



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**

Год утверждения 2024 (частота пересмотра) 3 года

ID:

URL:

Разработчик клинической рекомендации:

Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени  
академика В.И.Покровского (НАСИБ);

Российское научное медицинское общество терапевтов (РМОТ)

**Утверждены**

\_\_\_\_\_ 2024 г.

**Согласованы**

Научным советом Министерства  
Здравоохранения Российской Федерации

\_\_\_\_\_ 2024\_ г.

## Оглавление

|  |    |
|--|----|
| Ключевые слова .....   | 3  |
| Список сокращений .....  | 4  |
| Термины и определения .....  | 5  |
| 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).....   | 7  |
| 2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики .....   | 13 |
| 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения .....  | 20 |
| 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 ..... | 38 |
| 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики .....  | 39 |
| 6. Организация оказания медицинской помощи.....  | 44 |
| 7. Дополнительная информация (в том числе факторы влияющие на исход заболевания или состояния).....  | 47 |
| Критерии оценки качества медицинской помощи .....  | 49 |
| Список литературы .....  | 50 |
| Приложение А1. Состав рабочей группы.....  | 68 |
| Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....  | 70 |
| Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата .....              | 74 |
| Приложение Б. Алгоритм ведения пациента .....  | 79 |
| Приложение В. Информация для пациента.....   | 81 |
| Приложение Г1 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях. ....  | 84 |

## **Ключевые слова**

- Острые респираторные вирусные инфекции
- Диагностика
- Лечение
- Профилактика

## 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 проявлениями, общими подходами к лечению, зависящими, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе **синдрома**.

**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 (группе заболеваний или состояний)**

### **1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Острые респираторные вирусные инфекции» (ОРВИ) – группа инфекционных болезней вирусной этиологии, передающихся воздушно-капельным путем и протекающих с преимущественным поражением верхних, реже - нижних дыхательных путей с локализацией в них возбудителя.

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)**

Наиболее часто встречаемыми возбудителями ОРВИ являются респираторно-синцитиальный вирус (RSV) А и В, респираторный энтеровирус (EV), риновирус (RV), аденовирус (ADV), метапневмовирус человека (hMPV), вирус парагриппа (PIV) с 1 по 4 и сезонные коронавирусы (CoV –NL63, OC43, HKU-1 и 229E). Респираторные вирусы - в основном относятся к РНК содержащим [1,2]. Заболевания, вызываемые вышеуказанными возбудителями, объединяет общность механизмов и путей передачи, стадий патогенеза, а также клинических проявлений.

Основные стадии патогенеза:

- адгезия и внедрение в клетки эпителия дыхательных путей, и его репродукция;
- развитие интоксикационного синдрома и токсико-аллергических реакций;
- развитие воспалительного процесса в различных отделах дыхательных путей;
- формирование иммунитета;

- элиминация возбудителя
- выздоровление

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, а эпителий – первым барьером на пути проникновения в организм человека вирусов. Слой слизи эффективно защищает, а мукоцилиарный клиренс удаляет вирусные частицы из эпителия дыхательных путей.

На начальном этапе развития инфекции ведущую роль играют факторы неспецифической защиты – интерфероны, секреторные антитела IgA и фагоцитоз, в процессе выздоровления – специфический и гуморальный иммунитет. IgA препятствует адгезии патогенов к поверхности эпителиальных клеток, опосредуя разрушение и элиминации вирусов. При несостоятельности местных факторов защиты вирусы поражают в первую очередь клетки цилиндрического эпителия дыхательных путей с дальнейшим развитием следующих этапов патогенеза [2].

Поражение респираторными вирусами 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 синдром интоксикации [2].

Далее происходит цитоллиз 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 синдрома интоксикации [2].

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

Цитотоксическое действие лимфоцитов, макрофагов и специфических антител приводит к элиминации возбудителя с формированием специфического гуморального и клеточного иммунитета. В слизистых оболочках пораженных отделов

респираторного тракта параллельно идут репаративные процессы, нормализуется местный гомеостаз.

Возможно увеличение регионарных лимфоузлов, а также системная реакция – вовлечение в патологический процесс органов системы мононуклеарных фагоцитов – увеличение печени и селезенки (при аденовирусной инфекции). Отмечается развитие аллергических реакции организма с формированием токсико-аллергических реакций в виде экзантемы [2].

Общие патоморфологические изменения при ОРВИ:

- 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.

В течении и после перенесенной ОРВИ происходит истощение местного и общего иммунитета, формируется иммуносупрессия, и ослабленный организм становится уязвимым для других патогенов – вирусов и бактерий.

### **1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

ОРВИ занимают значительную долю (90-95%) в общей структуре заболеваемости населения инфекционными болезнями. В Российской Федерации (РФ) число ежегодно болеющих достигает более 30 млн. человек [5,2]. В среднем взрослые переносят от 2 до 4 эпизодов повторных ОРВИ ежегодно. Тяжёлое течение и летальные исходы наблюдаются при различных ОРВИ, в большей степени в исходе ADV, PIV и RSV – инфекций), протекавших как в виде моно-, так и микстинфекции [5, 6]. С ОРВИ сопряжено 30–50% случаев внебольничных пневмоний [7, 8, 9, 9, 10]. Подъем сезонной заболеваемости приходится на период с сентября по май. ОРВИ относятся к аэрогенным антропонозам. Источник – больные с клинически выраженными, стертыми формами болезни, а также в продромальный период. Основной механизм передачи – аэрозольный, в ряде случаев вероятны контактно-бытовой и фекально-оральный [2, 2].

### **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

**V34.0** - Аденовирусная инфекция неуточненная;

**V34.2** - Коронавирусная инфекция неуточненная;

**V34.9** - Вирусная инфекция неуточненная;

**V97.0** - Аденовирусная инфекция;

**V97.4** - Респираторно-синцитиальная инфекция.

### **1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

[2, 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).

### **1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)** [1, 2, 3]

**Инкубационный период** при ОРВИ составляет от 1 до 14 суток (при наиболее распространенных вирусах - от 1 до 5 дней).

Заболевание, как правило, начинается постепенно с появления **синдрома умеренной интоксикации** (повышения температуры тела до субфебрильных или фебрильных цифр, общей слабости, головной боли, боли в мышцах и суставах), а

также **катарального** (катарально-респираторного) **синдрома** - появление першения в горле, кашля, насморка, в некоторых случаях конъюнктивита. Возможно развитие **лимфопролиферативного синдрома**, который проявляется лимфаденопатией, реже развивается гепатомегалия (аденовирусная инфекция).

При всем сходстве клинической картины различные возбудители имеют разный тропизм к отделам респираторного тракта, что определяет особенности симптоматики. В **Приложении А3** представлены клинические характеристики основных синдромов поражения дыхательных путей, основные возбудители ОРВИ, клинические синдромы, вызываемые ими и степени тяжести ОРВИ [2, 2, 13].

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

**Специфические осложнения:** менингизм, острая дыхательная недостаточность, энцефалопатия, **инфекционно-токсический шок** - острая сосудистая недостаточность, респираторный дистресс-синдром взрослых, острая сердечно-сосудистая недостаточность, миокардит, тромбоэмболия

**Осложнения, вызванные активацией вторичной бактериальной микрофлоры:** острый синусит, острый отит, острый бронхит, обострение хронических бронхо-легочных заболеваний, пневмония [1, 2, 3]

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

### **Критерии установления диагноза**

Диагностика ОРВИ у взрослых проводится на основании жалоб, данных анамнеза, клинического осмотра, лабораторных, инструментальных и специальных методов обследования, и направлена на определение нозологии и клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к терапии.

#### **2.1. Жалобы и анамнез**

- Рекомендуется у всех пациентов 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, появление одышки, затруднение вдоха, рвоту, судороги и потерю сознания [2, 3, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22].

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

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

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

**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 у всех пациентов обратить внимание на сведения эпидемиологического анамнеза о пребывании в очаге (контакте с больным

ОРВИ в период, соответствующий инкубационному), для установления источника инфекции и путей передачи [2, 3, 3, 199, 233].

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

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

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

- Рекомендовано обратить внимание на контакты с больными ОРВИ, наличие вспышек ОРВИ в организованных коллективах в эпидсезон для клинической диагностики заболевания [1, 2, 3, 13, 15, 19, 23].

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

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

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

- Рекомендуется обратить внимание на наличие сопутствующих хронических заболеваний легких, сердечно-сосудистой системы, нарушения обмена веществ, хроническую болезнь почек, печени, неврологические состояния, гемоглобинопатии, иммунодефициты (ВИЧ-инфекция, прием иммуносупрессорных медикаментов и т.п.), злокачественные новообразования; или иных состояний: возраст старше 65 лет, 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 – 5).**

## **2.2. Физикальное обследование**

- Рекомендовано у всех пациентов начать с общего осмотра с оценкой состояния кожных покровов и видимых слизистых оболочек: цвет (гиперемия, бледность, цианоз), влажность, отечность, инъекция сосудов склер, конъюнктивит, оценить носовое дыхание, проявления ринита, провести осмотр ротоглотки с

целью выявления гиперемии небных дужек и/или задней стенки ротоглотки, миндалин, рыхлости и зернистости слизистой задней стенки, наличие слизистого налета, увеличения лимфоидных фолликулов на задней стенке глотки, режес миндалин для диагностики степени тяжести и характера течения заболевания [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 или менингококкового назофарингита [19, 23].

- Рекомендован всем пациентам общий осмотр и пальпация лимфоузлов головы и шеи для выявления увеличения, болезненности [19, 23, 24].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательности - 5)**

- Рекомендованы физикальные методы исследования легких всем пациентам для диагностики степени тяжести и характера течения заболевания [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 доказательности - 5).**

- Рекомендованы физикальные методы исследования сердца: измерение пульса и артериального давления, аускультация (выявление тахикардии, сердечных шумов и др.) для определения степени тяжести заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний [25, 27].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательности - 5).**

## **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

### **2.3.1. Неспецифическая лабораторная диагностика**

- Рекомендовано всем пациентам выполнение клинического анализа крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы для 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 – В (уровень достоверности доказательств - 2).**

*Комментарии: при вирусных инфекциях в клиническом анализе крови характерны лейкопения или нормоцитоз, Лимфоцитоз и моноцитоз.*

- Рекомендовано всем пациентам выполнение общего (клинического) анализа мочи для выявления наличия почечной дисфункции, декомпенсации сопутствующих заболеваний, для исключения инфекции мочевыводящих путей, нефропатии [1, 2, 4, 20, 21, 22, 23, 27].

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

*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.*

- Рекомендуется провести биохимический анализ крови общетерапевтический с определением активности аланинаминотрансферазы, аспаратаминотрансферазы, амилазы, исследованием уровня мочевины, исследование электролитного состава крови (натрий, калий, кальций, магний, неорганический фосфор, хлориды) пациентам при средне-тяжелой и тяжелой форме для выявления наличия и степени нарушения функции внутренних органов осложнений и сопутствующих заболеваний [1, 2, 4, 20, 21, 22, 23, 27].

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

- Рекомендовано проведение коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза): активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), протромбиновое время по Квику, тромбиновое время и/или фибриноген пациентам с проявлениями геморрагического синдрома для комплексной оценки степени тяжести болезни и назначения терапии [1, 2, 4, 20, 21, 22, 23, 27].

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

- Рекомендовано исследование маркеров воспалительной реакции (фибриногена, протромбина, С-реактивного белка, прокальцитонина) пациентам с тяжелым и осложненным течением ОРВИ для оценки тяжести течения и прогноза заболевания

[1, 2, 4, 20, 21, 22, 23, 27].

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

*Комментарий:* при неосложненном течении ОРВИ патологических изменений нет. Уровень СРБ коррелирует с тяжестью течения, распространенностью воспалительной инфильтрации и прогнозом при пневмонии.

