Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «05» декабря 2025 года
Протокол №242

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ГРИПП И ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ВЗРОСЛЫХ

1.ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1) Код(ы) МКБ-10/МКБ-11:

Код МКБ	Наименование заболеваний и состояний
J10	Грипп, вызванный идентифицированным сезонным вирусом гриппа
J11	Грипп, вирус не идентифицирован
J00-06	Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей
J00	Острый назофарингит, насморк
J02	Острый фарингит
J02.8	Острый фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями
J02.9	Острый фарингит, не уточненный
J03	Острый тонзиллит
J03.8	Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями
J03.9	Острый тонзиллит, не уточненный
J04	Острый ларингит и трахеит
J04.0	Острый ларингит
J04.1	Острый трахеит
J04.2	Острый ларинготрахеит
J05	Острый обструктивный ларингит (круп)
J05.0	Острый обструктивный ларингит (круп)
J06	Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации
J06.0	Острый ларингофарингит
J06.8	Другие острые инфекции верхних дыхательных путей множественной локализации
J06.9	Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная
J06	Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная
J10.0	Гриппозная пневмония
J12.9	Вирусная пневмония неуточненная
J20-J22	Другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей
J20	Острый бронхит

J20.4	Острый бронхит, вызванный вирусом парагриппа
J20.5	Острый бронхит, вызванный респираторным синцитиальным вирусом
J20.6	Острый бронхит, вызванный риновирусом
J20.8	Острый бронхит, вызванный другими уточненными агентами
J20.9	Острый бронхит неуточненный
J21	Острый бронхиолит
J21.0	Острый бронхиолит, вызванный респираторным синцитиальным вирусом
J21.8	Острый бронхиолит, вызванный другими уточненными агентами
J21.9	Острый бронхиолит неуточненный
J22	Острая респираторная инфекция нижних дыхательных путей неуточненная
B34.0	Аденовирусная инфекция неуточненная
B34.2	Коронавирусная инфекция неуточненная

2) Дата разработки и пересмотра клинического протокола: разработка 2013 г, пересмотр 2015 г, 2019 г, (пересмотр 2024 год).

3) Сокращения, используемые в клиническом протоколе:

АЛТ	–	аланинаминотрансфераза
АМП	–	антимикробные препараты
АСТ	–	аспартатаминотрансфераза
АЧТВ	–	активированное частичное тромбопластиновое время
БА	–	бронхиальная астма
БСК	–	болезни системы кровообращения
ВДП	–	верхние дыхательные пути
ВГН	–	верхняя граница нормы
ВОЗ	–	Всемирная Организация Здравоохранения
ДВС	–	диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ДЭН	–	дозорный эпидемиологиякий надзор
ИВЛ	–	искусственная вентиляция легких
ИТШ	–	инфекционно-токсический шок
ККГЛ	–	Конго-Крымская геморрагическая лихорадка
КТ	–	компьютерная томография
КУЗИ	–	компрессионное ультразвуковое исследование
КЩР	–	кислотно-щелочное равновесие
ЛЖ	–	левый желудочек
ЛИПП	–	Лекарственно-индуцированное поражение печени
МЖП	–	межжелудочковая перегородка
МНО	–	международное нормализованное отношение
НИВЛ	–	неинвазивная искусственная вентиляция легких
НПВ	–	нижняя полая вена
ОАК	–	общий анализ крови
ОДН	–	острая дыхательная недостаточность

ОКС	–	острый коронарный синдром
ОПП	–	острое повреждение почек
ОРИТ	–	отделение реанимации и интенсивной терапии
ОТ-ПЦР	–	обратная транскрипция- полимеразно-цепная реакция
ОРВИ	–	острая респираторная вирусная инфекция
ОРЗ/ОРИ	–	острое респираторное заболевание/инфекция
ОРДС	–	острый респираторный дистресс синдром
ОСН	–	острая сердечная недостаточность
ПЖ	–	правый желудочек
ПМСП	–	первичная медико-санитарная помощь
ПИИК	–	профилактика инфекций и инфекционный контроль
ППВД	–	противовирусный препарат прямого действия
ПЦР	–	полимеразная цепная реакция
СМЖ	–	спинномозговая жидкость
УЗИ	–	ультразвуковое исследование
ОПСС	–	общее периферическое сосудистое сопротивление
РНК	–	рибонуклеиновая кислота
СД	–	сахарный диабет
САД	–	систолическое артериальное давление
СОЭ	–	скорость оседания эритроцитов
СПОН	–	синдром полиорганной недостаточности
СИЗ	–	средства индивидуальной защиты
СМЖ	–	спинномозговая жидкость
ССС	–	сердечно-сосудистая система
СРБ	–	С-реактивный белок
ТОРИ	–	тяжелая острая респираторная инфекция
ТЭЛА	–	тромбоэмболия легочной артерии
ХОБЛ	–	хроническая обструктивная болезнь легких
ХСН	–	хроническая сердечная недостаточность
ЧДД	–	частота дыхательных движений
ЧСС	–	частота сердечных сокращений
ЭКГ	–	электрокардиография
ЭхоКГ	–	эхокардиография
COVID-19	–	коронавирусная инфекция, впервые выявленная в 2019 г.
ТОРС коронавирус/SARS CoV	–	ТОРС-коронавирус, вызывающий тяжелый острый респираторный синдром/Severeacuterespiratorysyndromecoronavirus
CPAP	–	постоянное положительное давление в дыхательных путях
FiO_2	–	фракция вдыхаемого кислорода
NEWS	–	National Early Warning Score
N	–	нейраминидаза

H	–	гемагглютинин
OI	–	индекс оксигенации
OSI	–	индекс оксигенации с использованием SpO_2
PaO_2	–	парциальное давление кислорода
PEEP	–	положительное давление конца выдоха
SpO_2	–	сатурация кислородом
HFNO	–	high-flow nasal oxygenation - высокопоточная назальная оксигенация

4) Пользователи клинического протокола: врачи всех специальностей и организаторы здравоохранения.

5) Категория пациентов: взрослые, в том числе беременные.

6) Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.

7) **Термины и определения** [1-4]:

Грипп - острая высоко контагиозная респираторная вирусная инфекция с воздушно-капельным механизмом передачи, вызываемая вирусами гриппа типа A, B и C (семейство Orthomyxoviridae, род Influenzavirus).

Заболевание характеризуется коротким инкубационным периодом, острым началом, наличием интоксикационного и катарального синдромов с преимущественным поражением эпителия слизистой оболочки верхних дыхательных путей (чаще трахеит).

Тяжелое течение (при инфицировании высокопатогенным штаммом вируса гриппа) сопровождается поражением нижних дыхательных путей с развитием первичной вирусной (гриппозной) пневмонии с высоким риском осложнений

(ОРДС, дыхательная недостаточность, геморрагический отек легких, сосудистый коллапс, отек мозга, шок, СПОН) [5].

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – группа острых вирусных инфекций с воздушно-капельным механизмом передачи, различающиеся по этиологии, клинически характеризующиеся интоксикацией разной степени выраженности и поражением слизистой оболочки респираторного тракта в зависимости от тропности возбудителя к эпителию ВДП (ринит, тонзиллит, фарингит, ларингит, трахеит). При тяжелом течении развивается вирусное поражение нижних дыхательных путей (бронхит, бронхиолит, пневмония).

При отсутствии этиологической расшифровки, для принятия решения тактики ведения пациентов следует различать:

- Тяжелые острые респираторные инфекции (**ТОРИ**) – случай острого респираторного вирусного заболевания, характеризующийся лихорадкой ≥38 °C на момент осмотра или в анамнезе и кашлем и появлением симптомов в предшествующие десять (10) календарных дней, и требует госпитализации. (Обновленное стандартное определение случая, ВОЗ, 2022 г.) [2];

- Гриппоподобные заболевания (ГПЗ) – случай острого респираторного вирусного заболевания, характеризующийся лихорадкой ≥38 °C на момент осмотра и кашлем, и появлением симптомов в предшествующие десять (10) календарных дней (Обновленное стандартное определение случая, ВОЗ, 2022 г.) [2].

8) Классификация заболевания или состояния

Классификация гриппа [1-4]

1. Этиология	1.1. Грипп типа А (H1N1, H3N2) и др. 1.2. Грипп типа В 1.3. Грипп типа С
2. Течение	2.1. Типичное (манифестное) 2.2. Атипичное (бессимптомное, стертое)
3. Тяжесть	3.1 Легкой степени 3.2. Средней степени 3.3. Тяжелой степени 3.4. Очень тяжелой степени (гипертоксическая)
4. Осложнения	4.1. Неосложненное 4.2. Осложненное 4.2.1. Специфические осложнения (вирус-ассоциированные) 4.2.2. Неспецифические осложнения: 4.2.2.1. Бактериальные осложнения 4.2.2.2. Обострение/декомпенсация хронических заболеваний

Для принятия решения о госпитализации и назначения противовирусной терапии ВОЗ рекомендует классифицировать [3]:

- **Нетяжелый грипп:** Неосложненное, нетяжелое заболевание гриппом характеризуется такими симптомами, как внезапное появление кашля, головной боли, болей в мышцах и суставах, сильное недомогание, боль в горле и ринорея, с

повышением температуры или без нее. Определяется как отсутствие каких-либо признаков тяжелого заболевания.

- **Тяжелый грипп:** вирус гриппа также может вызывать тяжелое заболевание (такое как сепсис, септический шок, тяжелая пневмония, ОРДС, полиорганная недостаточность, обострение хронических заболеваний) или смерть.

