страдающие хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей (хроническим бронхитом, ХОБЛ, гайморитом и др.) в том числе курильщики [28].

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.

1.5 Кодирование по МКБ-10

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
- V34.0 - Аденовирусная инфекция неуточненная;
- V34.2 - Коронавирусная инфекция неуточненная;
- V34.9 - Вирусная инфекция неуточненная;
- V97.0 - Аденовирусная инфекция;
- V97.4 - Респираторно-синцитиальная инфекция.

1.6 Классификация [2, 7, 13, 22, 24, 50]

II. Клиническая классификация (общая) острых респираторных вирусных инфекций [1,2,3]:

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 заболеваний);

D. По длительности течения:

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

2. Диагностика

Диагностика острых респираторных вирусных инфекций у взрослых производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и специальных методов обследования и направлена на определение нозологии и клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к лечению.

2.1 Жалобы и анамнез

2.1.1 Жалобы

- Рекомендовано обратить внимание на общее недомогание, повышение температуры, 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). Также 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 [1, 2, 3, 6, 7, 10, 13, 22, 35, 36, 37, 38, 39].

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

2.1.2 Эпидемиологический анамнез

При сборе анамнеза выявляют наличие/отсутствие вышеперечисленных жалоб, длительность заболевания, а также факторы, которые препятствуют немедленному началу лечения или, требующие коррекции лечения в зависимости от сопутствующих заболеваний.

Таковыми факторами могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением;
- угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания, требующее привлечение врача-специалиста по профилю;
- отказ от лечения.

- Рекомендовано обратить внимание на сведения эпидемиологического анамнеза о пребывание в очаге ОРВИ в период, соответствующий инкубационному периоду [7, 11, 13, 22, 36].

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

- Рекомендовано обратить внимание на наличие эпидемического подъема заболеваемости ОРВИ [1, 3, 7, 11, 13, 22, 36].

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

- Рекомендовано обратить внимание на характерную сезонность ОРВИ (осенне-зимний, зимне-весенний период) с максимумом подъема заболеваемости [1, 3, 7, 11, 13, 22, 36].

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

- Рекомендовано обратить внимание на контакт с больными ОРВИ, наличие вспышек в организованных коллективах (школы, детские сады) в эпидсезон [1, 3, 7, 11, 13, 22, 36].

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

2.2 Физикальное обследование.

- Рекомендован осмотр ротоглотки. Выявляют гиперемию дужек и/или задней стенки ротоглотки, рыхлость и зернистость слизистой задней стенки, увеличение лимфоидных фолликулов по задней стенке, реде миндалин.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень доказательности - 2) [11, 30, 36].

Комментарии: выявление катаральных симптомов обязательно на начальном этапе диагностики ОРВИ. Однако вышеуказанные симптомы могут быть также проявлением некоторых бактериальных инфекций, в частности стрептококкового назофарингита [11, 36].

- Рекомендован общий осмотр и пальпация лимфоузлов головы и шеи. Выявление увеличения, болезненности лимфоузлов.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень доказательности - 2). [11, 30, 36].

- Не рекомендуется изолированная оценка только одного из вышеуказанных симптомов.

Комментарии: данная оценка не позволяет дифференцировать ОРВИ от возможной бактериальной инфекции верхних дыхательных путей [14, 36, 51]. Необходимо оценивать их в совокупности.

- Рекомендованы физикальные методы исследования легких:
 - 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) [30, 14, 67];

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень доказательства 2).

- Рекомендованы физикальные методы исследования сердца: измерение пульса и артериального давления, аускультация (выявление тахикардии, сердечных шумов и др.) [11, 14, 67].

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

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень доказательства 2).

2.3 Лабораторная диагностика.

На этапе постановки диагноза

- Рекомендовано выполнение клинического анализа крови с определением лейкоцитарной формулы [11, 28, 33, 37, 38, 39, 49, 67, 70].

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

Комментарии: *при вирусных инфекциях в общем 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). При этом изменения в общем анализе крови могут указывать на наличие осложнения ОРВИ, вызванного бактериальной флорой [11, 28, 33, 37, 38, 39, 49, 67, 70].*

- Рекомендуется молекулярно-генетический метод (ПЦР) [7, 28, 38].

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

Комментарии: *для пациентов с клиническими симптомами острой респираторной вирусной инфекции для определения нозологии (преимущественно при стационарном лечении).*

- Рекомендуется серологический метод (ИФА, РСК, РТГА) [7, 28, 37, 38, 39].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: для пациентов с клиническими симптомами острой респираторной вирусной инфекции для определения нозологии и клинической формы. Метод наиболее применим в условиях стационара (для больных ОРВИ при среднетяжёлом и тяжёлом течении).

- Иммунологический метод (определение антигенов вирусов - возбудителей острых респираторных вирусных инфекций в крови, слюне, мокроте и других секретах – МИФ, ИФА). Применение метода ограничено.

2.4 Инструментальная диагностика.

Применяется для диагностики осложнений ОРВИ

- Рекомендуется: рентгенограмма органов грудной клетки [14].

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

Комментарии: для пациентов с катаральными проявлениями в острый период острой респираторной вирусной инфекции или их появлением на фоне проводимой терапии, аускультативные изменения в легких, при подозрении на пневмонию.

- Рекомендуется рентгенография придаточных пазух [49, 56, 70].

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

Комментарии: для пациентов с катаральными проявлениями в острый период острой респираторной вирусной инфекции или их появлением на фоне проводимой терапии, при подозрении на синусит, вызванный присоединением бактериальной флоры. Согласно наблюдениям, данное осложнение наблюдается в 0,5-2% случаев ОРВИ у взрослых [49, 56, 70]. При этом наличие патологических изменений придаточных пазух носа не всегда является подтверждением развития их бактериального поражения [70].

- Электрокардиография [4, 14, 18]

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

Комментарии: для пациентов с тяжёлым течением ОРВИ для оценки сердечной деятельности, диагностики нарушений ритма сердца на фоне интоксикационного синдрома, особенно для лиц пожилого и старческого возраста.

2.5 Иная диагностика

- При наличии неотложных состояний рекомендуется консультация врача анестезиолога-реаниматолога для определений показаний к переводу в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) [2, 7, 13, 22, 46, 71].

