

Приложение к Приказу  
Министерства здравоохранения  
Приднестровской Молдавской Республики  
от « 17 » 02 2026 года № 170

Клинические рекомендации  
«Грипп»

**Коды по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10): J9/J10/J11**

**Возрастная категория:** взрослые, дети

**Год утверждения (частота пересмотра):** 2026 год (пересмотр каждые 5 лет)

## Оглавление

|                                                                                                                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Список сокращений                                                                                                                                                                                          | 3  |
| Термины и определения                                                                                                                                                                                      | 5  |
| 1. Краткая информация                                                                                                                                                                                      | 7  |
| 1.1 Определение                                                                                                                                                                                            | 7  |
| 1.2 Этиология и патогенез                                                                                                                                                                                  | 8  |
| 1.3. Эпидемиология                                                                                                                                                                                         | 11 |
| 1.4 Кодирование по МКБ-10                                                                                                                                                                                  | 13 |
| 1.5 Классификация                                                                                                                                                                                          | 13 |
| 1.6 Клиническая картина                                                                                                                                                                                    | 13 |
| 2. Диагностика                                                                                                                                                                                             | 17 |
| 2.2 Жалобы и анамнез                                                                                                                                                                                       | 17 |
| 2.2 Физикальное обследование                                                                                                                                                                               | 18 |
| 2.3 Лабораторная диагностика                                                                                                                                                                               | 19 |
| 2.4 Инструментальная диагностика                                                                                                                                                                           | 22 |
| 2.5. Иная диагностика                                                                                                                                                                                      | 24 |
| 3. Лечение                                                                                                                                                                                                 | 25 |
| 3.1 Консервативное лечение                                                                                                                                                                                 | 26 |
| 3.2. Хирургическое лечение                                                                                                                                                                                 | 40 |
| 3.3. Иное лечение                                                                                                                                                                                          | 40 |
| 4. Реабилитация                                                                                                                                                                                            | 40 |
| 5. Профилактика и диспансерное наблюдение                                                                                                                                                                  | 40 |
| 6. Организация медицинской помощи                                                                                                                                                                          | 47 |
| 7. Дополнительная информация, влияющие на исход заболевания/ синдрома                                                                                                                                      | 49 |
| Критерии оценки качества медицинской помощи                                                                                                                                                                | 50 |
| Список литературы                                                                                                                                                                                          | 68 |
| Приложение А1. Состав рабочей группы                                                                                                                                                                       | 69 |
| Приложение А2. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственных препаратов | 71 |
| Приложение Б. Алгоритм действия врача                                                                                                                                                                      | 71 |
| Приложение В. Информация для пациента                                                                                                                                                                      | 72 |
| Приложение Г. Шкалы оценки, опросники и так далее, приведенные в тексте клинических рекомендациях                                                                                                          | 74 |

## Список сокращений

|        |                                                          |
|--------|----------------------------------------------------------|
| АД     | – артериальное давление;                                 |
| АлАТ   | – аланинаминотрансфераза;                                |
| АсАТ   | – аспартатаминотрансфераза;                              |
| АЧТВ   | – активированное частичное тромбопластиновое время;      |
| АМП    | – антимикробные препараты;                               |
| в/в    | – внутривенно;                                           |
| в/м    | – внутримышечно;                                         |
| ВГ     | – вирусный гепатит;                                      |
| ВИЧ    | – вирус иммунодефицита человека; ;                       |
| ВОП    | – врач общей практики                                    |
| ВОЗ    | – Всемирная организация здравоохранения                  |
| ВП     | – вирусная пневмония;                                    |
| ВЭБ    | – водно-электролитный баланс;                            |
| ГПЗ    | – гриппоподобное заболевание;                            |
| ГБ     | – гипертоническая болезнь;;                              |
| ДН     | – дыхательная недостаточность;                           |
| ДВС    | – диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови;  |
| ЖКТ    | – желудочно-кишечный тракт;                              |
| ИБС    | – ишемическая болезнь сердца;                            |
| ИФА    | – иммуноферментный анализ;                               |
| ИТШ    | – инфекционно-токсический шок;                           |
| ИТЭ    | – инфекционно-токсическая энцефалопатия                  |
| ИХА    | – иммунохроматографии                                    |
| ЛПС    | – липополисахарид;                                       |
| КИЗ    | – кабинет инфекционных заболеваний;                      |
| КЩР    | – кислотно-щелочное равновесие;                          |
| ЛС     | – лекарственное средство;                                |
| ЛУ     | – лимфатические узлы;                                    |
| МАНК   | – метод амплификации нуклеиновых кислот;                 |
| МЕ     | – международные единицы;                                 |
| МКБ-10 | – международная классификация болезней 10-го пересмотра; |
| МРТ    | – магнитно-резонансная томография;                       |
| НСГ    | – нейросонография;                                       |
| НА     | – гемагглютинин;                                         |

МСР – monocyte chemotactic protein-моноцитарный хемотаксический белок  
NA – нейраминидаза;  
СЕН – кэп-зависимая эндонуклеаза-специфичный для вируса гриппа фермент в полимеразной кислой субъединице комплекса вирусной РНК-полимеразы;  
ОАК – общий анализ крови;  
ОАМ – общий анализ мочи;  
ОГК – органы грудной клетки;  
ОДН – острая дыхательная недостаточность;  
ОНГМ – отек-набухание головного мозга;  
ОРДС – острый респираторный дистресс-синдром;  
ПТИ – протромбиновый индекс;  
ПЦР – полимеразная цепная реакция;  
РПГА – реакция прямой гемагглютинации;  
РСК – реакция связывания комплемента;  
РЕЕР – (Positive End-Expiratory Pressure)-положительное давление в конце выдоха;  
VAC – (Volum control asist) - вспомогательно-контролируемый режим;  
САД – систолическое артериальное давление;  
СРБ – С-реактивный белок  
ТОРС – тяжелая острая респираторная инфекция;  
УФ(О) – ультрафиолетовое (облучение);  
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких;  
ЦНС – центральная нервная система;  
ЧДД – частота дыхательных движений;  
ЧСС – частота сердечных сокращений

## Термины и определения

**Антигенный дрейф** – точечные мутации в гене, связанные с эволюцией и иммуно-селективным прессингом, позволяющие новому антигенному варианту вируса ускользать от популяционного иммунитета, вызывая ежегодные подъемы заболеваемости.

**Антигенный шифт** – полная смена гемагглютинина и / или нейраминидазы в результате реассортации генов.

**Гриппоподобное заболевание** – случай болезни, для которой характерно острое начало лихорадки выше 38°C, кашель или боли в горле (фарингит) при отсутствии иного диагноза.

**Гемическая гипоксия** — это кислородное голодание тканей, вызванное снижением способности крови транспортировать кислород из-за уменьшения количества гемоглобина или его функциональной неполноценности. Основной механизм — падение кислородной емкости крови при нормальном парциальном давлении кислорода в альвеолах.

**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.

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

**Исходы заболеваний** - медицинские и биологические последствия заболевания.

**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 (протокол лечения) оказания медицинской помощи** - нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.

**Клиническая ситуация** - случай, требующий регламентации медицинской помощи вне зависимости от заболевания или синдрома.

**Лабораторная диагностика** – совокупность методов, направленных на анализ исследуемого материала с помощью различного специального оборудования.

**Лечение «off-label»** - использование зарегистрированного лекарственного средства способами и в случаях, не предусмотренными инструкцией по применению, одобренной национальным органом регулирования в сфере обращения лекарственных средств.

**Медицинское вмешательство** - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

**Медицинская услуга** - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

**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.

**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.

**Острая респираторная инфекция** – заболевание, для которого характерно острое начало болезни с повышением или без повышения температуры тела, а также наличие по крайней мере одного из следующих четырех «респираторных» симптомов: кашель; боль в горле (фарингит); одышка; насморк; а также клиническое заключение о том, что заболевание обусловлено инфекцией.

**Пациент** - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

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

**Противовирусные препараты** – средства этиотропного действия, оказывающие прямое ингибирующее действие на вирусную репродукцию, т. е. действие препаратов направлено на определенную вирус-специфическую мишень в цикле размножения вируса.

**Симптом** - любой признак болезни, доступный для определения независимо от метода, который для этого применялся.

**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, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.

**Состояние** - изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.

**Тяжелая острая респираторная инфекция** – случай заболевания, возникшего в течение предшествующих 7 дней, потребовавшего госпитализации и характеризующегося лихорадкой  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , кашлем, одышкой или затрудненным дыханием (диспноэ или нехватка воздуха, не связанные с заложенностью носа или с другими видами обструкции верхних дыхательных путей). Может означать новое заболевание, развившееся на фоне основного патологического состояния или болезни с более длительным анамнезом. Не является эквивалентом классической пневмонии и не всегда проявляется в виде пневмонии.

**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.

**VAC (Volum control assist)** - вспомогательно-контролируемый режим - это режим ИВЛ, при котором аппарат подает фиксированный дыхательный объем (tidal volume) при каждом вдохе, будь то принудительный вдох (по времени) или вдох, инициированный пациентом (по триггеру). Он обеспечивает полную поддержку дыхания, гарантируя минутный объем.

**PEEP (Positive End-Expiratory Pressure)** — положительное давление в конце выдоха — это метод респираторной поддержки при ИВЛ, при котором в дыхательных путях поддерживается давление выше атмосферного (обычно 5-15 см) к моменту окончания выдоха. Основная цель PEEP — предотвратить спадение альвеол (ателектазы), увеличить функциональную остаточную емкость легких и улучшить оксигенацию.

## **1. Краткая информация**

### **1.1 Определение**

**Грипп (Grippus, Influenza)** - острая инфекционная болезнь с аэрогенным механизмом передачи возбудителя, вызываемая вирусами гриппа А, В или С, характеризующаяся массовым распространением, кратковременной лихорадкой,

интоксикацией и поражением респираторного тракта [1–4].

## **1.2 Этиология и патогенез**

### **Этиология.**

Возбудителями гриппа являются РНК-содержащие вирусы, которые входят в семейство ортомиксовирусов (*Orthomyxoviridae*). Семейство включает несколько родов, в том числе поражающие человека [1-4, 12]:

- 1.Род Influenzavirus A – вирусы гриппа типа А,
- 2.Род Influenzavirus B – вирусы гриппа типа В,
- 3.Род Influenzavirus C – представлен вирусом гриппа типа С.

Международное научное название: Influenzavirus. Вирус гриппа имеет внутренние и поверхностные белки. Внутренние (сердцевинные) белки являются типоспецифическими, на основании их свойств вирусы гриппа подразделяют на типы А,В и С. Основные поверхностные белки представлены:

- Гемагглютинином (НА) – ответственным за прикрепление и проникновение вируса в клетку, а также за "раздевание" вируса, то есть освобождение рибонуклеиновой кислоты. НА состоит из двух субъединиц НА1 и НА2. Изменения в сайте расщепления НА приводят к изменению инфекционной активности вируса. Гемагглютинин является основным иммуногеном и вызывает индукцию вируснейтрализующих, антигемагглютинирующих антител.
- Нейраминидазой (NA) – белком, ответственным за инвазию вируса в слизистые оболочки дыхательных путей и отделение почкующихся вирионов от клеточной стенки. Определенные изменения (мутации) в структуре белка приводят к формированию резистентности к селективным ингибиторам нейраминидазы.

В настоящее время на основе свойств гемагглютинина выделяют 18 подтипов вируса гриппа А (обозначаемые как H1, H2, ..., H18). Белок нейраминидазы имеет 11 вариантов (N1, N2, ..., N11) . Вирусы гриппа А широко распространены в природе среди разных видов птиц и млекопитающих. Характерной особенностью вирусов гриппа, особенно типа А, является изменчивость поверхностных гликопротеинов НА и NA.

Для вируса гриппа типа А возможны два вида изменчивости: дрейф – точечные мутации в вирусном геноме с соответствующими изменениями в гемагглютанине или нейраминидазе, и шифт - реассортация РНК сегментов, что происходит, благодаря сегментированному строению РНК при одновременном заражении клетки разными субтипами вирусов гриппа [1-6].

Все известные пандемии гриппа были вызваны шифтовыми вариантами вируса гриппа А, имеющими антигенные формулы: А/Н1N1, А/Н2N2 и А/Н3N2.

Заболевания, вызываемые вирусами гриппа типов В и С, встречаются, главным образом, в популяции людей, однако вирус В, вероятно, способен вызывать заболевание также у змей и тюленей, а вирус С циркулирует, например, у свиней и собак. Антигенная структура вирусов гриппа типа В изменяется только путем дрейфа. Вирусы гриппа В не вызывают пандемии, но являются возбудителями крупных вспышек и эпидемий [1-6].

Вирус гриппа типа С, имеет только один поверхностный антиген (гликопротеин гемагглютинин-эстераза), характеризуется значительно большей стабильностью антигенных свойств по сравнению с вирусами гриппа типов А и В. Ему присуща также более низкая репродуктивная активность в клеточных системах. Грипп С не приводит к эпидемическим вспышкам, заболевания носят спорадический характер, но среди маленьких детей вирус гриппа С вызывает локальные вспышки. Наиболее тяжело инфекция протекает у детей младшего возраста [1-4].

Для вирусов гриппа характерно, что первая встреча с вирусом остается в иммунной памяти человека на протяжении всей жизни. Иммунологическая память В-лимфоцитов фиксирует пожизненно все встречи с вирусами гриппа. Даже минимальные изменения в структуре нейраминидазы и/или гемагглютинина, приводят к возникновению заболевания, т.к. анamnестические антитела против новых вирусов не активны. Этой способностью к изменчивости определяется возникновение гриппозных эпидемий и пандемий.

Способность вируса гриппа к антигенной изменчивости определяет высокую восприимчивость населения и основные эпидемиологические особенности этой инфекции: повсеместное распространение, короткие интервалы между эпидемиями (1–2 года для гриппа типа А и 2–4 – для гриппа типа В) и вовлечение в эпидемический процесс всех возрастных групп населения.

### **Патогенез**

Вирус гриппа избирательно поражает эпителиальные клетки респираторного тракта (преимущественно трахеи). Ведущее значение в патогенезе гриппа имеют эпителиотропные и токсические свойства вирусов гриппа, а также аллергизация макроорганизма антигенами возбудителя [1-7]. Выделяют пять фаз патологического процесса. **1-я фаза** – репродукция вируса в клетках органов дыхательной системы. Возбудитель проникает в мерцательный эпителий, где начинается его размножение. Многочисленные провоспалительные факторы, вырабатываемые в ответ на внедрение возбудителя, нарушают метаболизм и целостность мембран эпителиальных клеток, нередко вызывая их гибель. Разрушение естественного защитного барьера приводит к

распространению вирусов по соприкосновению, а затем — проникновению в кровь и генерализации инфекции. Одновременно в месте воспаления вырабатываются медиаторы иммунной системы и активируются факторы неспецифической защиты организма (в первую очередь интерфероны). Защите организма от вирусов способствуют секреторные антитела класса IgA. Метаплазия цилиндрического эпителия снижает его защитную функцию. **2-я фаза** — вирусемия; токсические или токсико-аллергические реакции макроорганизма. Вирусы, а также продукты распада клеток, проникшие в кровь, оказывают избирательное действие на эндотелий сосудов (преимущественно капилляров и прекапилляров), центральную нервную систему (ЦНС) — поражаются рецепторный аппарат мозговых оболочек и сосудистые сплетения головного мозга, вегетативную нервную систему (особенно гипоталамус). Повреждение стенок сосудов сердца, легких, почек и других органов обусловлено как непосредственным действием вирусов, так и влиянием иммунных комплексов антиген-антитело. В патогенезе тяжелых форм гриппа важную роль играют микроциркуляторные расстройства, приводящие к развитию тканевой гипоксии и гипоксемии. В результате развиваются отек или отек-набухание головного мозга, острая сердечно-сосудистая недостаточность, отек легких, острая почечная недостаточность, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром), а также менингеальный, энцефалитический и геморрагический синдромы. **3-я фаза** — развитие воспалительных процессов в органах дыхательной системы. При типичной форме вирусы гриппа преимущественно поражают эпителиальные клетки трахеи. При тяжелой форме заболевания в патологический процесс вовлекаются все отделы респираторного тракта и даже альвеолы. **4-я фаза** — возникновение бактериальных осложнений. У больных гриппом, особенно детей раннего возраста, нередко развиваются вторичные бактериальные осложнения (пневмония, отиты, синуситы, тонзиллиты и др.). Вирус гриппа, поражая слизистую оболочку респираторного тракта: - подавляет двигательную активность мерцательного эпителия и нарушает клиренс мукоцилиарного аппарата; - угнетает функцию макрофагов и Т-лимфоцитов; - снижает хемотаксис нейтрофилов и ингибирует фагоцитарную активность по уничтожению бактерий; - нейраминидаза вируса гриппа, модифицируя гликопротеины поверхности клеток, может способствовать созданию новых мест для адгезии бактерий; **5-я фаза** — обратное развитие патологического процесса. Вследствие выработки специфических антител и активизации факторов неспецифической защиты происходит элиминация возбудителя из макроорганизма. В основе поражения различных органов и систем при тяжелом гриппе ведущую роль играет тропность вирусов к эндотелию сосудов, в результате развиваются нарушения тонуса, эластичности и проницаемости сосудистой стенки, прежде всего

капилляров и, как результат, циркуляторные расстройства .

Повышение проницаемости сосудистой стенки приводит к возникновению геморрагического синдрома: носовые кровотечения, кровохарканья, а при тяжелом течении кровоизлияния в вещество и оболочки головного мозга, в альвеолы, что проявляется синдромом инфекционно-токсической энцефалопатии и геморрагическим токсическим отеком легких. Отек интерстиция легкого приводит к нарушению перфузии кислорода через аэро-гематический барьер в кровь с одной стороны, и углекислого газа в альвеолы – с другой, что приводит к гипоксемии, гиперкапнии, соответственно. Гемическая гипоксия неизбежно приводит к тканевой гипоксии и нарушению функции органов и тканей вплоть до их недостаточности: энцефалопатия вплоть до инфекционно-токсической энцефалопатии (ИТЭ), гепатопатия вплоть до острой печеночной недостаточности, нефропатия вплоть до почечной недостаточности, миопатия, в том числе миокардиопатия (МКП) вплоть до сердечной недостаточности. Особенно чувствительны к гипоксии органы кроветворения, что проявляется в угнетении лейкопоэза (лейкопения, лимфоцитопения), компенсаторному выбросу в кровь незрелых форм (нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом формулы влево), анемии, тромбоцитопении .

Грипп обуславливает снижение иммунологической реактивности. Это приводит к возникновению вторичных бактериальных осложнений, обострению хронических соматических заболеваний, реактивации инфекционных процессов. В настоящее время общепризнано, что наиболее часто пневмония при гриппе носит смешанный вирусно-бактериальный характер. В тоже время наиболее грозным осложнением гриппа является специфический вирусный гриппозный пневмонит, который часто сопровождается интерстициальным геморрагическим отеком легкого. Воспалительный процесс в легких может быть обусловлен присоединением вторичной бактериальной флоры – чаще пневмококками, золотистым стафилококком, грамотрицательной флорой либо сочетанной инфекцией.

### **1.3. Эпидемиология**

Источником инфекции является больной человек в остром периоде заболевания (первые 5 – 7 дней болезни), в том числе с легкой или бессимптомной формой, реже – реконвалесцент, выделяющий вирус, в среднем, в течение двух недель от начала заболевания. Своевременное назначение противовирусных препаратов способствует существенному снижению длительности периода, в который пациент является источником инфекции [1-5]. Механизмы и пути передачи вируса гриппа:

1. Аэрогенный механизм реализуется воздушно-капельным и воздушно-пылевым

путями передачи. Возбудитель вируса гриппа распространяется при разговоре, кашле, чихании. Максимальное его количество содержится в крупнокапельной фазе аэрозоля, выделяемого больным. Радиус рассеивания вируса составляет 2 – 3 м, следовательно, инфицирование происходит в непосредственной близости от больного. Нахождение крупных капель в воздухе из-за высокой скорости седиментации исчисляется временем до 3 секунд. Большое количество возбудителей погибает, но часть возбудителя сохраняется и оседает, соединяясь с пылевыми частицами в окружающем пространстве, и может вторично попадать в воздушное пространство помещения и инфицировать окружающих.

2. Контактно-бытовой механизм имеет значительно меньшее эпидемиологическое значение. Реализуется через предметы обихода, соски, игрушки, белье, посуду. Длительность выживания возбудителей во внешней среде с сохранением вирулентных и патогенных свойств зависит от условий внешней среды: для вирусов гриппа она варьирует от нескольких часов до 7 – 12 дней, что обуславливает необходимость проведения профилактических санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на предупреждение формирования очагов инфекции .

Восприимчивость к вирусу гриппа всеобщая. В течение жизни человек многократно встречается с вирусами гриппа, что не исключает восприимчивость к появляющимся новым штаммам.

По интенсивности проявлений эпидемического процесса принято выделять следующие варианты: спорадическая заболеваемость, вспышки, эпидемии и пандемии.

Вирусы гриппа циркулируют среди населения не только в период эпидемий, но и в межэпидемический период, вызывая спорадические заболевания, реже вспышки. Эпидемии характеризуются широким распространением заболеваний среди населения и имеют выраженную сезонность. Продолжительность эпидемий гриппа в крупных городах в среднем составляет 6-8 недель. При этом переболевает 4 – 8 % населения. Пандемии вызываются, как правило, новыми шифтовыми вариантами вируса гриппа, к которым восприимчива подавляющая часть населения. Пандемический вирус имеет глобальное распространение и поражает 10 и более процентов населения и вызывает заболевания в очень тяжелой форме.