Классификация ОРВИ

1. Этиология	1.1. Парагриппозная инфекция. 1.2. Аденовирусная инфекция. 1.3. Респираторно-синцитиальная инфекция. 1.4. Риновирусная инфекция. 1.5. Коронавирусная инфекция. 1.6. Бокавирусная инфекция 1.7. Метапневмовирусная инфекция
2. Течение	2.1. Типичное (манифестное) 2.2. Атипичное (бессимптомное, стертое)
3. Тяжесть	3.1 Легкой степени 3.2. Средней степени 3.3. Тяжелой степени 3.4. Очень тяжелой степени
4. Течение	4.1. Острое (5-10 дней) 4.2. Подострое (11-30 дней) 4.3. Затяжное (более 30 дней)
5. Уровень поражения дыхательных путей	**Ринит** - воспаление слизистой оболочки носовой полости. Симптомы: чихание, отделение слизи из носа, нарушение носового дыхания, заложенность носа. Отток слизи по задней стенке глотки вызывает кашель. **Фарингит** – воспаление слизистой оболочки глотки. Симптомы: першение и сухость в горле, болезненность при глотании, гиперемия слизистой ротоглотки. **Тонзиллит** – воспаление небных миндалин вирусной этиологии. Симптомы: гиперемия и отечность миндалин, небных дужек, язычка, задней стенки глотки, боли в горле при глотании. **Ларингит** – воспаление гортани с вовлечением голосовых связок и подсвязочного пространства. Симптомы – сухой лающий кашель, осиплость голоса. **Трахеит** – воспаление слизистой оболочки трахеи. Симптомы: ссаднение за грудиной, сухой кашель. **Бронхит** – поражение бронхов любого калибра. Основной симптом – кашель (в начале заболевания сухой, через несколько дней – влажный с увеличивающимся количеством мокроты). Мокрота чаще имеет слизистый характер, на 2-й неделе может приобретать зеленоватый оттенок за счет примеси фибрина. Кашель сохраняется в течение 2 недель и более (до 1 мес.) при заболеваниях аденовирусной, респираторно-синцитиально-вирусной, микоплазменной и хламидийной этиологии). **Пневмония (первичная вирусная).** Состояние обусловлено распространенным воспалительным процессом в нижних отделах дыхательных путей (при инфицировании высокопатогенным штаммом вируса гриппа и других респираторных вирусов). Клинически проявляется кашлем, одышкой за счет развития ОРДС и ОДН.
5. Осложнения	5.1. Неосложненное

	5.2. Осложненное (специфические осложнения, осложнения, вызванные вторичной микрофлорой, обострение хронических заболевания)
1.Состояния, патогенетически обусловленные действием вируса гриппа	
ОРДС	Состояние обусловлено повреждением капилляров альвеолярных перепонок, воспалительными изменениями, развитием интерстициального и альвеолярного отека, последующим развитием интерстициального фиброза. Клинически характеризуется стремительным нарастанием признаков ОДН на высоте клинических проявлений инфекции: одышка свыше 30 в мин., шумное дыхание, диффузный цианоз, тахикардия, беспокойство больного, быстро сменяющееся апатией, возможна потеря сознания, падение САД ниже 90 мм.рт.ст., кашель со скудной кровянистой мокротой, аускультативно в начальном периоде – сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких, далее - крепитирующие хрипы, влажные мелкопузырчатые хрипы, гипоксемия. В ряде случаев развивается синдром ДВС (геморрагический отек легких).
Токсический геморрагический отек легких	Клинически проявляется (на фоне выраженной интоксикации) одышкой, цианозом, расстройством дыхания, появлением примеси крови в мокроте, развитием ОДН.
Ложный круп	Состояние обусловлено отеком голосовых связок, рефлекторным спазмом мышц гортани. Клинически проявляется внезапным появлением приступа удушья, сопровождаемым тревогой, тахикардией с последующим развитием ОДН.
ОДН	Состояние обусловлено: 1. в случае развития вирусной пневмонии: сокращением дыхательной поверхности легких, обструкцией бронхиального дерева; 2. редукцией функционирующих участков легких (ателектаз, коллапс); 3. неполноценной функцией дыхательных мышц; 4. нарушением в системе сурфактанта; 5. нарушением функции дыхательного центра или блокадой афферентных звеньев регуляции дыхательных мышц; 6. несоответствием между вентиляцией и перфузией; 7. ларингоспазмом. Клинически проявляется одышкой, акроцианозом, потливостью, тахикардией, беспокойством, нарушением ритма дыхания и нервно-психического статуса.
Острая циркуляторная недостаточность, инфекционно-токсический шок (ИТШ)	Состояние обусловлено нарушением регуляции периферического кровообращения, нарушением микроциркуляции в сосудах жизненно важных органов за счет действия вирусно-бактериальных токсинов. Клинические проявления: на ранних стадиях – лихорадка, затем снижение температуры тела, бледность кожи, появление мраморной окраски кожи, цианотичных пятен, быстрое снижение АД, тахикардия, одышка, возможны тошнота и рвота, геморрагический синдром, резкое снижение диуреза, прогрессирующее расстройство сознания.
Инфекционно-токсическая энцефалопатия (ИТЭ)	Состояние обусловлено интоксикацией, выраженными расстройствами гемо- и ликвородинамики в головном мозге и повышением внутричерепного давления. Клинически проявляется сильной головной болью, рвотой, оглушенностью, возможно психомоторное возбуждение, расстройство сознания. Опасно развитием отека головного мозга, расстройства дыхания, комы.

Отек головного мозга	Состояние обусловлено гипоксией мозговой ткани, гиперкапнией, метаболическим ацидозом, гипертермией. Клинически проявляется сильной диффузной головной болью, головокружением, тошнотой, рвотой, наличием менингеальных знаков, застойными явлениями на глазном дне, потерей сознания, судорогами, брадикардией и олигопноэ с развитием ОДН.
Острая иммуносупрессия (острая иммуносупрессия беременных)	Состояние обусловлено физиологической иммуносупрессией беременных и действием иммуносупрессивного домена в структуре белков вируса гриппа
Неврологические осложнения	Менингит, энцефалит, арахноидит, энцефаломиелит, энцефаломиелополирадикулоневрит, моно- и полиневриты, синдром Гийена-Барре, радикулиты, невриты
Осложнения со стороны ССС	Острая сердечная недостаточность развивается чаще у больных гипертонической болезнью и заболеваниями сердца. Она протекает по типу левожелудочковой недостаточности и проявляется отеком легких. Острая сосудистая недостаточность является следствием падения сосудистого тонуса, а сосудистый коллапс – проявлением инфекционно-токсического шока.
Менингизм	повышение давления ликвора без изменения его клеточного состава. Характеризуется появлением общемозговой симптоматики (сильная головная боль, тошнота, рвота), общей гиперестезии и характерных менингеальных синдромов
Осложнения, вызванные активизацией вторичной бактериальной микрофлоры	
Острый синусит	Бактериальные синуситы (гайморит, фронтит, сфеноидит) являются частым осложнением ОРВИ. Заподозрить наличие синусита можно в том случае, если симптомы заболевания не прекратились в течение 7-10 дней: остается заложенность носа, тяжесть в голове, головная боль, повышенная температура.
Острый отит	Острый отит проявляется постоянными или пульсирующими болями в ухе, может наблюдаться болезненность в области сосцевидного отростка.
Острый бронхит	Может быть, как проявлением ОРВИ, так и ее осложнением, обусловленным присоединением вторичной микрофлоры на фоне или после перенесенной ОРВИ. В этом случае острый бронхит проявляется кашлем с отделением мокроты желтого или зеленого цвета. К данному осложнению имеют предрасположенность люди, страдающие хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей (ХОБЛ), в том числе курильщики.
Вторичная пневмония	Развитие вторичной пневмонии следует подозревать при сохранении высокой температуры тела более 7–10 дней, сохранением кашля и характерными аускультативными признаками: ослабление дыхания, наличие разнокалиберных влажных хрипов, крепитации. Диагноз подтверждается при рентгенологическом исследовании легких. Состояние обусловлено присоединением бактериальной или грибковой флоры

Синдром системного воспалительного ответа (ССВО)	• лихорадка (температура тела >38.3°С); • гипотермия (температура тела <36°С); • ЧСС более 90 в мин или больше; • тахипноэ > 20/мин или $PaCO_2$< 32 мм рт.ст.; • нарушения сознания (менее 15 баллов по ШКГ); • видимые отеки или положительный водный баланс (задержка жидкости) более 20 мл/кг/сутки; • □ гипергликемия (глюкоза плазмы >7,7 ммоль/л) при отсутствии сахарного диабета. • лейкоцитоз (>12* 10^9/л) или лейкопения (<4* 10^9/л); • нормальное число лейкоцитов при наличии 10% незрелых форм; • С - реактивный белок более 2 стандартных отклонений выше нормальной величины; • прокальцитонин плазмы более 2 стандартных отклонений выше нормальной величины • пресепсин≥300 пг/мл
Сепсис	если имеется подозреваемая или документированная инфекция в сочетании с остро возникшей органной дисфункцией, о развитии которой заключают по индексу шкалы SOFA на 2 балла и более от базового значения. Исходный балл SOFA можно предположить равным нулю у пациентов, у которых ранее не было выявленной дисфункции органов. Предварительный диагноз на догоспитальном этапе или вне отделения интенсивной терапии может быть выставлен по шкале q-SOFA (шкала для быстрой диагностики), если присутствуют любые два из трех приведенных ниже симптомов: 1. Частота дыхания более 22 в минуту 2. Изменения ментального статуса (оценка по шкале Глазго 13 баллов и меньше). 3. Артериальная гипотензия АД систолическое менее 100 мм рт. ст. Шкала q-SOFA не отменяет использования ССВО в определении сепсиса. **Признаки нарушения микроциркуляции:** бледность, мраморность кожных покровов, синдром «белого пятна» (при сдавлении ногтевого ложа наполнение задерживается на 3 сек и более).
Септический шок	Пациенты с септическим шоком могут быть клинически идентифицированы, как требующие применения вазопрессора для поддержания $АД_{ср.}$ = 65 мм рт.ст. или выше, при отсутствии гиповолемии (или при адекватной инфузии) и имеющие уровень лактата в сыворотке более 2 ммоль/л. Необходимость в переносе акцента в текущем понимании термина «Сепсис» с воспаления на гипоперфузию. Причинами развития является ответ на повреждение эндотелия в виде синдрома капиллярной утечки, что приводит к потерям жидкости в окружающие ткани, альвеолы, полости организма; • лихорадка, дегидратация (рвота, диарея, отсутствие приема жидкости при тяжелом состоянии), усугубляют гиповолемию; • снижение сократительной функции сердца, повреждение миокарда; • на фоне патологической вазодилятации и низкой преднагрузки снижается скорость периферического кровотока (гипотония); • развивается ОПП;