### 2.3.2. Специфическая лабораторная диагностика

- Рекомендовано пациентам с симптомами респираторной инфекции использование экспресс-методов диагностики для идентификации возбудителя ОРВИ [1, 71, 72, 73, 88].

*Комментарии:* иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на коронавирус SARS-CoV-2 и на вирус гриппа А и В (обнаружение антигенов вируса гриппа) для ранней диагностики и скрининга гриппа и новой коронавирусной инфекции с целью своевременного назначения этиотропной терапии

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

- Рекомендовано пациентам с симптомами респираторной инфекции использование молекулярно-биологических методов исследования для идентификации возбудителя ОРВИ [1, 71, 88].

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

*Комментарии:* молекулярно-биологического исследования мазков со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки на коронавирус SARS-CoV-2, на вирусы гриппа А, В (Influenza virus А, В), исследование мазков со слизистой оболочки носо – и ротоглотки методом PCR с использованием ОРВИ-скрин.: вирусы парагриппа (Human Parainfluenza virus), риновирусы (Human Rhinovirus), аденовирус (Human Adenovirus), респираторно-синцитиальный вирус (Human Respiratory Syncytial virus), коронавирусы 229Е, ОС43, NL63, HKUI (Human Coronavirus), бокавирус (Human

*Vocavirus*), метаневмовирус (*Human Metapneumo virus*) - определение вирусов наиболее часто вызывающих инфекции верхних и нижних дыхательных путей для своевременной профилактики развития тяжелого течения болезни и осложнений

- Рекомендовано обследование пациентов с симптомами тонзиллита и пневмонии проводить согласно утвержденным клиническим рекомендациям по данным нозологическим формам [24, 25].

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

#### **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

- Рекомендовано выполнение пульсоксиметрии с измерением SpO<sub>2</sub> пациентам с ОРВИ для ранней диагностики дыхательной недостаточности [25, 26, 72].

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

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

- Рекомендовано выполнение рентгенографии или компьютерной томографии органов грудной клетки или пациентам с явлениями бронхита при длительности болезни более 3-5 дней всем (для исключения очаговой пневмонии) и наличии физикальных признаков поражения легочной ткани (верификация пневмонии) [1, 2, 3, 25, 65].

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

- Рекомендуется рентгенография или компьютерная томография придаточных пазух пациентам с затруднением носового дыхания в течение более 3-5 дней болезни 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 - 2).**

*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 выполнение электрокардиографии и ЭХО КГ пациентам со среднетяжелым и тяжелым 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 В (уровень достоверности доказательств – 3).**

## **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 быстро прогрессирующей ОДН (ЧД >25 в 1 мин, SpO<sub>2</sub> <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).**

### **2.5.1 Дифференциальная диагностика [2, 3, 3, 15, 19, 20, 22, 23, 35, 72]**

Необходимо проводить дифференциальный диагноз респираторной вирусной и ОРЗ бактериальной этиологии, в т.ч. вирусной и бактериальной пневмонии.

Дифференциальная диагностика ОРВИ представлена в **Приложении А3**.

### **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:*

- *подавление репликации вирусов на ранних сроках болезни (противовирусная терапия);*
- *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 В (уровень достоверности доказательств – 3)**

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

- Рекомендовано пациентам с симптомами ОРВИ назначение препаратов с прямым противовирусным действием как препаратов первой линии:
  - Риамиловир [74, 75, 94].

**Уровень убедительности рекомендаций А (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). 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.*

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

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** *умифеновир\*\* специфически подавляет in vitro вирусы гриппа А и В (Influenza virus А, В), включая высокопатогенные подтипы А(Н1N1)pdm09 и А(Н5N1), а также другие вирусы ОРВИ (коронавирус (Coronavirus), ассоциированный с тяжелым острым респираторным синдромом (ТОРС), риновирус (Rhinovirus), аденовирус (Adenovirus), респираторно-синцитиальный вирус (Pneumovirus) и вирус парагриппа (Parainfluenzavirus)). В исследованиях in vitro специфически подавляет вирус SARS-CoV-2, вызывающий новую коронавирусную инфекцию (COVID-19). Рекомендованная схема назначения препарата 200 мг - 800 мг/сут в 4 приёма перорально, курс – 5 дней.*

*Противопоказан при гиперчувствительности к компонентам препарата, в первом триместре беременности. Возможно применение 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 соответствии с настоящими клиническими рекомендациями по лечению ОРВИ или временными методическими рекомендациями по лечению COVID-19 [72], согласно*

которым умифеновир применяется для лечения легких форм COVID-19 (200 мг 4 р/сут в течение 5-7 дней.

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

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

**Комментарий:** подавляет действие вирусов гриппа и других возбудителей ОРВИ за счет непосредственного (ингибирующего) влияния на процесс проникновения вирусов через клеточную мембрану. Обладает интерферогенными свойствами, способствует повышению концентрации эндогенного интерферона (интерферона альфа и интерферона гамма) в плазме крови в 3-4 раза.

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.

- Рекомендовано использование иммуностропных препаратов с опосредованным противовирусным действием пациентам с симптомами ОРВИ как препаратов второй линии [36, 37].

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

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

**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, **Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

**Уровень убедительности рекомендаций В (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.

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

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

**Комментарии:** является индуктором интерферона, что определяет широкий спектр его биологической активности (противовирусной, иммуномодулирующей, противовоспалительной и др.). Эффективен в отношении вируса гриппа и других возбудителей острых респираторных заболеваний. Обладает прямым противовирусным действием, подавляя репродукцию вируса на ранних сроках (1 – 5-е сутки) инфекционного процесса, снижая инфекционность вирусного потомства, приводя к образованию дефектных вирусных частиц. Повышает неспецифическую резистентность организма в отношении вирусных и бактериальных инфекций. 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.

- Оксиэтиламмония метилфеноксиацетат \*\* [102-109].

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

**Комментарии:** обладает иммуномодулирующим, противовирусным и адаптогенным эффектом. Индуктор интерферонов. Стимулирует образование в организме интерферонов (альфа, гамма), оказывает прямое стимулирующее влияние на пролиферацию В-лимфоцитов и усиление продукции лимфокинов и монокинов, стимулирует фагоцитарную активность макрофагов, активизирует синтез иммуноглобулина А (IgA). Адаптогенный эффект связан с оптимизацией энергопродукции и энергозатрат, усилением синтеза РНК и белков в основных органах и системах организма, повышает выносливость при физических и умственных нагрузках, уменьшает действие различных токсинов, повышает устойчивость организма к гипоксии, низким и высоким температурам и другим неблагоприятным факторам окружающей среды. Не входит в перечень ЛС, рекомендуемых международными клиническими рекомендациями по лечению и профилактике гриппа. Применяется перорально: для лечения в первый день по 200мг 3 раза в сутки, в последующие 7 дней по 200 мг 1 раз в сутки (курсовая доза 2000 мг); для профилактики : по 200 мг в сутки (курсовая доза 2800 мг). Противопоказан при гиперчувствительности к компонентам препарата, беременности, в период лактации, детском возрасте до 12 лет, при наследственной непереносимости лактозы, недостаточности лактазы или нарушении всасывания глюкозы и галактозы.

- Азоксимера бромид\*\* [115-123].

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

**Комментарии:** обладает выраженной иммуномодулирующей активностью (приводит к усилению пролиферации Т-клеток, а также к стимуляции созревания дендритных клеток с экспрессией ко-стимулирующих молекул и повышением продукции антител, обеспечивает активацию продукции цитокинов, усиливает продукцию интерлейкинов, интерферона-альфа, усиливает показатели цитотоксичности НК-клеток), оказывает неспецифическое защитное действие в отношении широкого спектра

*патогенов, основанное на регуляции иммунитета макроорганизма. Кроме того, препарат проявляет антитоксическое и антиоксидантное свойства.*

*Таблетки: по 1 таблетке сублингвально 2 раза в день в течение 7 дней.*

*Раствор: парентерально по 6 мг ежедневно в течение 3-х дней, далее через день общим курсом 10 инъекций или интраназально или сублингвально по 6 мг в сутки, суточная доза препарата (6 мг) вводится за 2-3 приема в сутки.*

*Суппозитории: суппозитории по 12 мг 1 раз в сутки ежедневно. Курс лечения – 10 суппозиториев.*

*Противопоказан при повышенной чувствительности к компонентам препарата, беременности, в период грудного вскармливания.*

- Эргоферон (антитела к гамма интерферону человека аффинно очищенные – 10 000 ЕМД\*, антитела к гистамину аффинно очищенные – 10 000 ЕМД\*, антитела к CD4 аффинно очищенные – 10 000 ЕМД\*) [76-78].

**Уровень убедительности рекомендаций В (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.*

- Рафамин (антитела к гамма интерферону человека аффинно очищенные – 10000 ЕМД\*, антитела к CD4 аффинно очищенные – 10000 ЕМД\*, антитела к  $\beta$ 2-микроглобулину МНС класса I аффинноочищенные – 10000 ЕМД\*, антитела к  $\beta$ 1-домену МНС класса II аффинно очищенные – 10000 ЕМД\*) [79,80]

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

*Комментарии:* препарат обладает противовирусной, антибактериальной и противовоспалительной активностью. При совместном применении с антибиотиками, повышает эффективность антибиотикотерапии, в том числе в отношении резистентных штаммов возбудителей, а также способствует сохранению нормальной микрофлоры кишечника. Может применяться в виде монотерапии либо в сочетании с другими средствами противовирусного, антибактериального, патогенетического и симптоматического действия у пациентов с ОРВИ старше 18 лет.

*Внутри по схеме:* в 1-й день лечения – 8 таблеток – по 1 таблетке каждые 30 минут в первые 2 часа (всего 5 таблеток), затем в течение этого же дня принимают еще по 1 таблетке 3 раза через равные промежутки времени. На 2-ой день и далее принимают по 1 таблетке 3 раза в день. Длительность лечения составляет 5 дней.

*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 препаратов интерферона – Интерферон альфа 2b\*\* или Интерферон гамма\*\*[58, 59, 59].

**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*

- Рекомендовано применение бактериального лизата ОМ-85 пациентам с частыми и/или тяжелыми и/или затяжными респираторными инфекциями в анамнезе в составе комплексного лечения острой респираторной вирусной инфекции с иммуностимулирующей целью [130-136].

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

***Комментарии:** Бактериальный ОМ-85 – системно действующий препарат, усиливающий мукозальный иммунный ответ как на вирусную, так и на бактериальную инфекцию в респираторном тракте посредством повышения эффективности механизмов врожденного и адаптивного иммунитета. Применение бактериального лизата ОМ-85 в комплексной терапии ОРВИ способствует снижению продолжительности заболевания и тяжести симптомов. Назначается с первых дней заболевания: 1 капсула в сутки утром натощак за 30 минут до еды до исчезновения симптомов, но не менее 10 дней [130-136]*

### **3.1.2. Патогенетическая и симптоматическая терапия**

- Рекомендуется обязательное проведение базисной терапии всем пациентам независимо от тяжести течения заболевания [2, 3, 35].

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

***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.*

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

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

***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).

**Средняя степень тяжести при лечении больного в условиях стационара** – пероральная дезинтоксикация и/или инфузионная терапия: 800–1200 мл глюкозо-солевых растворов. У пациентов с гипергликемией 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:** Натрия хлорида\*\* до 2000 мг/сут, внутривенно, курс до 15 дней, Калия хлорида\*\* 2,5 г в 500 мл 5% раствора декстрозы или 0,9% раствора натрия хлорида до 10 дней; и применение комплексных составов (растворов): Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид + Кальция хлорид + Магния хлорид, Натрия хлорида раствор сложный: Калия хлорид + Кальция хлорид +Натрия хлорид 400 – 1200 мл, внутривенно, курс до 4 дней.