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

- Рекомендован осмотр врача-невролога при развитии энцефалопатии [1, 7, 13, 16, 22, 46].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

2.6 Дифференциальная диагностика [1, 7, 11, 13, 22, 36, 37, 39, 44].

Дифференциальная диагностика острых респираторных вирусных инфекций представлена в Приложении Г2.

2.7 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».

3. Лечение

Принципы лечения больных с ОРВИ предусматривают решение нескольких 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:

- *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.*

В амбулаторных условиях лечение проводят с легкой и среднетяжелой формой ОРВИ. В случае безуспешности проводимого лечения или его проведения невозможности в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации в стационар.

Рекомендована госпитализация в инфекционные отделения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь взрослым пациентам с инфекционными заболеваниями, лиц, переносящих заболевание в тяжелой форме, с осложнениями болезни, а также по эпидемическим показаниям, в том числе и с легким течением болезни. [7, 13, 22].

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

3.1. Медикаментозное лечение.

3.1.1. Этиотропная (противовирусная) терапия.

- Рекомендовано назначение противовирусных препаратов

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

- В лечении больных ОРВИ **рекомендовано использование препаратов с прямым и непрямым противовирусным действием:**

- умифеновир [12, 21, 61, 62, 69].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)
[12, 61, 62].

Комментарии: *Рекомендованная схема назначения препарата 200 мг - 800 мг/сут в сутки в 4 приёма перорально, курс – 5 дней. Противопоказан при гиперчувствительности к компонентам препарата, в первом триместре беременности.*

- Рекомендовано назначение индукторов интерферонов
- кагоцел¹ [8, 9, 37, 38, 39, 40, 42, 44, 45].

¹ Согласно приказу Минздрава России от 20 декабря 2012 г. №1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения», назначение и выписывание лекарственных препаратов осуществляется медицинским работником по МНН, а в его отсутствие – по группировочному наименованию. В отсутствие МНН и группировочного наименования лекарственного препарата он назначается и выписывается медицинским работником по торговому наименованию. В настоящее время решается вопрос о выборе группировочного названия действующего вещества для данного соединения.

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

Комментарии: Индуктор интерферонов. Рекомендованная схема 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. Кагоцел хорошо сочетается с другими противовирусными препаратами, иммуномодуляторами и антибактериальными препаратами. Противопоказан повышенной чувствительности к компонентам препарата, беременности, в период лактации, дефиците лактазы, непереносимости лактозы, глюкозо-галактозной мальабсорбции.

- тилорон – [43, 74, 75].

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

[54, 75]

Комментарии: Индуктор интерферонов. 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, дефиците лактазы, непереносимости лактозы, глюкозо-галактозной мальабсорбции.

- имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты [15]

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

Комментарии: Индуктор интерферонов. 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.

- меглюмина акридонацетат [48, 54, 73].

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

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.

- **Рекомендуется использование препаратов интерферона.**

- Интерферон альфа 2b** или Интерферон гамма**[17, 23, 25, 41].

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

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 5 дней;

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

Всем пациентам не зависимо от тяжести течения заболевания рекомендуется обязательное проведение базисной терапии [3, 6, 7, 22, 44].

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

3.1.2.1 Рекомендуется проведение дезинтоксикационной терапии [6, 7, 13, 22, 29, 39].

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

Комментарии: дезинтоксикационная терапия направлена на купирование синдрома интоксикации, ее 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).

Средняя степень тяжести при лечении больного в условиях стационара – инфузионная терапия: 800 – 1200 мл глюкозо-солевых растворов.. У пациентов с увеличенным уровнем глюкозы в крови рекомендовано введение натрия хлорида раствора сложного [Калия хлорид+Кальция хлорид+Натрия хлорид]**, раствора калия хлорида+натрия ацетата+натрия хлорида**, раствора натрия ацетата+натрия

хлорида, раствора калия хлорида+натрия гидрокарбоната+натрия хлорида, 0,9% раствора натрия хлорида** в суточной дозе – 5 – 20 мл/кг. Длительность определяется выраженностью синдрома интоксикации.

При осложнённом и тяжёлом течении ОРВИ - внутривенная дезинтоксикация с восполнением электролитных нарушений.

- Рекомендуется назначение Натрия хлорида**.

Рекомендованная доза: до 2000 мг/сут, внутривенно, курс до 15 дней.

- Рекомендуется назначение Калия хлорида**.

Рекомендованная доза: 2,5 г в 500 мл 5% раствора декстрозы или 0,9% раствора натрия хлорида до 10 дней;

Возможно применение *комплексных составов (растворов)*:

- Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид + Кальция хлорид + Магния хлорид.

Рекомендованная доза – 400 мл, курс до 4 дней

- Натрия хлорида раствор сложный: Калия хлорид + Кальция хлорид + Натрия хлорид

Рекомендованная доза – 400 мл, внутривенно, курс до 4 дней.

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

3.1.2.2 Жаропонижающие препараты.

Показания к применению:

1. Повышение температуры тела более 38,5°C.

2. Мышечные и суставные боли.

- Рекомендуется назначение Диклофенака**.

Рекомендованная доза: 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.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2) [47].

- Рекомендуется назначение Ибупрофена**.

Рекомендованная доза: 1200 мг/сут., перорально в 3-4 приёма, курс до 7 дней.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2) [36, 47].

- Рекомендуется назначение Парацетамола**.

Рекомендованная доза: Парацетамол, 0,5 - 2 г/сут. перорально, курс 5-7 дней.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2) [36, 47].

- Не рекомендуется назначение производных ацетилсалициловой кислоты, вследствие возможных побочных явлений в виде нарушения гемостаза и обострения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки.

Неспецифическая симптоматическая терапия.

- **Рекомендуется** введение в нос физиологического раствора. Интраназально, 2-3 раза в день.

Комментарии: для разжижения секрета, удаления слизи и восстановления работы мерцательного эпителия (Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 2) [64, 68].

3.1.2.3 Альфа-адреномиметики.

Показание к применению:

Выраженное затруднение носового дыхания.

- Рекомендуется назначение Ксилометазолина**. Интраназально. Рекомендованная доза: 1-2 капли (по 1 впрыскиванию) – 3 раза в день.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2) [68].

Комментарии: для облегчения заложенности носа и восстановления проходимости слуховой трубы [68].

- Не рекомендуется применение лекарственных средств на основе ксилометазолина более 5 дней, вследствие развития повреждения слизистой носоглотки.