	• в условиях повреждения эндотелия, локального стаза развиваются проксимальные тромбозы (ДВС I); • далее может развиться коагулопатия потребления – ДВС II; • теплый шок переходит в холодный шок; • также могут развиться: тампонада – выпот в перикард и плевральную полость (обструктивный шок), острая надпочечниковая недостаточность
Острое повреждение почек (острая олигурия)	темп диуреза < 0.5 мл/кг/час в течение не менее 2 часов, несмотря на адекватную регидратацию; повышение креатинина > 176 мкмоль/л; или прирост более 44 мкмоль/л/сут (у пациентов с ХПН).
Декомпенсация сопутствующих хронических заболеваний	БА, ХОБЛ, БСК, ХСН, заболевания печени и почек, СД и др.
Группа риска по осложненному течению гриппа (ВОЗ) [7]:	• хронические заболевания ССС (ИБС, врожденный порок сердца, ХСН); • БА, хронические заболевания легких (ХОБЛ, муковисцидоз); • хроническая почечная недостаточность; • нарушения обмена веществ (люди с ИМТ - 40 и выше сахарный диабет); • неврологические расстройства и нарушения развития нервной системы; • заболевания печени; • гематологические заболевания (серповидноклеточная анемия); • лица с иммуносупрессивными состояниями (ВИЧ/СПИД, получающие химиотерапию или системные кортикостероиды или злокачественные новообразования); • беременные женщины и женщины до 2 недель после родов; • лица в возрасте 65 лет и старше; • лица моложе 19 лет, длительное время принимающие аспирин- или салицилатсодержащие препараты; • работники здравоохранения подвергаются высокому риску заражения вирусом гриппа из-за увеличения контактов во время ухода за пациентами и риска дальнейшего распространения, особенно при уходе за уязвимыми пациентами.

9) Клиническая картина заболевания или состояния;

Клинические проявления гриппа [1-5]:

Грипп	Клинические проявления
	• острое начало с развитием симптомов интоксикации в 1-е сутки, высокая лихорадка с ознобом; • общая продолжительность лихорадочного периода 4-5 дней, при развитии первичной вирусной пневмонии лихорадка более длительная; • головная боль с типичной локализацией в области лба, надбровных дуг, глазных яблок; • слабость, адинамия; • ноющие боли в костях, мышцах, вялость, «разбитость»; • гиперестезия;
	Объективные симптомы, характерные для гриппа [1]*:* • температура 38,5-39,5 ^{0}C; • частота пульса соответствует повышению температуры; • дыхание учащено;

	• умеренно выраженные катаральные явления (насморк, сухой кашель); • гиперемия лица и шеи, инъекция сосудов склер, повышенное потоотделение, разлитая гиперемия и зернистость слизистой оболочки зева; При тяжелой степени: • лихорадка, нарушение сознания, явления менингизма, одышка, тахикардия, глухость сердечных тонов, слабость пульса, артериальная гипотензия, акроцианоз и цианоз (появляющийся и/или усиливающийся при кашле); • диарея; • носовые кровотечения, геморрагическая сыпь на коже и слизистых вследствие развития ДВС-синдрома; • признаки ОДН у больных тяжелым гриппом: приступообразный звонкий кашель, свистящее стридорозное дыхание, инспираторная одышка, исчезновение голоса, цианоз и акроцианоз, тахикардия, слабый пульс, ослабление тонов сердца, артериальная гипотония; • признаки острой сосудистой недостаточности: снижение температуры тела, бледность кожных покровов, холодный липкий пот, адинамия с потерей сознания, цианоз и акроцианоз, тахикардия, слабый нитевидный пульс, глухость тонов сердца, артериальная гипотония, прекращение мочеотделения; • признаки отека и набухания вещества мозга: психомоторное возбуждение и нарушение сознания, патологический тип дыхания, брадикардия, сменяющаяся тахикардией, гиперемия лица, рвота, не приносящая облегчения, судороги, очаговые неврологические знаки, менингеальные синдромы, лабильность АД, гиперестезия, гиперкаузия; • признаки отека легких: нарастание одышки и удушья, цианоз и акроцианоз, появление пенистой и кровянистой мокроты, снижение температуры тела, слабый частый пульс, множество сухих и влажных разнокалиберных хрипов в легких.

Клинические проявления ОРВИ:

ОРВИ	Клинические проявления
Парагрипп	• начало болезни может быть постепенным; • интоксикация выражена слабо; • боли и першение в горле, заложенность носа, обильное отделяемое из носа, сухой «лающий кашель», осиплость голоса; • в случае присоединения вторичной бактериальной инфекции состояние больного ухудшается, повышается температура, нарастают явления интоксикации.
Аденовирусная инфекция	• начало болезни острое; • насморк и заложенность носа, затем присоединяются обильные слизистые выделения из носа; • чувство першения или боли в горле, влажный кашель; • явления конъюнктивита – боли в глазах, слезотечение; • увеличение лимфузлов, печени; • жидкий стул; • затяжное течение.
Респираторно-синцитиальная инфекция	• постепенное начало; • субфебрильная температура;

	• упорный кашель, сначала сухой, затем продуктивный, часто приступообразный; • характерна одышка • затяжное течение
Риновирусная инфекция	• умеренная интоксикация; • начало острое; • чихание, выделения из носа, затрудненное дыхание, першение в горле, покашливание; • недомогание, снижение аппетита, тяжесть в голове • бронхообструктивный синдром, одышка, ОДН (при тяжелом течении)
Коронавирусная инфекция (ТОРС)	• острое начало с ознобом, головной болью, болью в мышцах, общей слабостью, головокружением, повышением температуры тела, выделения из носа; • боли в горле, гиперемия слизистой оболочки неба и задней стенки глотки, кашель; • возможны тошнота, одно-двукратная рвота, боли в животе, жидкий стул; • через 3-7 дней возможно развитие пневмонии с повторным повышением температуры, упорным непродуктивным кашлем, одышкой и затрудненным дыханием
Метапневмовирусная инфекция	• острое начало; • выраженный интоксикационный синдром; • катаральные явления (кашель, ринорея, отек слизистой носа); • возможно развитие бронхита, бронхиолита, пневмонии; • нередко диарейный синдром; • одышка, ОДН (при тяжелом течении).
Бокавирусная инфекция	• острое начало болезни; • комбинация респираторного синдрома, интоксикации и диспепсии; • кашель, насморк, увеличение и гиперемия миндалин; • возможно развитие бронхита, бронхиолита, пневмонии; • одышка, ОДН (при тяжелом течении).

Синдромы поражения дыхательных путей в зависимости от вида вируса

Возбудители	Основные синдромы поражения дыхательных путей
Вирусы гриппа	Трахеит, ринофарингит, бронхит, вирусная пневмония (при гриппе, вызванном пандемическим штаммом), диарея (при тяжелом течении гриппа А, гриппе В), ОРДС
Вирусы парагриппа	Ларингит, ринофарингит, ложный круп
Респираторно-синцитиальный вирус	Бронхит, бронхиолит
Аденовирусы	Фарингит, тонзиллит, ринит
Риновирусы	Ринит, ринофарингит, бронхообструктивный синдром (при тяжелом течении)
Коронавирусы человека	Ринофарингит, бронхит
Коронавирус ТОРС	Бронхит, бронхиолит, вирусная пневмония, ОРДС
Метапневмовирус	Бронхит, бронхиолит, вирусная пневмония, ОРДС
Бокавирус	Ринит, ринофарингит, бронхит, вирусная пневмония, ОРДС

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ:

1) Диагностические критерии [1-5]:

Жалобы и анамнез:

- инкубационный период при гриппе от 1 до 3 суток, при ОРВИ - от 1 до 14 суток;
- острое начало с озноба или без него;
- повышение температуры тела до фебрильных и цифр при гриппе, субфебрильных и фебрильных – при ОРВИ;
- головная боль локальная (при гриппе в области висков, лба, надбровных дуг, глазных яблок) и диффузная разной степени выраженности;
- боли в мышцах и суставах, в области поясницы (чаще при гриппе);
- слабость, адинамия;
- разбитость, апатия;
- гиперестезия;
- жидкий стул (при тяжелом течении гриппа А, гриппе В);
- катаральные симптомы в зависимости от этиологии (боли и першение в горле, заложенность или выделения из носа, слезотечение и покраснение глаз, сухой кашель, осиплость голоса и др.);
- одышка при тяжелом течении.

Эпидемиологический анамнез:

- контакт с больными гриппом и ОРВИ (на работе, дома, в общественных местах, учет эпидемиологической ситуации в регионе проживания, поездки в другие регионы и страны);
- контакт с лихорадящими больными с катаральными проявлениями.

Физикальное обследование:

- оценка степени тяжести состояния;
- оценка уровня сознания;
- осмотр кожных покровов;
- осмотр слизистых оболочек глаз, ротоглотки;
- пальпация лимфатических узлов;
- аускультация легких;
- пальпация живота, печени и селезенки;
- измерение температуры тела, частоты дыхания, частоты сердечных сокращений;
- осмотр стула.