- Рекомендовано назначение Меглюмина натрия сукцината пациентам со среднетяжелым и тяжелым течением, а также пациентам с наличием поражения легких с антигипоксической и антиоксидантной целью для купирования синдрома интоксикации [99-101].

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

**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.

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

- Рекомендовано назначение нестероидных противовоспалительных препаратов пациентам с гипертермией выше 38<sup>0</sup>С, мышечными и суставными болями с жаропонижающей, болеутоляющей и противовоспалительной целью. [1, 19, 27,

60, 88, 89, 36, 37,50, 51, 93, 130, 137,138, 139, 140]

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

*Комментарий: применение НПВС может быть рекомендовано только с симптоматической целью для достижения жаропонижающего и анальгетического эффектов. Назначение их длительным курсом нецелесообразно. Кроме того, с практической точки зрения следует помнить о том, что назначение НПВС может дезориентировать врача в оценке эффективности проводимой терапии.*

*Рекомендованы к применению - парацетамол\*\* 325 – 500 мг 3 - 4 раза в сутки (максимальная суточная доза - 1500 мг), ибупрофен\*\* 400 мг 3 раза в сутки (максимальная суточная доза - 1200 мг), комбинированные лекарственные формы: парацетамол в комбинации с другими препаратами, кроме психолептиков: Комбинация ибупрофен 200 мг и парацетамол 500 мг [130, 137,138], Парацетамол+Фенилэфрин+Фенирамин [36, 37,50, 51, 93].*

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

- Не рекомендуется назначение производных ацетилсалициловой кислоты, 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 введение физиологического раствора интраназально 2–3 раза в день для разжижения секрета, удаления слизи и восстановления работы мерцательного эпителия [29, 52, 88, 89].

**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств - 2)**

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

Ксилометазолин\*\*. Интраназально. Рекомендованная доза: 1–2 капли (по 1 впрыскиванию) – 3 раза в день

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

**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% (детям 0,05%) раствора или одно впрыскивание из распылителя в каждую ноздрю 4 раза в день. Для профилактики чрезмерного высушивания слизистой оболочки носа рекомендуется использование фиксированных комбинаций ксилометазолина с сорбитолом и гипромеллозой. При избыточной ринорее рекомендуется использование фиксированной комбинации ксилометазолина с ипратропия бромидом ;

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.

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

- Рекомендовано назначение средств растительного происхождения пациентам с назофарингитом и/или неосложненным риносинуситом с симптомами: заложенность носа, ринорея, синдром постназального затёка для улучшения работы мукоцилиарного аппарата и оттока экссудата с целью предупреждения развития осложнений и ускорения клиническое выздоровление [141-147].

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

**Комментарии:** комбинированный препарат растительного происхождения Синупрет обладает выраженным секретолитическим, секретомоторным и противовоспалительным действием.

**Синупрет экстракт** 1 таб. 3 раза в день 7-14 дней

**Синупрет капли** 50 кап. 3 раза в день 7-14 дней

**Синупрет таблетки** 2 таб. 3 раза в день 7-14 дней

Беременным пациенткам с симптомами насморка/назофарингита и острого риносинусита после консультации врача может быть назначен Синупрет в форме таблеток, покрытых оболочкой или капель при невозможности использования таблеток

- Рекомендуется терапия местными средствами в виде полосканий, инсуффляций, 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:** рекомендуются местные анестетики: цетилпиридиния хлорид, гексэтидин, лизоцим+пиридоксин, хлоргексидин, бензилдиметил, биклотимол, препараты иода, аммоний хлорид моногидрат.

- Рекомендовано применение лекарственных препаратов природного происхождения пациентам с симптомами фарингита и/или тонзиллита (боль в горле в покое и при глотании, гиперемия слизистой и миндалин, гипертрофия миндалин) с целью уменьшения болевого синдрома и воспалительных реакций слизистой, профилактики развития осложнений и новых эпизодов ОРВИ [148-152].

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

**Комментарии:** Лекарственное средство, имеющее в своем составе корень алтея, цветки ромашки аптечной, траву тысячелистника, кору дуба, листья грецкого ореха, траву хвоща и траву одуванчика (**Тонзилгон Н, код АТХ: R02AA20**) продемонстрировало высокую фармакологическую эффективность у пациентов с фарингитом и тонзиллитом, т. к. обладает доказанным иммуномодулирующим, антисептическим, антибактериальным, противовирусным и противовоспалительным действием. **Тонзилгон Н таблетки 2 таб.** 5-6 раз день до исчезновения острых симптомов (боль в горле) далее еще 1 неделю 2 таб. 3 раза в день (возможен курсовой длительный прием)

Также данное растительное лекарственное средство может быть назначено беременным и пациентам с соматическими заболеваниями после консультации врача.

- Рекомендуется назначение противокашлевых средств при лечении ОРВИ пациентам с сухим непродуктивным надсадным кашлем, значительно ухудшающим качество жизни пациента (болевым синдром, нарушение сна) с симптоматической целью (бутамират, леводропропизин, водропропизин, комбинация антител к брадикинину, морфину и гистамину - ренгалин или декстрометорфан (в составе комбинированных ЛС)) [2, 3, 24, 36, 37, 81-83].

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

**Комментарии:** Препаратами выбора являются:

*Декстрометорфан (входит в состав многокомпонентных препаратов);*

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

*Леводропропизин- внутрь, в перерывах между едой, взрослым и детям старше 12 лет — 60 мг (10 мл сиропа или 20 капель, желательно разведенных в половине стакана воды) 1–3 раза в сутки с промежутками не менее 6 ч*

*Реналгин 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 [81-83].*

- Рекомендовано пациентам с острым бронхитом и трахеитом, обусловленным респираторными вирусами, сопровождающихся влажным кашлем, а также явлениями бронхообструкции назначение муколитических и отхаркивающих препаратов, кроме комбинаций с противокашлевыми средствами для разжижения и улучшения отхождения мокроты [2, 3, 24, 36, 37, 37,130, 153, 154,155-159].

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

**Комментарии:** возможно применение различных муколитических средств, в том числе и растительных лекарственных препаратов только при наличии продуктивного кашля.

*Синтетические муколитические средства:*

*Ацетилицистеин – внутрь 200 мг, 600 мг/сут, перорально, курс до 5 дней [130, 153, 154];*

*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 (тринатриевая соль глицирризиновой кислоты) + Тимьяна ползучего травы экстракт (чабреца экстракт жидкий) - внутрь 40 мл/сут (10 мл в 4 приёма).*

Амброксол + Натрия глицерризинат (тринатриевая соль глицерризиновой кислоты) + Термопсиса экстракт сухой + Натрия гидрокарбонат – по 1 таблетке 3 раза в сутки.

*Муколитические средства природного происхождения:*

*комбинированные препараты, содержащим фиксированные комбинации тимьяна и плюща (Бронхипрет сироп, код АТХ [R05CA10](#)) и тимьяна и первоцвета (Бронхипрет ТП, код АТХ [R05CA10](#)). Данные комбинации имеют доказанную эффективность в лечении острого бронхита обладают комплексным эффектом: отхаркивающим, противовоспалительным, секретолитическим, бронхолитическим, способствуют снижению вязкости мокроты и ускорению ее эвакуации так же как и синтетические муколитические средства, обладая при этом лучшей переносимостью лечения [36,37, 155-159].*

*Бронхипрет сироп – 5,4 мл. 3 раза в сутки после еды 7-14 дней*

*Бронхипрет ТП – по 1 таблетке 3 раза в день перед едой 7-14 дней*

- Рекомендовано пациентам с острым бронхитом, обусловленным респираторными вирусами, сопровождающихся влажным кашлем ингаляции с гипертоническим стерильным раствором Ингасалин\*\* для ускорения отхождения вязкого секрета (мокроты) в дыхательных путях [185-189].

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

**Комментарии:** Ингаляции Ингасалин® 3%: гипертонического раствора (натрия хлорид - 30 мг) с гиалуронатом натрия (0,1 мг) или Ингасалин форте®7%: гипертонического раствора (натрия хлорид – 70 мг) с гиалуронатом натрия (1,0 мг) по одной ампуле (5 мл) 2 раза в день или соответственно предписанию врача. Лечение можно начать с меньшего количества и увеличивать дозу постепенно.

- Не рекомендовано одновременное применение отхаркивающих и противокашлевых средств 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).**

- Рекомендовано назначение селективных бета 2-адреномиметиков у пациентов с наличием бронхообструктивного синдрома, связанного с бронхоспазмом [36, 37, 60].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень доказательности - 5).**

*Комментарии:* рекомендуется назначение Сальбутамола\*\* в дозе 100–120 мкг, (1–2 вдоха) до 3–4 раза в сутки

- Рекомендовано назначение у взрослых комбинированного препарата, содержащего амброксол, гвайфенезин и левосальбутамол для симптоматической терапии продуктивного кашля, особенно при наличии признаков бронхиальной обструкции [160-163].

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

*Комментарии:* применяется в виде раствора для приема внутрь по 10 мл 3 раза в день в течение 2 недель

- Рекомендовано назначение ксантинов у пациентов с наличием бронхообструктивного синдрома [36, 60].

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

*Комментарии:* рекомендуется назначение Аминофиллина\*\* в дозе: 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

**Антибактериальные препараты [1, 2, 3, 23, 42, 58, 60, 63, 64, 65, 70]**

- Не рекомендуется применение антибактериальных препаратов при неосложнённых ОРВИ, в том числе при наличии ринита, конъюнктивита, затемнения синусов при рентгенографии, ларингита, крупа, бронхита и бронхообструктивного синдрома в течение до 10–14 дней во взрослой и детской практике.

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

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

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

*Комментарий:* Препаратами выбора при бактериальных риносинуситах являются:

- Амоксицилин\*\* - 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.
- Азитромицин\*\* - 500 мг, 1 раз в сутки перорально, курс 3–5 дней.
- Кларитромицина\*\* - 500 мг (1 раз в сутки), курс 7–10 дней.

- Рекомендуется применение препарата Левофлоксацин\*\* 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.

*Комментарии:* Рекомендуемые дозы Левофлоксацина\*\*- 500 мг., перорально, курс до 5–7 дней.

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

- Рекомендовано назначение противогрибковых препаратов при наличии сопутствующих грибковых инфекций (в том числе на фоне антибиотикотерапии).

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

*Комментарии:* Флуконазол\*\*. Рекомендованная доза – 100–200 мг/сут, курс – до 14 сут.

- Рекомендовано назначение глюкокортикостероидов при тяжёлом течении ОРВИ с осложнениями (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!

- Рекомендуется назначение кислорода при развитии осложнений острой респираторной вирусной инфекции в виде поражения легких с дыхательной недостаточностью [25, 26, 28, 65, 72].

При появлении признаков дыхательной недостаточности ( $SpO_2 < 92\%$ ) необходимо обеспечить ингаляцию кислорода через носовые катетеры или лицевые маски. В зависимости от клинической ситуации (степень гипоксемии, ответ на кислородотерапию), используются различные системы для доставки кислорода в дыхательных путях пациента: носовые канюли (позволяют создавать кислородно-воздушную смесь с  $FiO_2$  до 24-40%); стандартная лицевая маска ( $FiO_2$  35-50%) или использование аппаратов для высокопоточной оксигенации (ВПО). Начинают со средней скорости потока (5-7 л/мин), при необходимости увеличивая до 10 л/мин, чтобы обеспечить приемлемый уровень оксигенации крови ( $PaO_2$  более 60 мм рт. ст.,  $SpO_2$  выше 90%). - Зайцев

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

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

### 3.1.3. Прочие препараты

- Рекомендуется назначение гипосенсибилизирующих (противоаллергических) препаратов при наличии токсикодермии, аллергической реакции на препараты в ходе лечения [60].