По данным «Центра гигиены и эпидемиологии» заболеваемость гриппом на территории Приднестровской Молдавской Республики в 2024 г. составила 29,4 на 100 тысяч населения, что несколько выше показателя 2023 г.-27,9 на 100 тысяч населения<sup>1</sup>. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире ежегодные эпидемии гриппа приводят примерно к 3 – 5 млн. случаев тяжелых форм заболевания и к 290 – 650 тыс. случаев смерти [1-5, 13].

#### **1.4 Кодирование по МКБ-10**

**J09** - Грипп, вызванный выявленным вирусом зоонозного или пандемического гриппа .

**J10** - Грипп, вызванный идентифицированным вирусом сезонного гриппа

**J11** - Грипп, вирус не идентифицирован.

#### **1.5 Классификация**

***По типу:***

1. Типичное (манифестное).
2. Атипичное (бессимптомное, стертое).

***По тяжести (приложение Г1):***

1. Легкая степень тяжести;
2. Средняя степень тяжести;
3. Тяжелая степень тяжести;
4. Очень тяжелая степень тяжести (гипертоксическая)

*<sup>1</sup>Отчет главного государственного санитарного врача Приднестровской Молдавской Республики за 2024 год.*

***По характеру течения:***

1. Неосложненное;
2. Осложненное.
  - 2.1 Специфические осложнения (вирус-ассоциированные);
  - 2.2 Неспецифические осложнения:
  - 2.3 Бактериальные осложнения;
  - 2.4 Обострение/декомпенсация хронических заболеваний.

#### **1.6 Клиническая картина**

Инкубационный период составляет от 10–12 часов до 5 суток, в среднем около 48 часов. Клиника сезонного гриппа в типичных случаях характеризуется внезапным острым началом, выраженными симптомами интоксикации с первых же часов (озноб, головная боль, головокружение, боль при движении глазных яблок, нарастающая слабость, артралгия и миалгия, анорексия), лихорадкой. Температура может повышаться в диапазоне от субфебрильной до гипертермического уровня в течение нескольких часов, достигая максимума к концу первых суток заболевания. Длительность лихорадочного периода — 2–5 суток, редко до 6–7 суток, а затем температура литически снижается.

Головная боль — основной признак интоксикации и один из первых симптомов заболевания. Она обычно локализована в лобной части, особенно в области надбровных дуг, иногда носит ретроорбитальный характер. У пожилых людей головная боль часто диффузная. Выраженность ее варьирует, но в большинстве случаев умеренная. Сильная головная боль в сочетании с бессонницей, галлюцинациями, многократной рвотой возникает у больных с тяжелым течением заболевания, нередко сопровождаясь менингеальным синдромом. При осмотре отмечается гиперемия кожи и одутловатость лица, склерит, конъюнктивит; возможен цианоз губ. Геморрагический синдром проявляется в виде носовых кровотечений (иногда обильных, повторных, продолжительных), появления петехий на коже и слизистых оболочках.

При типичном течении сезонного гриппа катаральный синдром присоединяется на фоне вышеперечисленных признаков токсикоза через несколько часов/суток, проявляется, прежде всего, трахеитом (заложенность, саднение за грудиной, сухой кашель) и ринитом (как правило, без ринореи). Катаральный синдром уступает по выраженности синдрому интоксикации. Длительность проявления катарального синдрома - 7–10 суток, дольше всего сохраняется кашель. Слизистая оболочка носоглотки сухая, гиперемированная, отечная. Набухание носовых раковин затрудняет дыхание. Ринорея в первые дни скудная или отсутствует, позднее появляются серозные, слизистые или сукровичные выделения из носа. С первого дня болезни появляются першение и сухость за грудиной. Слизистая задней стенки глотки гиперемированная и сухая. Тоны сердца приглушены, иногда выслушивается систолический шум на верхушке. У трети больных имеется относительная брадикардия, у 60% пациентов пульс соответствует температуре тела. Иногда выявляют тахикардию. Стойкая тахикардия в разгар болезни прогностически неблагоприятна, особенно у лиц старших возрастных групп с хроническими заболеваниями сердца, сосудов и органов дыхания. У больных гриппом выявляют снижение АД. У пациентов с гипертонической болезнью в периоде реконвалесценции возможно развитие гипертонического криза. Язык густо обложен белым налетом, не утолщен. Аппетит снижен. При неосложненном гриппе характерны лейкопения с нейтропенией, а также относительный лимфоцитоз и моноцитоз. СОЭ у большинства больных нормальная. При рентгенологическом исследовании легких в остром периоде заболевания выявляют усиление сосудистого рисунка [1–5].

**Грипп у новорожденных и детей первого года жизни.** Грипп в этом возрасте имеет ряд особенностей. Часто заболевание начинается постепенно, с незначительного подъема температуры тела и протекает остро. Симптомы гриппозной интоксикации отсутствуют или выражены не столь ярко. Болезнь проявляется бледностью кожных

покровов, отказом от груди, уменьшением веса. Иногда слабые катаральные явления в виде кашля, заложенности носа, "сопения", часто повторной рвоты. Синдром крупа у детей первого полугодия жизни встречается редко. Несмотря на слабо выраженную клинику начальных проявлений гриппа, течение болезни у детей первого года жизни значительно более тяжелое в связи с частым присоединением бактериальной инфекции и возникновением гнойных осложнений (отит, пневмония и др.). Летальность в 3 раза выше, чем у детей старшего возраста.

*Грипп у детей в возрасте от 1 до 3 лет.* В этой возрастной группе грипп протекает особенно тяжело с выраженной интоксикацией, поражением ЦНС, развитием судорожного и менингоэнцефалитического синдромов. Катаральные явления выражены слабо. Часто бывает сегментарное поражение легких, синдром крупа и астматический синдром. Из осложнений - гнойный отит, синусит, очаговая пневмония.

#### **Осложнения**

Осложнения гриппа возникают у 10-15% (по некоторым данным, до 30% среди госпитализированных) больных, чаще в группе риска, к которой относятся<sup>2</sup>:

- Дети <5 лет; дети младше 2 лет подвергаются особенно высокому риску
- Взрослые > 65 лет
- Люди с хроническими заболеваниями (например, сердечно-легочными заболеваниями, сахарным диабетом, почечной или печеночной недостаточностью, гемоглобинопатиями, иммунодефицитом)
- Женщины во 2 или 3 триместре беременности
- Пациенты с расстройствами, нарушающими обработку респираторных секретов (например, когнитивная дисфункция, нервно-мышечные расстройства, инсульт, судорожные расстройства)
- Пациенты  $\leq 18$  лет, принимающие аспирин (риск развития синдрома Рея).

Осложнения и смертность у этих пациентов могут быть связаны с обострением основного заболевания, острым респираторным дистресс-синдромом, первичной гриппозной пневмонией или вторичной бактериальной пневмонией.

#### Осложнения гриппа.

- Вирусное поражение легких (вирусная пневмония)
- Острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС)
- Токсический геморрагический отек легких
- Острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСТЛ);
- Острая дыхательная недостаточность (ОДН)
- Инфекционно-токсический шок (ИТШ)

- Инфекционно-токсическая энцефалопатия (ИТЭ)
- Отек головного мозга
- Острая иммуносупрессия (острая иммуносупрессия беременных)
- Неврологические осложнения (Менингит, энцефалит, арахноидит, энцефаломиелит, энцефаломиелополирадикулоневрит, моно- и полиневриты, синдром Гийена-Барре, радикулиты, невриты)
- Синдром Рея
- Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (миокардит)

<sup>2</sup>СанПиН 3.1.2.1319-06 «Профилактика гриппа» от 13.12.2006г. № 539. Регистрационный № 3798 (САЗ 07-6).

#### Вторичные осложнения гриппа

- Вторичная пневмония (бактериальная или вирусно-бактериальная)
- Септический шок
- Осложнения со стороны ЛОР органов (гаймориты, отиты, фронтиты, синуситы, тубоотиты, лакунарная и фолликулярная ангина)

**Декомпенсация сопутствующих хронических заболеваний** (бронхиальная астма, ХОБЛ, хроническая сердечная недостаточность, заболевания печени и почек)

Пневмония — одно из частых осложнений гриппа. Развившиеся на фоне вирусной инфекции пневмонии относят к первичным вирусно-бактериальным (чаще всего стрептококковой и стафилококковой этиологии). Они чаще развиваются у пациентов группы «высокого риска»: с хроническими заболеваниями легких и сердца, лиц пожилого возраста. Постгриппозные пневмонии развиваются в конце 1-й — начале 2-й недели болезни. Антибактериальное лечение дает хорошие результаты. Пневмонии могут иметь как интерстициальный, так и очаговый характер. Постгриппозные пневмонии опасны для лиц старших возрастных групп. Молниеносная форма болезни с тяжелым течением может закончиться смертью на 2–3-и сутки (развивается острый геморрагический отек легких на фоне резкой интоксикации). С первых часов возникает высокая лихорадка, быстро нарастают одышка и цианоз. Появляется кровянистая, иногда пенистая мокрота. На рентгенограммах выявляют очаги затемнения округлой или неправильной формы. Приглушение перкуторного звука отсутствует или выражено незначительно. В последующие дни на фоне высокой температуры и резкой одышки нарастает ДН, развиваются гипоксическая кома и коллапс [1-5, 6-9]. Тяжелое осложнение гриппа — ОНГМ. Для него характерны: сильная головная боль, рвота, судороги, оглушенность, потеря сознания, повышение АД, одышка, тахикардия, менингеальный синдром, застойные явления на глазном дне.

Частые осложнения гриппа — синуситы и отиты; реже — пиелонефрит и пиелостит. Возможны и другие осложнения: дизэнцефальный синдром, менингоэнцефалит и астеновегетативный синдром. На тяжесть течения и исход болезни оказывают влияние сопутствующая хроническая патология и нейроэндокринные нарушения [1-5, 6-9].

В период крупных эпидемий летальность не превышает 1–2%. Причиной смерти при тяжелой форме гриппа могут быть: отек мозга, геморрагический отек легких, острая сосудистая недостаточность [1-5, 7].

## **2. Диагностика.**

### **Критерии установления диагноза**

*Диагностика гриппа производится путем сбора эпидемиологического и клинического анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и специальных методов обследования и направлена на определение нозологии и клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к терапии.*

***N.B.** В период эпидемических подъемов заболеваемости гриппом окончательный диагноз «грипп» может быть установлен как на основании лабораторного подтверждения, так и на основании клинических и эпидемиологических данных.*

### **1.2 Жалобы и анамнез**

- Рекомендуется уточнить наличие и сроки появления повышенной температуры тела, интоксикации (слабость, снижение аппетита), жалоб на ломоту в мышцах и суставах, боль при движении глазных яблок, катаральные явления (насморк, боли в горле, кашель, царапающие боли за грудиной), боль в грудной клетке для определения тяжести и длительности заболевания [1-5, 14].

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

- Рекомендуется собрать сведения эпидемиологического анамнеза о пребывании в очаге ОРВИ в период, соответствующий инкубационному периоду гриппа, на наличие контакта с пациентом гриппоподобным заболеванием (ГПЗ) или с пациентом (умершим) с лабораторно подтвержденным диагнозом грипп в течение срока менее чем 7 дней до появления первых клинических признаков болезни; оценить степень контакта с учетом состоявшегося механизма и пути передачи инфекции для клинической диагностики заболевания [1-5, 14].

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

- Рекомендовано обратить внимание на наличие эпидемического подъема заболеваемости гриппом для клинической диагностики заболевания [1-5, 14].

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

- Рекомендуется уточнить наличие вакцинопрофилактики гриппа у пациента для выявления риска тяжелого и осложненного течения заболевания [1-5,14].

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

- Рекомендуется обратить внимание на прием противовирусных препаратов для системного применения до обращения за медицинской помощью для решения вопроса о необходимости коррекции терапии [1-5].

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

- Рекомендуется обратить внимание на наличие сопутствующих хронических заболеваний или иных состояний (беременность) для выявления факторов риска развития тяжелого и осложненного течения заболевания [1-5, 14].

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

## **2.2 Физикальное обследование**

- Рекомендовано начать с общего осмотра с оценкой состояния кожных покровов и видимых слизистых оболочек: цвет (гиперемия, бледность, цианоз), влажность, отечность, инъекция сосудов склер; обращают внимание на наличие и характер одышки, мокроты, дистанционных хрипов, положение и поведение пациента для диагностики степени тяжести и характера течения заболевания [1-5, 8, 9, 14].

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

- Рекомендовано оценить жизненно-важные показатели – частоту дыхательных движений (ЧДД), артериальное давление (АД), частоту сердечных сокращений (ЧСС), выполнить термометрию для определения степени тяжести заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний [1-5, 8, 9, 14].

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

- Рекомендуется проведение перкуссии и аускультации легких, сердца, определение наличия голосового дрожания применяют для выявления патологических изменений в легочной ткани, плевральных полостях, сердце.

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

*Комментарии: перкуссию применяют для выявления патологических изменений в легочной ткани и плевральных полостях (сравнительная перкуссия), а также для определения границ легких и сердца (топографическая перкуссия); при аускультации легких оценивают: типы дыхания, побочные дыхательные шумы (сухие и влажные хрипы, крепитация, шум трения плевры).*

## **2.3 Лабораторная диагностика**

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

- Рекомендовано выполнение общего клинического анализа крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы для диагностики, комплексной оценки степени тяжести болезни, своевременного выявления осложнений и неотложных состояний всем пациентам с подозрением на грипп [1-5].

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

**Комментарии:** при неосложненном течении гриппа характерны нормоцитоз или лейкопения, нейтропения, эозинопения, относительный лимфоцитоз и моноцитоз. При бактериальных осложнениях (пневмония, синусит и т.д.) в крови нарастает лейкоцитоз, палочкоядерный нейтрофилез, увеличивается скорость оседания эритроцитов (СОЭ). При интерстициальном вирусном поражении легких характерны лейкопения, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом, анемия и тромбоцитопения.

- Рекомендовано выполнение общего анализа мочи для выявления наличия почечной дисфункции, декомпенсации сопутствующих заболеваний [1-5].

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

**Комментарии:** при неосложненном течении гриппа 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.

- Рекомендовано выполнение биохимического анализа крови (исследование уровня общего билирубина, альбумин, мочевины, креатинина, глюкозы, определение активности аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, исследование уровня тропонинов I, Т в крови) у пациентов с тяжелым и осложненным течением гриппа для выявления наличия органной дисфункции, декомпенсации сопутствующих заболеваний и развитие осложнений [1-5, 8-11, 14].

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

**Комментарии:** биохимический анализ крови не дает какой-либо специфической информации, но обнаруживаемые отклонения имеют определенное прогностическое значение, оказывают влияние на выбор лекарственных средств и/или режим их дозирования.

- Рекомендовано определение кислотно-основного и газового состава артериальной крови: парциальное давление кислорода ( $pO_2$ ), углекислого газа ( $pCO_2$ ), pH, содержание кислорода ( $O_2CT$ ), насыщение кислородом ( $SaO_2$ ), концентрация  $HCO_3$  у пациентов с

дыхательной недостаточностью для комплексной оценки степени тяжести болезни, диагностики осложнений, неотложных состояний и обострения хронических заболеваний [1-5, 8-11, 14].

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

*Комментарий: при неосложненном течении гриппа патологических изменений нет.*

- Рекомендовано проведение коагулограммы (исследование системы гемостаза) : активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время, фибриноген пациентам с проявлениями геморрагического синдрома для комплексной оценки степени тяжести болезни и назначения терапии [1-5].

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

*Комментарий: при неосложненном течении гриппа патологических изменений нет.*

- Рекомендовано исследование электролитного состава крови (натрий, калий, кальций, магний, неорганический фосфор, хлориды) у пациентов с тяжелым и осложненным течением гриппа для комплексной оценки степени тяжести болезни, диагностики осложнений, неотложных состояний и обострения хронических заболеваний [1-5, 8-11].

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

*Комментарий: при неосложненном течении гриппа патологических изменений нет.*

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

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

*Комментарий: при неосложненном течении гриппа патологических изменений нет.*

*Уровень СРБ коррелирует с тяжестью течения, распространенностью воспалительной инфильтрации и прогнозом при пневмонии.*

### **2.3.2. Специфическая лабораторная диагностика**

Лабораторное обследование в целях идентификации возбудителя гриппа проводится в обязательном порядке при: госпитализации больного по поводу острых респираторных инфекций верхних и нижних дыхательных путей (тяжелые и необычные формы заболевания);

– заболевании лиц с высоким риском неблагоприятного исхода гриппа и ОРВИ (в том числе беременных, лиц с хроническими заболеваниями сердца, легких, метаболическим синдромом и других);

– регистрации очагов ОРВИ с множественными случаями заболеваний в организованных коллективах взрослых с числом пострадавших 5 и более человек в один инкубационный период, заболевании лиц из организаций с круглосуточным пребыванием.

- Рекомендуется вышеперечисленным группам пациентов с подозрением на грипп произвести забор клинического материала для [1-5, 14, 166]:

- Молекулярно-биологического исследования мазков со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки на вирус гриппа (Influenza virus)

- Молекулярно-биологического исследования бронхоальвеолярной лаважной жидкости, мокроты (индуцированной мокроты, фаринго-трахеальных аспиратов) на вирус гриппа (Influenza virus)

- Иммунохроматографического экспресс-исследования носоглоточного мазка, эндо-трахеального аспирата, бронхоальвеолярной лаважной жидкости на вирусы гриппа А и В.

- Аутопаты легких, трахеи и селезенки (у умерших).

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

**Комментарии:** оптимальный срок сбора клинического материала – в течение 3 суток после манифестации болезни или в первый день госпитализации (в более поздние сроки не исключена возможность суперинфекции при контакте с другими пациентами в стационаре), предпочтительно до начала противовирусной терапии. Все виды работ проводят с соблюдением противоэпидемического режима, в строгом соответствии с требованиями действующих нормативно-методических документов.

Правила забора материала для исследований представлены в **Приложении Г**.

- Рекомендовано иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на вирус гриппа А и В (обнаружение антигенов вируса гриппа) для ранней диагностики и скрининга гриппа на амбулаторном и стационарном этапах оказания помощи пациентам по клинико-эпидемиологическим показаниям и пациентам из групп риска с целью своевременного назначения этиотропной терапии [1-5, 14].

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

**Комментарии:** для обнаружения антигенов вирусов гриппа А и В используется также метод ИФА. Тесты на основе иммунофлуоресценции (РИФ, ПИФ, РПИФ и др.) применяют для обнаружения в мазках из респираторного тракта антигенов вирусов, находящихся внутри клеток слизистой оболочки. Тесты используются только в эпидемиологических целях для массового скрининга, поскольку их аналитические характеристики могут варьировать в широких пределах, давать ложноотрицательные результаты (недостаточная чувствительность по сравнению с культуральными

методами и ПЦР), и давать ложноположительные результаты в межэпидемический период (в силу недостаточной специфичности и субъективности интерпретации анализа).

- Рекомендовано пациентам с симптомами респираторной инфекции проведение этиологической лабораторной диагностики для идентификации других возбудителей ОРВИ и SARS-CoV-2 в дифференциально-диагностических целях [1-5, 14, 166].

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

**Комментарии:**

1. использование экспресс-метода иммунохроматографии (ИХА) на наличие антигенов вирусов гриппа А и В, респираторно-синцитиального вируса, аденовируса и коронавируса SARS-CoV-2 в мазках со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки больным, обратившимся за медицинской помощью не позднее 2 суток с момента появления симптомов

2. молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки на коронавирус SARS-CoV-2, молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на вирус гриппа (Influenzavirus), определение РНК вируса гриппа А (Influenzavirus А) и вируса гриппа В (Influenzavirus В) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР, определение РНК вирусов парагриппа (Human Parainfluenzavirus), риновирусов (Human Rhinovirus), респираторно-синцитиального вируса (Human Respiratory Syncytialvirus), метапневмовируса (Human Metapneumovirus) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР, определение РНК риновирусов (Human Rhinovirus) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР, определение ДНК аденовируса (Human Adenovirus) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР, молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки ротоглотки на коронавирусы 229Е, OC43, NL63, HKU1 (Human Coronavirus), бокавирус (Human Bocavirus)-) на амбулаторном и стационарном этапах по клинико-эпидемиологическим показаниям, в первый день обращения/госпитализации пациента.

3. При подозрении на заболевание нижних дыхательных путей проводится исследование мокроты, аспиратов из трахеи или зева, жидкости бронхоальвеолярного лаважа

**2.4 Инструментальная диагностика.**

- Рекомендуется выполнение пульсоксиметрии с измерением SpO<sub>2</sub> всем пациентам с подозрением на ГПЗ на всех этапах оказания медицинской помощи для ранней диагностики респираторных нарушений [1-5, 8-11].

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

**Комментарии:** пульсоксиметрия является простым и надежным скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке и оценивать ее эффективность. Пациентам с признаками острой дыхательной недостаточности (ОДН) ( $SpO_2$  менее 90%) рекомендуется исследование газов артериальной крови с определением  $PaO_2$ ,  $PaCO_2$ , pH, бикарбонатов, лактата крови.

- Рекомендовано проведение электрокардиографии (ЭКГ) в стандартных отведениях пациентам при осложненном течении заболевания при наличии аускультативных изменений в сердце для уточнения нарушения функции проведения и трофики ткани сердца [1-5].