Объективные симптомы [1]:

- повышение температуры тела;
- заложенность носа, нарушение носового дыхания, чихание, отделение слизи из носа (ринит);
- гиперемия слизистой ротоглотки, болезненность при глотании (фарингит);
- гиперемия и отечность миндалин, небных дужек, язычка, задней стенки глотки (тонзиллит);
- сухой лающий кашель, осиплость голоса (ларингит);
- саднение за грудиной, сухой кашель (трахеит);

• кашель (в начале заболевания сухой, через несколько дней влажный с увеличивающимся количеством мокроты); мокрота чаще имеет слизистый характер, на 2-й неделе может приобретать зеленоватый оттенок; кашель может сохраняться в течение 2 недель и более (до 1 месяца при аденовирусной и респираторно-синцитиальной вирусной инфекциях);
- одышка при тяжелом течении;
- тахикардия (соотносить с температурой);
- относительная брадикардия (при тяжелом течении);
- гипотония (при тяжелом течении и развитии осложнений).

Критерии степени тяжести гриппа и ОРВИ (оцениваются по выраженности симптомов интоксикации).

Степень тяжести	**Клинические проявления**
Легкая степень	повышение температуры тела не более 38°С, умеренная головная боль, ЧСС менее 90 уд/мин, САД 115–120 мм рт. ст., ЧДД менее 24 в 1 мин.
Средняя степень	температура тела в пределах 38,1–39°С, выраженная головная боль, гиперестезия, ЧСС 90–120 уд/мин, САД менее 110 мм рт.ст.,ЧДД более 24 в 1 мин.
Тяжелая степень	острейшее начало, высокая температура (более 39-40°) с резко выраженными симптомами интоксикации (сильной головной болью, ломотой во всем теле, бессонницей, бредом, анорексией, тошнотой, рвотой, менингеальными симптомами, иногда энцефалитическим синдромом), ЧСС более 120 уд/мин, слабого наполнения, нередко аритмичен; САД менее 90 мм рт.ст.; тоны сердца глухие; частота дыхания более 28 в 1 мин.
Очень тяжелая степень	молниеносное течение с бурно развивающимися симптомами интоксикации, клиника осложнений (ОРДС, шок, ДВС-синдром).

Лабораторные исследования:

Основные лабораторные исследования [7]:

Клиническая диагностика гриппа затруднена, поскольку признаки и симптомы могут быть неспецифичными и варьироваться в зависимости от типа вируса, характеристик пациента и других факторов. Полимеразная цепная реакция с обратной транскрипцией (ОТ-ПЦР) является золотым стандартом диагностики гриппа и ОРВИ.

В условиях, когда доступно тестирование с использованием ОТ-ПЦР и результаты ожидаются в течение 24 часов, ВОЗ предлагает стратегию тестирования на грипп.

Молекулярно-генетический метод (ПЦР) - детекция РНК (ДНК) возбудителей острых респираторных вирусных инфекций методом ОТ-ПЦР, при возможности проведение мультиплексной ПЦР (допускается проведение экспресс методов ПЦР анализа при недоступности классических методов).

Преаналитика: необходимо собирать образцы из верхних дыхательных путей пациентов для тестирования как можно скорее после начала заболевания,

предпочтительно в течение 4 дней после появления симптомов. Образцы для исследования – назофарингиальные мазки или комбинированные мазки из ротовой и носовой полости, если пациент находится на ИВЛ, то эндотрахеальный аспират или бронхоальвеолярный лаваж.

Отбор проб биоматериала осуществляется обученным медицинским работником организации здравоохранения (санитарно-эпидемиологической службы, сотрудников ПМСП, стационаров) с соблюдением требований ПИИК.

Общеклинические методы исследования:

- общий анализ крови: лейкопения, относительный лимфоцитоз, относительный моноцитоз; при тяжелом течении – лимфопения, тромбоцитопения (<100х10^9/л при сепсисе).
- при присоединении бактериальной инфекции – лейкоцитоз, нейтрофилез, палочкоядерный сдвиг, ускоренная СОЭ [1-5].
- общий анализ мочи: альбуминурия, лейкоцитурия, бактериурия, гематурия (поражение почек вирусной, бактериальной природы, инфекция мочевыводящей системы, развитие осложнений).

Дополнительные лабораторные исследования [1-4, 17]**:**

Биохимические методы исследования:

- **исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови**: уровень СРБ коррелирует с тяжестью воспалительного процесса, распространенностью воспалительной инфильтрации в легких (повышается при тяжелом течении);
- **определение АЛТ, АСТ, билирубина** (повышение - гепатит, ЛИПП, сопутствующая патология печени, развитие осложнений);
- **определение общего белка и альбумина** (снижение при вирусном и сопутствующем поражении печени, развитие осложнений);
- **мочевина и креатинин** (повышение - вирусное поражение почек, сопутствующая патология почек, развитие осложнений);
- **коагулограмма с определением ПВ, МНО, АЧТВ, фибриногена**- для оценки состояния системы гемостаза (гипокоагуляции, гиперкоагуляции). Коагулопатия (МНО>1.5 или АЧТВ> 60 сек) без приема антикоагулянтов свидетельствуют о развитии сепсиса.
- **определение глюкозы, электролитов (К+, Na+, Mg ++, Ca++) –** для диагностики сахарного диабета, электролитных нарушений.

Определение биомаркеров:

- **Д-димер** - для оценки активности коагуляционной и фибринолитической систем не только в процессе тромбоза, а также при различных инфекционных и онкологических заболеваниях и беременности. При низком уровне Д-димера можно исключить диагноз тромбоза глубоких вен, однако повышение уровня Д-димера не позволяет подтвердить наличие тромбоза в организме, но отражает степень тяжести воспалительного процесса и неблагоприятного прогноза.

• **Прокальцитонин** - для дифференциальной диагностики с бактериальной инфекцией и диагностики сепсиса (повышается);
• **Исследование газов артериальной крови с определением PaO2, PaCO2, pH, бикарбонатов** проводится госпитализированным пациентам с признаками ОДН (SpO2 менее 90% по данным пульсоксиметрии без кислородной поддержки).
Лактат: повышение >2ммоль/л свидетельствует о **нарушения тканевой перфузии (сепсисе).** при этом необходимо учитывать нагрузку лактатом (ЗПТ с использованием лактатного буфера, инфузия Рингер-лактата, введение адреналина), нарушение элиминации лактата при печеночной дисфункции).

Бактериологические методы исследования:
• **посев крови на стерильность и гемокультуру с определением чувствительности к АМП** (по показаниям: при подозрении на сепсис);
• **посев мокроты, мазка из носоглотки, бронхоальвеолярного лаважа с определением чувствительности к АМП** (по показаниям **-** при подозрении на присоединение бактериальной, грибковой флоры для подбора рациональной антимикробной терапии);
• **трехкратный посев на МБТ** (при подозрении на специфический процесс);
• **GeneXpert мокроты** (при подозрении на специфический процесс).

Инструментальные методы исследования:
Основные инструментальные методы исследования:
• **Пульсоксиметрия** с измерением SpO2 для выявления дыхательной недостаточности, выраженности гипоксемии. Необходимо проводить измерение в динамике и записывать параметры сатурации не только в покое, но и при нагрузке (ходьба по комнате).
• **Рентгенография органов грудной клетки** в двух проекциях (по показаниям: при подозрении на пневмонию).

Дополнительные инструментальные исследования:
• **Компьютерная томография** органов грудной клетки при снижении сатурации менее 90%, развитии одышки ЧДД более 20 в мин. (по показаниям при тяжелом течении, с целью дифференциальной диагностики, в том числе с коронавирусной инфекцией COVID-19);
• **Эхокардиография (ЭхоКГ)** показано пациентам при подозрении на миокардит, эндокардит, острую сердечную недостаточность (кардиогенный шок), инфаркт миокарда по ЭКГ, в случае увеличения уровня тропонина, признаках тампонады сердца, при желудочковой аритмии, а также проведения дифференциальной диагностики между ОРДС и ТЭЛА (по показаниям в ОРИТ). Косвенным признакам ТЭЛА относятся: увеличение размера ПЖ, увеличения соотношения ПЖ к ЛЖ (в норме соотношение ПЖ/ЛЖ менее 0,9), смещения МЖП справа в сторону ЛЖ с изменением формы ЛЖ в виде буквы D, оценить присутствия симптома 60/60, симптома Mconell, показатель TAPSE, размер НПВ, снижение пика систолической

скорости S у кольца трикуспидального клапана, а также обратить внимание на присутствие тромба в правых отделах сердца.

- **Ультразвуковое исследование органов грудной клетки** проводится у пациентов при подозрении на плеврит.
- Рентгенография околоносовых синусов (по показаниям для диагностики синусита)
- КТ головного мозга для дифференциальной диагностики с ОНМК

Кратность лабораторных и инструментальных исследований определяется по показаниям в зависимости от клинической ситуации

Консультация профильного специалиста (по показаниям):

- консультация реаниматолога – для диагностики ОРДС и других осложнений, определения показаний перевода в ОРИТ;
- консультация кардиолога – при изменениях на ЭКГ и подозрении на ОКС, миокардит, ТЭЛА, для коррекции лечения пациентов с сопутствующими БСК;
- консультация акушера-гинеколога – при угрозе прерывания беременности, начале родовой деятельности;
- консультация невролога – при развитии тяжелых неврологических проявлений (менингита, энцефалита, полирадикулоневрита и др.);
- консультация фтизиатра – при подозрении на специфический процесс;
- консультация торакального хирурга – при развитии гидроторакса, пневмоторакса, абсцесса и др. образований и полостей.