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

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

- Рекомендуется назначение производных бензодиазепаина 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<sup>\*\*</sup>: до 5–20 мг/сут, внутримышечно и внутривенно.

- Рекомендуется назначение гастропротектора омепразола\*\*с целью протективного действия на слизистую пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне приёма различных препаратов, в том числе нестероидных противовоспалительных средств [9,59, 67].

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

*Комментарии: Рекомендованная доза: 20–40 мг/сут перорально, курс 15 дней.*

- Рекомендуется назначение пробиотиков пациентам с ОРВИ, имеющим заболевания желудочно-кишечного тракта, функциональные гастроинтестинальные расстройства, кожные заболевания, при длительном применении антибактериальной терапии (более 7 дней), в том числе в недавнем анамнезе (в течение 1-2 предшествующих месяцев) для профилактики бактериальных осложнений и постинфекционных функциональных гастроинтестинальных нарушений, антибиотик-ассоциированного синдрома, повышению приверженности пациента антибиотикотерапии, снижению риска развития антибиотикорезистентности, защите и восстановлению кишечной микробиоты [130, 164-179].

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

*Комментарии: Пробиотики рекомендуются в составе комплексной терапии в ранние сроки ОРВИ. Допускается применение пробиотиков в сочетании с противовирусными, антибиотиками препаратами или другими патогенетическими средствами.*

- *Bifidobacterium bifidum* (сорбированные на активированном угле) по 500 млн КОЕ (1 капсула или пакет) 3 раза в сутки. Курс – 5–7 дней [130, 164-170].

- *Bifidobacterium bifidum* (сорбированные на активированном угле) + *Lactobacillus plantarum* 8P-A3 100 млн КОЕ (по 2 капсулы или пакета) 3 раза в сутки. Курс – 5–7 дней [130, 164-170].

- *Lactobacillus acidophilus* (LA-5) и *Bifidobacterium animalis subsp. lactis* (BB-12) 1-3 капсулы в день в зависимости от тяжести симптомов [171-176].

- *Enterococcus faecium* ENCfa-68 и *Bifidobacterium longum* BB-46; *Lactobacillus rhamnosus* GG и *Bifidobacterium animalis subsp. lactis* BB-12) 2–3 капсулы в сутки 10–21 день [177,178].

- С учетом дисбиотических изменений в кишечнике необходимо включать пробиотические препараты в схемы лечения длительнотекущего

коронавирусного синдрома. Так рекомендовано применение эубиотического комплекса в составе которого содержится комбинация штаммов *Enterococcus faecium* ENCfa-68 и *Bifidobacterium longum* BB-46 [179].

### **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 начинать реабилитационные мероприятия в периоде ранней реконвалесценции [2, 3, 3, 25, 72].

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

- Рекомендуется пациентам с синдромом вирусной и поствирусной астении вне зависимости от степени тяжести, формы инфекционного процесса и периода болезни назначение адаптогенных препаратов с противоастенической целью [1, 2, 102-109,190].

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

**Комментарии:** *оксиэтиламмония метилфеноксиацетат обладает одновременно иммуномодулирующим и адаптогенным свойствами. Перорально в первый день 3 таблетки (600 мг) в сутки, в последующие 7 дней по 1 таблетке (200 мг). Всего на курс 10 таблеток (суммарная доза 2000 мг), длительность курса 8 дней [102-109, 190].*

- Рекомендуется комплексный характер восстановительных мероприятий 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 – 4).**

- Рекомендуется 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 – 4).**

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

**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).*

## **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 [2, 2, 3, 7, 23, 72].

### **5.2. Неспецифическая профилактика**<sup>1</sup>

- Рекомендовано выявление больных или лиц с подозрением на заболевания ОРВИ среди контактных [2, 2, 3, 7, 23, 72].
- Больного изолируют в домашних условиях, при необходимости в условиях стационара в отдельном боксе до полного клинического выздоровления (в

---

<sup>1</sup> СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней». XXXIV. Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций (постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 г. № 2).

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.

**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 [2, 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 [2, 2, 3, 7, 23, 72].

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

- Рекомендовано проведение химиопрофилактики лицам при наличии в анамнезе контакта с больным ОРВИ с целью немедленного противовирусного действия и с целью повышение резистентности организма [2, 2, 3, 7, 23, 72].

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

***Комментарии:** неспецифическая профилактика подразделяется на два варианта: экстренную, рассчитанную на немедленное противовирусное действие химиопрепаратов, интерферонов, индукторов интерферона (внутриочаговая и внеочаговая (плановая), и сезонная профилактика, проводимая в предэпидемический период с целью повышение резистентности организма человека к респираторным вирусам во время максимальной вероятности заболевания. Внутриочаговую профилактику проводят среди лиц, находившихся в непосредственном контакте с больными, в семьях, квартирах, больничных палатах (эпидемических очагах). Продолжительность внутриочаговой профилактики колеблется от 2 дней при прекращении контакта с источником инфекции до 5-7 дней, если контакт сохраняется.*

*Внеочаговую профилактику проводят среди контингентов с повышенным риском заражения ОРВИ и с высоким риском неблагоприятных исходов заболевания [2, 2, 3, 7, 23, 72].*

- Рекомендовано избирательное использование препаратов прямого противовирусного действия у лиц после контакта с больным ОРВИ или в эпидемический сезон с целью экстренной и плановой химиопрофилактики [2, 2, 3, 7, 23, 72].

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

- Рекомендовано использование Умифеновира\*\* [27, 62]:
  - 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 - 2).**

- Рекомендовано использование оксодигидроакридинацетата натрия [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 А (уровень достоверности доказательств - 2).**

- Рекомендовано использование препаратов интерферона [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 В (уровень достоверности доказательств – 3).**

- Рекомендовано использование препаратов – индукторов интерферонов [1, 2, 3, 7, 7, 11, 35, 84, 93, 95, 96].

- 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.

- - меглюмина акридонацетат\*\* [95, 96,28,129]. (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. С целью профилактики острого бронхита – 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 (20 – 40 таблеток). Частота развития поражений нижних дыхательных путей при применении меглюмина акридонацетат в 9 раз реже, чем при использовании только симптоматической терапии [128,129].

- оксиэтиламмония метилфеноксиацетат\*\*[110-114] – по 1 таблетке (200 мг) в сутки после еды. Всего на курс 14 таблеток (суммарная доза 2800 мг), длительность курса 14 дней.

- азоксимера бромид [118, 120,121,123-127] (экстренная и сезонная)

Таблетки: по 1 таблетке в день в течение 10 дней.

Раствор: интраназально или сублингвально по 6 мг в сутки, суточная доза препарата (6 мг) вводится за 2-3 приема в сутки.

Суппозитории: суппозитории по 12 мг 1 раз в сутки ежедневно. Курс применения – 10 суппозиториев.

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

- Рекомендовано применение бактериального лизата ОМ-85 пациентам, вне зависимости от сезона по заболеваемости ОРВИ, проживающим в экологически неблагоприятных условиях и подвергающиеся постоянному воздействию негативных факторов среды; пациентам с хроническими заболеваниями дыхательных путей и глотки (хронический бронхит/хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, хронический риносинусит, хронический тонзиллит и др.) для профилактики рецидивирующей респираторной инфекции и вторичной бактериальной инфекции [130, 131, 134 ].

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

**Комментарии:** у пациентов с хроническими респираторными заболеваниями применение ОМ-85 снижает количества эпизодов острых респираторных инфекций и обострений хронического заболевания, а также потребности в антибактериальной терапии. Назначается тремя курсами по 10 дней, интервал между курсами 20 дней [130, 131, 134].

- Рекомендован прием препаратов витамина D3 (колекальциферола) взрослому населению в предэпидемический и эпидемический периоды ОРВИ длительно в качестве средства неспецифической профилактики и развития тяжелых форм ОРВИ [180-189]

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

**Комментарии:** низкий уровень витамина D связан с увеличением частоты сезонных респираторных инфекции и ухудшением показателей функции легких длительность у взрослых. Приема от 6 месяцев до года, лицам без ожирения (ИМТ <30 кг/м<sup>2</sup>) в дозе 2000 МЕ/сутки или 10 000 МЕ/неделю, а при наличии ожирения (ИМТ >30 кг/м<sup>2</sup>) в более высоких дозах от 3000 МЕ/сутки до 6000 МЕ/сутки Длительный прием витамина D3 связан с необходимостью поддерживать его целевой уровень (30–60 нг/мл) на протяжении всего года [180-184].

### **5.3. Диспансерное наблюдение [2, 3, 3]**

- 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              |

## 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 – 4).**

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

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

- Рекомендована госпитализация в медицинскую организацию пациентов: с тяжелым и среднетяжелым и осложненным течением ОРВИ, пациентов групп риска, а также по эпидемическим показаниям, в том числе и с легким течением болезни

(проживающих в общежитиях и в условиях неблагоприятных факторов жилой среды)<sup>1</sup>[2, 3, 3].

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

*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.

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

- Рекомендован перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии при наличии следующих критериев [1, 3, 72]:
  - 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).

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

- Рекомендуется срочно пересмотреть схемы ведения больного ОРВИ при появлении признаков (симптомов) прогрессирующего течения болезни<sup>2</sup>:

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

*Комментарии:* 1) при симптомах, свидетельствующих об ухудшении снабжения организма кислородом или сердечно-легочной недостаточности

---

<sup>1</sup> СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней». XXXIV. Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций (постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 г. № 2).

<sup>2</sup> 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»

*(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 пациента из медицинской организации при: стойком улучшении клинической картины, нормализации температуры тела, купировании респираторно-катарального синдрома. нормальных показателях общего анализа крови [1, 3, 72].

**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.

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

К группам риска тяжелого течения ОРВИ относятся следующие лица<sup>1,2</sup>:

---

<sup>1</sup> СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней». XXXIV. Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций (постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 г. № 2).

<sup>2</sup> Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации 02.12.2022 № 30-4/И/1-20714). Памятка для медицинских работников по проведению дифференциальной диагностики COVID-19 с гриппом и ОРВИ, определению тактики ведения больных, включая детей, лиц пожилого возраста и беременных.

- беременные на любом сроке беременности и в послеродовой 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 гемоглинопатиями;
- 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.