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

**Комментарии:** данное исследование не несет в себе какой-либо специфической информации, однако в настоящее время известно, что вирусная инфекция и пневмония помимо декомпенсации хронических сопутствующих заболеваний увеличивают риск развития нарушений ритма и острого коронарного синдрома, своевременное выявление которых значительно влияет на прогноз. Кроме того, определенные изменения на ЭКГ (например, удлинение интервала QT) требуют внимания при оценке кардиотоксичности ряда назначаемых лекарственных препаратов. Для токсикоза характерны изменения: снижение и зазубренность зубца R, снижение зубца T в разных отведениях, относительное удлинение интервала Q-T, удлинение интервала P – Q. Изменения нестойкие и проходят в течение 1-2 недель.

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

- Рекомендовано выполнение рентгенографии органов грудной клетки или компьютерной томографии органов грудной полости пациентам с явлениями бронхита и наличии физикальных признаков поражения легочной ткани с целью установления диагноза и выявления осложнений [1-5, 8-11].

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

**Комментарий:** может быть выявлено усиление легочного рисунка, уплотнение бронхов. Рентгенологические признаки пневмонии зависят от типа возбудителя пневмонии.

КТ ОГК отличается более высокой чувствительностью и специфичностью в диагностике ВП по сравнению с рентгенографией ОГК. КТ ОГК рекомендуется проводить у пациентов с высокой клинической и лабораторной вероятностью в пользу ВП, но отсутствием инфильтрации при рентгенографии ОГК, а также при получении изображений, которые нельзя однозначно трактовать как инфильтрацию, обусловленную пневмонией. КТ-признаки вирусных пневмоний: часто встречаемый

двусторонний процесс в легких с наличием «матовых стекол», их локализация, консолидация, чаще с двусторонним процессом, утолщение междолькового пространства легких или «симптом булыжной мостовой», симптом «обратного гало» или «ободка», ретикулярные изменения.

- Рекомендовано выполнение рентгенографии придаточных пазух носа пациентам с катаральными проявлениями в острый период гриппа или их появлением на фоне проводимой терапии, при подозрении на синусит, вызванный присоединением бактериальной флоры [1-5].

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

- Рекомендовано выполнение люмбальной пункции пациентам с наличием менингеальных симптомов с последующим микроскопическим исследованием СМЖ, подсчетом клеток в счетной камере (определение цитоза) для дифференциальной диагностики явлений менингизма и наличия менингита [1-5].

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

*Комментарий: при менингизме патологических изменений ликвора не обнаруживается. Необходимо помнить, что вирусы гриппа не обладают тропизмом к нервной ткани, менингеальная и даже энцефалитическая симптоматика носит дисциркуляторный и гипоксический генез, а все патологические изменения ликвора при гриппе или после него носят вторичный характер, например, при аутоиммунных поражениях нервной ткани (менингит, менингоэнцефалит, полирадикулонейропатия, синдром Гийена-Барре).*

## **2.5. Иная диагностика**

- Рекомендовано консультация смежных специалистов пациентам в случаях подозрения на осложнения: врача-невролога (при явлениях менингоэнцефалита), 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 гриппа на фоне беременности) для определения дальнейшей тактики ведения [1-5, 8-11].

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

- Рекомендуется консультация врача анестезиолога-реаниматолога пациентам с наличием быстро прогрессирующей ОДН (ЧДД >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 (*Приложение Г3*) [1-5, 8-11].

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

### **Дифференциальная диагностика**

Дифференциальную диагностику при гриппе проводят с двумя группами инфекционных заболеваний: протекающими с катарально-респираторным синдромом и характеризующимися ранним развитием лихорадочно-интоксикационного синдрома. В 1-ю группу входят другие ОРВИ, при которых (в отличие от гриппа) кашель, насморк, боль и першение в горле предшествуют повышению температуры и не сопровождаются общими симптомами интоксикации (отсутствуют или возникают на 2–3-и сутки течения заболевания, выражены умеренно, однако могут длиться дольше, чем при гриппе). Сочетание лихорадки, интоксикации и лимфаденопатии с катаральными явлениями позволяет исключить грипп и предположить наличие кори, иерсиниоза или инфекционного мононуклеоза. Поскольку при гриппе органы пищеварения в патологический процесс не вовлекаются, это позволяет исключить данное заболевание при сочетании лихорадки и катаральных явлений с диспепсическим синдромом. В этом случае возможно наличие вирусных диарей (ротавирусных, норовирусных), а также иерсиниоза или кори у взрослых. Для многих острых форм инфекционных болезней в первые 1–2 сутки характерна гриппоподобная клиническая картина. При этом следует учитывать отличительные особенности гриппа: сильный озноб выявляют редко, пик интоксикации на 1–2-е сутки течения заболевания, лимфаденопатии, гепатоспленомегалии не наблюдается; со 2–3-х суток выражен трахеит, длительность лихорадки (при неосложненной форме) не более 5–6 суток, характерна относительная брадикардия или соответствие частоты сердечных сокращений уровню температуры тела. Грипп ошибочно диагностируют при стрептококковых заболеваниях (скарлатине, ангине, роже), внебольничной пневмонии (до появления характерных симптомов), менингококковой инфекции, малярии, пиелите, риккетсиозах, брюшном тифе и сальмонеллезе (до появления диспепсического синдрома), лептоспирозе (в теплое время года), вирусных гепатитах (преджелтушный период), геморрагических лихорадках [1-5, 8-11].

Дифференциальная диагностика гриппа с другими ОРВИ негриппозной этиологии, с острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) представлена в **Приложении Г.**

### **3. Лечение**

#### **Общие подходы к лечению больных гриппом:**

*Сроки начала лечения больных с предполагаемым или вероятным случаями гриппа не зависят от отсутствия или задержки получения результата диагностического тестирования на грипп.*

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы [1-5]: возраст пациента; характер сопутствующих заболеваний; клиническая форма болезни; характер течения болезни (динамики нарастания симптомов); тяжесть заболевания; наличие и характер осложнений.

Диагностическое тестирование на грипп ни в коем случае не должно задерживать начало лечения противовирусными препаратами для системного применения и выполнения процедур по борьбе с инфекцией.

### **3.1 Консервативное лечение.**

- Рекомендуется начать лечение препаратами с прямым противовирусным действием не позднее 48 часов после манифестации болезни всем пациентам с симптомами гриппа для прекращения репликации вируса [1-5, 8, 9, 14-27, 166].

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

**Комментарии:** лечение необходимо начинать немедленно, не дожидаясь лабораторного подтверждения диагноза, независимо от сведений о вакцинации против гриппа и степени тяжести болезни. Наилучший лечебный эффект достигается в случаях начала применения противовирусных препаратов в первые 12 часов от начала болезни. При отсутствии лечения в ранние сроки прием противовирусных препаратов может быть начат на любом этапе разгара болезни, когда предполагается или документально подтверждена возможность текущей репликации вируса гриппа.

- Не рекомендуются для лечения гриппа препараты адамантанового ряда (амантадин, римантадин) [1-5, 8, 9, 14, 15, 16].

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

**Комментарии:** вследствие резистентности к адамантанам большинства штаммов вируса гриппа А.

#### **3.1.1 Лечение легких и среднетяжелых неосложненных форм гриппа в амбулаторных условиях**

- Рекомендуется использование противовирусных препаратов прямого действия всем пациентам с симптомами гриппа для прекращения репликации вируса:

- Осельтамивир [1-5, 8, 9, 12, 14-27, 166].

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

- **Комментарии:** является селективным ингибитором нейраминидазы вирусов гриппа А и В. Входит в международные клинические рекомендации по лечению и профилактике гриппа. Пациентам, которые не относятся к группе повышенного риска

развития тяжелого и/или осложненного течения гриппа и у которых имеет место лабораторно подтвержденный грипп или с большой вероятностью подозрительный случай гриппа, протекающий без осложнений, не следует назначать препараты из группы селективных ингибиторов нейраминидазы. Осельтамивир назначают взрослым и подросткам в возрасте 12 лет и старше - по 75 мг 2 раза/сут внутрь в течение 5 дней.

Детям от 1 года до 12 лет с массой тела от 10 кг Осельтамивир назначается в форме суспензии 6 мг/мл в следующих дозировках: при массе тела 10–15 кг–30 мг дважды в сутки; при массе тела 15–23 кг–45 мг дважды в сутки; при массе тела 23–40 кг–60 мг дважды в сутки; при массе тела свыше 40 кг–75 мг дважды в сутки. Детям до 1 года возможно применение осельтамивира «вне инструкции» (off-label) из расчета 3 мг/кг массы тела на дозу два раза в день по решению консилиума врачей или врачебной комиссии и после получения информированного добровольного согласия законного представителя на применение лекарственного препарата «вне инструкции». Занамивир [1-5, 8, 9, 12, 14-27, 166].

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

**Комментарии:** является селективным ингибитором нейраминидазы вирусов гриппа А и В. Входит в международные клинические рекомендации по лечению и профилактике гриппа. Пациентам, которые не относятся к группе повышенного риска развития тяжелого и/или осложненного течения гриппа и у которых имеет место лабораторно подтвержденный грипп или с большой вероятностью подозрительный случай гриппа, протекающий без осложнений, не следует назначать препараты из группы селективных ингибиторов нейраминидазы. Занамивир рекомендуется в случаях резистентности вируса А(Н1N1) к осельтамивиру, при отсутствии препарата, беременным и пациентам с тяжелой почечной недостаточностью. У беременных только в случае, если считается, что ожидаемая польза для пациентки превышает любой возможный риск для плода. Назначают взрослым и детям старше 5 лет по 2 ингаляции (по 5 мг каждая) с использованием специального ингалятора 2 раза в сутки в течение 5 дней. Резистентности к занамивиру не зарегистрировано. Занамивир в форме порошка для ингаляций не следует применять распылением с помощью аэрозольного ингалятора из-за присутствия лактозы, которая может поставить под угрозу дыхательную функцию. Развитие бронхоспазма и/или ухудшение функции дыхания возможно у пациентов без предшествующих заболеваний в анамнезе.

- Барокасвил марбоксил [12, 14, 28-34, 166].

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

**Комментарии:** *балоксавир марбоксил представляет собой пролекарство, которое в процессе гидролиза преобразуется в активный метаболит балоксавир марбоксил, обладающий действием в отношении вируса гриппа. Балоксавир марбоксил воздействует на кэп-зависимую эндонуклеазу (CEN) – специфичный для вируса гриппа фермент в полимеразной кислой субъединице комплекса вирусной РНК-полимеразы. Тем самым балоксавир марбоксил ингибирует транскрипцию генома вируса гриппа, приводя к подавлению вирусной репликации и прекращению выделения вируса в течение 1 суток после приема у больных без факторов риска, обладает активностью в отношении штаммов, резистентных к ингибитору нейраминидазы, включая следующие мутации: H274Y для вируса подтипа A/H1N1; E119V и R292K для вируса подтипа A/H3N2; R152K и D198E для вируса типа B; H274Y для вируса подтипа A/H5N1 и R292K для вируса подтипа A/H7N9.*

*Балоксавир марбоксил может быть назначен взрослым и детям старше 12 лет, как не имеющих дополнительных заболеваний, так и подверженных риску развития осложнений гриппа. Препарат не следует назначать во время беременности, за исключением случаев, когда потенциальная польза превышает возможный риск в отношении плода.*

*Препарат применяется внутрь однократно, вне зависимости от приема пищи. При массе тела пациента от 40 кг до 80 кг – 40 мг, ≥80 кг – 80 мг.*

- Умифеновир [1-5, 12, 14, 35-41, 166].

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

**Комментарии:** *умифеновир обладает широким спектром противовирусной активности: подавляет in vitro вирусы гриппа А и В, включая высокопатогенные подтипы A(H1N1)pdm09 и A(H5N1), и вирусы других ОРВИ, взаимодействуя с гемагглютинином вируса и препятствуя слиянию липидной оболочки вируса и клеточных мембран (ингибитор фузии). Обладает умеренной иммуномодулирующим действием и интерферон-индуцирующей активностью. Не входит в перечень ЛС, рекомендуемых международными клиническими рекомендациями по лечению и профилактике гриппа. Рекомендован к применению Международным профессиональным сообществом по изучению гриппа и других респираторных вирусных заболеваний. Назначают внутрь до приема пищи детям с 3 до 6 лет- 50 мг; детям от 6 до 12 лет - 100 мг, детям старше 12 лет и взрослым - 200 мг 4 раза/сут (каждые 6 ч) в течение 5 суток. Детям с 2 лет возможно назначение в форме суспензии 25 мг/5 мл. Противопоказан при повышенной чувствительности к любому компоненту препарата, в первом триместре беременности.*

- Энисамия йодид [54-58].

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

**Комментарий:** рекомендованная схема назначения препарата по 500 мг 3 раза в сутки перорально, курс 5–7 дней. Противовирусное действие энисамия йодида связано с угнетением РНК-зависимой РНК-полимеразы вируса гриппа. Энисамия йодид эффективно ингибировал репликацию вируса SARS-CoV-2 *in vitro* в клетках Caco-2.

Энисамия йодид оказывает противовирусное действие против различных штаммов вируса гриппа типа А (H1N1, H3N2, H5N1, H7N9), вируса гриппа В, респираторно-синцитиального вируса, а также штаммов альфа-коронавируса NL-63 и бета-коронавируса SARS-CoV-2 *in vitro* и других возбудителей острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ).

Энисамия йодид обладает интерфероногенными свойствами, способствует повышению концентрации сывороточного интерферона в плазме крови. 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 препаратов с широким противовирусным действием с иммуномодулирующей и противовирусной целью:
  - Риамилловир [42-53].

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

**Комментарии:** риамилловир обладает широким спектром противовирусной активности в отношении РНК-содержащих вирусов, в том числе вирусов гриппа А и В, включая высокопатогенные подтипы A(H1N1)pdm09 и A(H5N1), благодаря подавлению синтеза вирусных РНК и репликации геномных фрагментов. Активное вещество является синтетическим аналогом оснований пуриновых нуклеозидов (гуанина). Не входит в перечень ЛС, рекомендуемых международными клиническими рекомендациями по лечению и профилактике гриппа. Показан в составе комплексной терапии гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций у взрослых пациентов. 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. Противопоказан при повышенной чувствительности к компонентам препарата; беременности, в период грудного вскармливания. У пациентов в возрасте до 18 лет и при почечной/печеночной недостаточности эффективность и безопасность не определены

- Имидазолилэтанами́д пентандиовой кислоты [59-62].

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

**Комментарии:** механизм действия имидазолилэтанами́д пентандиовой кислоты реализуется на уровне инфицированных клеток за счет стимуляции факторов врожденного иммунитета, подавляемых вирусными елками. Вызывает повышение уровня интерферона в крови до физиологической нормы, обладает противовоспалительной активностью. Прием препарата начинают с момента появления первых симптомов заболевания, желательно не позднее 2 суток от начала болезни, внутрь независимо от приема пищи, взрослым по 1 капсуле (90 мг) 1 раз в сутки; детям с 7 лет по 1 капсуле (60 мг) 1 раз в сутки в течение 5-7 дней. Детям с 3 лет с препарат назначается в форме суспензии 30 мг/5 мл в дозе 30 мг( 5 мл) 1 раз в сутки в течение 5-7 дней; Противопоказан при повышенной чувствительности к любому компоненту препарата, дефиците лактазы, непереносимости лактозы, глюкозо-галактозной мальабсорбции, беременности и в период грудного вскармливания.

- Интерферон альфа-2b или интерферон гамма человеческий рекомбинантный [67-76].

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

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

Кагоцел [45,85-92].

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

**Комментарии:** обладает опосредованным противовирусным действием на вирусы гриппа (индуктор интерферона). Не входит в перечень ЛС, рекомендуемых международными клиническими рекомендациями по лечению и профилактике гриппа. Кагоцел назначают взрослым и подросткам в возрасте 12 лет и старше - 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). Детям в возрасте от 3 до 6 лет для лечения гриппа назначают в первые 2 дня - по 1 таб. 2 раза/сут, в последующие 2 дня - по 1 таб. 1 раз/сут. Всего на курс продолжительностью 4 дня - 6 таб. Дети в возрасте от 6 лет до 12 лет применяют в первые 2 дня - по 1 таб. 3 раза/сут, в последующие 2 дня - по 1 таб. 2 раза/сут. Всего на курс продолжительностью 4 дня - 10 таб. Противопоказан детям до 3 лет, при гиперчувствительности к компонентам препарата, беременности, в периоде лактации, дефиците лактазы, непереносимости лактозы, глюкозо-галактозной мальабсорбции.

- Тилорон [77-83].

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

**Комментарии:** обладает иммуномодулирующим и противовирусным эффектом. Индуктор интерферонов. Стимулирует образование в организме интерферонов всех типов (альфа, бета, гамма и лямбда), усиливает антителообразование, уменьшает степень иммунодепрессии, восстанавливает соотношения Т-супрессоров и Т-хелперов. Не входит в перечень ЛС, рекомендуемых международными клиническими рекомендациями по лечению и профилактике гриппа. Применяется перорально по 125 мг 1 раз в сутки в первые 2 дня, затем по 125 мг в сутки через день (курсовая доза 750 мг). Противопоказан при гиперчувствительности к компонентам препарата, беременности, в периоде лактации, детском возрасте до 18 лет.

- Меглюмина акридонацетат [88-96].

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

**Комментарии:** низкомолекулярный индуктор интерферона. 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. Внутрь один раз в сутки за 30 минут до еды, не разжевывая, запивая ½ стакана воды, взрослым и детям старше 12 лет: по 450–600 мг (3–4 таблетки) на приём, дети 4-6 лет: по 150 мг (1 таб.) на прием. Детям 7-11 лет: по 300-450 мг (2-3 таб.) на прием. Препарат принимают на 1, 2, 4, 6, 8-е сутки. Лечение необходимо начинать при первых симптомах заболевания.

- Азоксимера бромид [97-106].

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

**Комментарии:** обладает выраженной иммуномодулирующей (в том числе интерферонпродуцирующей) активностью, оказывает неспецифическое защитное действие в отношении широкого спектра патогенов, основанное на регуляции иммунитета макроорганизма. Кроме того, препарат имеет антитоксическое и антиоксидантное свойства. В острый период болезни препарат применяется в комплексе с этиотропной терапией, а в период реабилитации или с целью иммунопрофилактики респираторных инфекций — в качестве монотерапии. Противопоказан при беременности и грудном вскармливании. Таблетки: по 1 таблетке сублингвально 2 раза в день 7 дней; Раствор: по 6 мг ежедневно парентерально в течение 3-х дней, далее через день общим курсом 10 инъекций или интраназально или сублингвально 6 мг в сутки, суточная доза препарата (6 мг) вводится за 2-3 приема в сутки.

- Инозин пранобекс [167-169].

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

**Комментарии:** Механизм противовирусного действия инозина пранобекса связан с ингибированием синтеза вирусных РНК и ДНК, а также повышением продукции лимфоцитами альфа- и гамма-интерферонов; увеличивает общее количество Т-лимфоцитов, нормальных клеток-киллеров и Т-хелперов, натуральных киллеров, усиливая адаптивный механизм иммунологической памяти и в то же время ограничивая системный воспалительный ответ. Максимальная суточная для взрослых 3–4 г в сутки, разделенных на 3–4 приема. Детям в возрасте от 1 года рекомендованная суточная доза составляет 50 мг/кг массы тела (в таблетках или в сиропе), разделенных на 3–4 приема. При тяжелых формах инфекционных заболеваний врач может увеличить дозу индивидуально до 100 мг/кг массы тела в сутки, разделенную на 4–6 приемов. Применение препарата во время беременности и в период грудного вскармливания противопоказано.

- Рекомендовано при отсутствии эффекта от приема интерферонов и индукторов интерферона в течение 24 часов рекомендовано применение препаратов прямого противовирусного действия (селективных ингибиторов нейраминидазы или ингибиторов слияния (фузии)) для прекращения репликации вируса [1, 2, 4, 5, 14].

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

- Рекомендуется проведение пероральной дезинтоксикационной терапии (некрепко заваренного чая с медом, вареньем, а также отвара шиповника, свежеприготовленных фруктовых и ягодных соков, компотов, щелочных минеральных вод) всем пациентам с гриппом для купирования синдрома интоксикации [1, 2, 4, 5, 14].

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

**Комментарии:** *Общее количество вводимой жидкости должно применяться из расчета физиологической потребности и патологических потерь.*

Рекомендовано назначение нестероидных противовоспалительных препаратов пациентам с гипертермией выше 38.0 °С, мышечными и суставными болями с жаропонижающей, болеутоляющей и противовоспалительной целью [1, 2, 4, 5, 14, 112, 113].

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

**Комментарий:** *парацетамол (детям старше 12 лет и взр. -500 мг, детям до 12 лет - 10-15 мг/кг) с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней перорально или ректально; или ибупрофен (детям старше 12 лет и взр. 200-400 мг, детям до 12 лет в дозе 5-10 мг/кг) не более 3-х раз в сутки внутрь.*

- Рекомендовано назначение парацетамола в комбинации с другими препаратами, кроме психолептиков, пациентам с выраженными лихорадочно-интоксикационным и респираторным синдромами с анальгезирующей, жаропонижающей, противоаллергической, антиконгестивной целью: Парацетамол+Фенилэфрин+Фенирамин [114-116].

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

**Комментарии:** *Внутрь. Содержимое 1 пакетика растворяют в 1 стакане кипяченой горячей воды. Принимают в горячем виде. Можно добавить сахар по вкусу. Повторную дозу можно принимать через каждые 4 ч (не более 3 доз в течение 24 ч). Не рекомендуется во время беременности и грудного вскармливания.*

- Не рекомендуется назначение салициловой кислоты и ее производных пациентам с гипертермией с жаропонижающей целью, вследствие возможных побочных явлений в виде нарушения гемостаза и обострения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки.