3.1.2.4 Местная терапия.

- Рекомендуется терапия местными средствами в виде полосканий, инсуффляций, ингаляций, таблеток и пастилок для рассасывания.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1b) [30].

Комментарии: с целью уменьшения местного воспаления, выраженности болевого синдрома, профилактики вторичного инфицирования повреждённой слизистой ротоглотки.

- Рекомендуются местные анестетики: цетилпиридиния хлорид, гексэтидин, лизоцим+пиридоксин, хлоргексидин, бензилдиметил, биклотимол, препараты иода, аммоний хлорид моногидрат и другие.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4) [30].

3.1.2.5 Муколитические препараты.

Показание к применению: наличие бронхообструкции с трудно отделяемой мокротой [7, 13, 22].

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

Ацетилцистеин – внутрь 200 мг, 600 мг/сут, 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.

Амброксол + Натрия Глицирризинат – (экстракт солодки) + Тимьяна ползучего травы экстракт - внутрь 40 мл/сут (10 мл в 4 приёма).

Комментарии: муколитические (отхаркивающие) средства рекомендуются пациентам с влажным кашлем для разжижения и улучшения отхождения мокроты.

3.1.2.6 Противокашлевые средства

- Рекомендуется назначение противокашлевых средств при лечении ОРВИ [7, 13, 22].

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

Комментарии: Противокашлевые средства рекомендуются пациентам с сухим непродуктивным надсадным кашлем, значительно ухудшающим качество жизни пациента, например:

Декстрометорфан (входит в состав многокомпонентных препаратов);

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

3.1.2.7 Селективные бета 2-адреномиметики.

Показание к применению:

Наличие бронхообструктивного синдрома, связанного с бронхоспазмом.

- Рекомендуется назначение Сальбутамола**. Рекомендованная доза: 100-120 мкг, (1-2 вдоха) до 3-4 раза в сутки [47].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень доказательности 2) [47].

3.1.2.8 Ксантины.

Показание к применению:

Наличие бронхообструктивного синдрома.

- Рекомендуется назначение Аминофиллина**. Рекомендованная доза: 100-300 мг перорально, 3-4 р/сут, до 1200 мг/сут; 5-10 мл (0,12-0,24 г), в 10-20 мл 0,9 % раствора натрия хлорида до 3 р/сут, курс до 14 дней.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2) [47].

3.1.2.9 Другие противовоспалительные препараты.

- Рекомендуется назначение Фенспирида**.

Рекомендованная доза: 240 мг/сут (внутрь, 2-3 приёма), курс до 5 дней.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2) [47].

Комментарий: *применяется при выраженном отёки слизистой верхних и нижних дыхательных путей (при ларингите, ринофарингите, трахеобронхите и бронхите).*

3.1.2.10 Антибактериальные препараты.

- Не рекомендуются к применению 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.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1). [57, 63].

Показания к применению:

1. развитие острого тонзиллита как вирусно-бактериальной микст-инфекции (при средне-тяжёлом и тяжёлом течении ОРВИ), что подтверждается методами микробиологической диагностики (высев на микробиологических питательных средах, результат молекулярно-генетическое исследование (ПЦР), нарастание титров специфических антител в периферической крови).

2. В случае неэффективности проводимой патогенетической, симптоматической и противовирусной терапии, при развитии других осложнений (при средне-тяжёлом и тяжёлом течении ОРВИ), вызванных присоединением бактериальной флоры (бронхиты и др.).

Пенициллины широкого спектра действия:

- Рекомендуется назначение Амоксицилина** / Амоксициллина + [Клавулановая кислота]**

Рекомендованные дозы: Амоксициллин, 500 мг, до 3000 мг/сут. перорально, курс 7-10 дней. Амоксициллин + [Клавулановая кислота], 500+100 мг, до 1000 + 200 мг/сут. перорально, курс 7-10 дней.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2). [70].

Комментарии: *являются препаратами выбора при бактериальных риносинуситах [56]. Также принимается во внимание тот факт, что эмпирическую терапию не следует*

начинать с более современных препаратов во избежание формирования антибиотикорезистентности [30].

Макролиды.

- Рекомендуется назначение Азитромицина**

Рекомендованная схема: 500 мг, 1 раз в сутки перорально, курс 3-5 дней.

Уровень убедительности рекомендаций А-В (уровень достоверности доказательств – 2) [30].

- Рекомендуется назначение Кларитромицина**

Рекомендованная схема: 500 мг (1 раз в сутки), курс 7-10 дней.

Уровень убедительности рекомендаций А-В (уровень достоверности доказательств – 2) [30].

Фторхинолоны.

- Рекомендуется назначение Левофлоксацина**.

Рекомендованная схема: Левофлоксацин, 500 мг., перорально, курс до 5-7 дней.

Уровень убедительности рекомендаций А-В (уровень достоверности доказательств – 2) [30].

Комментарии: препарат применим при возможной сопутствующей бактериальной инфекции, вызванной устойчивой к другим антибиотикам микрофлорой, при неэффективности лечения другими антибактериальными средствами, и при проявлениях экзантемы или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики.

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

3.1.2.11 Противогрибковые препараты.

Показание к применению:

Для самостоятельной терапии не показаны. Наличие сопутствующих грибковых инфекций (в том числе на фоне антибиотикотерапии).

- Рекомендуется назначение Флуконазола**.

Рекомендованная доза – 100-200 мг/сут, курс – до 14 сут.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3) [30].

3.1.2.12 Глюкокортикостероиды – могут быть назначены при тяжёлом течении ОРВИ.

Показания к применению: *инфекционно-токсический шок, отёк головного мозга.*
Лечение в данном случае будет осуществляться по клиническим рекомендациям по неотложным состояниям в условиях отделения реанимации и интенсивное терапии!

3.1.2.13 Медицинские газы.

Показание к применению:

Развитие осложнений острой респираторной вирусной инфекции в виде пневмонии.

- **Рекомендуется** назначение кислорода. Рекомендованная доза: 200000 мл/сут, курс - до 10 дней.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3).
[29]

Комментарии: кислородотерапия показана при возникновении острой дыхательной недостаточности. Показания: снижения $PaO_2 < 60$ мм.рт.ст., или $Sa(p)O_2 < 90\%$ ($FiO_2 = 0,21$).

3.1.3 Прочие препараты.