## Критерии оценки качества медицинской помощи

| №                           | Критерии качества   | Уровень достоверности доказательств | Уровень убедительности рекомендаций |
|-----------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Этап постановки диагноза |   |                                     |                                     |
| 1                           | Выполнен общий осмотр   | 5                                   | С                                   |
| 2                           | Выполнены осмотр и пальпация лимфоузлов головы и шеи  | 5                                   | С                                   |
| 3                           | Выполнено физикальное обследование лёгких (пальпация, перкуссия, аускультация)  | 5                                   | С                                   |
| 4                           | Выполнена пульсоксиметрия с измерением SpO <sub>2</sub>   | 5                                   | С                                   |
| 5                           | Выполнено физикальное исследование сердца: измерение пульса и артериального давления, аускультация (выявление тахикардии, сердечных шумов и др.)  | 5                                   | С                                   |
| 6                           | Выполнен клинический анализ крови   | 2                                   | В                                   |
| 7                           | Выполнен общий (клинический) анализ мочи  | 3                                   | В                                   |
| 8                           | Выполнен биохимический анализ крови общетерапевтический   | 5                                   | С                                   |
| 9                           | Выполнено проведение коагулограммы пациентам с проявлениями геморрагического синдрома   | 5                                   | С                                   |
| 10                          | Выполнено исследование маркеров воспалительной реакции пациентам с тяжелым и осложненным течением ОРВИ  | 5                                   | С                                   |
| 11                          | Выполнено экспресс-исследование на коронавирус SARS-CoV-2 и на вирус гриппа А и В (обнаружение антигенов вируса гриппа)   | 1                                   | А                                   |
| 12                          | Выполнено молекулярно-биологического исследования мазков со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки на коронавирус SARS-CoV-2, на вирусы гриппа А, В (Influenza virus А, В), исследование мазков со слизистой оболочки носа – и ротоглотки методом PCR с использованием ОРВИ-скрин | 1                                   | А                                   |

|    |  |  |   |   |
|----|--|--|---|---|
| 13 | Выполнена рентгенограмма или компьютерная томограмма органов грудной клетки (при подозрении на наличие осложнений)   |  | 1 | В |
| 14 | Выполнена рентгенограмма или компьютерная томограмма придаточных пазух (при подозрении на наличие осложнений)  |  | 2 | С |
| 15 | Выполнена электрокардиография и ЭХО КГ пациентам со среднетяжелым и тяжёлым течением ОРВИ (особенно лицам пожилого и старческого возраста)   |  | 3 | В |
| 16 | Проведена патогенетическая и симптоматическая терапия  |  | 3 | В |
| 17 | Проведена этиотропная терапия противовирусными препаратами   |  | 3 | В |
| 18 | Проведена терапия антибактериальными препаратами - в случае осложнений ОРВИ  |  | 5 | С |
| 19 | Проведена выписка пациента из медицинской организации при: стойком улучшении клинической картины, нормализации температуры тела, купировании респираторно-катарального синдрома, нормальных показателях клинического анализа крови |  | 5 | С |

### 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.
10. 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>.
11. 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.
12. 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.
13. Викулов Г.Х. Новые и возвращающиеся респираторные вирусные инфекции: алгоритмы диагностики и терапии // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018, №8 (1). – с. 5–11.
14. 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>.
15. 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.
16. 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.

17. Кареткина Г.Н. Острые респираторные инфекции: профилактика и лечение в предстоящем эпидемическом сезоне. Медицинский алфавит. 2017; 3(30): 7–14.
18. 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.
19. Селькова Е.П., Калюжин О.В. ОРВИ и грипп. В помощь практикующему врачу. Мю: МИА; 2015; 224 с.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. Карпухин Г.И., Карпухина О.Г. Диагностика, профилактика и течение острых респираторных заболеваний. СПб.: Гиппократ. 2000; 184 с.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.

30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. Федеральные клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при острой лихорадке у детей. Баранов А.А. 2015; 12 с.
34. 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.
35. 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.
36. Малявин А.Г. Мифы острого бронхита. *Non posere*. 2019; 9:19-24.
37. Малявин А.Г. Острый бронхит и роль вирусной инфекции при этом заболевании. *Non posere*. 2020; 11: 84–93.
38. 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.
39. 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.
40. 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.

41. 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.
42. Kenealy T., Arol B. Antibiotics for common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013; 6: CD000247.
43. 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.
44. 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.
45. 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.
46. 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.
47. 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.
48. Сологуб Т.В. Грипп в современных условиях: Противовирусная терапия прямого действия. *Медицинский совет*. 2015; №4: с. 36–45.
49. 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.
50. Eccles, R., Turner, R. B. & Dipinigitis, P. V. Treatment of Acute Cough Due to the Common Cold: Multi-component, Multi-symptom Therapy is Preferable to Single-Component, Single-Symptom Therapy—A Pro/Con Debate. *Lung* 194, 15–20 (2016).

51. Picon PD, Costa MB, da Veiga Picon R, et al. Symptomatic treatment of the common cold with a fixed-dose combination of paracetamol, chlorphenamine and phenylephrine: a randomized, placebo-controlled trial. *BMC Infect Dis.* 2013;13:556
52. Papsin B, McTavish A. Saline nasal irrigation: Its role as an adjunct treatment. *Can Fam Physician.* 2003.
53. 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.
54. 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.
55. 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. *Терапевтический архив* 11, 2017. С. 84-92.
56. 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.
57. 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.
58. 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.
59. 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.
60. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск XVII. Под. ред. Чучалина А.Г., Яснецова В.В. М.: Видокс. 2016; 1045 с.
61. 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.
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. Boccazzi A., Garotta M., Pontari S., Agostoni C.V. Streptococcal tonsillopharyngitis: clinical vs. microbiological diagnosis. *Infez. Med.* 2011; 19 (2): 100-105.
64. 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).
65. Национальные рекомендации по диагностике и лечению тяжёлых форм гриппа. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Черняев А.Л., Опилова Г.Л., Самсонова М.В. 2013; 19 с.
66. 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.
67. 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.
68. 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.
69. 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.
70. 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.
71. Лабораторная диагностика гриппа и других ОРВИ методом полимеразной цепной реакции. Клинические рекомендации // ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва –2016.–62 с.
72. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» Версия 17 (14.12.2022)
73. 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.

74. 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
75. 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
76. 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.
77. 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.
78. Костинов М.П., Хамитов Р.Ф., Бабкин А.П., Минина Е.С., Барт Б.Я., Михайлузова 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.
79. Овчинников А.Ю., Мирошниченко Н.А., Николаева Ю.О. О рациональном и эффективном лечении острых респираторных инфекций. *Ж. Эффективная фармакотерапия*, 2022; 18 (28): 22-25
80. Хамитов Р.Ф., Никифоров В.В., Зайцев А.А., Трагира И.Н. Оценка эффективности и безопасности комплексного противовирусного препарата на основе антител в терапии острой респираторной вирусной инфекции у взрослых. *Терапевтический архив*. 2022;94(1):83–93.
81. Хамитов Р.Ф., Илькович М.М., Акопов А.Л., Михайлузова 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.
82. 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.
83. Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Галустьян А.Н., Пак Т.Е., Бальцеревич 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.
84. Маринич В.В., Мизерницкий Ю.Л. Эффективность профилактики респираторных заболеваний у спортсменов-подростков. // Лечащий врач. – 2017. - №9.
85. 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.
86. 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.
87. 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.
88. Лопатин А.С., Свистушкин В.М. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации. М.: Российское общество ринологов. -2009-26 с.
89. Острый риносинусит. Клинические рекомендации. М-Ростов-на-Дону: Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации. - 2014-27с.
90. Карнеева О.В., Дайхес Н.А., Поляков Д.П. Протоколы диагностики и лечения острых тонзиллофарингитов. Русский медицинский журнал «Оториноларингология". 2015; № 6: с. 307-311.
91. 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.
92. 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.

93. Kiran, Mayuresh D., Monali P. Vakharia, Lalit J. Pawaskar, and Shaheen N. Sheikh. 2018. "Efficacy and Safety of a Fixed Dose Combination of Paracetamol, Chlorpheniramine Maleate and Phenylephrine in Treatment of Common Cold: A Phase IV, Open-Labelled, Multi-Centric Study." *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology* 8 (1): 34.
94. 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 Риамилловир 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.
95. 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.
96. 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
97. 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.
98. Исаков В.А., Архипов Г.С., Коваленко А.Л., Туркин В.В. Терапия вирусных инфекций. *Лечащий врач*, 2000 №3 С. 57–59 .
99. Исаков В.А., Архипов Г.С., Коваленко А.Л., Туркин В.В. Терапия вирусных инфекций. *Лечащий врач*, 2000 №3 С. 57–59.
100. 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.
101. Мазина Н.К., Шешунов И.В., Мазин П.В. Адьювантная энергопротекция реамберинном в практике интенсивной терапии и реанимации: эффективность по данным метаанализа (с истематический обзор). *Анестезиология и реаниматология*. 2016; 61(4), С. 314–319.
102. Шабанов П. Д., Зарубина И. В., Мокренко Е.В. Фармакология трекрезана – нового иммуномодулятора и адаптогена // *Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии*. 2014. Т.12, № 2. С. 12 –27.

103. Воронков М. Г., Расулов М. М. Трекрезан—родоначальник нового класса адаптогенов и иммуномодуляторов (обзор). Химико-фармацевтический журнал. 2007;41(1):3–7
104. Кузнецов И. А., Смирнов А. М., Куралева О. О., Быстрякова Е. А., Лакейкина И.А., Бегметова М. Х. Биологические и фармакологические свойства Трекрезана. Современные проблемы науки и образования. 2015;1–1.
105. Ю. В. Фролова, Н. М. Голанова, Д. Г. Листраденкова, Е. П. Амон, Е. Ю. Малинникова. Результаты наблюдательного пострегистрационного исследования эффективности и безопасности применения препарата Трекрезан® у взрослых больных острой респираторной вирусной инфекцией // Терапия 8, 2021.
106. Шабанов, П. Д., Ганапольский, В. П., Жумашева, А. Б., Елистратов, А. А., Мокеева, Е. Г., Кудлай, Д. А. Трекрезан как метаболический активатор, обладающий свойствами метеoadаптогена, психоэнергизатора и иммуномодулятора. Вестник Российской военно-медицинской академии. 2006; (1): 53-57.
107. Ерофеева М. К., Максакова В.Л. Трекрезан – иммуномодулирующий препарат с выраженными адаптогенными свойствами . ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия ж-л Поликлиника 2020,4 стр 71-74
108. Стороженко П.А., Жигачёва И.В., Кузнецов И.А., Бегметова М.Х., Мьякинкова Л.Л., Гукасов В.М., Рыбаков Ю.Л., Расулов М.М. Свойство препарата Трекрезан модулировать синтез белка в клетках Медицина и высокие технологии. 2022. № 1. С. 36-43.
109. Верлан Н.В., Кочкина Е.О.В Сравнительная оценка действия интерферонсодержащих препаратов и противовирусного средства растительного происхождения сборнике: от биохимии растений к биохимии человека. международная научная конференция. Москва, 2022. С. 329-333
110. Шабанов П. Д., Зарубина И. В., Болехан А. В., Рылеев А. Ю., Жумашева А. Б., Цыган В.Н. Иммуномодулятор Трекрезан: профиль общей и иммунотропной активности // РМЖ. 2005. № 20. С. 1361.
111. Жумашева А. Б., Болехан А.В., Шабанов П. Д. Иммуномодулирующие свойства Трекрезана Психофармакол. и биол. наркология.2009.—Т. 8, № 3.—С. 2555–2559
112. Максимов М. Л., Аляутдин Р.Н. Эффективность и безопасность Трекрезана. Иммуномодулятор с адаптогенными свойствами. Терапия. 2017;2(12)