2) Алгоритм диагностики:



Диагностика острой дыхательной недостаточности [9]

Степень ОДН	**Диагностические признаки**	PaO2, мм рт. ст.	SaO2, %	PaCO2
Отсутствует	-	> 80	> 95	36-44
Первая	Жалобы на ощущение недостатка воздуха, беспокойство, эйфория. Кожа влажная, бледная, с легким акроцианозом. Нарастающая одышка (25–30 дыханий в минуту), умеренное повышение САД. PaO2 снижено до 70 мм.рт.ст., PaCO2 повышено до 50 мм.рт.ст.	70—79	90—94	<50
Вторая	Бред, возбуждение, галлюцинации, профузный пот, цианоз, одышка (35–40 дыханий в минуту), тахикардия, артериальная гипертензия. PaO2 снижено до 60 мм.рт.ст., PaCO2 повышено до 60 мм.рт.ст.	50—69	75—89	50-70
Третья	Кома с клоническими и тоническими судорогами, зрачки широкие,	<50	<75	> 70

Диагностика критических состояний (осложнений) [9]

Критическое состояние	Острый Респираторный Дистресс Синдром (ОРДС)	Начало: в течение 1 недели с момента выявления клинической патологии (пневмонии) или возникновения новых либо усугубления имевшихся ранее респираторных симптомов. Исследование органов грудной клетки с помощью методов визуализации (рентгенография, компьютерная томография или УЗИ легких): двусторонние затемнения, которые нельзя полностью объяснить наличием объемной перегрузки, ателектаза всего легкого или его долей или узелковых образований. Происхождение легочных инфильтратов: дыхательная недостаточность, которую нельзя полностью объяснить сердечной недостаточностью или гиперволемией. При отсутствии факторов риска требуется объективная оценка (например, эхокардиография), чтобы исключить гидростатическую причину инфильтратов/отека. Нарушение оксигенации у взрослых: • ОРДС легкой степени: 200 мм рт. ст. < PaO2/FiO2a ≤ 300 ммрт. ст. (с PEEP или CPAP ≥ 5 см H2O). • ОРДС средней степени: 100 мм рт. ст. < PaO2/FiO2 ≤ 200 мм рт. ст. (с PEEP ≥ 5 см H2O). • ОРДС тяжелой степени: PaO2/FiO2 ≤ 100 мм рт. ст. (с PEEP ≥ 5 см H2O).
Критическое состояние	Сепсис	Взрослые: острая жизнеугрожающая полиорганная недостаточность (дисфункция органов), вызванная неуправляемым ответом организма на подозреваемую или подтвержденную инфекцию. Признаки дисфункции органов включают в себя: изменение психического состояния,

		затрудненное или учащенное дыхание, недостаточное насыщение крови кислородом, снижение диуреза, учащенное сердцебиение, слабый пульс, холодные конечности или низкое АД, кожная сыпь, лабораторные признаки коагулопатии, тромбоцитопении, ацидоза, а также высокий уровень лактата в крови или гипербилирубинемия.
	Септический шок	Взрослые: стойкая гипотония, сохраняющаяся несмотря на восполнение объема циркулирующей крови и требующая применения вазопрессорных препаратов для поддержания СрАД на уровне ≥ 65 мм рт. ст. и сывороточного лактата> 2 ммоль/л.

3) Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Критерии дифференциальной диагностики гриппа и ОРВИ

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Конго-Крымская геморрагическая лихорадка	Острое начало, лихорадка, миалгии, артралгии, диарея геморрагический синдром	ИФА для детекции специфических антител к вирусу ККГЛ; - ПЦР крови на РНК вируса ККГЛ	Отсутствие тяжелых геморрагических проявлений, тромбоцитопении, отрицательный результат ПЦР РНК вируса ККГЛ, отрицательный результат ИФА
Менингококковая инфекция. Менингококковый назофарингит	Острое начало, лихорадка. Катаральный синдром.	Бак.посев мазка из носоглотки на менингококк ОАК (лейкоцитоз, нейтрофилез)	Выраженные катаральные явления. Отсутствие выделения менингококка в мазке из носоглотки , ОАК – лейкопения, лимфоцитопения
Корь, катаральный период	Острое начало, лихорадка. Катаральный синдром.	Обнаружение специфических антител IgM в ИФА	Учет эпидемиологической ситуации Отсутствие пятен Коплика-Филатова-Бельского, Отсутствие характерной пятнисто-папулезной сыпи с этапностью высыпаний Отрицательный результат ИФА
Атипичная пневмония (микоплазменная, хламидийная, легионелезная)	Лихорадка Катаральный синдром (кашель), одышка	Обнаружение специфических антител IgM в ИФА	Рентгенологическая картина Отрицательный результат в ИФА на обнаружение специфических антител IgM против антигенов микоплазм, хламидий, легионелл.
Серозные менингиты	Острое начало, лихорадка, выраженная интоксикация,	Клинический анализ СМЖ	В СМЖ без патологических изменений

	положительные менингиальные симптомы		
Коронавирусная инфекция COVID-19	Острое начало, лихорадка, Першение в горле, сухой кашель, миалгии, одышка	ПЦР мазка из носоглотки, мокроты, бронхоальвелярного лаважа на РНК SARS-CoV-2 ОАК КТ легких	Отрицательный результат ПЦР мазка из носоглотки, мокроты, бронхоальвелярного лаважа на РНК SARS-CoV-2 Отсутствие лимфопении Отсутствие типичных для COVID-19 ассоциированной пневмонии изменений на КТ
Вторичная бактериальная пневмония	Острое начало, Синдром интоксикации, лихорадка, кашель, одышка	Бактериологический посев мокроты Рентгенография легких	Отсутствие клинико-лабораторных и инструментальных признаков: - слизисто-гнойный характер мокроты; - бронхиальное или ослабленное везикулярное дыхание или крепитация; - звучные мелкопузырчатые хрипы; - лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ, повышение СРБ; - на рентгенограмме затемнение, инфильтрация (очаговая, сегментарная, долевая и более) легочной ткани.
Острые кишечные инфекции (при тяжелом течении)	Лихорадка, тошнота, рвота, боли в животе, жидкий стул	Бак.посев кала на сальмонеллез Экспресс-тест ПЦР кала на этеровирусы, ротавирусы и др. кишечные вирусы	Отсутствие эпиданамнеза ОКИ; Отрицательные результаты лаб. Исследований на ОКИ. Положительный результат ПЦР РНК SARS Cov-2
Бактериальный сепсис	лихорадка, СПОН, шок	Бак.посев крови, мокроты, мочи, кала, бронхоальвеолярного лаважа, ОАК, ПКТ	отрицателные результаты бакпосевов, отсутствие повышения ПКТ
ТЭЛА	Нарастающая одышка, тахикардия, десатурация, снижения уровня АД, ОРДС, острая сердечная недостаточность	Диагностированный тромбоз глубоких вен нижних и верхних конечностей по данным УЗДГ, наличие катетерных тромбозов, высокий уровень Д-димера, Косвенные признаки ТЭЛА на эхокардиографии	Отсутствия признаков тромбоза глубоких вен, нормальные показатели Д-димера (возможно у больных с дефицитом XIII-фактора), отсутствия косвенных признаков ТЭЛА на ЭхоКГ)
ОКС	Признаки острой сердечной недостаточности,	ЭКГ в 12 стандартных отведениях (наличие элевации или	Нормальная картина ЭКГ в 12 стандартных отведениях, отсутствие повышения уровня

	ОРДС, наличие характерного или выраженного болевого синдрома (больше 20 минут) в грудной клетке у пациента с факторами риска (АГ, ИБС, сахарный диабет, ожирение), подозрение на ИМ, тампонаду сердца	депрессии сегмента ST, с формированием патологического зубца Q, определение высокочувствительных тропонинов, выявления зон локальной сократимости, механического повреждения структуры сердца,	высокочувствительного тропонина, отсутствия зон локальной сократимости сердца
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения	Острое начало, с внезапным появлением общемозговых симптомов и острой очаговой неврологической симптоматики. <u>Общемозговые симптомы</u>: головная боль; тошнота/рвота; головокружение; боль в глазных яблоках, усиливающаяся при движении глаз; чувство жара, повышенная потливость; ощущение сердцебиения; сухость во рту; нарушения сознания (оглушённость, сонливость/возбуждение, возможна потеря сознания). <u>Очаговая неврологическая симптоматика:</u> невнятность речи (дизартрия, моторная афазия);	— КТ и/или МРТ головного мозга, — МСКТА или МР-ангиография для диагностики окклюзии или стеноза экстра- и (или) интракраниальных артерий головы и решения вопроса о проведении механической тромбоэкстракции; — КТ венография и/или МР-венография по показаниям, при наличии подозрений инсульта в венозной системе головного мозга.	Отсутствие признаков ОНМК на КТ и/или МРТ головного мозга

	онемение и/или перекос половины лица; гемианопсия; диплопия; гемипарез/гемиплегия; одностороннее/ двусторонние чувствительные расстройства.		
Болезнь Кавасаки (для *МВС)*	Лихорадка, сыпь, артралгия, миалгия, СПОН	Положительный результат ПЦР РНК SARS Cov-2, ИФА, ИХЛ	отрицательный результат ПЦР РНК SARS Cov-2, ИФА, ИХЛ

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ [1, 11–18]:

3.1 Немедикаментозное лечение:

- режим постельный на период лихорадки с последующим расширением по мере купирования симптомов интоксикации;
- диета: легкоусвояемая пища и обильное питье из расчета 20–40 мл/кг массы тела в сутки в виде питьевой воды, фруктовых и овощных соков, морсов.

3.2 Медикаментозное лечение:

Основные лекарственные средства для лечения гриппа [1,3 7, 14-18]:

При подозрении на грипп противовирусные препараты прямого действия назначаются пациентам со среднетяжелым течением с факторами риска тяжелого течения (в том числе беременным по показаниям, когда потенциальная польза превышает риск), а также при тяжелом течении назначаются в первые 36–48 часов от начала болезни не дожидаясь результатов лабораторного исследования.