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

- Рекомендовано пациентам с острым бронхитом, обусловленным вирусом гриппа сопровождающихся бронхообструкцией и влажным кашлем назначение отхаркивающих препаратов, кроме комбинаций с противокашлевыми средствами для разжижения и улучшения отхождения мокроты [117-119].

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

**Комментарии:** *Ацетилцистеин\*\* – по 1 таблетке по 200 мг – 2-3 раза в день, перорально, курс до 5 дней; Бромгексин – детям в возрасте до 2 лет - по 2 мг 3 раза/сут; в возрасте от 2 до 6 лет - по 4 мг 3 раза/сут; в возрасте от 6 до 12 лет - по 6-8 мг 3 раза/сут. взрослым и детям с 12 лет -внутри по 8 мг 3-4 раза в сутки; Амброксол\*\* – внутрь 30 мг, 90 мг/сут, курс до 5 дней; Бромгексин + Гвайфенезин + Сальбутамол –*

таблетки (2 мг сальбутамола сульфата + 8 мг бромгексина гидрохлорида + 100 мг гвайфенезина в 1 таблетке) внутрь по 1 таблетке 3 р./сут в течение 5 дней.

- Рекомендуется назначение симпатомиметиков и других противокашлевых препаратов при лечении гриппа у пациентов с сухим непродуктивным надсадным кашлем, значительно ухудшающим качество жизни [118-131].

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

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

- противокашлевый препарат Бутамират – внутрь по 15 мл 4 раза в сутки (сироп)
- противокашлевые средства в комбинации с отхаркивающими средствами Декстрометорфан+Терпингидрат+[Левоментол]– внутрь по 1 чайной ложке (5 мл) 3-4 раза в день;

**Комментарии:** Механизм действия препарата реализуется за счёт ингибирования гольджи-резидентной глутаминилциклазы человека. Подавление этого фермента снижает образование активной формы хемокинов семейства MCP, что проявляется в уменьшении хемотаксиса моноцитов, снижении миграции эозинофилов в ткани лёгкого и предотвращении дегрануляции тучных клеток и способствует снижению выраженности симптомов воспаления. Механизм противокашлевой активности препарата реализуется на уровне периферических звеньев кашлевого рефлекса, в частности связанных с активацией ионных каналов TRPA1. Препарат оказывает противовоспалительное, противокашлевое, бронхолитическое и противоаллергическое действия, снижает гиперсекрецию слизи, улучшает функцию дыхания и уменьшает выраженность и частоту возникновения респираторных симптомов, в том числе приступов кашля и удушья. Принимается внутрь, независимо от приема пищи, по 1 таблетке (40 мг) 2 раза в день. Рекомендованная длительность лечения 7 дней, возможно продолжение лечения еще в течение 7 дней. Противопоказан при гиперчувствительности к действующему веществу или любому из вспомогательных веществ препарата. Противопоказан при беременности и грудном вскармливании

- Не рекомендовано одновременное применение отхаркивающих и противокашлевых средств пациентам с кашлем, что может способствовать застою мокроты за счет подавления кашлевого рефлекса [117-131].

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

- Рекомендуется местное применение адреномиметиков пациентам с выраженным затруднением носового дыхания в комплексной терапии ринита, риносинусита для

облегчения заложенности носа и восстановления проходимости слуховой трубы не более 5 дней [1, 2, 135].

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

**Комментарии:** Нафазолин – интраназально (в каждый носовой ход) по 1–3 капли 0,05–0,1% раствора 3–4 раза в сутки; при беременности и грудном вскармливании – с осторожностью. Ксилометазолин\*\* – интраназально (в каждый носовой ход), по 2–3 капли 0,1% раствора или одно впрыскивание из распылителя в каждую ноздрю 4 раза в день; противопоказан при беременности.

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. При беременности и грудном вскармливании – с осторожностью.

### **3.1.2. Лечение осложненных среднетяжелых, тяжелых и крайне тяжелых форм гриппа в стационарных условиях**

- Рекомендована комплексная оценка клинических проявлений гриппа при госпитализации пациента в процессе его первичного обследования в условиях приёмного отделения стационара [1-5, 8, 9, 14].

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

**Комментарии:** при поступлении пациента в стационар:

- рекомендовано оценить характер поражения органов дыхания;
- рекомендовано определить степень компенсации сопутствующих болезней;
- рекомендовано измерить основные физиологические константы (ЧДД, ЧСС, АД, SpO<sub>2</sub>, диурез);
- рекомендовано провести рентгенографию (или широкоформатная флюорография) легких;
- рекомендовано проведение ЭКГ;
- рекомендовано взятие материала для специфической диагностики (ПЦР, серологические реакции).
- Рекомендована госпитализация или перевод пациента в ОРИТ при наличии показаний [1-5, 8, 9, 10, 11, 14].

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

**Комментарий:** показания для перевода в отделение реанимации при установленном диагнозе гриппа представлены в Приложении Г.

- Рекомендовано незамедлительно после поступления в стационар пациентам с симптомами гриппа начать лечение осельтамивиром или занамивиром, как высокоэффективными селективными ингибиторами нейраминидазы вирусов гриппа

типа А и В для прекращения репликации вируса [1-5, 8, 9, 12, 15, 14-27, 166].

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

**Комментарии:** осельтамивир назначают взрослым и детям с массой тела свыше 40 кг – внутрь по 75 мг 2 раза в сутки; детям с массой тела 10-15 кг — рекомендованная доза 30 мг два раза в сутки.; детям с массой тела 15-23 кг — рекомендованная доза 45 мг два раза в сутки. детям с массой тела 23-40 кг — рекомендованная доза 60 мг два раза в сутки в течение 5 дней. Занамивир рекомендуется в случаях резистентности вируса А(H1N1) к осельтамивиру, при отсутствии препарата, беременным и пациентам с тяжелой почечной недостаточностью. Назначают по 2 ингаляции (по 5 мг каждая) 2 раза в сутки в течение 5 дней. У пациентов с тяжелым или прогрессирующим заболеванием, гриппозной пневмонией, а также с тяжелой иммуносупрессией, целесообразно использование более высоких доз осельтамивира (150 мг два раза в сутки) и более длительного лечения (как минимум, 10 дней). С осторожностью назначать увеличенные дозы осельтамивира пациентам с почечной недостаточностью. В случаях, когда осельтамивира нет в наличии или его невозможно использовать или если вирус устойчив к осельтамивиру, пациенты с тяжелым или прогрессирующим заболеванием должны получать лечение занамивиром. Пациенты, подверженные повышенному риску развития тяжелого заболевания или заболевания, протекающего с осложнениями, но у которых имеет место заболевание в связи с инфекцией вирусом гриппа, протекающее без осложнений, должны получать лечение осельтамивиром или занамивиром.

- Рекомендовано назначение Меглюмина натрия сукцината пациентам со среднетяжелым и тяжелым течением, а также пациентам с наличием пневмонии с антигипоксической и антиоксидантной целью для купирования синдрома интоксикации [136-140].

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

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

- Рекомендовано назначение нестероидных противовоспалительных препаратов пациентам с гипертермией выше 38,0 °С, мышечными и суставными болями с жаропонижающей, болеутоляющей и противовоспалительной целью [1, 2, 4, 5, 14, 112, 113].

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

**Комментарий:** парацетамол (детям старше 12 лет и взр. -500 мг, детям до 12 лет - 10-15 мг/кг) с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней перорально или ректально;

или ибупрофен (детям старше 12 лет и взр. 200-400 мг, детям до 12 лет в дозе 5-10 мг/кг) не более 3-х раз в сутки внутрь.

- Рекомендовано назначение парацетамола в комбинации с другими препаратами, кроме психолептиков, пациентам с выраженными лихорадочно-интоксикационным и респираторным синдромами с анальгезирующей, жаропонижающей, противоаллергической, антиконгестивной целью: Парацетамол+Фенилэфрин+Фенирамин [114-116].

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

**Комментарии:** Внутрь. Содержимое 1 пакетика растворяют в 1 стакане кипяченой горячей воды. Принимают в горячем виде. Можно добавить сахар по вкусу. Повторную дозу можно принимать через каждые 4 ч (не более 3 доз в течение 24 ч). Не рекомендуется во время беременности и грудного вскармливания.

- Рекомендовано пациентам с острым бронхитом, обусловленным вирусом гриппа сопровождающихся бронхообструкцией и влажным кашлем назначение отхаркивающих препаратов, кроме комбинаций с противокашлевыми средствами для разжижения и улучшения отхождения мокроты [117-119].

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

**Комментарии:** Ацетилцистеин\*\* – по 1 таблетке по 200 мг – 2-3 раза в день, перорально, курс до 5 дней; Бромгексин – детям в возрасте до 2 лет - по 2 мг 3 раза/сут; в возрасте от 2 до 6 лет - по 4 мг 3 раза/сут; в возрасте от 6 до 12 лет - по 6-8 мг 3 раза/сут. взрослым и детям с 12 лет -внутри по 8 мг 3-4 раза в сутки; Амброксол\*\* – внутрь 30 мг, 90 мг/сут, курс до 5 дней; Бромгексин + Гвайфенезин + Сальбутамол – таблетки (2 мг сальбутамола сульфата + 8 мг бромгексина гидрохлорида + 100 мг гвайфенезина в 1 таблетке) внутрь по 1 таблетке 3 р./сут в течение 5 дней. Рекомендуется назначение симпатомиметиков и других противокашлевых препаратов при лечении гриппа у пациентов с сухим непродуктивным надсадным кашлем, значительно ухудшающим качество жизни [118-131].

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

**Комментарии:** Препаратами выбора являются противокашлевые препараты в комбинации с отхаркивающими препаратами, в состав которых входит активное вещество декстрометорфан: - противокашлевые препарат Бутамират – внутрь по 15 мл 4 раза в сутки (сироп) -противокашлевые средства в комбинации с отхаркивающими средствами Декстрометорфан+Терпингидрат+[Левоментол]– внутрь по 1 чайной ложке (5 мл) 3-4 раза в день;

Рекомендуется местное применение адреномиметиков пациентам с выраженным затруднением носового дыхания в комплексной терапии ринита, риносинусита для облегчения заложенности носа и восстановления проходимости слуховой трубы не более 5 дней [1, 2, 135].

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

**Комментарии:** Нафазолин – интраназально (в каждый носовой ход) по 1–3 капли

0,05–0,1% раствора 3–4 раза в сутки; при беременности и грудном вскармливании – с осторожностью;

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

- о 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. При беременности и грудном вскармливании – с осторожностью.

- Дополнительно рекомендовано применение стрессовых (малых/средних) доз кортикостероидов системного действия у больных с рефрактерным септическим шоком и с ранней фазой острого респираторного дистресс-синдрома с противовоспалительной целью (ОРДС) [141–144].

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

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

- Рекомендовано проведение оксигенотерапии (ингаляционное введение кислорода) пациентам с наличием гипоксемии для обеспечения адекватной оксигенации [145–152].

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

**Комментарии:** при появлении признаков ОДН ( $SpO_2 < 92\%$ ) необходимо обеспечить ингаляцию кислорода через носовые катетеры или лицевые маски. В зависимости от клинической ситуации (степень гипоксемии, ответ на оксигенотерапию), используются различные системы доставки кислорода: назальные канюли низкого потока ( $FiO_2 = 0,25-0,4$ ); лицевая маска ( $FiO_2 = 0,35-0,5$ ) или назальные канюли высокого потока с применением 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 ( $paO_2 > 60$  мм рт. ст.,  $SpO_2 > 92\%$ ).

- Рекомендовано проведение интубации трахеи и искусственной вентиляции легких (ИВЛ) при наличии острой дыхательной недостаточности (ОДН) для обеспечения адекватного газообмена [145-152].

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

*Комментарии:* Основными показаниями для инвазивной ИВЛ являются остановка дыхания, нарушения сознания, психомоторное возбуждение, гемодинамические расстройства, отсутствие возможности обеспечить проходимость дыхательных путей и плотное прилегание маски, высокий риск аспирации, частота дыхания  $>35$  в минуту,  $PaO_2/FiO_2 < 300$  мм рт. ст., увеличение  $PaCO_2 > 20\%$  от исходного уровня или более 60 мм рт. ст.

*Задачи респираторной поддержки:*

- Коррекция нарушений газообмена (достижение  $PaO_2$  в пределах 55 – 80 мм рт. ст.,  $SpO_2$ –88–95%);
- Минимизация риска развития баро- и волюмотравмы;
- Оптимизация реkrутирования альвеол;
- Раннее отлучение больного от респиратора;
- Проведение комплекса специальных мероприятий, направленных на ограничение риска распространения вируса от больного к персоналу и другим больным. Принципы респираторной поддержки при ОРДС, вызванном вирусом гриппа, представлены в **Приложении Г**.
- Рекомендуются пациентам с ОРДС тяжелой степени и рефрактерной гипоксемией, развившегося вследствие прямого или непрямого повреждения легких, назначение экзогенного сурфактанта - Таурактант (Легочные сурфактанты) в комплексной терапии ОРДС с целью устранения дефицита сурфактанта [141-144, 152-154].

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

*Комментарии:* Лечение препаратом Таурактант производится путем эндобронхиального болюсного введения с помощью видеобронхоскопа. Препарат вводят в дозе 12 мг/кг/сутки. Доза делится на два введения по 6 мг/кг через 12–16 часов. Может потребоваться многократное введение препарата (4–6 введений) до стойкого улучшения газообмена (увеличение  $PaO_2/FiO_2$  более 300 мм рт. ст.), повышения воздушности легких при рентгенографии грудной клетки и возможности проведения ИВЛ с  $FiO_2 < 0,4$ . В большинстве случаев продолжительность курса применения препарата не превышает двух суток.

- Рекомендовано применение антибактериальной терапии при возможной сопутствующей бактериальной инфекции, в случае неэффективности проводимой

патогенетической, симптоматической и противовирусной терапии при развитии ОРДС и подозрении на развитие вирусно-бактериальной пневмонии в соответствии с утвержденными рекомендациями по ведению больных с внебольничной пневмонией и ОРДС [11, 141].

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

### **3.2. Хирургическое лечение**

Не проводится.

### **3.3. Иное лечение**

Не проводится.

## **4. Реабилитация**

- Рекомендуется начинать реабилитационные мероприятия уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции всем пациентам с гриппом [1-5, 155].

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

- Рекомендуется комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия всем пациентам с гриппом [1-5, 155].

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

- Рекомендуется соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации всем пациентам с гриппом [1-5, 155].

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

- Рекомендуется адекватность реабилитационных и восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям пациента с гриппом [1-5, 155].

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

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

- Рекомендуется постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий всем пациентам с гриппом [1-5, 155].

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

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

## **5. Профилактика и диспансерное наблюдение**

### **5.1 Специфическая профилактика**

- Рекомендовано проведение вакцинации всем лицам, не имеющим противопоказаний в предэпидемический период для специфической профилактики гриппа [1-5, 156, 157, 160-162, 166].

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

**Комментарий:** для специфической профилактики гриппа используются противогриппозные вакцины отечественного производства, зарегистрированные на территории Приднестровской Молдавской Республики и приготовленные из эпидемически актуальных штаммов вируса, рекомендуемых ВОЗ. Вакцинации против гриппа в предэпидемический период в первую очередь подлежат лица, относящиеся к категории высокого риска заболевания гриппом и неблагоприятных осложнений при заболевании, к которым относятся: дети с 6 месяцев, учащиеся I - II классов; обучающиеся в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования; взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских организаций и организаций, осуществляющих образовательную деятельность, организаций торговли, транспорта, коммунальной и социальной сферы); лица, сотрудники правоохранительных органов и государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу Приднестровской Молдавской Республики; работники организаций социального обслуживания и многофункциональных центров; государственные гражданские и муниципальные служащие; беременные женщины; взрослые старше 60 лет; лица, подлежащие призыву на военную службу; лица с хроническими заболеваниями, в том числе с заболеваниями легких, сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическими нарушениями и ожирением, а также лиц, работающих в организациях птицеводства, свиноводства, сотрудников зоопарков, имеющих контакт с птицей, свиньями, и лиц, осуществляющих разведение домашней птицы, свиней для реализации населению.

Профилактические прививки проводятся лицам, не имеющим противопоказаний (наличие аллергических реакций на куриный белок и другие компоненты вакцины, наличие лихорадки или других признаков острых респираторных инфекций) с их согласия, а также с согласия законных представителей граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством Приднестровской Молдавской Республики. Вакцина для профилактики гриппа инактивированная может вводиться одновременно с другими инактивированными вакцинами, применяемыми в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

*Противогриппозные вакцины могут быть слабо иммуногенными у пациентов с тяжелой иммуносупрессией, поэтому можно рассмотреть [необходимость] химиопрофилактики против вируса гриппа для этой группы пациентов. Лицам в возрасте 6 месяцев и старше, контактирующим с членами семьи, имеющими тяжелую иммуносупрессию, рекомендуется ежегодная вакцинация Вакциной для профилактики гриппа [инактивированной]. Сезонную иммунопрофилактику гриппа рекомендуется закончить не позднее, чем за 2 – 3 недели до начала эпидемического сезона.*

## **5.2 Неспецифическая профилактика.**

### **5.2.1 Профилактические мероприятия направленные на источник инфекции.**

- Рекомендована своевременная диагностика и лечение больных гриппом [1-5].

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

**Комментарий:** больной человек наиболее заразен для окружающих в первые 3-4 дня болезни, хотя выделение вируса возможно на протяжении всего заболевания и даже периода реконвалесценции. Больные дети как источник инфекции опасны более длительный период (7-10 дней). При риске заражения гриппом (вспышка в коллективе, эпидемия в городе) большое значение имеет контроль граждан за состоянием своего здоровья, в первую очередь, термометрия и самоизоляция при появлении первых симптомов заболевания с последующим вызовом врача.

- Рекомендовано в случае появления в семье больного с симптомами гриппа проведение следующих мероприятий [1-5]:

- изолировать больного в отдельном помещении, если это невозможно, обеспечить, чтобы его кровать, отгороженная ширмой, находилась на расстоянии более одного метра от места расположения других людей;

- часто проветривать помещения и проводить влажную уборку с использованием бытовых моющих и дезинфицирующих средств;

- кипятить и обрабатывать посуду, используемую больным, дезинфицирующими средствами в специальной емкости;

- тщательно мыть руки с мылом после каждого контакта с больным

- носить маски, имеющиеся в продаже или сделанные из подручных материалов (ватно-марлевые) при условии их смены через каждые два часа с последующей утилизацией или надлежащей стиркой и двухсторонним проглаживанием.

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

### **5.2.2 Профилактические мероприятия, направленные на механизмы и пути передачи**

- Рекомендовано использование дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию в присутствии людей - на основе катионных поверхностно-активных

веществ для текущей дезинфекции предметов личного обихода и всего помещения [1-5, 158,159].

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

***Комментарий:** дезинфицирующие средства на основе хлорактивных и кислородактивных соединений в соответствующих концентрациях на протяжении достаточного количества времени. Активным биологическим действием обладают ультрафиолетовые лучи (УФ). Обеззараживание помещений проводится с использованием рециркуляторов на основе использования УФ излучения: бактерицидный рециркулятор или облучатель-рециркулятор как прямым, так и рассеянным облучением. Неотъемлемой и важной частью противоэпидемических мероприятий в очаге является текущая дезинфекция предметов личного обихода и всего помещения.*

- Рекомендовано использование средств индивидуальной защиты (СИЗ), носовых платков и полотенец персоналу и пациентам с гриппом [1-5, 158, 159].

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

***Комментарий:** маски должны быть одноразовыми и меняться через каждый час. В случае недоступности одноразовых, они подлежат частой замене и стирке с кипячением, как и остальное белье больного.*

- Рекомендовано проведение влажной уборки с применением дезинфицирующих средств в палате (боксе) не менее двух раз в сутки [1-5, 158, 159].

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

- Рекомендовано после удаления больного из палаты (бокса) проведение заключительной дезинфекция: мытье стен, подоконников, мебели, полов с применением дезинфицирующих средств, кипячение посуды, белья, УФ - облучение помещения [1-5, 158, 159].

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

### **5.2.3 Профилактические мероприятия, направленные на восприимчивый организм**

- Рекомендовано проведение вакцинации всем лицам, не имеющим противопоказаний в предэпидемический период для специфической профилактики гриппа [1-5,158,159].

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

- Рекомендовано ведение здорового образа жизни всем лицам (полноценный сон, свежий воздух, активный отдых, сбалансированное питание, прием витаминов) для повышения резистентность к инфекции [1-5,158,159].

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

- Рекомендована профилактика и своевременное лечение сопутствующих заболеваний и состояний всем лицам для повышения восприимчивости организма к вирусу гриппа [1-5,158,159].

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

- Рекомендовано проведение химиопрофилактики лицам при наличии в анамнезе контакта с больным гриппом и ОРВИ другой этиологии с целью немедленного противовирусного действия и с целью повышение резистентности организма [1-5, 12, 158,159,166]

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

***Комментарии:** неспецифическая профилактика подразделяется на два варианта: экстренную, рассчитанную на немедленное противовирусное действие препаратов с прямым противовирусным действие (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 непривитых, а также среди контингентов с повышенным риском заражения гриппом и с высоким риском неблагоприятных исходов заболевания. N.B. Химиопрофилактика не заменяет вакцинацию против гриппа.*

Рекомендовано избирательное использование противовирусных препаратов прямого действия у лиц после контакта с больным гриппом или в эпидемический сезон с целью экстренной и плановой химиопрофилактики [1-5,166]:

- Осельтамивир - назначают взрослым и детям с массой тела свыше 40 кг-внутрь по 75 мг 1 раз в сутки; детям с массой тела 10-15 кг — рекомендованная доза 30 мг 1 раз в сутки.; детям с массой тела 15-23 кг — рекомендованная доза 45 мг 1 раз в сутки. детям с массой тела 23-40 кг — рекомендованная доза 60 мг 1 раз в сутки. Длительность приема не менее 10 дней после контакта с инфицированным (в зависимости от ситуации). Прием препарата нужно начинать не позднее чем в первые два дня после контакта. Рекомендуемая ранее плановая профилактика препаратами с прямым противовирусным

действием, например, осельтамивиром в течение 6 недель в настоящее время не рекомендуется из-за развития резистентности вирусов к действию препарата.