113. Лавренова Г. В., Зайнчуковский М.С., Жамакочян К.Ц., Малышева М. И. Пути профилактики острой вирусной инфекции и ее бактериальных осложнений. Медицинский совет. 2020;(21)
114. Н.В. Верлан, Е.О. Кочкина. Перспективы фармакологической оптимизации противовирусной защиты организма. Терапия. 2021; 4
115. Alexia, Catherine, Mailys Cren, Pascale Louis-Plence, Dang-Nghiem Vo, Yasamine El Ahmadi, Emilie Dufourcq-Lopez, Zhao-Yang Lu, и др. «Polyoxidonium Activates Cytotoxic Lymphocyte Responses Through Dendritic Cell Maturation: Clinical Effects in Breast Cancer». *Frontiers in Immunology* 10 (2019 г.): 2693. <https://doi.org/10/gg88kq>
116. Лусс Л. В. Современные взгляды на иммуномодулирующую терапию при респираторных инфекциях у взрослых и детей: преимущества Полиоксидония / Л. В. Лусс // Эффективная фармакотерапия. Аллергология и иммунология. – 2015. – № 2–3 (48). – С. 24–32.
117. Белан, Э.Б., и А.А. Желтова. «Применение иммуномодуляторов в лечении заболеваний дыхательных путей». Фарматека, вып. 4 (2017 г.). <https://pharmateca.ru/ru/archive/article/34670>
118. Булгакова, В. А. «Иммуномодуляторы для профилактики и лечения острых респираторных инфекций: эффективность азоксимера бромида». Терапевтический архив (архив до 2018 г.) 86, вып. 12 (1 декабрь 2014 г.): 92–97. <https://doi.org/10/gg6rsh>.
119. Глушкова, Е. Ф., и Т. Н. Суровенко. «Иммуномодулирующая терапия у пациентов с инфекциями верхних дыхательных путей и ЛОР-органов». Медицинский Совет, вып. 16 (2016 г.). <https://doi.org/10/gg6rsn>
120. Варфоломеева, М. И., и Б. В. Пинегин. «Обоснование назначения и применение Полиоксидония в лечении и профилактике ОРВИ». Трудный Пациент 9, вып. 6 (2011 г.). <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=16921857>
121. Булгакова, В. А., И. И. Балаболкин, и А. С. Игнатова. «Иммуномодуляция как стратегия профилактики и лечения респираторных инфекций». Consilium Medicum 18, вып. 11 (2016 г.). <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28804362>
122. Зырянов, С. К., О. И. Бутранова, А. В. Ершов, и З. Ш. Манасова. «Эффективность азоксимера бромида в терапии госпитализированных пациентов с внебольничной пневмонией среднетяжелого и тяжелого течения». Медицинский Совет, вып. 18 (2021 г.). <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-18-106-117>
123. Варфоломеева, М.И., и Н.Х. Сетдикова. «Современные возможности иммуномодулирующей терапии в профилактике и лечении острых респираторных

- инфекций». *Consilium Medicum* 17, вып. 3 (2015 г.).  
<https://elibrary.ru/item.asp?id=23209647>
124. Омарова, Х.Г., А.А. Плоскирева, И.А. Агаркова, и А.В. Горелов. «Опыт применения азоксимера бромида для профилактики острых респираторных заболеваний и COVID-19 у взрослых из группы повышенного риска инфицирования (медицинских работников „красной зоны“): метаанализ контролируемых клинических исследований». *Русский Медицинский Журнал*, 2022 г.
125. Вавилова В. П. и др. «Способ профилактики острых респираторных инфекций и COVID-19 у медицинских работников». //Терапия. – 2021. – Т. 7. – №. 4. – С. 114-123.  
<https://doi.org/10.18565/therapy.2021.4.114-123>
126. Скачков, М. В. «Безопасность и эффективность Полиоксидония для профилактики ОРЗ у длительно и часто болеющих пациентов». *РМЖ* 16, вып. 22 (2008 г.).  
<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22934420>.
127. Михайленко А.А. и соавт. Профилактика гриппа и ОРЗ с помощью сублингвального применения Полиоксидония. *Иммунология*. 2005.
128. Романцов М.Г., Сологуб Т.В., Петров А.Ю., Коваленко А.Л. Циклоферон в лечении и экстренной профилактике респираторных вирусных инфекций и гриппа. *Рецепт*. 2011;(6):59–65.
129. Исаков В.А., Кобалова И.В., Ерофеева М.К. Эффективность Циклоферона® в терапии и профилактике гриппа и ОРЗ. *Русский медицинский журнал*. – 2011. – №23. С. 1420-1425.
130. А.Г. Малявин, А.В. Горелов, Е.В. Эсауленко, О.В. Калюжин, Е.В. Ших, С.Л. Бабак, М.В. Пчелинцев. Согласованное мнение экспертов круглого стола «Терапия ОРВИ у взрослых: традиционные представления и перспективы»//Терапия.-№10.-2022
131. Study of the Efficacy and Safety of Broncho-munal®, Capsules, 7 mg for the Treatment of Acute Uncomplicated Respiratory Tract Infections - Full Text View - ClinicalTrials.gov
132. Li J. et al. Protective effect of a bacterial extract against acute exacerbation in patients with chronic bronchitis accompanied by chronic obstructive pulmonary disease //Chinese medical journal. – 2004. – Т. 117. – №. 06. – С. 828-834.
133. Soler M., Mütterlein R., Cozma G. Double-blind study of OM-85 in patients with chronic bronchitis or mild chronic obstructive pulmonary disease //Respiration. – 2007. – Т. 74. – №. 1. – С. 26-32.
134. Tang H. et al. Efficacy and safety of OM-85 in patients with chronic bronchitis and/or chronic obstructive pulmonary disease //Lung. – 2015. – Т. 193. – С. 513-519.

135. Рябова М. А. и др. К вопросу о лечении острых заболеваний верхних дыхательных путей // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2016. – №. 3. – С. 51-54.
136. Эдже М. А., Овчинников А. Ю., Хон Е. М. Современные схемы лечения пациентов с острым бактериальным риносинуситом // Consilium Medicum. – 2016. – Т. 18. – №. 11. – С. 63-66.
137. Mehlisch D.R., Aspley S., Daniels S.E. et al. A single-tablet fixed-dose combination of racemic ibuprofen/paracetamol in the management of moderate to severe postoperative dental pain in adult and adolescent patients: a multicenter, two-stage, randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled, factorial study // Clin Ther. 2010. Vol. 32. P. 1033–1049
138. Hay, Alastair D., et al. "Paracetamol plus ibuprofen for the treatment of fever in children (PITCH): randomised controlled trial." Bmj 337 (2008).
139. P.Sarzi-Puttini et al. Pain and ketoprofen: what is its role in clinical practice? Reumatismo, 2010; 62(3):172-188.
140. Rençber S., Karavana S. Y., Özyazici M. Bioavailability file: ketoprofen // Fabad Journal of Pharmaceutical Sciences. – 2009. – Т. 34. – №. 4. – С. 203
141. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012, Rhinology. 2012; Vol. 50 (1): p.1–12.
142. Orlandi R.R., Kingdom T.T., Hwang P.H., et al . International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis. Int Forum Allergy Rhinol. 2016; 6 Suppl 1:S22-209. doi: 10.1002/alr.21695.
143. Melzer, R. Saller, A. Schapowal, R. Brignoli. Systematic Review of Clinical Data with BNO-101 (Sinupret) in the Treatment of Sinusitis. ForschKomplementärmed 2006;13:78–87.
144. D. Passali, J. Cambi, F.M. Passali, L.M. Bellussi. Phytoneering: a new way of therapy for rhinosinusitis. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2015 Feb; 35(1): 1–8.
145. Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins Cl., Hellings P.W., et al. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020, Rhinology. 2020; Vol. 58, Suppl. 29 p.53–95.
146. Koch A.K., Klose P., Lauche R., Cramer H., Baasch J., Dobos G.J., Langhorst J. A Systematic Review of Phytotherapy for Acute Rhinosinusitis. Forsch Komplementmed 2016;23(3):165-9. doi: 10.1159/000447467.
147. R. Jund et al., Herbal Drug BNO 1016 is safe and effective in the treatment of acute viral rhinosinusitis. Acta Oto-Laryngologica, 2015; 135: 42-50

148. V. Popovych, I. Koshel, A. Malofiichuk et al. A randomized, open-label, multicenter, comparative study of therapeutic efficacy, safety and tolerability of BNO 1030 extract, containing marshmallow root, chamomile flowers, horsetail herb, walnut leaves, yarrow herb, oak bark, dandelion herb in the treatment of acute nonbacterial tonsillitis in children aged 6 to 18 years. *Am J Otolaryngol* 40 (2019) 265–273.
149. V. Vavilova, D. Abramov-Sommariva, Hubert Steindl, Meinolf Wonnemann et al. Effectiveness and tolerability of Tonsilgon® N in the treatment of recurrent upper respiratory tract infections in children: a non-interventional study in Russia *Clinical Phytoscience* (2016) 2:6.
150. Пискунов, В. С. Опыт применения препарата Тонзилгон® Н в комплексном лечении хронического тонзиллита с промыванием небных миндалин у взрослых / В. С. Пискунов, Н. А. Никитин // *Consilium Medicum*. – 2018. – Т. 20. – № 3. – С. 48-52.
151. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Царапкин Г.Ю. и др. Изучение эффективности и безопасности препарата Тонзилгон Н в лечении хронического фарингита. *Медицинский совет*. 2016. №17
152. Арефьева Н.А., Васяева А.А.. Иммуноterapia при хронических фарингитах: показания, результаты. *PMЖ* - 2010. - Т 18, № 30. - С. 1864-1869
153. Roveta A.M., Debbia E.A., Schito G.C., Marchese A. Comparison of the activity of N-acetylcysteine, Ambroxol, Bromexine and Sobrelol on *Staphylococcus aureus* biofilms//*GIMMOC*.2004. Vol.8, p.1-12.
154. Blasi F. et al. The effect of N-acetylcysteine on biofilms: Implications for the treatment of respiratory tract infections // *Respiratory medicine*. – 2016. – Т. 117. – С. 190-197.
155. Wopker PM, Schwermer M, Sommer S, Längler A, Fetz K, Ostermann T, Zuzak TJ. Complementary and alternative medicine in the treatment of acute bronchitis in children: A systematic review. *Complement Ther Med*. 2020 Mar; 49:102217. doi: 10.1016/j.ctim.2019.102217. Epub 2019 Oct 19.;
156. Kemmerich B. et al. Efficacy and tolerability of a fluid extract combination of Thyme herb and Ipe leaves and matched placebo in adults suffering from acute bronchitis with productive cough. *Arzneim. - Forsch./Drug Res*. 56, №9, 652-660 (2006)
157. Kemmerich B. Evaluation of efficacy and tolerability of a fixed combination of Thyme herb and Primrose root in adults suffering from acute bronchitis with productive cough. *Arzneim. - Forsch./Drug Res*. 57, №9, 607-615 (2007)
158. Ismail C. et al. Bronchipret in cases of acute bronchitis. *Schw. Zschr. GanzheitsMedizin*, 2003. P. 171-175.

159. А.Г. Малявин. Возможности лечения ОРВИ фитопрепаратами в рутинной клинической практике. *Терапия*. 2021; №7 (49)
160. Зайцев А.А., Оковитый С.В., Крюков Е.В. Современные возможности мукоактивной терапии. *Фарматека*. 2015;14:81-4.
161. Лиджиева А.А., Смолярчук Е.А. Левосальбутамол – новые возможности лечения бронхиальной астмы. *Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения*. 2015;2:25-8.
162. Jan Lotvall, Mona Palmqvist, Peter Arvidsson, Alan Maloney, Pietro Ventresca, Jonathan Ward. The therapeutic ratio of R-albuterol is comparable with that of RS-albuterol in asthmatic patients. Goteborg, Sweden, and Greenford, United Kingdom. July 27, 2001; S-413 45.
163. Зайцев А.А., Лещенко И.В., Эсаулова Н.А., Викторова И.А. Оценка эффективности и безопасности комбинированного препарата, содержащего амброксол, гвайфенезин и левосальбутамол, в сравнении с фиксированной комбинацией бромгексин/гвайфенезин/сальбутамол в терапии продуктивного кашля у взрослых пациентов с острым бронхитом. *Терапевтический архив*. 2023;95(3):235–241.
164. Феклисова Л.В., Ющук Н.Д., Аликеева Г.К. Результаты многоцентровых клинико-лабораторных исследований назначения сорбированного поликомпонентного препарата-пробиотика детям и взрослым при инфекционной патологии. *Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение*. 2015.№1(10).С.66-76.
165. Mousa HA. Prevention and Treatment of Influenza, Influenza-Like Illness, and Common Cold by Herbal, Complementary, and Natural Therapies. *J Evid Based Complementary Altern Med*. 2017 Jan;22(1):166-174. doi: 10.1177/2156587216641831.
166. Wang F, Pan B, Xu S, Xu Z, Zhang T, Zhang Q, Bao Y, Wang Y, Zhang J, Xu C, Xue X. A meta-analysis reveals the effectiveness of probiotics and prebiotics against respiratory viral infection. *Biosci Rep*. 2021 Mar 26;41(3):BSR20203638. doi: 10.1042/BSR20203638.
167. Mullish BH, Marchesi JR, McDonald JAK, Pass DA, Masetti G, Michael DR, Plummer S, Jack AA, Davies TS, Hughes TR, Wang D. Probiotics reduce self-reported symptoms of upper respiratory tract infection in overweight and obese adults: should we be considering probiotics during viral pandemics? *Gut Microbes*. 2021 Jan-Dec;13(1):1-9. doi: 10.1080/19490976.2021.1900997.
168. Coleman JL, Hatch-McChesney A, Small SD, Allen JT, Sullo E, Agans RT, Fagnant HS, Bukhari AS, Karl JP. Orally Ingested Probiotics, Prebiotics, and Synbiotics as Countermeasures for Respiratory Tract Infections in Nonelderly Adults: A Systematic