К пациентам с нетяжелым течением гриппа и с высоким риском развития тяжелого заболевания относятся следующие:

- пациенты в возрасте 65 лет и старше;
- пациенты с одним или несколькими основными факторами риска тяжелого течения гриппа;
- пациенты с зоонозной инфекцией, вызванной вирусом гриппа, ассоциированным с высокой смертностью среди людей, включая A(H5N1), A(H5N6), а также A(H7N9).

При более позднем обращении за медицинской помощью ППППД могут быть назначены по показаниям (высокая лихорадка более 5 дней, одышка) и в более поздние сроки в связи с развитием вирусной пневмонии, не дожидаясь результатов лабораторного исследования на грипп, когда потенциальная польза препарата превышает риск.

Фармакотерапевтическая группа	Международное непатентованное наименование	Способ применения	Уровень доказательности

	лекарственного средства		
Лекарственное средство выбора			
Лекарственное средств, обладающее прямой противовирусной активностью против вируса гриппа (ингибитор нейраминидазы)	Осельтамивир**	Перорально **75 мг х 2 раза в сутки в течение 5 дней**	А
Первая линия лекарственного средства			
Лекарственное средств, обладающее прямой противовирусной активностью против вируса гриппа	Занамивир *	5 мг (по 2 ингаляции) х2 раза в день - 5 дней (суточная доза 20 мг)	А
Вторая линия лекарственного средства			
Лекарственное средств, обладающее прямой противовирусной активностью против вируса гриппа (ингибитор захвата капсул)	Балоксавир марбоксил***	Однократно 40 мг при весе от 40 до 80 кг; 80 мг при весе ≥ 80 кг	А

Примечание:
* не рекомендуется пациентам с тяжёлым течением болезни, особенно при наличии дыхательной недостаточности или необходимости в искусственной вентиляции лёгких, пациентам с легким и среднетяжелым течением при наличии бронхообструктивного синдрома (БА, ХОБЛ) в анамнезе. Безопасен во время беременности и не приводит к неблагоприятным исходам, противопоказан в первом триместре, во 2-3 триместре и в период лактации препарат может быть назначен, когда потенциальная польза превышает риск.
** рекомендуется пациентам с подозрением или подтвержденной тяжелой формой инфекции, вызванной вирусом гриппа. Не рекомендуется пациентам с легкой и среднетяжелой формой гриппа. Безопасен во время беременности и не приводит к неблагоприятным исходам беременности. Противопоказания: хроническая почечная недостаточность (КК менее 10 мл/мин), печеночная недостаточность, повышенная чувствительность к осельтамивиру.
*** после регистрации в РК. Рекомендуется пациентам с подозрением или подтвержденной нетяжелой вирусной инфекцией гриппа и с высоким риском прогрессирования до тяжелой формы гриппа. Из-за отсутствия данных не рекомендуется для применения беременным.

Особые указания по противовирусной терапии у беременных [1, 8,12,14,15,16, 20]
При невозможности госпитализации беременным назначается Осельтамивир в суточной дозе 150 мг (75 мг х 2 раза в сутки) в течение 5 дней. При непереносимости осельтамивира во 2-3-м триместрах беременности назначается Занамивир 5 мг (по 2 ингаляции) х 2 раза в день - 5 дней (суточная доза 20 мг).
При подозрении на грипп и/или ТОРИ лечение должно быть начато как можно раньше: в течение 36 часов от начала заболевания, не дожидаясь результатов лабораторного исследования. Лечение ПППД беременных с прогрессирующим течением заболевания при позднем их обращении необходимо проводить и в более поздние сроки болезни, не дожидаясь результатов лабораторного исследования.

Патогенетическая терапия: при кашле – муколитики (перорально, ингаляционно), при заложенности носа (интраназальные деконгенстанты), при воспалительных процессах в ротоглотке – полоскание горла растворами антисептических средств.

Вирусная этиология поражения верхних и нижних дыхательных путей и легких при гриппе и ОРВИ не является показанием для стартовой эмпирической антибактериальной терапии. Назначение АМП показано при подтверждении бактериальной этиологии: присоединении вторичной бактериальной пневмонии (стойкое или повторное повышение температуры тела, появление гнойной мокроты, изменения в показателях гемограммы- лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение показателей прокальцитонина, СРБ, соответствующая рентгенологическая картина), при обострении хронических очагов инфекции, присоединении бактериальных осложнений любой локализации) (эмпирически/и/или с учетом чувствительности выделенного штамма).

При развитии доказанных бактериальных осложнений применение АМП проводится согласно с соответствующими Клиническими протоколами диагностики и лечения, в том числе беременных в тех случаях, когда ожидаемый эффект терапии превышает потенциальный риск для плода.

Лечение пациентов с сопутствующими хроническими неинфекционными заболеваниями проводится согласно с соответствующими Клиническими протоколами диагностики и лечения.

Дополнительные лекарственные средства:

Фармакотерапевтическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
НПВС. Анальгетики-антипиретики другие. Анилиды.	Парацетамол	500 мг перорально каждые 6 часов, макс. сут.доза 2000 мг	С
НПВС. Производные пропионовой кислоты	Ибупрофен	в таблетках по 200 -400 мг каждые 6 часов, макс. сут.доза – 1200 мг Р-р для внутривенного введения: после введения 400 мг препарата возможен прием еще по 400 мг каждые 4-6 часов или по 200 мг каждые 4 часа. Продолжительность внутривенного введения должна быть не менее 30 минут.	С

Примечания:

- НПВП могут использоваться для симптоматического лечения (снижения температуры, контроля боли) у пациентов с инфекцией, вызванной вирусом гриппа, однако у пациентов с тяжёлым гриппом следует проявлять осторожность, так как другие осложнения могут препятствовать их применению.
- Ибупрофен противопоказан беременным.

Показания для госпитализации:

- среднетяжелая степень заболевания с высокой температурой и выраженными симптомами интоксикации при неэффективности амбулаторного лечения;
- среднетяжелая степень заболевания у пациента с наличием факторов риска тяжелого течения;
- ТОРИ;

- пациенты с тяжелой сопутствующей патологией независимо от формы тяжести гриппа и ОРВИ;
- лица старше 65 лет со среднетяжелым и тяжелым течением гриппа и ОРВИ;
- беременные женщины со средней и тяжелой степенью тяжести, ТОРИ:

➢ в сроке гестации до срока 36 недель 6 дней госпитализируются в инфекционный стационар, при этом определяющим для госпитализации является течение беременности и состояние плода, оцененное акушером-гинекологом;

➢ более до срока 36 недель 6 дней – в роддом/перинатальный центр/многопрофильный стационар, при наличии внебольничной пневмонии бактериальной этиологии – в пульмонологическое отделение (после осмотра акушера-гинеколога).

- снижение SpO2 <93%.

Примечание: Принимая решение о том, является низкое насыщение крови кислородом SpO2 <93% признаком тяжести заболевания либо нормой для определенного пациента, страдающего хроническим заболеванием легких, клиницист должен опираться на собственное профессиональное суждение.

Аналогичным образом, насыщение крови кислородом в диапазоне 90–94% при дыхании атмосферным воздухом может являться признаком патологии (у пациента со здоровыми легкими) и служить ранним признаком тяжелого течения заболевания в случае, если клиническое состояние пациента ухудшается. ВОЗ рекомендует в сомнительных случаях трактовать данные в пользу тяжелого течения.

Алгоритм оценки риска неблагоприятного прогноза и выбора места лечения. Шкала CURB-65



4. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ [1, 11–18]:

4.1 Немедикаментозное лечение:

- режим постельный на период лихорадки с последующим расширением по мере купирования симптомов интоксикации;
- диета: легкоусвояемая пища и обильное питье из расчета 20–40 мл/кг массы тела в сутки в виде питьевой воды, фруктовых и овощных соков, морсов.

4.2 Медикаментозное лечение:

Основные лекарственные средства для лечения гриппа [1,3 7, 14-18]:

При подозрении на грипп противовирусные препараты прямого действия назначаются пациентам со среднетяжелым течением с факторами риска тяжелого течения (в том числе беременным по показаниям, когда потенциальная польза превышает риск), а также при тяжелом течении назначаются в первые 36–48 часов от начала болезни не дожидаясь результатов лабораторного исследования.

При более позднем обращении за медицинской помощью ППРД могут быть назначены по показаниям (высокая лихорадка более 5 дней, одышка) и в более поздние сроки в связи с развитием вирусной пневмонии, не дожидаясь результатов лабораторного исследования.

Фармакотерапевтическая группа	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Лекарственное средство выбора			
Лекарственное средств, обладающее прямой противовирусной активностью против вируса гриппа (ингибитор нейраминидазы)	Осельтамивир*	Перорально 75 мг х 2 раза в сутки в течение 5 дней	А
Первая линия лекарственного средства			
Лекарственное средств, обладающее прямой противовирусной активностью против вируса гриппа	Занамивир **	5 мг (по 2 ингаляции) х2 раза в день - 5 дней (суточная доза 20 мг)	А
Вторая линия лекарственного средства			
Лекарственное средств, обладающее прямой противовирусной активностью против вируса гриппа (ингибитор захвата капсул)	Балоксавир марбоксил***	Однократно 40 мг при весе от 40 до 80 кг; 80 мг при весе ≥ 80 кг	А

Примечание:

* рекомендуется пациентам с подозрением или подтвержденной тяжелой формой инфекции, вызванной вирусом гриппа. Не рекомендуется пациентам с легкой и среднетяжелой формой гриппа. Безопасен во время беременности и не приводит к неблагоприятным исходам беременности. Противопоказания: хроническая почечная недостаточность (КК менее 10 мл/мин), печеночная недостаточность, повышенная чувствительность к осельтамивиру.