3.1.3.1 Гипосенсибилизирующие (противоаллергические) препараты.

Показание к применению:

Наличие токсикодермии, аллергической реакции на препараты в ходе лечения.

- Рекомендуется назначение Хлоропирамина**. Рекомендованная схема: Хлоропирамин, 25 мг, 50 мг/сут – перорально; 20 мг/1 мл, 40 мг/2мл в сутки – внутримышечно, курс до 5 дней.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1)
[47].

3.1.3.2 Производные бензодиазепина.

Показание к применению:

Наличие тревожных расстройств и нарушения сна;

Наличие судорожного синдрома на фоне лихорадки или при развитии менингеального синдрома.

- Рекомендуется назначение Диазепама**. Рекомендованная доза: до 5-20 мг/сут, внутримышечно и внутривенно.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)
[47].

Комментарии: для профилактики осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь) на фоне лечения острой респираторной вирусной инфекции рекомендуется приём ингибиторов протонного насоса.

3.1.3.3 Гастропротекторы.

- Рекомендуется назначение Омепразола**. Рекомендованная доза: 20-40 мг/сут перорально, курс 15 дней [20, 58, 59].

Комментарии: с целью протективного действия на слизистую пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне приёма различных препаратов, в том числе нестероидных противовоспалительных средств.

Примечание к разделу: ** - препарат включён в перечень лекарственных средств, входящих в перечень ЖНВЛП [47].

- **Показания к госпитализации больного:** экстренная госпитализация в стационар показана при наличии следующих критериев (**уровень убедительности рекомендаций С**) [29]:

- тахипноэ более 24 дыханий в минуту;
- гипоксемия ($SpO_2 < 95\%$);
- наличие очаговых изменений на рентгенограмме грудной клетки.

- **Показания для перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии** (**уровень убедительности рекомендаций В**) [29]:

- Клиническая картина быстро прогрессирующей острой дыхательной недостаточности ($ЧД > 30$ в мин, $SpO_2 < 90\%$, АДсист. < 90 мм рт.ст.
- Другая органная недостаточность (острая почечная недостаточность,

4. Реабилитация и диспансерное наблюдение

4.1 Реабилитация [7, 13, 22].

- Рекомендуется начинать реабилитационные мероприятия уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- Рекомендуется комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- Рекомендуется соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- Рекомендуется адекватность реабилитационных и восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям пациента.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

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

- Рекомендуется постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий.

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).

4.2. Диспансерное наблюдение [7, 13, 22].

- Рекомендовано диспансерное наблюдение у врача терапевта при развитии осложнений.
- Рекомендовано диспансерное наблюдение в кабинете инфекционных заболеваний поликлиники при аденовирусной инфекции

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

- После выписки в течение 1 месяца рекомендовано воздержаться от профилактических прививок, кроме (при наличии показаний) анатоксина столбнячного и вакцины для профилактики бешенства.

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

Таблица 1. Медицинские услуги при амбулаторном наблюдении для лечения (при необходимости) заболевания, оценки состояния и контроля за лечением

Перечень лабораторных и других специальных методов исследования	Лечебно-профилактические мероприятия	Клинические критерии эффективности диспансеризации	Порядок допуска переболевших на работу
Клинический анализ крови - однократно, анализ мочи – однократно, б/х анализ – однократно (при аденовирусной инфекции), УЗИ органов брюшной, рентгенологическое исследование органов брюшной полости (контрольное) - по показаниям.	Медицинский отвод от вакцинации после перенесенной ОРВИ - 1 мес. Ограничение инсоляции - от 2 нед до 1 мес. - в зависимости от тяжести перенесенного заболевания	Отсутствие рецидива заболевания. Отсутствие осложнений.	Клиническое выздоровление

5. Профилактика

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 [7, 22, 34].

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

- Рекомендовано соблюдение масочного режима, со сменой масок каждые 3-4 часа работы, при работе с больными ОРВИ [1, 2, 34].

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

- 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, 34].

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

- Рекомендована экстренная неспецифическая профилактика с целью предупреждения возникновения последующих случаев заболеваний ОРВИ в организованных коллективах детей и взрослых [1, 2, 34].

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

- Рекомендуется Умифеновир [61]:
 - 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 А (уровень достоверности доказательств - 1).

[61]

Примечание: ** - препарат включён в перечень лекарственных средств, входящих в перечень ЖНВЛП [47].

- Рекомендовано использование препаратов интерферона [40].

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 В (уровень достоверности доказательств – 3)

- Рекомендовано использование препаратов – индукторов интерферонов [8, 9, 38, 39, 44].

кагоцел** – по 24 мг (2 таблетки) 1 раз в день в течении 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.

меглюмина акридонат** (экстренная и сезонная) – приём 1 раз в сутки, в дозе 600мг за 30 минут до еды не разжевывая. Дни приёма: 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20 и 23. Общий курс - от 5 до 10 приёмов.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

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. Не проводится.

Критерии оценки качества медицинской помощи взрослым больным ОРВИ

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1. Этап постановки диагноза			
1	Выполнен осмотр ротоглотки	2a	B
2	Выполнены осмотр и пальпация лимфоузлов головы и шеи	2b	B
3	Выполнено физикальное обследование лёгких (пальпация, перкуссия, аускультация)	2b	B
4	Выполнен общий анализ крови	2b	B
5	Выполнен молекулярно-генетический метод (ПЦР)	1b	B
6	Выполнен серологический (ИФА, РСК, РТГА)	1a	A
7	Выполнена рентгенограмма органов грудной клетки (при подозрении на наличие осложнений)	1b	B
8	Выполнена рентгенограмма придаточных пазух (при подозрении на наличие осложнений)	2b	C
2. Этап лечения			
1.	Проведена патогенетическая и симптоматическая терапия	1b	A
2.	Проведена этиотропная терапия противовирусными препаратами	1a	A
3.	Проведена терапия антибактериальными препаратами - в случае осложнений ОРВИ	2b	B-C
3. Этап контроля эффективности лечения.			
1	Выполнен осмотр ротоглотки после лечения	1b	A
2	Выполнены осмотр и пальпация лимфоузлов головы и шеи после лечения	1b	B
3	Выполнено физикальное обследование лёгких (пальпация, перкуссия, аускультация) после лечения	1b	A
4	Выполнен общий анализ крови после лечения	2a	B
5	Рентгенограмма органов грудной клетки (при осложнениях - после курса антибактериальной терапии)	1b	A