- Review and Meta-Analysis. *Adv Nutr.* 2022 Dec 22;13(6):2277-2295. doi: 10.1093/advances/nmac086.
169. Zhao Y, Dong BR, Hao Q. Probiotics for preventing acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022 Aug 24;8(8):CD006895. doi: 10.1002/14651858.CD006895.pub4.
170. Li L, Hong K, Sun Q, Xiao H, Lai L, Ming M, Li C. Probiotics for Preventing Upper Respiratory Tract Infections in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2020 Oct 26;2020:8734140. doi: 10.1155/2020/8734140.
171. Goldenberg JZ. et al. Probiotics for the prevention of *Clostridium difficile* associated diarrhea in adults and children (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 12. Art. No.: CD006095
172. Ouwehand, A. C., Forssten, S., Hibberd, A. A., Lyra, A., Stahl, B. Probiotic approach to prevent antibiotic resistance. *Annals of medicine*, 2016ж 48(4): 246-255.
173. Avadhani A, Miley H. Probiotics for prevention of antibiotic-associated diarrhea and *Clostridium difficile*-associated disease in hospitalized adults-a meta-analysis. *J Am Acad Nurse Pract.* 2011
174. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Абдулганиева Д.И., и соавт. Практические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека (НСОИМ) и Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) по применению пробиотиков для лечения и профилактики заболеваний гастроэнтерологического профиля у взрослых. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2020;30(2):76-89
175. Chatterjee S. et al. Randomised placebo-controlled double blind multicentric trial on efficacy and safety of *Lactobacillus acidophilus* LA-5® and *Bifidobacterium* BB-12® for prevention of antibiotic-associated diarrhoea. *JAPI* 2013(61): 708-712
176. Sheu B.-C., WU J.-J., LO C.-Y. et al. Impact of supplement with *Lactobacillus*- and *Bifidobacterium* containing yogurt on triple therapy for *Helicobacter pylori*. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16: 1669–1675
177. Николаева С. В., Усенко Д. В., Хлыповка Ю. Н., Горелов А. В. Пробиотики в комплексной профилактике респираторных инфекций детей // *Лечащий Врач.* 2021; 9 (24): 22-27. DOI: 10.51793/OS.2021.24.9.004)
178. Всемирная Организация Гастроэнтерологов. Глобальное руководство. Февраль 2023
179. Болиева Л.З., Горелов А.В. и соавт. “Резолюция экспертного совета” Возможности современной лекарственной терапии новой коронавирусной инфекции в

- амбулаторных условиях. Профилактическая медицина. 2022, Т. 25, №7, с. 85-87.  
<https://doi.org/10.17116/profmed20222507185>
180. Горелов А.В., Петров В.А., Усенко Д.В. Роль витамина D в профилактике острых респираторных инфекций: систематический обзор и мета-анализ. *Инфекционные болезни*. 2023; 21(1): 119–124. DOI: 10.20953/1729-9225-2023-1-119-124
181. Pham H, Rahman A, Majidi A, Waterhouse M, Neale RE. Acute Respiratory Tract Infection and 25-Hydroxyvitamin D Concentration: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Aug 21;16(17):3020. doi: 10.3390/ijerph16173020. PMID: 31438516; PMCID: PMC6747229.
182. Martineau AR, Jolliffe DA, Hooper RL, Greenberg L, Aloia JF, Bergman P, Dubnov-Raz G, Esposito S, Ganmaa D, Ginde AA, Goodall EC, Grant CC, Griffiths CJ, Janssens W, Laaksi I, Manaseki-Holland S, Mauger D, Murdoch DR, Neale R, Rees JR, Simpson S Jr, Stelmach I, Kumar GT, Urashima M, Camargo CA Jr. Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory tract infections: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*. 2017 Feb 15;356:i6583. doi: 10.1136/bmj.i6583. PMID: 28202713; PMCID: PMC5310969.
183. Harrison SE, Oliver SJ, Kashi DS, Carswell AT, Edwards JP, Wentz LM, Roberts R, Tang JCY, IZard RM, Jackson S, Allan D, Rhodes LE, Fraser WD, Greeves JP, Walsh NP. Influence of Vitamin D Supplementation by Simulated Sunlight or Oral D3 on Respiratory Infection during Military Training. *Med Sci Sports Exerc*. 2021 Jul 1;53(7):1505-1516. doi: 10.1249/MSS.0000000000002604. PMID: 33481482; PMCID: PMC8208091.
184. Горелов А.В., Малявин А.Г., Бабак С.Л., Зайцев А.А., Каронова Т.Л., Лиюзнов Д.А., Петров В.А., Пигарова Е.А., Эсауленко Е.В. Заключение совета экспертов «Роль витамина D в профилактике острых респираторных инфекций». *Инфекционные болезни*. 2023; 21(1): 162–170. DOI: 10.20953/1729-9225-2023-1-162-170
185. Reeves EP, Williamson M, O'Neill SJ, Grealley P, McElvaney NG. Nebulized hypertonic saline decreases IL-8 in sputum of patients with cystic fibrosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011 Jun 1;183(11):1517-23. doi: 10.1164/rccm.201101-0072OC. Epub 2011 Feb 17. PMID: 21330456
186. Garantziotis S., Brezina M., Castelnovo P., Drago L. The role of hyaluronan in the pathobiology and treatment of respiratory disease. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol*. 2016;310(9):785–795. <https://doi.org/10.1152/ajplung.00168.2015>.
187. Зайцев А.А., Куликова Н.А., Филон Е.А., Будорагин И.Е., Беднова В.Е., Сардалова Р.Э. Клиническая эффективность мукоактивной терапии 7%-м гипертоническим

- раствором у пациентов с острым бронхитом. Медицинский Совет. 2022;(23):136-141. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-23-136-141>.
188. Денисова А.Р., Колосова Н.Г., Гребенева И.В., Денисова В.Д., Глухова М.В., Лурье Е.В. Применение гипертонического раствора у детей с острым бронхитом. Медицинский совет. 2021;(17):78–84. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-17-78-84>.
189. Falsey A.R., Criddle M.M., Kolassa J.E., McCann R.M., Brower C.A., Hall W.J. Evaluation of a handwashing intervention to reduce respiratory illness rates in senior day-care centers. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;20(3):200–202. <https://doi.org/10.1086/501612>.
190. Малявин А.Г., Горелов А.В., Васенина Е.Е., Екушева Е.В., Кобзева Н.Д., Ковальчук В.В., Эсауленко Е.В. Постинфекционная астения: современные подходы к терапии. Резолюция Экспертного совета Российского научного медицинского общества терапевтов и Национальной ассоциации специалистов по инфекционным болезням им. академика РАН В.И. Покровского. Профилактическая медицина. 2023;26(9):82–91. <https://doi.org/10.17116/profmed2023260918>

## **Приложение А1. Состав рабочей группы**

- 1. Горелов А. В.** - академик РАН, профессор, заместитель директора по научной работе ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Московского государственного медико-стоматологического университета им .А.И. Евдокимова» Минздрава России.
- 2. 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.
- 3. Чуланов В. П.** - д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе и инновационному развитию ФГБУ НМИЦ Фтизиопульмонологии и инфекционных болезней МЗ РФ
- 4. Жданов К.В.** – член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н., начальник кафедры и клиники инфекционных болезней (с курсом медицинской паразитологии и тропических заболеваний Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова МО РФ
- 5. Лиознов Д. А.** - д.м.н., профессор директор ФГБУ НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева Минздрава России

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

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

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

**9. Пшеничная Н. Ю.** - д.м.н., профессор, заместитель директора по клинико-аналитической работе ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора

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

**11. 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

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

**13. Мальцев О.В.** – к.м.н. заместитель заведующего кафедрой и клиникой инфекционных болезней (с курсом медицинской паразитологии и тропических заболеваний Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова Министерства обороны РФ

**14. Позднякова М.Г.** - к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории испытаний новых средств защиты против вирусных инфекций ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева» Минздрава России

Все члены рабочей группы являются членами Национальной ассоциации специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И.Покровского (НАСИБ) или Российского научного медицинского общества терапевтов (РМОТ)

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**

| <b>УДД</b> | <b>Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5</b>   |
|------------|--|
| 1          | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом <sup>1</sup>   |
| 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   |

<sup>1</sup>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**

| <b>УУР</b> | <b>Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5</b>  |
|------------|---|
| <b>А</b>   | Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)                       |
| <b>В</b>   | Неоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)         |
| <b>С</b>   | 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**

| <b>УДД</b>   | <b>Критерии определения УУР</b>   | <b>Итоговый УУР</b> |
|--|---|---------------------|
| 1=Наиболее достоверные доказательства: систематические обзоры исследований с контролем референсным методом | Одновременное выполнение двух условий:<br>1. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество;<br>2. Выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными*      | <b>А</b>            |
|  | Выполнение хотя бы одного из условий:<br>1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество;<br>2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными* | <b>В</b>            |
|  | Выполнение хотя бы одного из условий:<br>1. Все исследования имеют низкое методологическое качество;<br>2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными*                            | <b>С</b>            |
| 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*            | <b>А</b>            |
|  | 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>В</b>            |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   | Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Все исследования имеют низкое методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными*                               | С |
| 3=Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования референсным методом не являющимся независимым от исследуемого метода | Выполнение хотя бы одного из условий:<br>1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными* | В |
|   | Выполнение хотя бы одного из условий:<br>1. Все исследования имеют низкое методологическое качество;<br>2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными*                         | С |
| 4=Несравнительные исследования, описание клинического случая  |  | С |
| 5=Наименее достоверные доказательства: имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов   |  | С |

\*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   |
|-----|---|
| А   | 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)   |
| В | Неоднозначная (условная) рекомендация (не все критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)                        |
| С | 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 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. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней». XXXIV. Профилактика гриппа и других острых

респираторных вирусных инфекций (постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 г. № 2).

12. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации 02.12.2022 № 30-4/И/1-20714). Памятка для медицинских работников по проведению дифференциальной диагностики COVID-19 с гриппом и ОРВИ, определению тактики ведения больных, включая детей, лиц пожилого возраста и беременных.