** не рекомендуется пациентам с тяжёлым течением болезни, особенно при наличии дыхательной недостаточности или необходимости в искусственной вентиляции лёгких, пациентам с легким и среднетяжелым течением при наличии бронхообструктивного синдрома (БА, ХОБЛ) в анамнезе. Безопасен во время беременности и не приводит к неблагоприятным исходам, противопоказан в первом триместре, во 2-3 триместре и в период лактации препарат может быть назначен, когда потенциальная польза превышает риск.

*** после регистрации в РК. Рекомендуется пациентам с подозрением или подтвержденной нетяжелой вирусной инфекцией гриппа и с высоким риском прогрессирования до тяжелой формы гриппа. Из-за отсутствия данных не рекомендуется для применения беременным.

Особые указания по противовирусной терапии у беременных [1, 8,12,14,15,16, 20]

При подозрении на грипп беременным назначается Осельтамивир в суточной дозе 150 мг (75 мг х 2 раза в сутки) в течение 5 дней. При непереносимости осельтамивира во 2-3-м триместрах беременности назначается Занамивир 5 мг (по 2 ингаляции) х 2 раза в день - 5 дней (суточная доза 20 мг). Лечение должно быть начато как можно раньше: в течение 36 часов от начала заболевания, не дожидаясь результатов лабораторного исследования. Лечение ПППД беременных с прогрессирующим течением заболевания при позднем их обращении необходимо проводить и в более поздние сроки болезни, не дожидаясь результатов лабораторного исследования.

Патогенетическая терапия: по показаниям: дезинтоксикационная терапия (при выраженной интоксикации внутривенное введение жидкости под контролем диуреза и электролитов), при кашле – муколитики (перорально, ингаляционно), при заложенности носа (интраназальные деконгенстанты), при воспалительных процессах в ротоглотке – полоскание горла растворами антисептических средств.

Вирусная этиология поражения верхних и нижних дыхательных путей и легких при гриппе и ОРВИ не является показанием для стартовой эмпирической антибактериальной терапии. Назначение АМП показано при подтверждении бактериальной этиологии: присоединении вторичной бактериальной пневмонии (стойкое или повторное повышение температуры тела, появление гнойной мокроты, изменения в показателях гемограммы- лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение показателей прокальцитонина, СРБ, соответствующая рентгенологическая картина), при обострении хронических очагов инфекции, присоединении бактериальных осложнений любой локализации, при проведении инвазивных мероприятий, катетеризация вен, ИВЛ (эмпирически/и/или с учетом чувствительности выделенного штамма).

При развитии доказанных бактериальных осложнений применение АМП проводится согласно с соответствующими Клиническими протоколами диагностики и лечения, в том числе беременных в тех случаях, когда ожидаемый эффект терапии превышает потенциальный риск для плода.

При развитии сепсиса и его осложнений лечение проводится согласно с соответствующими Клиническими протоколами диагностики и лечения.

Лечение пациентов с сопутствующими хроническими неинфекционными заболеваниями проводится согласно с соответствующими Клиническими протоколами диагностики и лечения.

Дополнительные лекарственные средства:

Фармакотерапевтическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД

НПВС. Анальгетики-антипиретики другие. Анилиды.	Парацетамол	500 мг перорально каждые 6 часов, макс. сут.доза 2000 мг	С
НПВС. Производные пропионовой кислоты	Ибупрофен	в таблетках по 200 -400 мг каждые 6 часов, макс. сут.доза – 1200 мг Р-р для внутривенного введения: после введения 400 мг препарата возможен прием еще по 400 мг каждые 4-6 часов или по 200 мг каждые 4 часа. Продолжительность внутривенного введения должна быть не менее 30 минут.	С
Регуляторы водно-электролитного баланса и КЩС	Натрий хлорид 0,9% раствор по 100 мл, 200 мл, 250 мл, 400 мл, 500 мл 5% раствор глюкозы	Стартовая инфузия 0,9% раствора натрия хлорида из расчета 10-20 мл/кг в течение 30 мин в/в (под контролем гемодинамики). в/в капельно	С
Регуляторы водно-электролитного баланса и КЩС	Раствор гидрокарбоната натрия 4%	Раствор 100 мл, 200 мл, 400 мл	С

НПВП могут использоваться для симптоматического лечения (снижения температуры, контроля боли) у пациентов с инфекцией, вызванной вирусом гриппа, однако у пациентов с тяжёлым гриппом следует проявлять осторожность, так как другие осложнения могут препятствовать их применению.

Показания для госпитализации в ОРИТ определяются после осмотра реаниматолога (достаточно одного синдрома из критериев) [21,22]

- ОРДС
- дыхательная недостаточность, десатурация (менее 90%) при адекватной оксигенотрапии (2 - 4 л/мин через назальные канюли в положении Pron-позиции), ЧДД более 28 - 30 в 1 минуту при любых значениях сатурации крови
- нарушения сознания любого генеза (гипоксического, сосудистого; печеночная или почечная (уремическая) энцефалопатия), инсульт;
- нарушения кровообращения;

- гипотензия (САД менее 90 мм.рт.ст) или гипертензия (САД выше 190 мм.рт.ст при первичном кризовом течении), гипертензивного криза;
- впервые возникшие сложные, угрожаемые нарушения ритма сердца (желудочковая экстрасистолия, желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков) и нарушения проводимости по типу АВ блокады 2 степени, сопровождающиеся приступами синкопэ (синдром Морганьи-Адамса-Стокса)

- Сепсис, септический шок
- Развитие шока любого генеза
- Отек легких
- Острая печеночная недостаточность с клиническими и лабораторными проявлениями:

- нарушение сознания: печеночная энцефалопатия 2 - 3 ст.;
- гипопротеинемия (общий белок ниже 45 г/л);
- гипокоагуляция (ПТИ менее 70%; МНО более 1,5; АЧТВ более 45 сек при отсутствии гепаринотерапии с клиническими проявлениями геморрагического синдрома);

- Острая почечная недостаточность:

- креатинин более чем в 2 раза выше нормы с олигоанурией (500 и менее мл/сут) при адекватной гидратации;
- склонность к гипогликемии (сахар крови менее 3,0 ммоль/л с клиническими проявлениями)

Респираторная поддержка (профилактика и борьба с гипоксией) [17,21,22]:
При снижении SpO2 менее 93% рекомендовано начало оксигенотерапии при помощи маски или назальных канюль с потоком кислорода 5–10 л в минуту до достижения показателя SpO_2>93%.
Перед назначением ингаляции определяют SpO2 и в последующем через 10–15 минут повторно производят измерение. Положительный терапевтический эффект проявляется в повышении SpO2 на 2% и более (PaO2 более 60 мм.рт.ст., SpO2 выше 92%). Раннее начало респираторной поддержки снижает риск развития гипоксии мозга.

Неинвазивная вентиляция легких и высокопоточная назальная оксигенация (HFNO) [21,22]
Показания:
- постоянно растущая потребность в кислороде (поток O^2 с 5л/мин до 15 л/мин) при SpO_2 86–93%;
- тахипноэ 22–28 в мин. (без участия вспомогательной мускулатуры), которое не устраняется после снижения температуры тела, сопровождающееся увеличением скорости потока O^2 вне зависимости от уровня SpO2;
- субъективное ощущение нехватки воздуха;
- PaO^2 <60 мм.рт.ст., либо PaO2/FiO2 100–300 мм.рт.ст.;
- $PaCO^2$> 45 мм.рт.ст.;
- SpO2 86–93% без признаков усталости дыхательной мускулатуры.

Аэрозоль генерирующие процедуры, к которым относится НИВЛ и HFNO, должны проводиться в специальных боксах с отрицательным атмосферным давлением (Мельцеровские боксы) с обменом воздуха минимум 12 объемов/час и с наличием гепа-фильтров в системе рециркуляции, задерживающих вирусы в воздухе.
При проведении НИВЛ (CPAP) следует оценивать состояние пациента. При неэффективности CPAP в течение 30-60 минут от момента начала терапии

(сохраняющаяся гипоксия – SpO2 <90%, признаки ухудшения газообмена, значимое участие дыхательной мускулатуры в акте дыхания), при прогрессирующем ухудшении оксигенации пациента, или если пациент не толерирует устройство CPAP – рассмотреть интубацию трахеи и перевод на ИВЛ. CPAP не должна задерживать интубацию у пациента с показаниями для интубации и ИВЛ.

Абсолютные противопоказания к НИВЛ (как показания для инвазивной ИВЛ):

- отсутствие полной кооперации с пациентом (выраженная энцефалопатия, отсутствие сознания);
- аномалии и деформации лицевого скелета, препятствующие наложению маски.
- ОРДС средней и тяжелой степени

Описание метода:

➢ Неинвазивная масочная вентиляция легких (НИВЛ), как правило, проводится в триггерных вспомогательных режимах, большинство из которых реализовано на многих современных аппаратах ИВЛ.

➢ CPAP и/или PS может обеспечить более высокое среднее давление в дыхательных путях и, таким образом, наилучшее раскрытие спавшихся альвеол (рекрутмент).

➢ CPAP не приводит к увеличению ДО, что обуславливает более щадящую вентиляцию легких. CPAP или положительное давление в конце выдоха (PEEP) в диапазоне 5-15 mbar (cmH2O). При использовании режима CPAP/PS диапазон PS от 8 до 20 mbar (cmH2O).

➢ Если FiO2> 60% и SpO2 не превышает 92%, рассмотрите возможность повышения уровня давления на выдохе (PS).

➢ В моменты прекращения НИВЛ (приемы пищи, отдых), рекомендовано подключать HFNC с использованием потока для поддержания SpO2 от 88% до 94%.

➢ Более низкие скорости потока, ниже 30 л/мин, могут иметь меньшую аэрозольность.