Список литературы

1. 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.
2. 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.
3. Викулов Г.Х. Новые и возвращающиеся респираторные вирусные инфекции: алгоритмы диагностики и терапии // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018, №8 (1). – С. 5-11.
4. 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.
5. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году». 2019. – С.114.
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. Инфекционные болезни: национальное руководство. Под. ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. М., ГЭОТАР – Медиа. 2018; 1056 с.
8. 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/>.
9. Кареткина Г.Н. Грипп и ОРВИ: лечение и профилактика в наступившем эпидсезоне 2015-2016 гг. <http://www.lvrach.ru/2015/11/15436338/>.
10. Кареткина Г.Н. Острые респираторные инфекции - профилактика и лечение в предстоящем эпидсезоне // Медицинский алфавит – 2017. Т.3 Эпидемиология и гигиена (30).
11. Карпухин Г.И., Карпухина О.Г. Диагностика, профилактика и течение острых респираторных заболеваний. СПб.: Гиппократ. 2000; 184с.

12. 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.
13. Клинические рекомендации «Острые респираторные вирусные инфекции у взрослых». Москва, Некоммерческое партнерство «Национальное научное общество инфекционистов», 2014.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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 инфекционные болезни. Актуальные вопросы, 2016. - №6. - С.48-51.
19. Лабораторная диагностика гриппа и других ОРВИ методом полимеразной цепной реакции. Клинические рекомендации // ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва. – 2016. – 62 стр.
20. 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.
21. Ленёва И.А., Фалынскова И.Н., Леонова Е.И., Федякина И.Т., Махмудова Н.Р., Осипова Е.А., Лепеха Л.Н., Михайлова Н.А., Зверев В.В. Эффективность умифеновира (Арбидола) на модели экспериментальной сочетанной вирусно-бактериальной пневмонии мышей. Антибиотики и химиотерапия. 2014; №9-10: с. 17-24.
 22. Лобзин Ю.В., Жданов К.В. Руководство по инфекционным болезням. 4-е изд., доп. и перераб. СПб, 2011; 1408 с.
 23. 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
 24. Малкоч А.В., Анастасевич Л.А., Боткина А.С. Острые респираторные заболевания и возможности иммуномодулирующей терапии. Лечащий врач. 2008. <http://vrach.ru/2008/08/5615064/>.
 25. 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.
 26. Маринич В.В., Мизерницкий Ю.Л. Эффективность профилактики респираторных заболеваний у спортсменов-подростков. // Лечащий врач. – 2017. - №9.
 27. Машкова С.А. Терапевтическая эффективность нового индуктора интерферона кагоцела и циклоферона при неосложненном гриппе и остром тонзиллите, протекающем на фоне острых респираторных вирусных заболеваний. Диссерт. на соиск. учен. ст. канд. мед. наук, 2004.-172 с.
 28. 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.
 29. 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.
 30. 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.
 31. Пак С.Г., Волчкова Е.В., Кокорева Л.Н., Алленов М.Н. Инфекционные болезни с курсом по ВИЧ (клиника, лечение, паллиативная помощь). Учебник. М.: Практическая медицина. 2017; с.19.

32. 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.
33. Романцов М.Г., Киселев О.И., Сологуб Т.В. Этиопатогенетическая фармакотерапия ОРВИ и гриппа. Лечащий врач. 2011; с.2.
34. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3117-13 "Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций" (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18 ноября 2013 года N 63).
35. 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.
36. Селькова Е.П., Калюжин О.В. ОРВИ и грипп. В помощь практикующему врачу. Мю: МИА; 2015; 224с.
37. 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
38. 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. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/002321492017957634641>
39. 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
40. Сологуб Т.В. Грипп в современных условиях: Противовирусная терапия прямого действия. Медицинский совет. 2015; №4: с. 36-45.
41. 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
42. 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.

43. 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
44. Фазылов В.Х., Ситников И.Г., Сирина 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.
45. Фазылов В.Х., Ситников И.Г., Сирина 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.
46. Федеральные клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при острой лихорадке у детей. Баранов А.А. 2015; 12 с.
47. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск XVII. Под. ред. Чучалина А.Г., Яснецова В.В. М.: Видокс. 2016; 1045 с.
48. Alimbarova L. The use of Cycloferon for the treatment and prevention of influenza and acute respiratory viral infections. *Klinicheskaja Meditsina*. 2015; 93, №3: с. 57–63.
49. Antony W. Crow, Michael S. Benniger, Itzhak Brook, Jan L. Brozek, Ellie J.C. Goldstein, Lauri A. Hick, George A. Pankey, Mitchel Seleznick, Gregory Volturo, Ellen R. Wald, Thomas M. File Jr. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults (Клинические рекомендации американского общества инфекционистов по лечению острого бактериального риносинусита у взрослых и детей). *Clinical Infectious Diseases Advance Access*. March. 2012; p. 1-41.
50. 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.
51. Boccazzi A., Garotta M., Pontari S., Agostoni C.V. Streptococcal tonsillopharyngitis: clinical vs. microbiological diagnosis. *Infez. Med*. 2011; 19 (2): 100-105.
52. D. Boltz et al. Antiviral Activity of Enisamium Against Influenza Viruses in Differentiated Normal Human Bronchial Epithelial Cells. III antiviral congress. Amsterdam, 12–14 october 2014.

53. 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
54. 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.
55. 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.
56. Gwaltney JM Jr, Wiesinger BA, Patrie JT. Acute communityacquired bacterial sinusitis: the value of antimicrobial treatment and the natural history. *Clin Infect Dis* 2004; 38: 227–233.
57. 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).
58. 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.
59. 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.
60. <http://www.who.int/ru>.
61. 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.
62. 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>
63. Kenealy T., Arol B. Antibiotics for common cold and acutepurulent rhinitis. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2013; 6: CD000247.
64. King D., Mitchell B., Williams C.P., Spurling G.K. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Apr 20;4:CD006821. doi: 10.1002/14651858.CD006821.pub3.