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

о Занамивир – экстренная профилактика: при непосредственном контакте с больным гриппом взрослым и детям старше 5 лет – 2 ингаляции по 5 мг 1 раз в день, 10 дней. Общая суточная доза 10 мг. Плановая профилактика, так же, как и осельтамивиром\*\*, не рекомендуется [1-5,163,166].

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

*Комментарии:* химиопрофилактика противовирусными препаратами прямого действия из группы ингибиторов нейраминидазы не рекомендуется, если с момента первого контакта с больным гриппом прошло более 48 часов.

*Избирательно используется*

- у лиц с высоким риском развития осложнений гриппа в течение первых двух недель после вакцинации после контакта с больным гриппом человеком;

- у лиц с высоким риском развития осложнений гриппа в случае документально подтвержденного факта низкой клинической эффективности вакцины в эпидсезоне из-за циркуляции штаммов вируса гриппа, антигенно далеких от вакцинных штаммов;

- у лиц с тяжелыми иммунодефицитами или других лиц, которые могут не реагировать адекватно на вакцинацию (например, получающие иммунодепрессанты, онкологических больных, реципиентов гемопоэтических клеточных трансплантатов и др.), после контакта с больным гриппом человеком;

- у лиц с высоким риском осложнений от гриппа, которым противопоказана вакцинация, после контакта с больным гриппом человеком;

- среди сотрудников и постояльцев заведений с длительным круглосуточным для получения лечения/ухода, во время вспышек гриппа в учреждении. о Балоксавир марбоксил – экстренная профилактика: препарат следует принять как можно скорее в течение 48 часов после близкого контакта с заболевшим гриппом человеком. Препарат принимают внутрь однократно, вне зависимости от приема пищи, при массе тела пациента от 40 кг до 80 кг - 40 мг, ≥80 кг - 80 мг [164, 166].

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

о Умифеновир – экстренная (постконтактная) профилактика: при контакте с больным – 1 раз в день в течение 10-14 дней. В период эпидемии гриппа (сезонная профилактика) – 1 раз в день каждые 3-4 дня в течение 3 недель. Умифеновир назначают внутрь до приема пищи детям с 3 до 6 лет- 50 мг; детям от 6 до 12 лет - 100 мг, детям старше 12 лет и

взрослым - 200 мг. Детям с 2 лет возможно назначение в форме суспензии 25 мг/5 мл [35,40,165,166].

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

- Рекомендовано использование интерферонов у лиц после контакта с больным гриппом или в эпидемический сезон с целью экстренной и плановой химиопрофилактики [67-76].

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

- Рекомендовано использование иммуностимуляторов у лиц после контакта с больным гриппом или в эпидемический сезон с целью экстренной и плановой химиопрофилактики [77-105]:
- Тилорон – взрослым 125 мг 1 раз в неделю в течение 6 недель, курсовая доза составляет 750 мг. Противопоказан при гиперчувствительности к компонентам препарата, беременности, в периоде лактации, детском возрасте до 18 лет [77-83].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).** о Оксидигидроакридинаацетат натрия – разовая профилактическая доза взрослым составляет 250 мг (1 ампула) или 4 – 6 мг на кг массы тела. При длительном применении рекомендуемый интервал между введениями 3–7 суток. Противопоказан при беременности и грудном вскармливании, детском возрасте до 18 лет [84, 85].

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

о Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты - для профилактики гриппа и острых респираторных вирусных инфекций после контакта с больными лицами в течение 7 дней. Прием препарата начинают не позднее 2 суток после контакта, внутрь независимо от приема пищи, взрослым по 1 капсуле (90 мг) 1 раз в сутки; детям с 7 лет о 1 капсуле (60 мг) 1 раз в сутки в течение 5-7 дней. Детям с 3 лет препарат назначается в форме суспензии в дозе 30 мг( 5 мл) 1 раз в сутки [86, 87, 88];

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

о Меглюмина акридонацетат - внутрь один раз в сутки за 30 минут до еды, не разжёвывая, запивая ½ стакана воды, взрослым и детям старше 12 лет: по 450–600 мг (3–4 таблетки) на приём, дети 4-6 лет: по 150 мг (1 таб.) на прием. Детям 7-11 лет: по 300-450 мг (2-3 таб.) на прием на 1, 2, 4, 6, 8-е сутки после контакта. Далее осуществляют перерыв 72 часа (трое суток) и продолжают курс на 11, 14, 17, 20, 23-и сутки. Общий курс составляет от 5 до 10 приёмов [91, 92, 94, 95].

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

о Азоксимера бромид [99,101,103,105].

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

*Комментарии:* для профилактики в предэпидемический период – по 1 таблетке в день в течение 10 дней. *Примечание:* для проведения неспецифической профилактики гриппа можно применять любые препараты (в соответствии с инструкцией к применению препарата), разрешенные к применению в установленном порядке на территории Приднестровской Молдавской Республики.

## **6. Организация медицинской помощи.**

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы: возраст пациента; характер сопутствующих заболеваний; клиническая форма болезни; характер течения болезни (динамики нарастания симптомов); тяжесть заболевания; наличие и характер осложнений [1-5, 158, 159]:.

- До принятия решения о тактике ведения больного гриппом рекомендуется установить дефиницию случая гриппа у больного: неосложненный грипп или осложненный/тяжелый грипп [1-5, 158, 159].

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

*Комментарий:* алгоритм клинической сортировки пациентов с ГПЗ представлен в *Приложении Г*.

- Рекомендуется госпитализировать больных [1-5, 158, 159]:
  - с тяжелым и среднетяжелым течением гриппа;
  - проживающих в общежитиях и в условиях неблагоприятных факторов жилой среды
  - из группы риска развития неблагоприятного течения болезни.

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

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

- Рекомендуется срочно пересмотреть схемы ведения больного гриппом при появлении признаков (симптомов) прогрессирующего течения болезни [1-5, 158, 159].

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

*Комментарии:* 1) при симптомах, свидетельствующих об ухудшении снабжения организма кислородом или сердечно-легочной недостаточности (одышка (при движении или в состоянии покоя), затрудненное дыхание, синюшность, кровянистая или

окрашенная мокрота, боль в груди, гипотония; гипоксия, определяемая по показаниям пульсоксиметра);

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

3) при подтверждении текущей устойчивой репликации вируса гриппа или 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 из медицинской организации при стойком улучшении клинической картины: нормализации температуры тела, купировании респираторно-катарального синдрома, нормальных показателях общего анализа крови [52, 62, 63, 75]:

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

Медицинская помощь оказывается в форме:

- экстренной медицинской помощи;
- неотложной медицинской помощи;
- Условия оказания 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 гриппом 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), врачом-педиатром 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-педиатра, врача-инфекциониста, медицинских работников, выявивших грипп.

#### **7. Дополнительная информация, влияющие на исход заболевания/ синдрома.**

К группам риска тяжелого течения гриппа относятся следующие лица:

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

## Критерии оценки качества медицинской помощи

### Критерии качества оказания помощи больным гриппом

| №<br>п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                     | Оценка<br>выполнения |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1        | Выполнен прием (осмотр, консультация) врача - инфекциониста / врача терапевта/участкового врача/ врача общей практики, врача-педиатра (первичный)                                                     | Да/Нет               |
| 2        | Выполнен общий (клинический) анализ крови                                                                                                                                                             | Да/Нет               |
| 3        | Выполнено специфическое лабораторное обследование в целях идентификации возбудителя гриппа                                                                                                            | Да/Нет               |
| 4        | Выполнена этиологическая лабораторная диагностика для идентификации других возбудителей ОРВИ и SARS-CoV-2                                                                                             | Да/Нет               |
| 5        | Выполнена пульсоксиметрия                                                                                                                                                                             | Да/Нет               |
| 6        | Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки / компьютерная томография органов грудной полости пациентам с явлениями бронхита и наличием физикальных признаков поражения легочной ткани | Да/Нет               |
| 7        | Выполнена рентгенограмма придаточных пазух при подозрении на синусит, вызванный присоединением бактериальной флоры                                                                                    | Да/Нет               |
| 8        | Выполнен осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный (для пациентов с быстро прогрессирующей ОДН (ЧД >25 в 1 мин, SpO <sub>2</sub> < 92%))                                   | Да/Нет               |
| 9        | Проведена оксигенотерапия (ингаляционное введение кислорода) пациентам с наличием гипоксемии                                                                                                          | Да/Нет               |
| 10       | Выполнено лечение противовирусными препаратами прямого действия                                                                                                                                       | Да/Нет               |
| 11       | Выполнено назначение противовирусных препаратов прямого действия не позднее 48 часов (занамибир – в первые 36 часов) после начала заболевания                                                         | Да/Нет               |
| 14       | Проведена дезинтоксикационная терапия, назначение нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов                                                                                | Да/Нет               |
| 15       | Выполнено достижение критериев выписки из стационара (нормализация температуры тела, купирование респираторно-катарального синдрома, нормализация показателей общего (клинического) анализа крови)    | Да/Нет               |

## Список литературы.

1. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Юшука, Ю.Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-7481-5.
2. Грипп в эпоху пандемии COVID-19: руководство для врачей / под ред. Н. Ю. Пшеничной. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-7814-1, DOI: 10.33029/9704-7814-1-GRP-2023-1-192.
3. Костинов, М.П. Эпидемиология и вакцинопрофилактика гриппа в условиях COVID-19: учебное пособие / М.П. Костинов, Е.Г. Симонова, Н.Н. Филатов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-5987-4.
4. Острые респираторные вирусные инфекции у детей и взрослых / А.В. Горелов, А.А. Плоскирева, Ж.Б. Понежева [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 80 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-7104-3.
5. Эсауленко Е.В., Го А.А., Сухорук А.А., Понятишина М.В., Позднякова М.В. Грипп: современные диагностические возможности и терапевтические подходы. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. Сер. Библиотека педиатрического университета. Санкт-Петербург, 2015: 48с.
6. Щелканов М.Ю. Патогенез гриппа: механизмы модуляции белками возбудителя. Журнал инфектологии. 2015; 7(2): С. 31–45.
7. Цинзерлинг В.А., Васильева М.В., Эсауленко Е.В. и др. Анализ летальных исходов при гриппе A/H1N1/PDM09 в эпидемический сезон 2015-2016гг. Инфекционные болезни. 2016; 14(4): С. 80-83.
8. Эсауленко Е.В., Александрович Ю.С., Бушманова А.Д., Пшениснов К.В., Новак К.Е., Басина В.В., Позднякова М.Г., Дитковская Л.В., Акименко Т.И. Вирусные пневмонии. Учебное пособие для врачей. СПб.: изд-во СПбГПМУ, 2022. – 100 с.
9. Вирусные пневмонии: эпидемиология, диагностика, терапия, профилактика / А.В. Горелов, С.Н. Авдеев, Е.В. Эсауленко, А.Г. Малявин, Ю.С. Александрович, В.А. Цинзерлинг, Г.А. Сулова, К.В. Пшениснов, К.Е. Новак, В.В. Басина, М.Г. Позднякова. М: Издательство «Медиа Сфера», 2024 — 220 с.: ил..
10. "Вирусные пневмонии". Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. М., 2024.
11. «Внебольничная пневмония у взрослых». Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. М., 2021.

12. Делягин В.М. Специфическая терапия и экстренная профилактика гриппа. Медицинский Совет. 2021;(1):116-123. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-1-116-123>
13. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)) 03.10.2023 г.
14. IDSA (Общество инфекционных болезней США) "*Clinical Practice Guidelines by IDSA: Seasonal Influenza in Adults and Children*" (2018, обновление 2023) <https://www.idsociety.org/practice-guideline/influenza/>
15. Jefferson, T., Jones, M. A., Doshi, P., et al. (2014). "Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children." Cochrane Database of Systematic Reviews, (4), CD008965. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008965.pub4>  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008965.pub4/full>
16. Muthuri, S. G., Venkatesan, S., Myles, P. R., et al. (2014). "Effectiveness of neuraminidase inhibitors in reducing mortality in patients admitted to hospital with influenza A H1N1pdm09 virus infection: a meta-analysis of individual participant data." The Lancet Respiratory Medicine, 2(5), 395-404. [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(14\)70041-4/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(14)70041-4/abstract)
17. Эффективность осельтамивира при сезонном и пандемическом гриппе / Е.В. Эсауленко, В.В. Басина, У.Е. Кузнецова [и др.] // Клиническая инфектология и паразитология. – 2024. – Т. 13, № 1. – С. 5-17. – DOI 10.34883/PI.2024.13.1.029. – EDN VOZZCT.
18. Ison M.G., Hayden F.G., Hay A.J., et al. Influenza polymerase inhibitor resistance: Assessment of the current state of the art - A report of the isirv Antiviral group. Antiviral Research. 2021;194:105158. DOI: [10.1016/j.antiviral.2021.105158](https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2021.105158) EDN: [UZLPPK](https://www.edn.net/uzlppk)
19. Hurt A.C., Besselaar T.G., Daniels R.S., et al. Global update on the susceptibility of human influenza viruses to neuraminidase inhibitors, 2014- 2015. Antiviral Research. 2016;132:178-185. DOI: [10.1016/j.antiviral.2016.06.001](https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2016.06.001)
20. Takashita E., Daniels R.D., Fujisaki S., et al. Global update on the susceptibilities of human influenza viruses to neuraminidase inhibitors and the cap-dependent endonuclease inhibitor baloxavir, 2017-2018. Antiviral Research. 2020;175:104718. DOI: [10.1016/j.antiviral.2020.104718](https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2020.104718) EDN: AALIGR
21. Mitha E. et al. Safety, resistance, and efficacy results from a phase IIIb study of conventional-and double-dose oseltamivir regimens for treatment of influenza in

immunocompromised patients //Infectious diseases and therapy. – 2019. – Т. 8. – №. 4. – С. 613-626.

22. Бурцева Е.И., Бреслав Н.В. Отечественный опыт применения препарата номидес в условиях современного эпидемического процесса при гриппе. *Журнал поликлиника*. 2020, 4: 65–69. Режим

доступа: <http://www.poliklin.ru/imagearticle/20204/65-69.pdf>

23. Dobson J., Whitley R.J., Pocock S., Monto A.S. Oseltamivir treatment for influenza in adults: a metaanalysis of randomised controlled trials. *Lancet*. 2015, 385(9979): 1729–1737. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25640810/>

24. Jefferson T., Jones M., Doshi P. et al. Oseltamivir for influenza in adults and children: systematic review of clinical study reports and summary of regulatory comments. *BMJ*. 2014, 348: 2545. Available at: <https://www.bmj.com/content/348/bmj.g2545>

25. Doll M.K., Winters N., Boikos C., et al. Safety and effectiveness of neuraminidase inhibitors for influenza treatment, prophylaxis, and outbreak control: a systematic review of systematic reviews and/or meta-analyses. *J Antimicrob Chemother*. 2017;72(11):2990-3007. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28961794/>.

26. Осидак Л.В., Зарубаев В.В., Афанасьева О.И., Волощук Л.В., Гончар В.В., Писарева М.М., Головачева Е.Г., Дондурей Е.А., Афанасьева В.С., Суховецкая В.Ф., Образцова Е.В., Рожкова Е.В., Го А., Гусева В.М., Штро А.А., Каика Н.Ю. Осельтамивир – средство противовирусной терапии гриппа А(H1N1)pdm09 у детей и взрослых. *Детские инфекции*. 2016, 3: 19–24. doi: [10.22627/2072-8107-2016-15-3-19-25](https://doi.org/10.22627/2072-8107-2016-15-3-19-25)

27. Фесенко О.В. Актуальные вопросы использования осельтамивира при гриппе. *Русский медицинский журнал*. 2021, 29(4): 63–66. Режим доступа: [https://www.rmj.ru/articles/infektsionnye\\_bolezni/Aktualnye\\_voprosy\\_ispolzovaniya\\_oselytamivira\\_pri\\_grippe/](https://www.rmj.ru/articles/infektsionnye_bolezni/Aktualnye_voprosy_ispolzovaniya_oselytamivira_pri_grippe/)

28. Hayden FG, Sugaya N, Hirotzu N, et al. Baloxavir marboxil for uncomplicated influenza in adults and adolescents. *N Engl J Med* 2018; 379:913-23.

29. Ison MG, Portsmouth S, Yoshida Y, et al. LB16. Phase 3 Trial of Baloxavir Marboxil in High-Risk Influenza Patients (CAPSTONE-2 Study). *Open Forum Infect Dis*. 2018;5(Suppl 1): S764-S765.

30. Тайеб В., Икеока Х., Ма Ф.-Ф. и др. Сетевой метаанализ эффективности и безопасности балоксавира марбоксила в сравнении с ингибиторами нейраминидазы

при лечении гриппа у пациентов без факторов риска. Терапевтический архив. 2020; 92 (11): 51–60.

31. Taieb V, Ikeoka H, Wojciechowski P, Jablonska K, Aballea S, Hill M, Hirotsu N. Efficacy and safety of baloxavir marboxil versus neuraminidase inhibitors in the treatment of influenza virus infection in high-risk and uncomplicated patients - a Bayesian network meta-analysis. *Curr Med Res Opin.* 2020 Nov 9:1-20.

32. Komeda T, Takazono T, Hosogaya N, Miyazaki T, Ogura E, Iwata S, Miyauchi H, Honda K, Fujiwara M, Ajisawa Y, Watanabe H, Kitanishi Y, Hara K, Mukae H. Comparison of Hospitalization Incidence in Influenza Outpatients Treated With Baloxavir Marboxil or Neuraminidase Inhibitors: A Health Insurance Claims Database Study. *Clin Infect Dis.* 2020 Dec 23: ciaa1870.

33. Ikematsu H, Hayden FG, Kawaguchi K, et al. Baloxavir marboxil for prophylaxis against influenza in household contacts. *N Engl J Med* 2020; 383:309-20.9.

34. Эсауленко Е.В., Бушманова А.Д., Позднякова М.Г. Грипп в условиях пандемии COVID-19 – вызов принимает балоксавир. Справочник поликлинического врача. 2021, 1: 6–12. Режим доступа: [https://omnidocor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/spravochnik-poliklinicheskogo-vracha/spv2021/spv2021\\_1/gripp-v-usloviyakh-pandemii-covid-19-vyzov-prinimaet-baloksavir/](https://omnidocor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/spravochnik-poliklinicheskogo-vracha/spv2021/spv2021_1/gripp-v-usloviyakh-pandemii-covid-19-vyzov-prinimaet-baloksavir/)

35. Kadam R.U., Wilson I.A. Structural basis of influenza virus fusion inhibition by the antiviral drug Arbidol. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2017;114(2): P.206-214.

36. Bulgakova V.A., Poromov A.A., Grekova A.I. et al. Pharmacoepidemiological study of the course of influenza and other acute respiratory viral infections in risk groups. *Ter Arkh.* 2017;89(1): P62-72.

37. Leneva IA, Burtseva EI, Yatsyshina SB, et al. Virus susceptibility and clinical effectiveness of anti-influenza drugs during the 2010-2011 influenza season in Russia. *Int J Infect Dis.* 2016; 43:77-84.

38. Gao Y. et al. Antiviral Medications for Treatment of Nonsevere Influenza: A Systematic Review and Network Meta-Analysis //JAMA Internal Medicine. – 2025.

39. Kiselev O.I., Maleev V.V., Deeva É.G. et al. Clinical efficacy of arbidol (umifenovir) in the therapy of influenza in adults: preliminary results of the multicenter double-blind randomized placebo-controlled study ARBITR. *Ter Arkh.* 2015;87(1): P.88-96.

40. Ленева И.А., Гуськова Т.А. Арбидол – эффективный препарат для лечения и профилактики гриппа и ОРВИ: обзор результатов клинических исследований. *РМЖ.* 2008; 16 (29): С.1972–1976..