**Клиническая характеристика основных синдромов поражения дыхательных путей**

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Острый ринит</b> | воспаление слизистой оболочки носовой полости. Характерные симптомы: чихание, отделение слизи из носа (ринорея), нарушение носового дыхания. Стеkanie слизи по задней стенке глотки вызывает кашель.   |
| <b>Фарингит</b>     | воспаление слизистой оболочки и лимфоидной ткани глотки. Для него характерны внезапно возникающие ощущения першения и сухости в горле, а также болезненность при глотании.   |
| <b>Тонзиллит</b>    | местные изменения в небных миндалинах как вирусной этиологии, так и как проявление обострения бактериальной (стрептококковой) инфекции. Характерны интоксикация, гиперемия и отечность миндалин, небных дужек, язычка, задней стенки глотки, рыхлые наложения в лакунах.   |
| <b>Ларингит</b>     | воспаление гортани с вовлечением голосовых связок и подсвязочного пространства. Первые симптомы – сухой «лающий» кашель, осиплость голоса  |
| <b>Трахеит</b>      | воспалительный процесс в слизистой оболочке трахеи. Симптомы: саднение, болезненность за грудиной, сухой надсадный кашель.   |
| <b>Бронхит</b>      | поражение бронхов любого калибра. Основным симптомом острого бронхита – надсадный кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты. При аускультации выслушивается дыхание с удлиненным выдохом, диффузные сухие свистящие и жужжащие хрипы; в тяжелых случаях появляется одышка. Кашель сохраняется в течение 2 недель и дольше (до 1 мес.) при аденовирусной, респираторно-синцитиальной инфекциях, также заболеваниях микоплазменной и хламидийной этиологии. На 2-й неделе мокрота может приобретать желтовато-зеленоватый оттенок за счет примеси фибрина и присоединения бактериального компонента. |

**Возбудители ОРВИ и основные синдромы поражения дыхательных путей**

| <b>Возбудители</b>               | <b>Основные синдромы поражения дыхательных путей</b> |
|----------------------------------|--|
| 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  |

### Критерии тяжести ОРВИ

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>Легкая форма</b>        | температура тела 37°-37,5° или нормальная, умеренно выраженные катаральные явления, длительность болезни 4-6 дней           |
| <b>Среднетяжелая форма</b> | температура тела 38°-39°, выраженные катаральные явления, при отсутствии осложнений выздоровление через 6-10 дней.          |
| <b>Тяжелая форма</b>       | температура тела 39°-41°, на фоне слабо или резко выраженных катаральных симптомов развиваются угрожающие жизни осложнения. |

### Дифференциальная диагностика гриппа и других ОРВИ

| Признаки                    | Нозологическая форма ОРВИ  |  |                                      |  |  |   |
|-----------------------------|----------------------------|--|--------------------------------------|--|--|---|
|                             | Птичий грипп               | Сезонный грипп   | ТОРС*                                | Пара-грипп   | РС-инфекция**                                      | Аденовирусная инфекция                                    |
| Возбудитель                 | Вирус гриппа А (H5N1)      | Вирусы гриппа: 3 серотипа (А, В, С)                                  | Коронавирус SARS                     | Вирусы пара-гриппа: 5 серотипов (1-5)                        | 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°С и выше                | Чаще 39°С и выше, но может быть субфебрильная                        | 38°С и выше                          | 37-38°С, 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, не обильное серозное отделяемое | Обильное слизисто-серозное отделяемое, резкое затруднение |

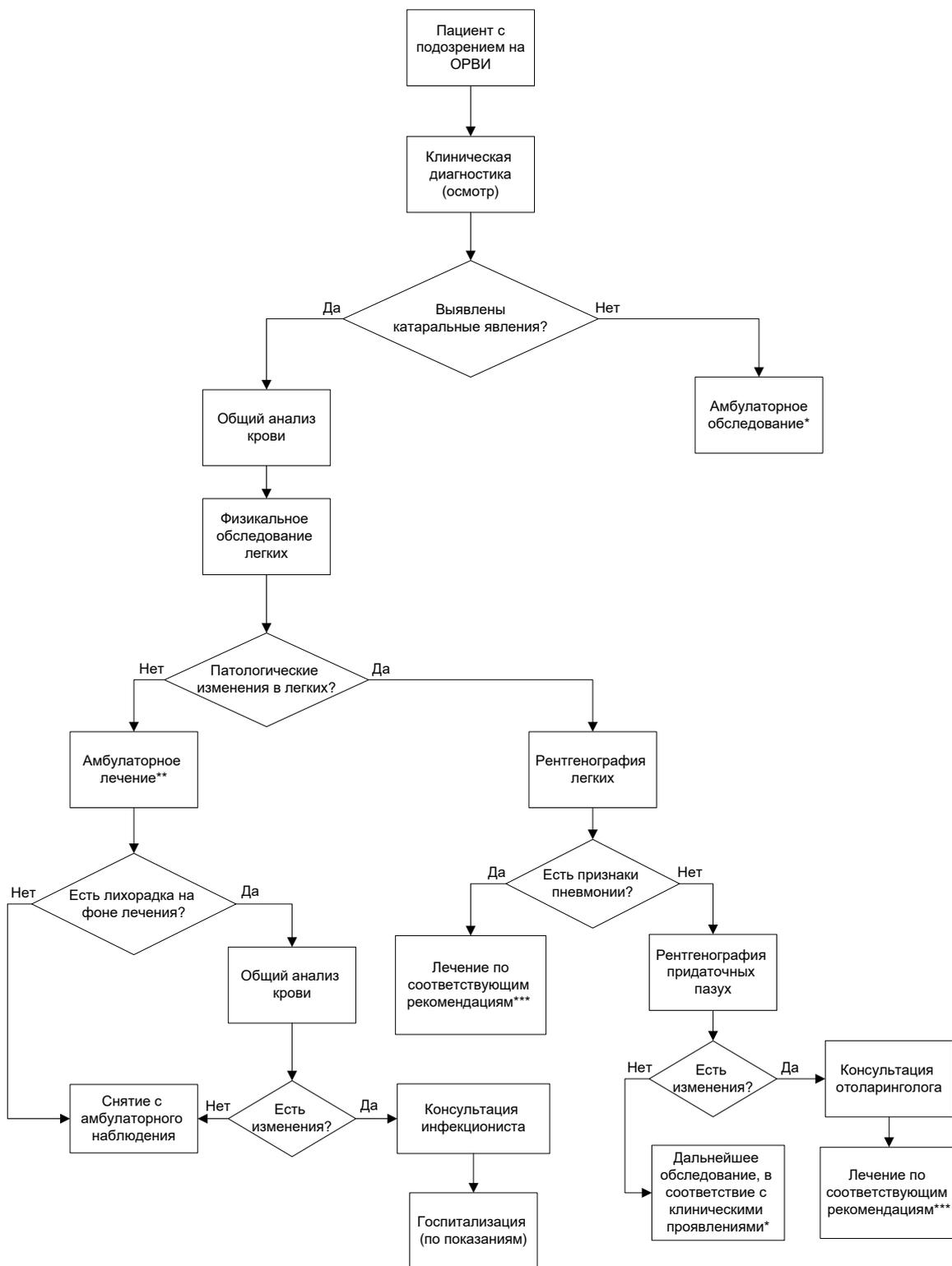
|   |   |  |   |   |   |   |
|---|---|--|---|---|---|---|
| Кашель                                  | Выраженный  | Сухой, мучительный, надсадный, с болями за грудиной, на 3 сут. влажный, до 7-10 сут. течения заболевания | Сухой, умеренно выраженный  | Сухой, лающий может сохраняться длительное время (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 |
| 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                                   | Бронхит, бронхолит, возможен бронхоспазм                                    | Ринофаринго-конъюнк-тонзиллит                                   |
| Увеличение лимфатических узлов          | Отсутствует   | Отсутствует  | Отсутствует   | Заднешейные, реже подмышечные лимфатические лимфоузлы                   | Отсутствует   | Может быть полиаденит   |
| Увеличение печени и селезенки           | Возможно  | Отсутствует  | Выявляют  | Отсутствует   | Симптомы токсического гепатита  | Выражено  |
| Поражение глаз                          | Отсутствует   | Инъекция 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                                    |

\* ТОРС – тяжелый острый респираторный синдром

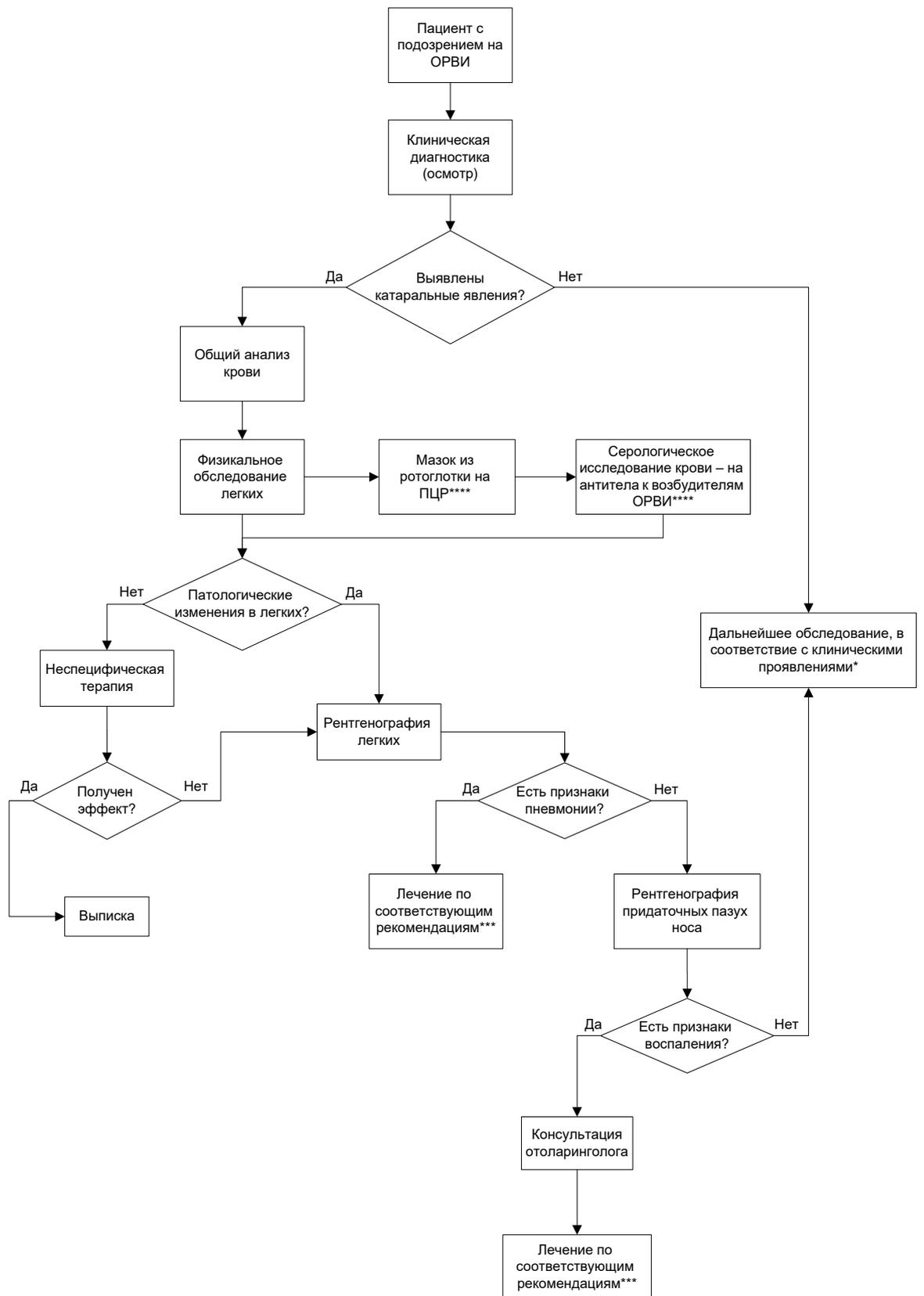
\*\* РС-инфекция – инфекция, вызванная респираторно-синцитиальным вирусом

## 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 несерьезному. Это инфекционные заболевания, которые могут протекать легко, могут иметь среднетяжелое, а иногда и тяжелое 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. Химиофилактика.

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 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие  
оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в  
клинических рекомендациях.**

Не предусмотрено