65. 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> (January 13, 2017).
66. Mathie RT, Frye J, Fisher P. Homeopathic Oscilloccinum® for preventing and treating influenza and influenza-like illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jan 28;1:CD001957. doi: 10.1002/14651858.CD001957.pub6.
67. McIsaac W.J., Goel V., To T., Low D.E. The validity of sore throat score in family practice. *CMAJ*. 2000; 163 (7): 811-815.
68. Papsin B, McTavish A. Saline nasal irrigation: Its role as an adjunct treatment. *Can Fam Physician*. 2003.
69. Pécheur 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.
70. Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N, et al. Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 137: 1–31.
71. Ruuskanen O, Lahti E, Jennings LC, Murdoch DR. Viral pneumonia. *Lancet*. 2011; 377 (9773): 1264–1275.
72. Romantsov M.G., Kovalenko S.N., Sologub T.V., Anikina O.V. Immunomodulators in the "gold standard" of the chronic viral hepatitis C therapy. *Antibiotiki i khimioterapiia* = Antibiotics and chemotherapy [sic]. Ministerstvo meditsinskoï i mikrobiologicheskoi promyshlennosti SSSR. 2008 (2008-01-01); 53, №3-4. 18–22.
73. Sologub T.V., Shul'diakov A.A., Romantsov M.G., Zhekalov A.N., Petlenko S.V. Cycloferon, as an agent in the therapy and urgent prophylaxis of influenza and acute respiratory tract viral infection (multicentre randomized controlled comparative study). *Antibiotiki i khimioterapiia* = Antibiotics and chemotherapy [sic]. Ministerstvo meditsinskoï i mikrobiologicheskoi promyshlennosti SSSR. 2009 (2009-01-01); 54, (7-8): 30–32, 34-36.
74. Sel'kova E.P., Semenenko T.A., Nosik N.N., Iudina T.I., Amarian M.P., Lavrukhina L.A., Pantiukhova T.N., Tarasova GIu. Effect of amyxin a domestic analog of tilorone on characteristics of interferon and immune status of man (Russian). *Zh. Mikrobiol. Epidemiol. Immunobiol.* 2001; (4): 31–35.
75. Selkova E.P., Tur'ianov M.C., Pantiukhova T.N., Nikitina G.I., Semenenko T.A. «Evaluation of amixine reactivity and efficacy for prophylaxis of acute respiratory tract infections» (Russian). *Antibiot. Khimioter.* 2001; 46 (10): 14–18. [PMID 11881188](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11881188/).

76. Yeomans N.D., Tulassay Z., Juhasz L. et al. A comparison of omeprazole with ranitidine for ulcers associated with non-steroidal anti-inflammatory drugs. *N. Engl. J. Med.* 1998; Vol. 338: 719–726.

Приложение А1. Состав Рабочей группы

1. **Арсланова Лира Валерьевна**, к.м.н. доцент кафедры инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России;
2. **Валишин Дамир Асхатович**, д.м.н. профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России;
3. **Волчкова Елена Васильевна**, д.м.н. профессор, зав. кафедрой инфекционных болезней ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России;
4. **Галимов Радик Рафкатович**, главный врач ГБУЗ РБ «Инфекционная клиническая больница №4» г. Уфа Минздрава РБ;
5. **Герасимов Сергей Геннадьевич**, к.м.н., ассистент кафедры инфекционных болезней ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России;
6. **Кравченко Ирина Эдуардовна**, д.м.н. доцент, профессор кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России;
7. **Николаева Ирина Венидиктовна**, д.м.н. доцент, заведующая кафедрой инфекционных болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России;
8. **Орлова Светлана Николаевна**, д.м.н. доцент, зав. кафедрой инфекционных болезней, эпидемиологии, военной эпидемиологии и дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Ивановская медицинская академия» Минздрава России;
9. **Слепцова Снежана Спиридоновна**, д.м.н. доцент кафедры инфекционных болезней, фтизиатрии и дерматовенерологии медицинского института ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» Минобрнауки России;
10. **Фазылов Вильдан Хайруллаевич** – д.м.н. профессор, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ профессор кафедры поликлинической терапии и общеврачебной практики ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России;
11. **Шайхуллина Лиана Робертовна**, к.м.н. доцент кафедры инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России;
12. **Эсауленко Елена Владимировна**, д.м.н. профессор, зав. Кафедрой инфекционных

болезней взрослых и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Все члены рабочей группы являются членами Некоммерческого партнерства «Национальное общество инфекционистов» (НОИ).

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

Уровень достоверности	Тип данных
1a	Мета анализ рандомизированных контролируемых исследований (РКИ)
1b	Хотя бы одно РКИ
2a	Хотя бы одно хорошо выполненное контролируемое исследование без рандомизации
2b	Хотя бы одно хорошо выполненное квази-экспериментальное исследование
3	Хорошо выполненные не экспериментальные исследования: сравнительные, корреляционные или «случайконтроль»
4	Экспертное консенсусное мнение либо клинический опыт признанного авторитета

Таблица П2. Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности	Основание рекомендации
A	Основана на клинических исследованиях хорошего качества, по своей тематике непосредственно применимых к данной специфической рекомендации, включающих по меньшей мере одно РКИ
B	Основана на результатах клинических исследований хорошего дизайна, но без рандомизации
C	Составлена при отсутствии клинических исследований хорошего качества, непосредственно применимых к данной рекомендации

Порядок обновления клинических рекомендаций

Клинические рекомендации обновляются каждые 3 года.

Приложение А3. Связанные документы

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 Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011г. №1664н «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 17 декабря 2015г. № 1024н «О классификации и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».
10. Приказ Минздрава России от 10 мая 2017г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
11. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3117-13 "Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций" (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18 ноября 2013 года N 63).

Форма помощи

Медицинская помощь оказывается в форме:

- экстренной медицинской помощи;
- неотложной медицинской помощи;
- плановой медицинской помощи.

Условия оказания медицинских услуг

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 с ГА может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- 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.