41. Ситников И.Г., Еганян Г.А., Гроппа Л.Г., и др. Лечение ОРВИ и гриппа в рутинной клинической практике: результаты промежуточного анализа неинтервенционного, открытого, проспективного, наблюдательного исследования. Лечащий врач, 2015, № 9. С. 95–99.
42. Миронов И.Л., Ратникова Л.И. Триазавирин: изучение клинической эффективности при гриппозной инфекции. Поликлиника. 2015. № 5–3. С. 54–55.
43. Сабитов А.У., Ковтун О.П., Бацкалевич Н.А., Львов Н.И., Жданов К.В., Эсауленко Е.В., Тихонова Е.П., Калинина Ю.С., Сорокин П.В., Чепур С.В., Степанов А.В. Метаанализ рандомизированных клинических исследований эффективности препарата Риамилловир в этиотропной терапии гриппа. Антибиотики и химиотерапия. 2021; 66: 5–6: 58–71. doi: 10.24411/0235-2990-2021-66-6-6-58-71.
44. Логинова С.Я., Борисевич С.В., Максимов В.А. и др. Изучение противовирусной активности триазавирина в отношении возбудителя гриппа А (H5N1). Антибиотики и химиотерапия. 2007. Т. 52. № 11–12. С. 18–20.
45. Логинова С.Я., Борисевич С.В., Максимов В.А. и др. Лечебная эффективность нового отечественного химиопрепарата Триазавирин в отношении возбудителя гриппа А (H5N1). Антибиотики и химиотерапия. 2011. Т. 56. № 1–2. С. 10–13.
46. Сологуб Т.В., Токин И.И., Мидикари А.С., Цветков В.В. Сравнительная эффективность и безопасность применения противовирусных препаратов в терапии больных гриппом. Инфекционные болезни. 2017. Т. 15. № 3. С. 25–32.
47. Токин И.И., Цветков В.В., Голобоков Г.С. Сравнительная клинко-экономическая оценка двух альтернативных схем противовирусной терапии больных гриппом // Журнал инфектологии, 2018, Том 10, № 2, с.110-116.
48. И.Н. Фалынскова, И.А. Ленева, О.В. Макарова, Н.Р. Махмудова, Е.А. Глубокова, Н.П. Каратшова, В.А. Мхитаров, Д.Ш. Джалилова. Оценка эффективности комбинации риамилловира и осельтамивира на модели экспериментальной гриппозной инфекции мышей // Антибиотики и химиотерапия, 2017, 62; 11-12;
49. I.Leneva, I. Falynskova, N. Makhmudova, E. Glubokova, N. Kartasheva, E. Leonova, N. Mikhailova, I. Shestakova. Effect of Triazavirine on the outcome of a lethal influenza infection and secondary bacterial pneumonia following influenza in mice. Microbiology Independent Journal, V. 4, N. 1, 2017.
50. К.В. Касьяненко, Н.И. Львов, О.В. Мальцев, К.В. Жданов. Нуклеозидные аналоги в терапии гриппа: история и опыт // Журнал инфектологии, Том 11, № 3, 2019, с.20-26;

51. Ратникова Л.И. Применение нового отечественного противовирусного препарата в этиотропной терапии гриппа // Экспериментальная и клиническая фармакология, 2018, Том 81 №3, с. 24-28;
52. Вереvщиков В.К., Шемякина Е.К., Сабитов А.У., Бацкалевич Н.А. Современная этиотропная терапия гриппа и ОРВИ у взрослых больных с отягощенной преморбидной патологией // Антибиотики и химиотерапия, 2018, Т. 63, № 7-8;
53. Вереvщиков В.К., Шемякина Е.К., Сабитов А.У., Хаманова Ю.Б. Возможности этиотропной терапии при гриппе и ОРВИ с учетом срока госпитализации больных в стационар и риска развития вторичных осложнений // Антибиотики и химиотерапия, 2019, Т. 64, № 3-4.
54. 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.
55. 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.
56. 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.
57. Гордиенко В.В. и др. Эффективность и безопасность энисамия йодида и умифеновира в лечении пациентов с ОРВИ в условиях реальной клинической практики //Лечащий Врач. – 2024. – №. 1. – С. 49-55;
58. Пшеничная Н.Ю., Жданов К.В., Лиознов Д.А. Окончательные результаты адаптивного рандомизированного открытого контролируемого исследования эффективности и безопасности энисамия йодида в терапии госпитализированных больных с COVID-19 //инфекционные болезни – 2023. – Т. 21. – №. 1. – С. 17-25.
59. Томас Ашахер, Артем Крохин, Ирина Кузнецова, Йоханнес Ленгл, Владимир Небольсин, Андрей Егоров, Михаэль Бергманн. Влияние препарата Ингавирин® (имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты) на интерфероновый статус клеток в условиях вирусной инфекции. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2016; 21(4): 196-205. DOI:10.18821/1560-9529-2016-21-4-196-205.
60. Колобухина Л.В., Меркулова Л.Н., Щелканов М.Ю., Бурцева Е.И., Лаврищева В.В., Самохвалов Е.И., Альховский С.В., Прилипов А.Г., Прошина Е.С., Авдеев

- С.Н., Суточникова О.А., Базарова М.В., Келли Е.И., Церукалова Н.Д., Бланк И.А., Шестакова О.М., Коливашко О.Н., Арсенева Т.В., Амброси О.Е., Шульдяков А.А., Попов А.Ф., Симакова А.И., Малышев Н.А., Чучалин А.Г., Львов Д.К. Пандемический грипп в России: отличительные особенности клинического течения и отсутствие ранней этиотропной терапии как фактор риска развития тяжелых форм заболевания // Терапевтический архив. - 2011. - Т. 83. - №9. - С. 48-53.
61. Колобухина Л.В. / Итоги эпидемического сезона 2014–2015 гг.: результаты госпитального мониторинга гриппа и современные возможности эффективной терапии. // Эффективная фармакотерапия. Эпидемиология и инфекции. – 2016. - №1. – С. 8 – 10.
62. 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. DOI: 10.20953/1817-7646-2020-3-106-114
63. Стукова М.А., Рыдловская А.В., Проскурина О.В., Мочалов С.В., Шурыгина А.П. С., Небольсин В.Е. Фармакодинамическая активность нового соединения XC221GI в *in vitro* и *in vivo* моделях вирусного воспаления респираторного тракта. MIR J 2022; 9(1), 56-70. doi: 10.18527/2500-2236-2022-9-1-56-70;
64. Малявин А.Г., Багаева М.И., Калюжин О.В. Применение XC221GI в лечении гриппа и ОРВИ у взрослых: новый подход управление вирус-индуцированным воспалением. Результаты двойного слепого рандомизированного плацебо-контролируемого многоцентрового клинического исследования. Терапевтический архив. 2023;95(12):1165–1171. DOI: 10.26442/00403660.2023.12.202554;
65. О.В. Калюжин. Атериксен® (XC221GI) как эффективное и безопасное средство лечения COVID-19, гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций: обзор клинических исследований. Терапия. 2024; 10(2): 156–163. Doi: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2024.2.156-163>;
66. Дралкина О.М., Горелов А.В., Авдеев С.Н., Остроумова О.Д., Зайцев А.А., Калюжин О.В., Карева Е.Н. Совет экспертов «Контроль над вирус-индуцированным воспалением дыхательных путей» // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2024. Т. 13, № 3. С. 0–00. DOI: <https://doi.org/10.33029/2305-3496-2024-13-3-166-175>;

67. Сологуб Т.В., Голобоков Г.С., Цветков В.В., Токин И.И. Интерферон гамма в терапии гриппа и других респираторных вирусных инфекций. Медицинский совет. 2015. № 7. С. 54–58.
68. 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.
69. Борзанова М.В., Алпенидзе Д.Н., Горелышева Н.Е. Обзор эффективности препаратов интерферона альфа-2b при интраназальном применении. РМЖ. 2012;24:1208.
70. Алпенидзе Д.Н., Борзанова М.В., Маклакова Е.В. и др. Современные подходы к терапии ОРВИ у взрослых – опыт клинического применения назального спрея интерферона альфа // Справочник поликлинического врача. – 2010. – №9. – С.19–23.
71. Васильев А.Н., Дерябин П.Г., Галегов Г.А. Антивирусная активность рекомбинантного интерферона альфа-2b в комбинации с некоторыми антиоксидантами. Антибиотики и Химиотерапия. 2011;56(9-10):27-32.
72. Методические рекомендации "Грипп и другие ОРВИ в период продолжающейся пандемии COVID-19: профилактика и лечение" (утв. Федеральным медико-биологическим агентством 10 ноября 2022 г.).
73. Верлан Н.В., Кочкина Е.О. Перспективы фармакологической оптимизации противовирусной защиты организма // Терапия. - 2021. - Т. 7. - №4. - С. 124-131. doi: [10.18565/therapy.2021.4.124-131](https://doi.org/10.18565/therapy.2021.4.124-131)
74. Ершов Ф.И., Наровлянский А.Н. Использование индукторов интерферона при вирусных инфекциях. Вопросы вирусологии. 2015; 60 (2): С.5-10.
75. Савенкова М.С., Савенков М.П. Обоснованный выбор иммуномодулирующих препаратов с противовирусным действием. Фарматека. 2015;11(304): С. 17–22.
76. Кареткина Г.Н. Грипп и ОРВИ: лечение и профилактика в наступившем эпидемическом сезоне 2015-2016гг. Лечащий врач. 2015;11: С. 46–54.
77. Калюжин О.В. Тилорон как средство выбора для профилактики и лечения острых респираторных вирусных инфекций. Лечащий врач. - 2013. - №10. - С. 43.
78. Селькова Е., Волчецкий А., Лапицкая А. Индукторы интерферонов в профилактике и лечении ОРВИ и гриппа. Врач. 2013. № 4. С. 48–54.
79. Будневский А.В. и др. Анализ комплаенса и эффективности профилактики острых респираторных инфекций у пациентов хронической обструктивной болезнью легких с применением тилорона. Пульмонология. 2016; 26(2): 201–207.

80. Волчек И.В. Профилактическая и лечебная эффективность амиксина при гриппе и других острых респираторных вирусных инфекциях. *TERRA MEDICA*. 2003; 1 (29): 17–20.
81. Ершов Ф.И., Григорян С.С. Рекомендации по применению препарата Амиксин в клинической практике. Пособие для врачей. М., 2007.
82. Tazulakhova EB1, Parshina OV, Guseva TS, Ershov FI. Russian experience in screening, analysis, and clinical application of novel interferon inducers. *J Interferon Cytokine Res*. 2001; 21(2): 65-73.5).
83. Григорян С., Исаева Е., Бакалов В. и др. Амиксин: индукция интерферонов- $\alpha$ , - $\beta$ , - $\gamma$  и - $\lambda$  в сыворотке крови и легочной ткани. *Фармакология*. 2015; 3:28-34; 207–213.
84. 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.
85. 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.
86. Шульдяков А.А., Е.П. Ляпина, В.И. Кузнецова, М.К. Ерофеева, М.Г. Позднякова и др./ Клинико- эпидемиологическая эффективность противовирусного препарата Ингавирин®. // Пульмонология. – 2012.-№4 – С. 62 – 69;
87. Логинова С.Я., Борисевич С.В., Шкляева О.М., Максимов В.А., Бондарев В.П., Небольсин В.Е. Изучение профилактической и терапевтической эффективности нового отечественного химиопрепарата Ингавирин® в отношении возбудителя гриппа А (H5N1). *Антибиотики и Химиотерапия*. 2010;55(7-8):
88. Н.К. Мазина, И.В. Шешунов и соавт. Клиническая эффективность иммуномодулятора циклоферона (таблетки) при вирусных инфекциях органов дыхания: результаты систематического обзора и метаанализа, *Терапевтический архив*, 11, 2017, С. 83-91.
89. С.С. Григорян, Е.И. Исаева, Е.Н. Ветрова Противовирусное действие циклоферона в зараженных вирусом гриппа А (H3N2) культурах клеток, *Экспериментальная и клиническая фармакология*, 2019, Том 82, №5, С. 36-39.
90. В.В. Зарубаев, М.Г. Романцов Защита от вируса гриппа А/H1N1 (материалы экспериментального исследования, проведенного в НИИ гриппа РАМН), *Медико-фармацевтический журнал Парацельс*, №7, 2009, С. 10-13.

91. 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.
92. 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.
93. Юшук Н.Д. и соавт., Применение таблеток циклоферона в терапии гриппа и ОРЗ, Лечащий врач, 2012, №10, С. 64.
94. 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.
95. Исаков В.А. Эффективность Циклоферона в терапии и профилактике гриппа и ОРЗ, РМЖ: Болезни дыхательных путей. 2011. № 23. С. 1420–1425.
96. Эсауленко Е.В., Новак К.Е. Современные возможности этиотропной и патогенетической терапии при респираторных инфекциях // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2024. – Т. 13, № 3(50). – С. 62-69. – DOI 10.33029/2305-3496-2024-13-3-62-69.
97. 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.
98. 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>.
99. Булгакова В.А. «Иммуномодуляторы для профилактики и лечения острых респираторных инфекций: эффективность азоксимера бромид». Терапевтический архив (архив до 2018 г.) 86, вып. 12 (1 декабрь 2014 г.): 92–97. <https://doi.org/10/gg6rsh>.
100. 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>.
101. Якимова С.С. «Рациональная фармакотерапия и профилактика гриппа». CONSILIUM MEDICUM, вып. 11 (2011 г.): 28–32.

102. 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>.
103. 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>.
104. 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>
105. 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>.
106. Временные методические рекомендации "Лекарственная терапия острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) в амбулаторной практике в период эпидемии COVID-19. Версия 2 (16.04.2020). Министерство Здравоохранения Российской Федерации.
107. Жданов К.В., Хамитов Р.Ф., Рафальский В.В., Михайлусова М.П., Шаповалова Ю.С., Осешнюк Р.А. с соавт. Применение противовирусного препарата, содержащего технологически обработанные антитела к интерферону-γ, CD4-рецептору и гистамину для лечения гриппа у взрослых: результаты многоцентрового открытого рандомизированного сравнительного с осельтамивиром исследования. Инфекционные болезни. 2021; 19(1): 39-57. doi: 10.20953/1729-9225-2021-1-39-57. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46197697>
108. 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. doi: 10.1016/j.ijid.2016.09.002. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27616034/>
109. Горелов А.В., Геппе Н.А., Блохин Б.М., Зайцев А.А., Усенко Д.В., Николаева С.В., Никифоров В.В., Скучалина Л.Н., Шамсиев Ф.М. Влияние иммуномодулирующей терапии на течение острых респираторных инфекций вирусной этиологии: метаанализ клинических исследований эффективности и безопасности препарата Эргоферон в лечении гриппа и других острых

респираторных вирусных инфекций/ Вопросы практической педиатрии. 2021; 16(4): 83–97. doi:10.20953/1817-7646-2021-4-83-97.

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=47211179>

110.Лобзин Ю.В., Блохин Б.М., Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Шамшева О.В., Мельникова И.М., Балыкова Л.А., Дмитриев А.В., Ситникова Е.П., Вахитов Х.М., Бекезин В.В., Яковлева Л.В., Шишиморов И.Н., Романова Т.А., Панина О.С., Антонова Т.И., Лазарева С.Г., Шубина Е.В., Колосова Н.Г., Полеско И.В. Лечение острой респираторной вирусной инфекции у детей в возрасте от 12 до 18 лет: результаты рандомизированного клинического исследования препарата Рафамин®. Вопросы практической педиатрии. 2024; 19(4): 54–63. DOI: 10.20953/ 1817-7646-2024-4-54-63

111.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. DOI: 10.26442/00403660.2022.01.201345

112.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

113.Eccles, R., Turner, R. B. & Dicpinigaitis, 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).

114.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.

115.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.

116.De Sutter, A. I., van Driel, M. L., Kumar, A. A., Lesslar, O. & Skrt, A. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. Cochrane Database Syst. Rev. (2012). doi:10.1002/14651858.CD004976.pub3

117.Овчинников А.Ю. и др. Продуктивный кашель при ОРВИ. Возможности современной терапии //ПМЖ. – 2014. – Т. 22. – №. 6. – С. 445–448.

- 118.Малявин А.Г. Мифы острого бронхита. Non nocere. 2019; 9:19-24.
- 119.Малявин А.Г. Острый бронхит и роль вирусной инфекции при этом заболевании. Non nocere. 2020; 11: 84–93.
- 120.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.
- 121.Zaccone E.J., Lieu T., Muroi Y. et al. Parainfluenza 3-induced cough hypersensitivity in the guinea pig airways. PLoS One. 2016; 11(5): e0155526. DOI: 10.1371/journal.pone.0155526
- 122.Deng Z., Zhou W., Sun J. et al IFN- $\gamma$  enhances the cough reflex sensitivity via calcium influx in vagal sensory neurons. Am J Respir Crit Care Med. 2018; 198(7): 868-879. DOI: 10.1164/rccm.201709-1813OC
- 123.Patil M.J., Ru F., Sun H. et al Acute activation of bronchopulmonary vagal nociceptors by type I interferons. J Physiol. 2020; 598(23): 5541-5554. DOI: 10.1113/JP280276
- 124.Зайцев А.А., Оковитый С.В., Мирошниченко Н.А., Крюков Е.В. Кашель: Методические рекомендации для врачей // М.: ГВКГ им. Н.Н.Бурденко. - 2021.
- 125.Зайцев А.А. Кашель: проблемы и решения // Практическая пульмонология. – 2020. - №2. - С.78-86.
- 126.Будневский А.В., Овсянников Е.С., Фейгельман С.Н. Исследование эффективности левопронта в лечении непродуктивного кашля // Практическая пульмонология. -2021. - №2. – С.65-74.
- 127.Хамитов Р.Ф., Илькович М.М., Акопов А.Л., Михайлусова М.П., Петров Д.В., Алпенидзе Д.Н., Шаповалова Ю.С., Козырев О.А., Абраменкова Н.Ю., Шуньков В.Б., Павлыш Е.Ф., Ерофеева С.Б. Результаты многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования эффективности и безопасности применения Ренгалина для лечения кашля при острой респираторной инфекции у взрослых пациентов. Терапия.2019, Т.5, №1(27):38-53.
- 128.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.

129.Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Галустян А.Н., Пак Т.Е., Бальцерович Н.Б., Жиглинская О.В., Камаев А.В., Лазарева С.Г., Лалэко С.Л., Мельникова И.М., Михайлова Е.В., Перминова О.А., Сабитов А.У., Спиваковский Ю.М., Шамшева О.В., Черная Н.Л. Новые возможности эффективной терапии кашля при острых респираторных инфекциях у детей. Лечащий врач. 2017; 10: 25-33.

130.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.

131.Biasi 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.

132.Romanova J, Rydlovskaya A, Mochalov S, Proskurina O, Gorokh Y, Nebolsin V. The Effect of Anti-Chemokine Oral Drug XC8 on Cough Triggered by The Agonists of TRPA1 But Not TRPV1 Channels in Guinea Pigs. Pulm Ther. 2022 Mar;8(1):105-122. doi: 10.1007/s41030-022-00183-y. Epub 2022 Feb 8. PMID: 35133638; PMCID: PMC8824739;

133.Ferko B, Romanova J, Rydlovskaya AV, Kromova TA, Proskurina OV, Amelina AN, Schmutz H, Renner A, Nebolsin VE. A Novel Oral Glutarimide Derivative XC8 Suppresses Sephadex-Induced Lung Inflammation in Rats and Ovalbumin-induced Acute and Chronic Asthma in Guinea Pigs. Curr Pharm Biotechnol. 2019;20(2):146-156. doi: 10.2174/1389201020666190215103505. PMID: 30767739;

134.Полякова Е.А., Ушакова С.Е., Оковитый С.В., Зайцев А.А., Багаева М.И. Новые лечебные технологии в терапии кашля: результаты двойного слепого плацебо-контролируемого многоцентрового рандомизированного клинического исследования. Терапевтический архив. 2024;96(6):614–621. DOI: 10.26442/00403660.2024.06.202804

135.Острый риносинусит. Клинические рекомендации. М-Ростов-на-Дону: Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации. - 2014-27с.

136.Мазина Н.К., Шешунов И.В., Мазин П.В. Адъювантная энергопротекция реамберином в практике интенсивной терапии и реанимации: эффективность по данным метаанализа (систематический обзор). Анестезиология и реаниматология. 2016; 61(4), С. 314–319.

- 137.Картополова Е.В. Оптимизация комплексной терапии гриппа. Вестник ДГМА № 1 (18), 2016, С. 31–34.
- 138.Исаков В.А., Водейко Л. П., Каболова И. В., Туркин В. В. Клиническая эффективность реамберина в терапии гриппа. Терапевтический архив, 2010, № 11, С.19–22.
- 139.Ратникова Л.И., Картополова Е.В. Влияние патогенетической терапии гриппа на продукцию оксида азота и купирование интоксикационного синдрома. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение, №4 2016, С. 100–103.
- 140.Каболова И.В., Днепровская Г.Л., Туркин В.В. Использование реамберина в терапии тяжелого гриппа. Вестник новгородского государственного университета 2005, №32, С.43–45.
- 141.Диагностика и интенсивная терапия острого респираторного дистресс-синдрома: клинические рекомендации Федерации анестезиологов и реаниматологов России [Электрон. ресурс]. А.И. Ярошецкий, А.И. Грицан, С.Н. Авдеев [и др.] – 2020. – Режим доступа: <http://www.far.org.ru/recomendation>
- 142.Авдеев С.Н., Зайцев А.А., Жданов К.В., с соавт. Алгоритмы ведения пациентов с тяжелыми формами гриппа А/Н1N1: от диагностики до методов респираторной поддержки. Методические рекомендации // Consilium Medicum. - 2022. - Т. 24. - № 12. - С. 843-850,
- 143.Зайцев А.А., Щёголев А.В. Диагностика и лечение тяжелых поражений легких при гриппе А(Н1N1/09): практические рекомендации // Военно-медицинский журнал. - 2016. - Т. 337. - № 3. - 39-46.
- 144.Johansson N., Kalin M., Backman-Johansson C., et al. Procalcitonin levels in community-acquired pneumonia - correlation with aetiology and severity // Scand. J. Infect. Dis. - 2014. - 46 (11). - P.787-791
- 145.Авдеев С.Н. Ургентная кислородотерапия. Вестник анестезиологии и реаниматологии 2011; №3: 42-51.
- 146.Авдеев С.Н. Современные рекомендации по неотложной кислородотерапии. Терапевтический архив 2012; 84(№12): 108-114.
- 147.Rochwerg B, Brochard L, Elliott MW, Hess D, Hill NS et al Official ERS/ATS Clinical Practice Guidelines: Noninvasive ventilation for acute respiratory failure. Eur Respir J 2017 Aug 31; 50: 1602426. doi: 10.1183/13993003.02426-2016.
- 148.Авдеев С.Н. Неинвазивная вентиляция легких при острой дыхательной недостаточности: от клинических рекомендаций – к реальной клинической

практике. Пульмонология 2018; 28(1): 32-35. DOI:10.18093/0869-0189-2018-28-1-32-35

149. Ishiguro T, Kobayashi Y, Uozumi R, Takata N, Takaku Y, Kagiya N, Kanauchi T, Shimizu Y, Takayanagi N. Viral Pneumonia Requiring Differentiation from Acute and Progressive Diffuse Interstitial Lung Diseases. Intern Med. 2019;58(24):3509-3519. doi: 10.2169/internalmedicine.2696-19. Epub 2019 Dec 15. PMID: 31839671; PMCID: PMC6949447.