➢ Для минимизации потока следует титровать фракцию вдыхаемого кислорода (FiO2) до максимальной поддержки перед увеличением потока более 30 л/мин.

Интубация трахеи показана при неэффективности НИВЛ, сопровождающейся:

- сохранением или нарастанием гипоксемии (сохранение SpO2$\leq$90% при клинических признаках ДН, необходимость повышения скорости потока О2 при HFNO или повышения FiO2 на 30% и более в течение суток при масочном методе НИВЛ);
- отсутствие полной кооперации с больным (выраженная энцефалопатия, отсутствие сознания);
- декомпенсированным метаболическим ацидозом или респираторным алкалозом;
- отсутствием увеличения индекса PaO2/FiO2;
- высокой работой дыхания (десинхронизация с респиратором, участие вспомогательной дыхательной мускулатуры, «провалы» вовремя триггирования вдоха на кривой давление – время).

Инвазивная вентиляция легких:

Перед принятием решения об интубации пациента очень важна детальная оценка клинического состояния пациента (общий системный статус пациента, наличие

осложнений, прогрессирование заболевания). Интубацию проводит самый опытный доктор из всех в команде.

Показания для перевода пациента на ИВЛ:

1. SpO_2 ≤90%, сопровождающейся гиперкапнией pCO_2 >50 mmHg и/или клиническими признаками ДН при НИВЛ.
2. Выраженные признаки ДН: увеличение работы дыхания на фоне SpO_2 ≤90%, сопровождающейся:

- пациент дышит ртом, расширение носовых ноздрей, диафорез;
- тахипноэ ≥30 в минуту;
- участие в акте дыхании вспомогательной мускулатуры, втягивание межреберных промежутков, уступчивых мест грудной клетки вне зависимости от частоты дыхания;

3. Нарушение сознания: ажитация, сонливость, заторможенность (как проявления гипоксической энцефалопатии).
4. Исходно низкое значение индекса оксигенации. Индекс оксигенации ≤ 200 мм рт. ст. (с PEEP ≥5 см. вод. ст., либо без НИВЛ).
5. Наличие исходного или развитие в период НИВЛ декомпенсированного метаболического ацидоза или респираторного алкалоза на фоне клинических проявлений ДН.

Оценку тяжести пациентов рекомендуется проводить по шкале NEWS [21]

Безусловные критерии возможности прекращения респираторной поддержки:

- четкая положительная динамика по основному заболеванию;
- спонтанная дыхательная активность;
- достаточный мышечный тонус;
- дополнительные критерии возможности прекращения респираторной поддержки;
- отсутствие или значительный регресс воспалительных изменений в легких;
- отсутствие признаков SIRS (синдром системного воспалительного ответа);
- стабильная гемодинамика, ЧСС <120;
- адекватный диурез;
- компенсированные сдвиги гемостаза;
- при FiO2 не более 0,3 в течение суток SpO2 по пульсоксиметру не ниже 90%, PaO2 не ниже 80 мм.рт.ст. (PaO2/FiO2 не менее 250);
- восстановление кашлевого рефлекса и кашлевого толчка.

4.3Хирургическое лечение: нет.

5. Дальнейшее ведение:

После выписки из стационара медицинское наблюдение реконвалесцентов, перенесших заболевание в среднетяжелой, тяжелой степени продолжается по показаниям в домашних условиях под наблюдением врача ПМСП. Сроки наблюдения определяются индивидуально в зависимости от общего состояния реконвалесцента.

6. ИНДИКАТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

- нормализация температуры более 3 дней без приема жаропонижающих препаратов;
- регресс симптомов интоксикации (слабости, головных болей, миалгии и др.);
- регресс респираторных симптомов (болей в горле, кашля и др.).

7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА:

7.1 Список разработчиков протокола с указание квалификационных данных:

1) Кошерова Бахыт Нургалиевна – доктор медицинских наук, профессор, Председатель Правления Ректор НАО «Карагандинский медицинский университет», главный внештатный взрослый инфекционист Министерства здравоохранения Республики Казахстан, врач инфекционист высшая квалификационная категория.
2) Дуйсенова Амангуль Куандыковна – доктор медицинских наук, профессор, НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова», заведующая кафедрой инфекционных и тропических болезней, врач инфекционист высшая квалификационная категория.
3) Абуова Гульжан Наркеновна – кандидат медицинских наук, профессор, АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», заведующая кафедрой инфекционных болезней и дерматовенерологии, врач инфекционист высшая квалификационная категория.
4) Шопаева Гульжан Амангельдиевна – доктор медицинских наук, НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», декан Школы общей медицины.
5) Васильев Дмитрий Владимирович – кандидат медицинских наук, ассоциированный профессор НАО «Карагандинский медицинский университет» заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии, врач анестезиолог – реаниматолог.
6) Ералиева Бибихан Абдалиевна – кандидат медицинских наук, НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова» профессор кафедры клинической фармакологии, главный внештатный клинический фармаколог Управление общественного здравоохранения города Алматы.
7) Смагул Манар Асыровна – магистр здравоохранения, заместитель председателя Правления РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан, врач эпидемиолог.

7.2 Информация о наличии/отсутствия конфликта интересов: нет.

7.3 Данные рецензентов: Доскожаева Сауле Темирбулатовна – доктор медицинских наук, профессор Ректор ТОО «Научно-исследовательский международный институт последипломного образования».

7.4 Указание условий пересмотра клинического протокола: пересмотр не реже 1 раза в 5 лет и не чаще 1 раза в 3 года при наличии новых методов диагностики и лечения с уровнем доказательности.

7.5 Список использованной литературы:

1) «Инфекция гриппа», BMJ, Best practice, 28 сентября, 2023 г.
2) Сквозная интеграция дозорного эпиднадзора за SARS COV-2 и гриппом. ВОЗ. Пересмотренное временное руководство, 31 января 2022 г. WHO/2019-nCoV/Integrated_sentinel_surveillance/2022.1
3) Clinical practice guidelines for influenza (electronic version), World Health Organization 2024, https://creativecommons.org/licenses/by-ncsa/3.0/igo.
4) Influenza: clinical aspects, diagnosis, and treatment, .Sukhdeo S, Lee N.Curr Opin Pulm Med. 2022 May 1;28(3):199-204. doi: 10.1097/MCP.0000000000000860. Epub 2022 Feb 3.PMID: 35125406 Review
5) Influenza and Viral Pneumonia.Cavallazzi R, Ramirez JA.Clin Chest Med. 2018 Dec;39(4):703-721. doi: 10.1016/j.ccm.2018.07.005.PMID: 30390743. Review.
6) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 мая 2021 года № ҚР ДСМ-47 Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий при острых респираторных вирусных инфекциях, гриппе и их осложнениях (пневмонии), менингококковой инфекции, коронавирусной инфекции COVID-19, ветряной оспе и скарлатине»
7) Guidelines for the clinical management of severe illness from influenza virus infections (electronic version) © World Health Organization, 2022
8) Toal M, Agyeman-Duah K, Schwenk A, Yoong W.J Obstet Gynaecol. 2010 Feb;30(2):97-100. doi: 10.3109/01443610903502049.PMID: 20143962 Review.
9) Клинический протокол «Внебольничная пневмония у взрослых», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «16» сентября 2022 года, Протокол № 169
10) Influenza: the Green Book: chapter 19 (https://www.gov.uk/government/publications/influenza-the-green-book-chapter-19).
11) Centers for Disease Control and Prevention. Influenza antiviral medications: Summary for clinicians. ttps://www.cdc.gov/flu/professionals/antivirals/summary-clinicians.htm (Accessed on October 22, 2020).
12) Assessment and treatment of pregnant women with suspected or confirmed Influenza. ACOG Committee Opinions. Immunization, Infectious Disease, and Public Health Preparedness Expert Work Group; https://www.acog.org/
13) EMA gives advice on the use of non-steroidal antiinflammatories for COVID-19. 18 March 2020 EMA/136850/2020.
14) Hayden FG, Shindo N. Influenza virus polymerase inhibitors in clinical development. Curr Opin Infect Dis. 2019 Apr;32(2):176-186. https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000532
15) О противовирусных препаратах. www.euro.who.int (20 февраля 2020).

16) Jefferson T. Ингибиторы нейраминидазы для профилактики и лечения гриппа у здоровых взрослых и детей = Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in adults and children : [пер. с англ.] / Jefferson T, Jones MA, Doshi P … [и др.] // Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2014. — No. 4 (10 апреля). — doi:10.1002/14651858.CD008965.pub4.
17) Клинический протокол диагностики и лечения «Коронавирусная инфекция COVID-19 у взрослых», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 25июля 2022 года Протокол №166 .
18) McKimm-Breschkin JL, Fry AM. Meeting report: 4th ISIRV antiviral group conference: Novel antiviral therapies for influenza and other respiratory viruses. Antiviral. Res, 2016. – 129. – P.21–38.
19)Antiviral Drugs in Influenza. Świerczyńska M, Mirowska-Guzel DM, Pindelska E.Int J Environ Res Public Health. 2022 Mar 4;19(5):3018. doi: 10.3390/ijerph19053018.PMID: 35270708
20) Influenza virus infection in pregnancy: a review.Meijer WJ, van Noortwijk AG, Bruinse HW, Wensing AM.Acta Obstet Gynecol Scand. 2015 Aug;94(8):797-819. doi: 10.1111/aogs.12680. Epub 2015 Jun 13.PMID: 26012384. Review.
21) National Early Warning Score (NEWS) https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2
22) Методическое пособие «Клиническое ведение тяжелой острой респираторной инфекции». /WHO-2019-nCoV-SARI-toolkit-2020.
23) Guidelines for the clinical management of severe illness from influenza virus infections (electronic version) © World Health Organization, 2022