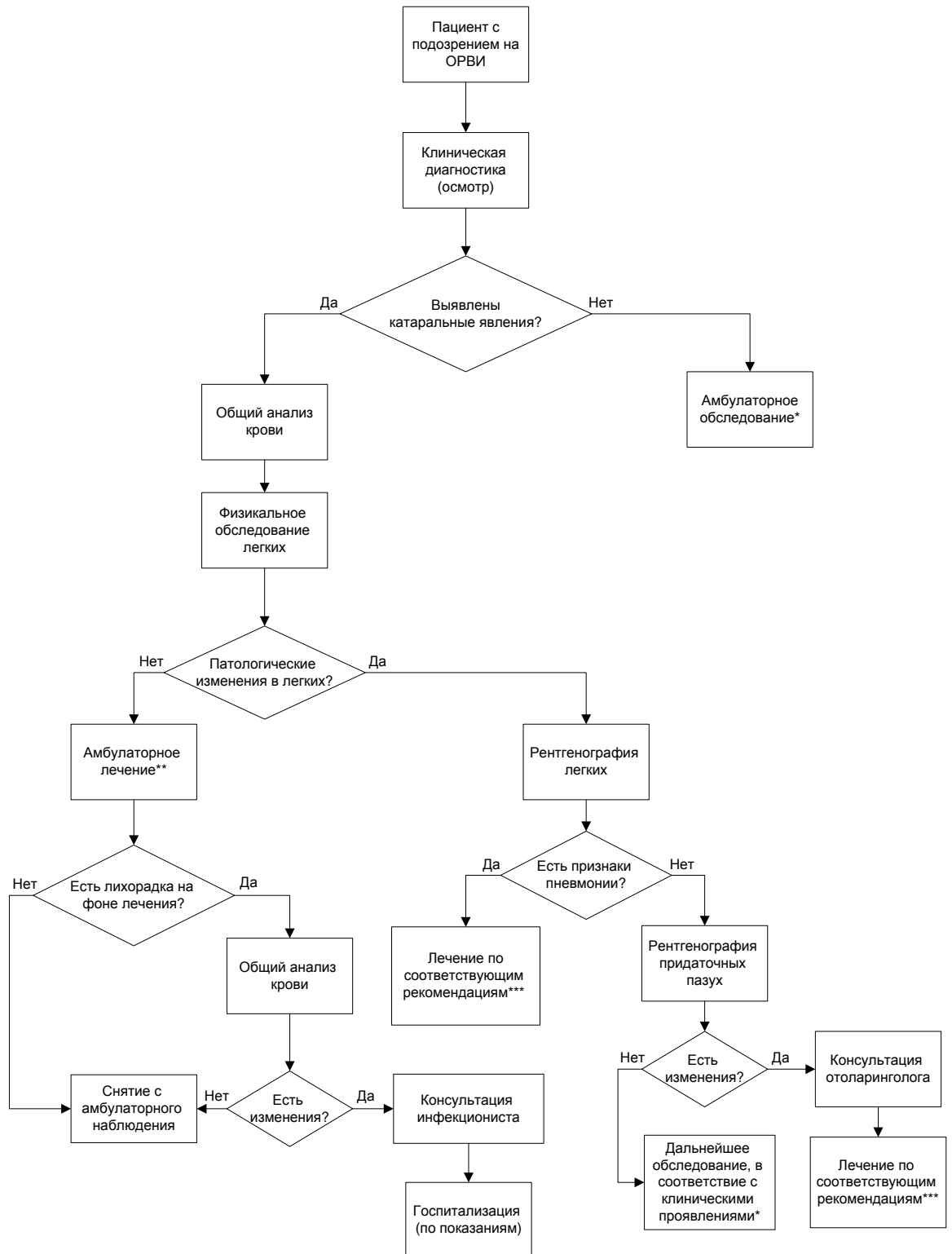
При выявлении у пациента острой респираторной вирусной инфекции, не требующей лечения в условиях стационара, врач-терапевт участковый (врач общей практики (семейный врач) или средние медицинские работники медицинских организаций при наличии медицинских показаний направляют его на консультацию в кабинет инфекционных заболеваний медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

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.

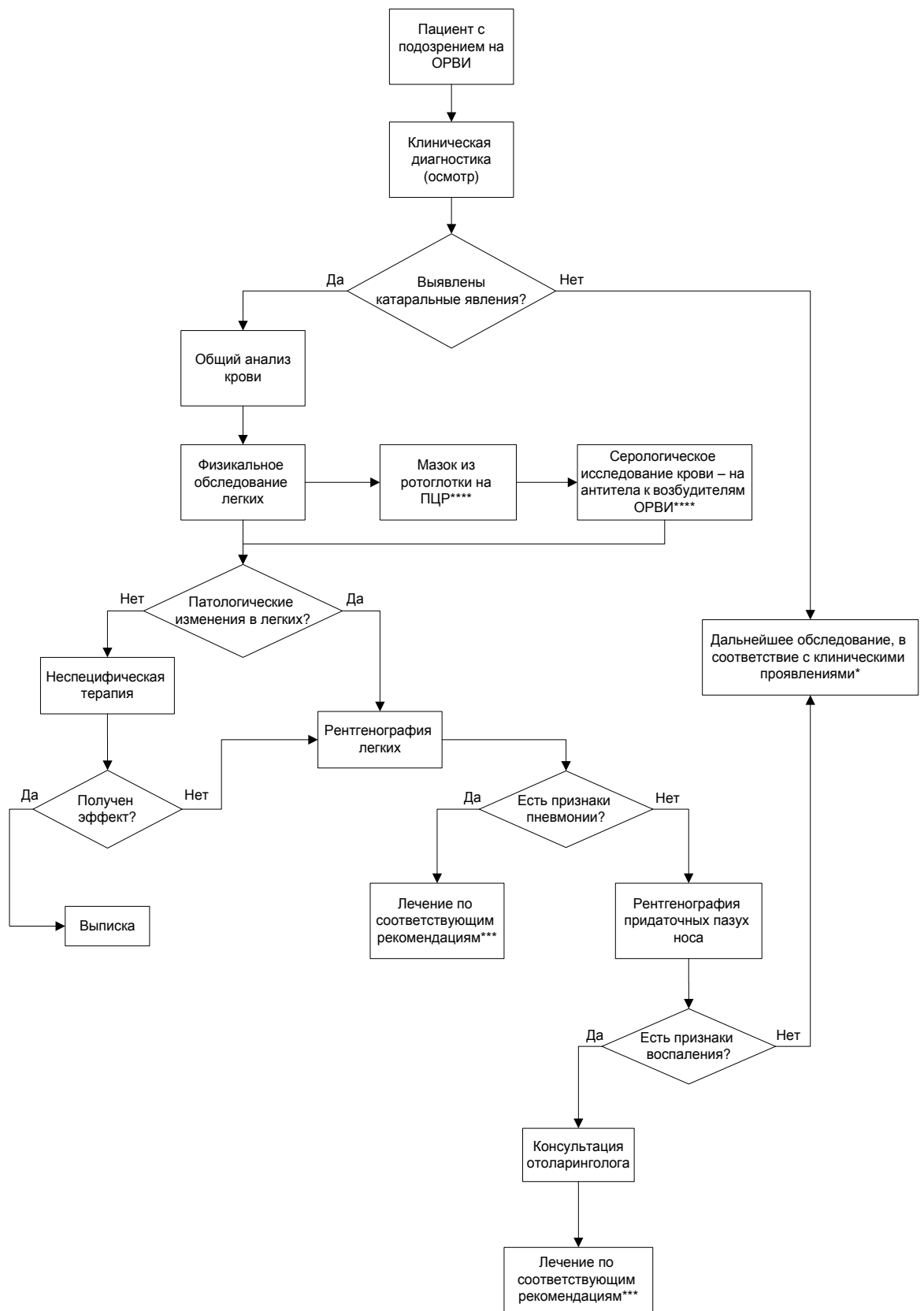
Лечение пациентов осуществляется в условиях стационара по направлению врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, медицинских работников, выявивших ОРВИ.

Приложение Б. Алгоритм ведения пациента

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 присоединением 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.

ОРВИ являются социально и экономически значимыми заболеваниями. Причина тому высокая частота заболеваемости в популяции людей по сравнению с другими заболеваниями.

Как уберечься от ОРВИ.

Для профилактики ОРВИ могут быть использованы ряд неспецифических мер:

1. Избегать переохлаждений. Особенно важно держать в тепле ноги и не вдыхать воздух открытым ртом в холодную погоду. Не следует находиться на улице на сильном морозе более 20 минут. Нельзя выходить на улицу в мороз в состоянии алкогольного опьянения и выпивать перед выходом горячие напитки – это способствует переохлаждению. Не следует также выходить на улицу в момент выраженного потоотделения. Не следует долго находиться под прямым потоком воздуха вблизи кондиционера и на сквозняках.

2. Избегать тесного контакта с больным ОРВИ. Не использовать общие столовые принадлежности.

3. Ношение маски в общественных местах. Однако маска эффективна до того момента, пока она не промокла (от пота и др.).

4. Промывание носоглотки и ротоглотки водой после посещения общественных мест.

5. Химиопрофилактика.

При появлении симптомов ОРВИ рекомендуется обращаться за медицинской помощью в поликлинику или вызвать врача на дом (при температуре выше 38,5С). Не следует заниматься самолечением!

Особенно важно обратиться за медицинской помощью при высокой температуре тела, при появлении одышки, стойкой головной боли, повторной рвоте, не приносящей облегчения, при выраженном падении артериального давления!

Приложение Г1. 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

Признаки	Нозологическая форма ОРВИ					
	Птичий грипп	Сезонный грипп	ТОРС*	Пара-грипп	РС-инфекция**	Аденовирусная инфекции
Возбудитель	Вирус гриппа А (H5N1)	Вирусы гриппа: 3 серотипа (А, В, С)	Коронавирус SARS	Вирусы пара-гриппа: 5 серотипов (15)	Респираторно-синтициальный вирус: 1 серотип	Аденовирусы: 49 серотипов
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 сут	4-14 сут
Начало	Острое	Острое	Острое	Постепенное	Постепенное	Постепенное
Течение	Острое	Острое	Острое	Подострое	Подострое, иногда затяжное	Затяжное, волнообразное
Ведущий клинический синдром	Интоксикация	Интоксикация	Дыхательная недостаточность	Катаральный	Катаральный, дыхательная недостаточность	Катаральный
Выраженность интоксикации	Сильная	Сильная	Сильно выраженная	Слабая или умеренная	Умеренная или слабая	Умеренная
Длительность интоксикации	7-12 сут	2-5 сут	5-10 сут	1-3 сут	2-7 сут	8-10 сут
Температура тела	38°C и выше	Чаще 39°C и выше, но может быть субфебрильная	38°C и выше	37-38°C, может длительно сохраняться	Субфебрильная, иногда нормальная	Фебрильная или субфебрильная
Катаральные проявления	Отсутствуют	Умеренно выражены, присоединяются позднее	Умеренно выражены, экссудация слабая	Выражены с первого дня течения заболевания. Осиплость голоса	Выражены постепенно нарастают	Сильно выражены с постепенным течением заболевания
Ринит	Отсутствует	Затруднение носового дыхания, заложенность носа. Серозные, слизистые	Возможен в начале заболевания	Затруднение носового дыхания, заложенность носа	Заложенность носа, необильное серозное отделяемое	Обильное слизисто-серозное отделяемое, резкое затруднение носового
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 приступообразный (до 3 нед.), сопровождающийся болями за грудиной	Влажный
Изменения слизистых оболочек	Отсутствуют	Слизистая оболочка глотки и миндалин синюшная, умеренно гиперемирована; инъекция сосудов.	Слабая или умеренная гиперемия слизистых оболочек	Слабая или умеренная гиперемия зева, мягкого неба, задней стенки глотки	Слабая Гиперемия слизистых оболочек	Умеренная гиперемия гиперплазия фолликул и задней стенки глотки

Приложение Г2. Дифференциальная диагностика гриппа и других ОРВИ

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	Рассеянные сухие и редко влажные среднепузырчатые хрипы, признаки пневмонии	Отсутствуют. При бронхита - сухие, р хрипы.
Ведущий синдром респираторных поражений	Нижний респираторный синдром	Трахеит	Бронхит, острый респираторный дистресс синдром	Ларингит, ложный круп выявляют крайне редко	Бронхит, бронхиолит, возможен бронхоспазм	Ринофаринго-конъюнк-тонзиллит
Увеличение лимфатических узлов	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	Заднешейные, реже подмышечные лимфатические лимфоузлы увеличены и умеренно болезненные	Отсутствует	Может быть полиаденит
Увеличение печени и селезенки	Возможно	Отсутствует	Выявляют	Отсутствует	Симптомы токсического гепатита	Выражено
Поражение глаз	Отсутствует	Иньекция сосудов склер	Редко	Отсутствует	Отсутствует	Конъюнктивит, кератит
Поражение других органов	Диарея, возможно поражение печени, почек, лейко-, лимфо-, тромбоцитопения	Отсутствует	Часто в начале заболевания развивается диарея	Отсутствует	Отсутствует	Может быть экзантема, диарея