150. O. Ruuskanen, E. Lahti, L.C. Jennings, D.R. Murdoch. Viral pneumonia. Lancet, 377 (2011), pp. 1264-1275 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61459-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61459-6)

151. Диагностика и лечение внебольничной пневмонии у военнослужащих: Методические указания / А.А. Зайцев, М.Б. Паценко, А.М. Макаревич [и др.]. – не переиздавалась. – Москва: Главный военный клинический госпиталь имени Н.Н. Бурденко, 2023. – 28 с. – EDN QBACUY]

152. Metlay J., Waterer G., Long A., et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America // Am J Respir Crit Care Med. - 2019. - P. 200. - P. e45-e67.

153. Баутин А.Е. Применение препарата сурфактанта в комплексной терапии острого респираторного дистресс-синдрома. Методические рекомендации. 2021: 42с.

154. Кириллов Ю.А., Чернов И.А., Малышева Е.М., Тимофеев С.Е., Кукушкин В.И., Жарков Н.В., Розенберг О.А. Оксидативный стресс и эндотелиальная дисфункция в развитии экспериментального радиоиндуцированного повреждения легких и их коррекция препаратом легочного сурфактанта. Журнал анатомии и гистопатологии 2020; 9 (1): 35–42.

155. Малявин А.Г., Епифанов В.А., Глазкова И.И. Реабилитация при заболеваниях органов дыхания. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 352 с. . Версия 2 (31.07.2020)

156. Повышение приверженности населения вакцинации: оценка и системный подход к реализации / А.В. Плакида, Н.И. Брико, Л.С. Намазова-Баранова [и др.] // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2022. – Т. 21, № 3. – С. 4- 26. – DOI 10.31631/2073-3046-2022-21-3-4-26. – EDN FAJXOX.

157. Костинов М.П., Настаева Н.Ю., Власенко А.Е., Костинова А.М., Машилов К.В., Симонова Е.Г. Вакцинация медицинских работников против гриппа и пневмококковой инфекции в период пандемии снижает риск и тяжесть COVID-19 у привитых. Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2023;22(4):56-66. <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2023-22-4-56-66>

- 158.Лыткина И.Н., Малышев Н.А. Профилактика и лечение гриппа и острых респираторных вирусных инфекций среди эпидемиологически значимых групп населения. Леч. Врач. 2010; 10: 65–69.
- 159.Позднякова М.Г., Ерофеева М.К., Максакова В.Л. Неспецифическая профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных заболеваний. РМЖ. 2011;19 (2): С. 84–88.
- 160.Coghlan B., Carlson S., Leder K., Dalton C., Cheng A.C.Timing of influenza vaccination in an Australian community-based surveillance system, 2010-2014. Commun Dis Intell Q Rep. 2016; 40(3): P.E347-E350.
- 161.Chao A.S., Chang Y.L., Chao A. et al. Seropositivity of influenza A H1N1 in mothers and infants following maternal vaccination with trivalent seasonal influenza vaccine after the 2009 pandemic. Taiwan J Obstet Gynecol. 2017; 56(1): P.37-40.
- 162.Simpson C.R., Lone N.I., Kavanagh K. et al. Evaluating the effectiveness, impact and safety of live attenuated and seasonal inactivated influenza vaccination: protocol for the Seasonal Influenza Vaccination Effectiveness II (SIVE II) study. BMJ Open. 2017;7(2): P. e014200.
- 163.Jackson R. J. et al. Oseltamivir, zanamivir and amantadine in the prevention of influenza: a systematic review //Journal of Infection. – 2011. – Т. 62. – №. 1. – С. 14-25.
- 164.Ikematsu H, Hayden FG, Kawaguchi K, et al. Baloxavir marboxil for prophylaxis against influenza in household contacts. N Engl J Med 2020; 383:309-20.9.
- 165.Якимова С.С. Стратегия противовирусной терапии при гриппе как лечение и профилактика тяжелых осложнений: обзор результатов клинических исследований препарата Арбидол. Consilium Medicum. 2010;12 (4): С.21-24.
- 166.Clinical practice guidelines for influenza. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 167.Beran J. et al. Inosine pranobex is safe and effective for the treatment of subjects with confirmed acute respiratory viral infections: analysis and subgroup analysis from a Phase 4, randomised, placebo-controlled, double-blind study //BMC Infectious Diseases. – 2016. – Т. 16. – С. 1-10.
- 168.Цыркунов В.М. Инозину пранобексу-50 лет: этиологические и клинические эпитопы (обзор недавних данных) //Лечебное дело: научно-практический терапевтический журнал. – 2020. – №. 3. – С. 15-20.
- 169.Эсауленко Е.В. и др. Современные аспекты терапии острых респираторных вирусных инфекций (систематический обзор) //Журнал инфектологии. – 2025. – Т. 16. – №. 4. – С. 23-31.

**Состав рабочей группы:**

**Председатель рабочей группы:**

**Молкосян Юлиан Васильевич** – врач-инфекционист высшей квалификационной категории, государственное учреждение «Республиканская клиническая больница».

**Члены рабочей группы:**

**Беспалова Татьяна Николаевна** – врач-инфекционист высшей квалификационной категории, государственное учреждение «Каменская центральная районная больница».

**Железняк Елена Петровна** - врач инфекционист высшей квалификационной категории, государственное учреждение «Тираспольский клинический центр амбулаторно-поликлинической помощи».

**Завтур Юрий Григорьевич** - врач инфекционист высшей квалификационной категории, государственное учреждение «Бендерский клинический центр амбулаторно-поликлинической помощи».

У членов рабочей группы отсутствует конфликт интересов.

**Эксперт по разработке** (пересмотру) клинических рекомендаций по направлению «Инфекционные болезни» **Теишану Мелания Петровна** – врач-инфекционист высшей квалификационной категории; главный внештатный инфекционист Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики; заведующая инфекционным отделением ГУ «РКБ».

У эксперта отсутствует конфликт интересов.

**Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственных препаратов**

Настоящие клинические рекомендации носят рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления. Виды и объемы медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законом о республиканском бюджете на соответствующий финансовый год, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики. Объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач в соответствии с требованиями к объему исследований при определенных заболеваниях, состояниях с учетом возможности лечебно-профилактических организаций по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

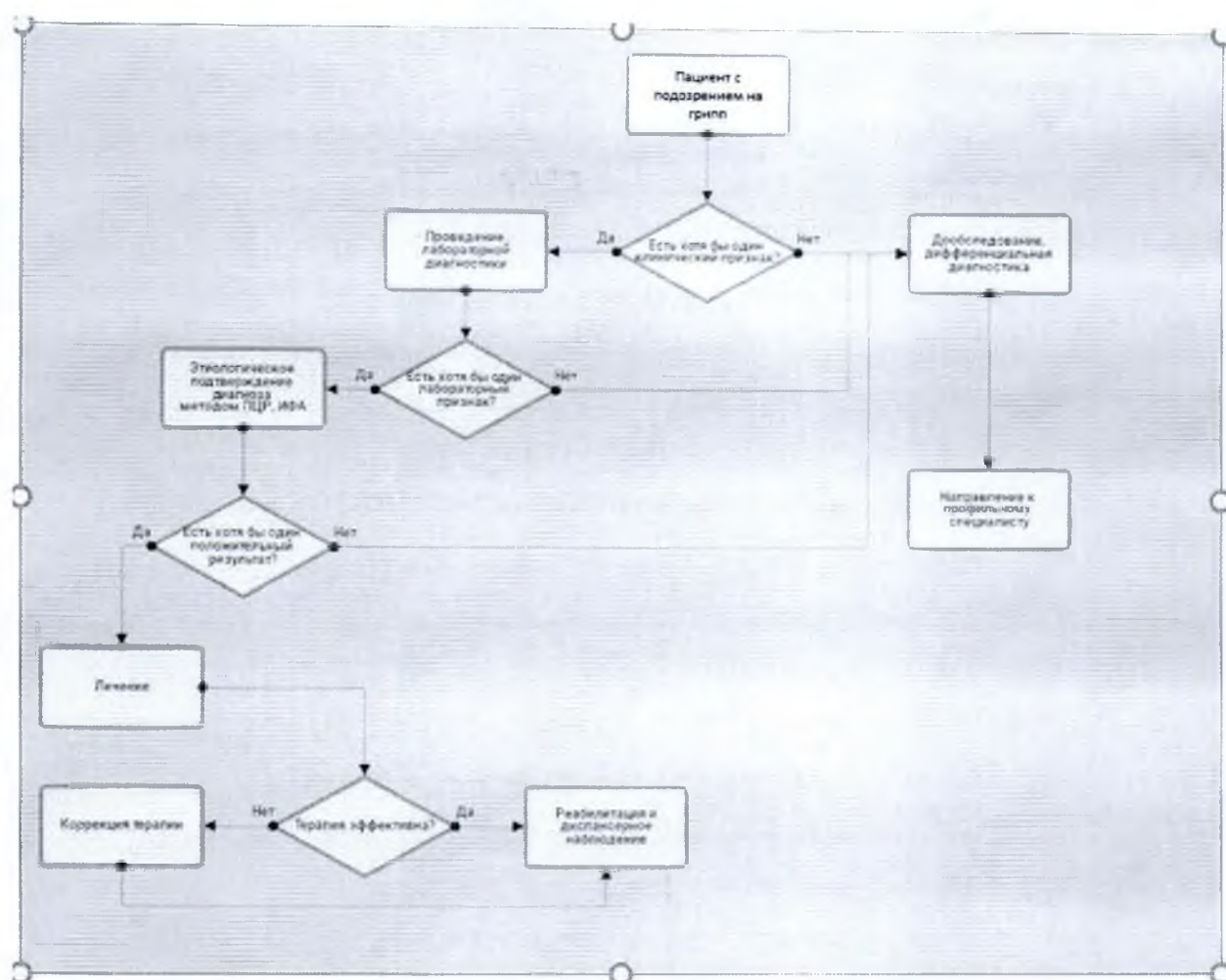
Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в пять лет, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Сведения о показаниях к применению и противопоказаниях, способов применения и доз лекарственных препаратов, схемы по применению лекарственного препарата изложены в тексте настоящих клинических рекомендаций. Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1).
2. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 6 апреля 2023 года № 264 «Об утверждении Календаря иммунизации населения Приднестровской Молдавской Республики и Перечня инфекционных болезней, при угрозе возникновения которых проводятся профилактические прививки по эпидемическим показаниям» (регистрационный № 11709 от 12 мая 2023 года) (САЗ 23-19).

3. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 3 июня 2008 г. № 481-3-IV «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (САЗ 08-22) .
4. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 8 сентября 2025 года № 762 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН МЗ ПМР 3.3686-25 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (регистрационный № 13722 от 27 января 2026 года).
5. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 6 мая 2021 года № 363 «Об утверждении Порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи» (регистрационный № 10285 от 3 июня 2021 года) (САЗ 21-22).
6. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 7 мая 2004 года № 194 «Об утверждении «Положения о порядке присвоения квалификационных категорий специалистам с высшим профессиональным образованием, работающим в системе здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики» (регистрационный № 2812 от 15 июня 2004 года).
7. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 1 ноября 2022 года № 894 «Об утверждении Перечня жизненно важных лекарственных средств для медицинского применения» (регистрационный № 11398 от 25 ноября 2022 года).

# Алгоритм действия врача



## Информация для пациента

Грипп – острое вирусное заболевание, пик заболеваемости которым приходится на осеннее-зимний период.

Источник гриппозной инфекции является больной человек со стертыми или явными формами болезни. Путь передачи – воздушно-капельный. Максимально заразным человек является в первые дни заболевания, когда вирус с каплями слизи во время чихания и кашля начинает выделяться во внешнюю среду.

Грипп начинается остро с резкого подъема температуры до 38<sup>0</sup>С и выше, с сухим кашлем или першением в горле, и сопровождается симптомами общей интоксикации: ознобом, болями в мышцах, головной болью (лобная область, область надбровных дуг), болью в глазных яблоках; насморк обычно начинается спустя 3 дня после снижения температуры тела. Кашель сопровождается болью за грудиной. Грипп может протекать тяжело и представлять угрозу жизни человека. Тяжелое течение гриппа сопровождается поражением нижних дыхательных путей с развитием пневмонии и (или) признаками дыхательной недостаточности: появляется одышка или затрудненное дыхание в покое, цианоз носогубного треугольника. При тяжелых формах гриппа могут развиваться отек легких, сосудистый коллапс, отек мозга, геморрагический синдром, присоединяться вторичные бактериальные осложнения.

Помните, что симптомы гриппа не так уж и безобидны, как кажется на первый взгляд. Поэтому при этом заболевании важно не заниматься самолечением, а обратиться к врачу и выполнять все его назначения. Тогда с большой вероятностью заболевание пройдет без осложнений.

Как не заболеть гриппом:

- мыть руки как можно чаще, рекомендуется использование дезинфицирующих салфеток или кожного антисептика;
- избегать контакта лица, особенно носа, рта и глаз, с грязными и даже чистыми руками, другими объектами;
- при кашле, чихании прикрывать рот и нос одноразовыми салфетками, которые после использования нужно выбрасывать;
- сократить время пребывания в местах массового скопления людей и в общественном транспорте;
- избегать контактов с лицами, имеющими признаки заболевания;
- носить медицинскую маску. Маску необходимо менять каждые 4 часа;

- осуществлять влажную уборку в помещениях несколько раз в день, обеспечить проветривание и увлажнение воздуха
- вести здоровый образ жизни (полноценный сон, сбалансированное питание, физическая активность).

В целях повышения устойчивости организма к респираторным вирусам, в первую очередь, к вирусам гриппа, как мера неспецифической профилактики, могут использоваться различные препараты и средства, повышающие иммунитет. Профилактические лекарственные препараты можно принимать только по рекомендации врача! В случаях появления признаков инфекционного заболевания необходимо немедленно обратиться к врачу за квалифицированной медицинской помощью

**Шкалы оценки, опросники и так далее, приведенные в тексте  
клинических рекомендациях.**

**Глава 1. Критерии оценки тяжести течения гриппа**

Таблица 1.

Критерии оценки тяжести течения гриппа

| Признак                                           | Характеристика признака                                                   |                                                 |                                                                                                                                   |                                                                                        |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                   | Легкая степень тяжести                                                    | Средняя степень тяжести                         | Тяжелая степень тяжести                                                                                                           | Очень тяжелая степень                                                                  |
| Лихорадка, проявления интоксикации                | Лихорадка до 38,5 <sup>0</sup> С                                          | Лихорадка от 38,6 до 39,5 <sup>0</sup> С        | Лихорадка более 39,6 <sup>0</sup> С.<br>Сильная головная боль, ломота во всем теле, бессонница, анорексия, (отсутствие аппетита). | Лихорадка свыше 40,0 <sup>0</sup> С.<br>Бурно развивающиеся симптомы интоксикации.     |
| Пульс и систолическое артериальное давление (САД) | Пульс – менее 90 уд/мин. САД - 110 мм рт. ст. и выше                      | Пульс 90 – 120 уд/мин. САД менее 110 мм рт. ст. | Пульс более 120 уд/мин, нередко аритмичен. САД менее 90 мм рт. ст. Тоны сердца глухие.                                            | Пульс более 120 уд/мин, нередко аритмичен. САД менее 90 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. |
| ЧДД                                               | 16 – 23                                                                   | Более 24                                        | Более 28                                                                                                                          | Более 28                                                                               |
| Выраженность катаральных явлений                  | Умеренная головная боль и катаральные явления (умеренный кашель, насморк) | Сухой мучительный кашель с болями за грудиной   | Болезненный, мучительный кашель, боли за грудиной                                                                                 | Катаральные явления не выражены                                                        |
| Тошнота                                           | Отсутствует                                                               | Возможна                                        | Часто                                                                                                                             | Возможна                                                                               |
| Рвота                                             | Отсутствует                                                               | Отсутствует                                     | Возможна                                                                                                                          | Часто                                                                                  |

|                       |             |             |                  |                                                                                                                                           |
|-----------------------|-------------|-------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Осложнения            | Нет         | Имеются     | Имеются          | Неотложные состояния.<br>Геморрагический токсический отек легких и смертельный исход от дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности |
| Менингеальный синдром | Отсутствует | Отсутствует | Возможен         | Часто                                                                                                                                     |
| Нарушение сознания    | Отсутствует | Отсутствует | Оглушение, сопор | Сопор, кома                                                                                                                               |
| Судороги              | Отсутствуют | Отсутствуют | Возможны         | Возможны                                                                                                                                  |
| Бред, делирий         | Отсутствуют | Отсутствуют | Возможны         | Часто                                                                                                                                     |

Таблица 2.

### Классификация гриппа по тяжести в соответствии с рекомендациями ВОЗ

| Форма тяжести                      | Клинические признаки                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Неосложненный грипп</b>         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Легкая<br>Среднетяжелая<br>Тяжелая | Лихорадка, кашель, боль в горле, насморк, головная боль, мышечные боли, недомогание, отсутствие одышки. У больного могут присутствовать некоторые или все из перечисленных симптомов.                                                                                                                                                           |
|                                    | Симптомы поражения желудочно-кишечного тракта: диарея или рвота, отсутствие признаков дегидратации организма.                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                    | Наличие у некоторых больных атипичных симптомов или атипичной клинической картины гриппа (например, отсутствие лихорадки).                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Осложненный грипп</b>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Тяжелая / Крайне тяжелая           | Одышка, гипоксия и / или рентгенологические признаки поражения нижних дыхательных путей (пневмония), признаки поражения ЦНС (энцефалопатия, энцефалит), тяжелая дегидратация организма, наличие вторичных осложнений: почечная недостаточность, полиорганная недостаточность, септический шок. Наличие иных осложнений: рабдомиолиз, миокардиты |
|                                    | Обострение хронических заболеваний: бронхиальной астмы, ХОБЛ, хронического гепатита, почечной недостаточности, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний (например, застойной сердечной недостаточности)                                                                                                                               |
|                                    | Любые другие заболевания, требующие госпитализации (например, бактериальная пневмония)                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                    | Любые другие заболевания и симптомы, указывающие на прогрессирование заболевания                                                                                                                                                                                                                                                                |

## Глава 2. Правила забора материала для лабораторного исследования на грипп

- Мазки со слизистой оболочки носоглотки и задней стенки ротоглотки берут после полоскания полости рта кипяченой водой комнатной температуры. Если полость носа заполнена слизью, перед процедурой рекомендуется провести высмаркивание. В течение 6-ти часов перед процедурой нельзя использовать медикаменты, орошающие носоглотку или ротоглотку и препараты для рассасывания во рту. У взрослых мазки со слизистой носоглотки берут сухим стерильным назофарингеальным аппликатором-щеткой стерильной на пластиковой палочке или сухим стерильным зондом из полистирола с вязким тампоном (Зонд-тампон медицинский одноразовый, стерильный) (предпочтительно для сбора биологического материала для ПЦР с целью последующей изоляции культуры вируса). Зонд вводят легким движением по наружной стенке носа на глубину 2 – 3 см до нижней раковины, слегка опускают книзу, вводят в нижний носовой ход под нижнюю носовую раковину, делают вращательное движение и удаляют вдоль наружной стенки носа. Общая глубина введения зонда должна составлять примерно половину расстояния от ноздри до ушного отверстия (не менее 5 см).
- Мазки из ротоглотки берут сухим стерильным зондом из полистирола с вязким тампоном (Зонд-тампон медицинский одноразовый, стерильный) вращательными движениями с поверхности миндалин, небных дужек и задней стенки ротоглотки, прижимая язык пациента шпателем.
- Мокроту (при глубоком откашливании) и эндотрахеальный аспират собирают в стерильные одноразовые герметично закрывающиеся контейнеры (Контейнер одноразовый медицинский полимерный стерильный) натошак после чистки зубов и полоскания полости рта водой. Пациента просят сделать несколько глубоких вдохов с задержкой дыхания на несколько секунд, затем с силой выдохнуть, что способствует появлению продуктивного кашля и очищению верхних дыхательных путей от мокроты. Для получения эндотрахеального аспирата затем присоединяют мукус-экстрактор (Устройство удаления мокроты с отрицательным давлением) через трубку-переходник к отсосу катетер вводится в глотку через полость рта, в результате чего провоцируется кашлевой рефлекс и проводится извлечение трахеального содержимого через стерильный катетер (6 – 7 размера) с помощью отсоса. Для получения индуцированной мокроты рекомендуется использовать упражнения дыхательной гимнастики и вибрационный массаж грудной клетки. Наибольшего эффекта достигают с помощью ингаляций с использованием гипертонического раствора натрия хлорида\*\*.
- Аутопсийный материал забирают стерильным инструментом из зоны поврежденной ткани объемом 1-3 см<sup>3</sup> инструментами (индивидуально для каждого органа).

- Каждый образец помещают в отдельную транспортную емкость со стабилизирующей средой и/или в пробирку с транспортной средой. Материал для исследования должен быть нативным (без фиксации формалином).

### **Глава 3. Показания для перевода в отделение реанимации при установленном диагнозе гриппа (достаточно одного из критериев)**

- начальные проявления и клиническая картина быстро прогрессирующей острой дыхательной недостаточности;
- нарастающая и выраженная одышка;
- цианоз;
- ЧД более 30 в минуту;
- SpO<sub>2</sub> менее 90%;
- артериальное давление АД сист. менее 90 мм рт. ст.;
- шок (мраморность конечностей, акроцианоз, холодные конечности, симптом замедленного сосудистого пятна (более 3 сек.), лактат более 2 ммоль/л;
- дисфункция центральной нервной системы (оценка по шкале комы Глазго менее 15 баллов);
- острая почечная недостаточность (мочеотделение менее 0,5 мл/кг/ч в течение 1 часа или повышение уровня креатинина в два раза от нормального значения);
- печёночная дисфункция (увеличение содержания билирубина выше 20 мкмоль/л в течение 2-х дней или повышение уровня трансаминаз в два раза и более от нормы);
- коагулопатия (число тромбоцитов менее 100 тыс/мкл или их снижение на 50% от наивысшего значения в течение 3-х дней)

Транспортировка пациента осуществляется силами профильного отделения после консультации и в сопровождении врача – анестезиолога - реаниматолога.

#### Глава 4. Дифференциальная диагностика гриппа и других ОРВИ

| Признаки                    | Нозологическая форма ОРВИ                       |                                               |                               |                                       |                                             |                                  |                                   |
|-----------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
|                             | Птичий грипп                                    | Сезонный грипп                                | ТОРС*                         | Пара-грипп                            | РС-инфекция**                               | Аденовирусная инфекция           | Риновирусная инфекция             |
| Возбудитель                 | Вирус гриппа А (H <sub>5</sub> N <sub>1</sub> ) | Вирусы гриппа: 3 серотипа (А, В, С)           | Коронавирус SARS              | Вирусы пара-гриппа: 5 серотипов (1-5) | Респираторно-синтициальный вирус: 1 серотип | Аденовирусы: 49 серотипов (1-49) | Риновирусы: 114 серотипов (1-114) |
| 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                         | 23 сут                            |
| Начало                      | Острое                                          | Острое                                        | Острое                        | Постепенное                           | Постепенное                                 | Постепенное                      | Острое                            |
| Течение                     | Острое                                          | Острое                                        | Острое                        | Подострое                             | Подострое, иногда затяжное                  | Затяжное, волнообразное          | Острое                            |
| Ведущий клинический синдром | Интоксикация                                    | Интоксикация                                  | Дыхательная недостаточность   | Катаральный                           | Катаральный, дыхательная недостаточность    | Катаральный                      | Катаральный                       |
| Выраженность интоксикации   | Сильная                                         | Сильная                                       | Сильно выраженная             | Слабая или умеренная                  | Умеренная или слабая                        | Умеренная                        | Слабая                            |
| Длительность интоксикации   | 7-12 сут                                        | 2-5 сут                                       | 5-10 сут                      | 1-3 сут                               | 2-7 сут                                     | 8-10 сут                         | 1-2 сут                           |
| Температура тела            | 38°C и выше                                     | Чаще 39°C и выше, но может быть субфебрильная | 38°C и выше                   | 37-38°C, может длительно сохраняться  | Субфебрильная, иногда нормальная            | Фебрильная или субфебрильная     | Нормальная 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 первого дня течения заболевания                                   | Выражены с первого дня течения заболевания.                              |
| Ринит                        | Отсутствует | Затруднение носового дыхания, заложенность носа. Серозные, слизистые или                                 | Возможен в начале заболевания                     | Затруднение носового дыхания, заложенность носа                                   | Заложенность носа, необильное серозное отделяемое                       | Обильное слизисто-серозное отделяемое, резкое затруднение носового дыхания          | Обильное серозное отделяемое, носовое дыхание затруднено или отсутствует |
| 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 длительно в течение времени (иногда до 12-21 сут) | Сухой приступообразный (до 3 нед.), сопровождающийся болями за грудиной | Влажный                                                                             | Сухой, першение в глотке                                                 |
| Изменения слизистых оболочек | Отсутствуют | Слизистая оболочка глотки и миндалин синюшная, умеренно гиперемизована; инъекция сосудов.                | Слабая или умеренная гиперемия слизистых оболочек | Слабая или умеренная гиперемия зева, мягкого неба, задней стенки глотки           | Слабая Гиперемия слизистых оболочек                                     | Умеренная гиперемия отечность, гиперплазия фолликул миндалин и задней стенки глотки | Слабая гиперемия слизистых оболочек                                      |

|                                                          |                                               |                                                                                |                                                                                                                     |                                                                                                                                       |                                                                                                           |                                                                                  |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Физикаль<br>ные<br>признаки<br>поражени<br>я<br>легких   | Со 2-3-х<br>сут<br>течения<br>заболева<br>ния | Отсутству<br>ют, при<br>наличии<br>бронхита<br>— сухие<br>рассеянн<br>ые хрипы | С 3-5-х<br>сут<br>течения<br>заболеван<br>ия часто<br>выявляют<br>признаки<br>интерстиц<br>иальной<br>пневмо<br>нии | Отсутству<br>ют                                                                                                                       | Рассеянн<br>ые сухие<br>и редко<br>влажные<br>среднепу<br>зырчатые<br>хрипы,<br>признаки<br>пневмо<br>нии | Отсутству<br>ют. При<br>наличии<br>бронхита<br>— сухие,<br>рассеянны<br>е хрипы. | Отсутст<br>вуют                                                                    |
| Ведущий<br>синдром<br>респирато<br>рных<br>поражени<br>й | Нижний<br>респира<br>торный<br>синдром        | Трахеит                                                                        | Бронхит,<br>острый<br>респирато<br>рный<br>дистресс<br>синдром                                                      | Ларингит,<br>ложный<br>круп<br>выявляют<br>крайне<br>редко                                                                            | Бронхит,<br>бронхиол<br>ит,<br>возможен<br>бронхосп<br>азм                                                | Ринофа<br>рингokon<br>ъюнктив<br>ит или<br>тонзиллит                             | Ринит                                                                              |
| Увеличен<br>ие<br>лимфатич<br>еских<br>узлов             | Отсутст<br>вует                               | Отсутству<br>ет                                                                | Отсутству<br>ет                                                                                                     | Заднешей<br>ные, реже<br>—<br>подмышеч<br>ные<br>лимфатич<br>еские<br>лимфоузл<br>ы<br>увеличен<br>ы и<br>умеренно<br>болезненн<br>ые | Отсутству<br>ет                                                                                           | Может<br>быть<br>полиадени<br>т                                                  | Отсутст<br>вует                                                                    |
| Увеличен<br>ие печени<br>и<br>селезенки                  | Возмож<br>но                                  | Отсутству<br>ет                                                                | Выявляют                                                                                                            | Отсутству<br>ет                                                                                                                       | Симптом<br>ы<br>токсическ<br>ого<br>гепатита                                                              | Выражено                                                                         | Отсутст<br>вует                                                                    |
| Поражени<br>е глаз                                       | Отсутст<br>вует                               | Инъекция<br>сосудов<br>склер                                                   | Редко                                                                                                               | Отсутству<br>ет                                                                                                                       | Отсутству<br>ет                                                                                           | Конъюнк<br>тивит,<br>кератокон<br>ъюнктив<br>ит                                  | Инъекц<br>ия<br>сосудов<br>склер,<br>век,<br>слезоте<br>чение,<br>конъюн<br>ктивит |

|                                 |                                                                                                          |                 |                                                             |                 |                 |                                                 |                 |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------------------------------------|-----------------|
| Поражени<br>е других<br>органов | Диарея,<br>возможн<br>о поражен<br>ие печени,<br>почек,<br>лейко-,<br>лимфо-,<br>тромбоц<br>итопени<br>я | Отсутству<br>ет | Часто в<br>начале<br>заболеван<br>ия развивает<br>ся диарея | Отсутству<br>ет | Отсутству<br>ет | Может<br>быть<br>экзантема,<br>иногда<br>диарея | Отсутст<br>вует |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------------------------------------|-----------------|

\* ТОРС – тяжелый острый респираторный синдром

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

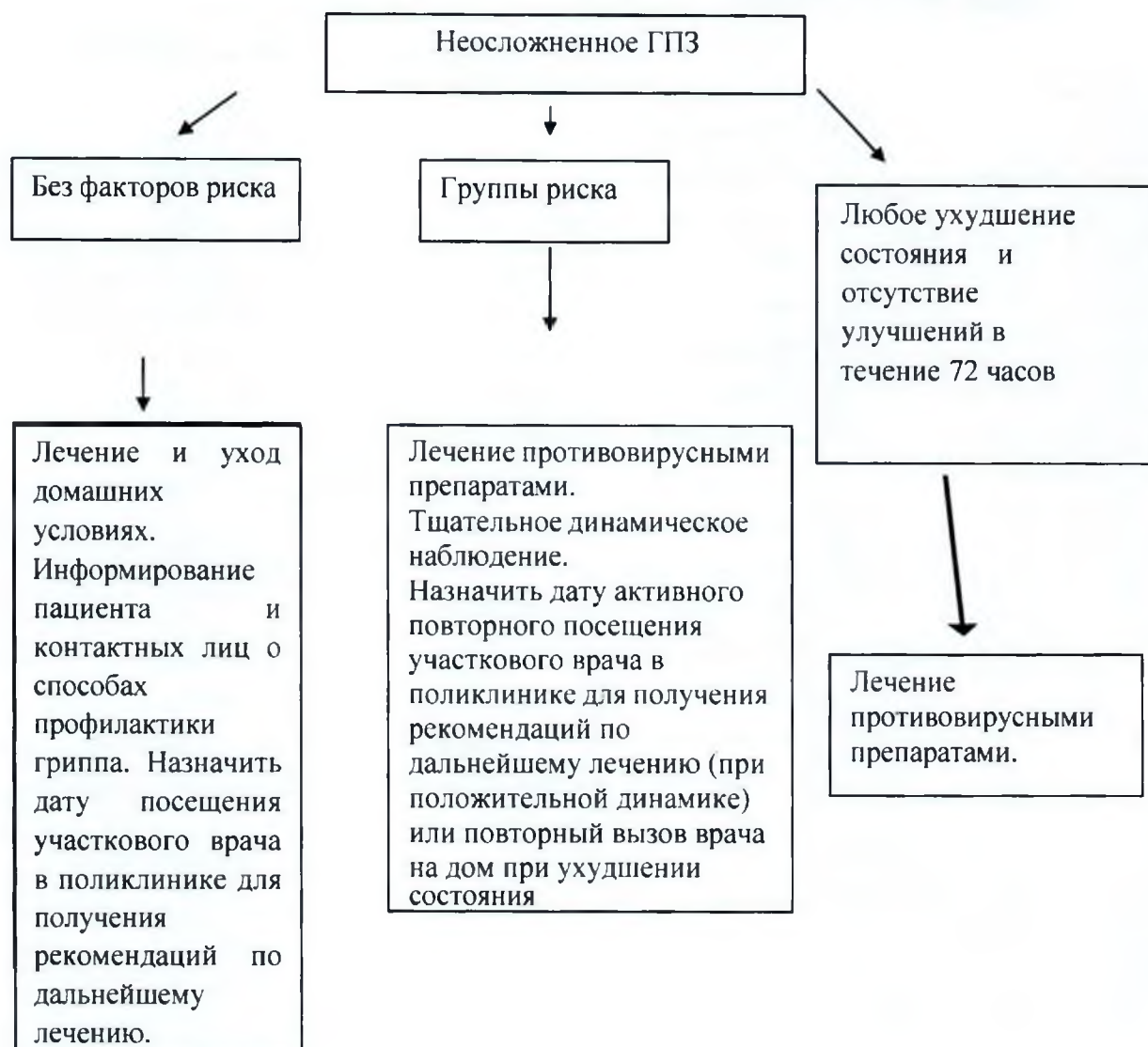
## Глава 5. Принципы респираторной поддержки при ОРДС, вызванном вирусом гриппа

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Респиратор медицинский | <p>Респиратор медицинский для проведения респираторной поддержки больным с ОРДС, вызванном гриппом A(H1N1)pdm09, должен удовлетворять следующим условиям:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Современный респиратор для интенсивной терапии;</li><li>• Автоматическая компенсация объема вследствие компрессии газа в контуре (или измерение в Y-трубке);</li><li>• Экран, позволяющий наблюдать за кривыми давление/время и поток/время;</li><li>• Мониторинг давления плато;</li><li>• Измерение «внутреннего» РЕЕР или общего РЕЕР (<math>PEEP_{tot} = PEEP + PEEP_i</math>).</li></ul> <p>Для транспорта больных внутри стационара рекомендуется использование транспортных респираторов последнего поколения, позволяющих проводить точную настройку РЕЕР, дыхательного объема (<math>V_T</math>) и фракции кислорода во вдыхаемой смеси (<math>FiO_2</math>) и оснащенных системами мониторинга, близкими к таковым у реанимационных респираторов.</p>               |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Режимы вентиляции      | <p>Так как ни один режим респираторной поддержки не продемонстрировал свое преимущество при ОРДС, рекомендован выбор вентиляции, контролируемой по объему, вспомогательно-контролируемый режим (VAC). Данный режим наиболее распространенный в современных ОРИТ и наиболее простой. Также рекомендован выбор постоянного инспираторного потока (прямоугольный профиль), 50-60 л/мин и использование инспираторной паузы 0,2-0,3 сек (для возможности проведения мониторинга давления плато).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Дыхательный объем      | <p>Рекомендовано использование дыхательного объема (<math>V_T</math>) 6 мл/кг должной массы тела. Должная масса тела рассчитывается по формуле:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Должная масса тела = <math>X + 0,91</math> (рост в см – 152,4).</li></ul> <p>Женщины: <math>X = 45,5</math>. Мужчины: <math>X = 50</math>.</p> <p>В таблице ниже представлен рекомендуемый <math>V_T</math> в зависимости от пола пациента и его роста:</p> <table><tr><td>Рост (см)</td><td>50</td><td>55</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td><td>00</td></tr><tr><td>Женщины<br/><math>V_T</math> (мл)</td><td>60</td><td>90</td><td>15</td><td>40</td><td>70</td><td>95</td><td>25</td><td>50</td><td>80</td><td>05</td><td>35</td></tr><tr><td>Мужчины<br/><math>V_T</math> (мл)</td><td>90</td><td>15</td><td>40</td><td>70</td><td>95</td><td>25</td><td>50</td><td>80</td><td>05</td><td>35</td><td>60</td></tr></table> | Рост (см) | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 00 | Женщины<br>$V_T$ (мл) | 60 | 90 | 15 | 40 | 70 | 95 | 25 | 50 | 80 | 05 | 35 | Мужчины<br>$V_T$ (мл) | 90 | 15 | 40 | 70 | 95 | 25 | 50 | 80 | 05 | 35 | 60 |
| Рост (см)              | 50                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 55        | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 00 |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Женщины<br>$V_T$ (мл)  | 60                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 90        | 15 | 40 | 70 | 95 | 25 | 50 | 80 | 05 | 35 |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Мужчины<br>$V_T$ (мл)  | 90                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 15        | 40 | 70 | 95 | 25 | 50 | 80 | 05 | 35 | 60 |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Частота дыхания        | <p>Рекомендовано использование частоты дыхания 20–35/мин, которая регулируется для достижения <math>PCO_2</math>, при котором pH находится в диапазоне от 7,30 до 7,45. Изначально, выбирается частота дыхания, позволяющая добиться той же минутной вентиляции, что и до перевода больного на протективную вентиляцию (с <math>V_T</math> 6 мл/кг)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>РЕЕР</b>                            | <p>Рекомендован выбор такого уровня РЕЕР, чтобы добиться давления плато в диапазоне 28-30 см H<sub>2</sub>O, и при этом, общее РЕЕР (РЕЕР + РЕЕРi) не превышало бы 20 см H<sub>2</sub>O, и не было бы ниже 5 см H<sub>2</sub>O, т.е. РЕЕР должно быть в диапазоне 5–20 см H<sub>2</sub>O.</p> <p>Изначально РЕЕР выставляется на 8–10 см H<sub>2</sub>O, затем повышается на 2 см H<sub>2</sub>O каждые 3-5 мин для достижения нужного давления плато (28-30 см H<sub>2</sub>O).</p> <p>При использовании V<sub>T</sub> 6 мл/кг, такой уровень РЕЕР обычно не вызывает нарушения гемодинамики. При возникновении артериальной гипотензии во время повышения уровня РЕЕР, рекомендована временная отсрочка повышения РЕЕР до восполнения объема циркулирующей жидкости.</p> |
| <b>FiO<sub>2</sub></b>                 | <p>Рекомендовано использование FiO<sub>2</sub> 30–100%, которая регулируется для достижения показателей оксигенации:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>88 \% \leq SpO_2 \leq 95 \%</math></li> <li>• <math>55 \text{ мм рт ст.} \leq PaO_2 \leq 80 \text{ мм рт ст.}</math></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Седация<br/>миорелаксация</b>       | <p>При тяжелых формах ОРДС в течение первых 24–48 часов рекомендована глубокая седация и начальная миорелаксация больного. Затем необходима адаптация седации для достижения частоты дыхания <math>\leq 35/\text{мин}</math>, хорошей синхронизации больного с респиратором.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Маневры<br/>рекрутирования</b>      | <p>Маневры рекрутирования не могут быть рекомендованы для всех больных ОРДС. Маневры рекрутирования рекомендованы при развитии тяжелой десатурации во время случайного отсоединения контура от респиратора или аспирации секрета. Так как проведение данной процедуры может осложниться гемодинамическими нарушениями и баротравмой, маневры рекрутирования должны проводиться врачом (не медсестрой!), под тщательным клиническим контролем параметров больного. Методика проведения маневра: СРАР 40 см H<sub>2</sub>O в течение 40 сек или транзиторное повышение РЕЕР (для достижения давления плато = 40 см H<sub>2</sub>O).</p>                                                                                                                                      |
| <b>Трахеальная<br/>аспирация</b>       | <p>Для предотвращения дерекрутирования и десатурации рекомендовано проведение аспирации трахеобронхиального секрета без отсоединения контура от респиратора. Для защиты медицинского персонала рекомендовано использование закрытой системы аспирации.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Увлажнение<br/>вдыхаемой смеси</b>  | <p>Метод выбора кондиционирования воздушной смеси в данной ситуации – тепловлагообменник (ТВО). При развитии респираторного ацидоза необходимо заменить ТВО на увлажнитель / подогреватель медицинского кислорода. (для уменьшения инструментального мертвого пространства).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Фильтрация<br/>выдыхаемой смеси</b> | <p>Фильтр между экспираторным контуром и экспираторным блоком респиратора позволяет защитить окружающую среду от вирусной контаминации. Фильтр абсолютно необходим, если используется увлажнитель / подогреватель медицинского кислорода. Установка экспираторного фильтра позволяет избежать контаминации окружающей среды, независимо от способа увлажнения. В случае использования увлажнителя-подогревателя данный фильтр должен меняться регулярно, т.к. происходит его заполнение влагой.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Прональная<br/>позиция</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сеансы от 6 до 18 часов;</li> <li>• Оценка эффективности: <math>PO_2</math> через 1 и 4 часа;</li> <li>• Фиксация интубационной трубки и катетеров во время смены позиции;</li> <li>• Профилактика пролежней +++;</li> <li>• Изменение положения головы и рук каждый час.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Ингаляционный NO</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Начальная доза: 5 ppm;</li> <li>• Подача газа в инспираторную часть дыхательного контура</li> <li>• Использование привычных систем доставки для отделения;</li> <li>• Оптимально – синхронизация с инсуффляцией (OptiNO®);</li> <li>• Ежедневные попытки снижения дозы (2.5, 1, 0.5 ppm).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Отлучение<br/>от респиратора</b> | <p>Рекомендовано ежедневное проведение сеанса спонтанной вентиляции у больных, которые соответствуют следующим критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие потребности в вазопрессорах; C01CA Адренергические и дофаминергические средства</li> <li>• Отсутствие седации;</li> <li>• Выполнение простых команд.</li> </ul> <p>Рекомендовано проводить сеанс спонтанной вентиляции в режиме: PS 7 см <math>H_2O</math>, PEEP = 0, <math>FiO_2</math> от 21 до 40%. Максимальная продолжительность сеанса – 2 часа, при плохой переносимости спонтанной вентиляции необходимо его немедленное прекращение. При хорошей переносимости сеанса спонтанной вентиляции больному показана экстубация.</p> |

## Глава 6. Алгоритм клинической сортировки пациентов с ГПЗ.



## **Состав экспертной группы по проведению экспертизы проектов клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи:**

**Председатель экспертной группы:** Малиёв Вячеслав Владимирович - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный врач государственного учреждения «Региональная станция скорой медицинской помощи г. Бендеры»;

**Заместитель председателя экспертной группы:** Окушко Ростислав Владимирович - кандидат медицинских наук, доцент, директор государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Приднестровский государственный медицинский колледж имени Л.А. Тарасевича»;

### **Члены экспертной группы:**

1. Кравцова Алина Геннадьевна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии, акушерства и гинекологии медицинского института имени Склифосовского Н.В., врач-педиатр, неонатолог;

2. Гарбузняк Анастасия Андреевна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, кандидат биологических наук, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с циклом инфекционных заболеваний медицинского института имени Склифосовского Н.В., врач-инфекционист;

3. Лягу Александра Александровна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, врач-эндокринолог консультативной поликлиники государственного учреждения «Бендерская центральная городская больница»;

4. Коваленко Татьяна Николаевна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, врач-невролог (кабинета электромиографии) государственного учреждения «Республиканская клиническая больница»;

### **Секретари экспертной группы:**

1. Гурецкая Елена Валентиновна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;

2. Кошелева Наталья Игоревна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики.