

ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ (ОРВИ) В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ COVID-19

ВЕРСИЯ 2 (16.04.2020)

Разработаны научным сообществом:



ОГЛАВЛЕНИЕ

Разработаны научным сообществом:	1
ВВЕДЕНИЕ	3
1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	3
2. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОРВИ И COVID-19	4
3. КЛАССИФИКАЦИЯ ОРВИ И COVID-19 ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 10-ГО ПЕРЕСМОТРА (МКБ-10)	5
4. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ОРВИ ПРИ COVID-19.....	6
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	11
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	12
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	15
ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....	1
КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ.....	1

ВВЕДЕНИЕ

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) – острое инфекционное заболевание респираторного тракта, проявляющееся воспалением верхних дыхательных путей, в большинстве случаев завершающееся спонтанным выздоровлением. ОРВИ, как правило, протекает с катаральными симптомами (насморком, кашлем, болью в горле и др.), признаками общей интоксикации, субфебрильной, реже фебрильной, лихорадкой.

Основными возбудителями ОРВИ являются вирусы гриппа типа А и В, респираторно-синцитиальный вирус (РСВ), вирусы парагриппа, риновирусы, аденовирусы, человеческие метапневмовирусы, бокавирусы, сезонные коронавирусы. Вирусы, способные вызывать тяжелые пневмонии, такие как MERS-CoV и SARS-CoV-2 (возбудитель новой коронавирусной инфекции COVID-19), могут клинически протекать как сезонные ОРВИ. Также необходимо помнить, что ОРВИ могут иметь сочетанную этиологию, когда в развитии инфекционного процесса участвует несколько возбудителей.

1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ОРВИ являются наиболее частой инфекцией человека. Ежегодно в Российской Федерации регистрируется более 30 млн случаев ОРВИ. Заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей может значительно различаться в разные годы. Заболеваемость наиболее высока в период с сентября по апрель, пик заболеваемости приходится на февраль-март. Спад заболеваемости ОРВИ неизменно регистрируется в летние месяцы, когда она снижается в 3-5 раз.

Распространение SARS-CoV-2 получил на территории КНР в период с декабря 2019 г. по март 2020 г., подтвержденные случаи заболевания были зарегистрированы во всех провинциях страны. Наибольшее количество заболевших выявлено в провинции Хубэй (более 84% от общего числа случаев в КНР). Начиная с февраля 2020 г. во многих странах мира стали регистрироваться случаи заболевания COVID-19, преимущественно связанные с поездками в КНР. В конце февраля 2020 г. резко осложнилась эпидемиологическая обстановка по COVID-19 в Южной Корее, Иране и Италии, что в последующем привело к значительному росту числа случаев заболевания в других странах мира, связанных с поездками в эти страны. ВОЗ объявила 11 марта 2020 г. о начале пандемии COVID-19.

Основным источником как сезонных ОРВИ, так и COVID-19 является больной человек, в том числе находящийся в инкубационном периоде заболевания. Передача инфекции осуществляется воздушно-капельным, воздушно-пылевым и контактным путями.

В Российской Федерации регистрация единичных случаев COVID-19 началась с конца января 2020 г. Заболеваемость начала нарастать во второй половине марта и до настоящего времени число ежедневно регистрирующихся случаев возрастает. Таким образом, в настоящее время наблюдается спад заболеваемости сезонными ОРВИ на фоне нарастания заболеваемости COVID-19. Принимая во внимание такие эпидемиологические особенности, любой случай ОРВИ вне зависимости от эпидемиологического анамнеза следует рассматривать как подозрительный на COVID-19.

2. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОРВИ И COVID-19

Необходимо дифференцировать COVID-19 с гриппом, острыми вирусными инфекциями, вызываемыми вирусами из группы ОРВИ (риновирус, аденовирус, РС-вирус, человеческие метапневмовирусы, MERS-CoV, парагрипп), вирусными гастроэнтеритами, бактериальными респираторными инфекциями.

Инкубационный период большинства ОРВИ, как правило, не превышает 3 дней, тогда как длительность инкубационного периода COVID-19 может колебаться от 1 до 14 дней, однако в среднем составляет 5 дней. При гриппе заболевание начинается остро, при COVID-19 и ОРВИ, как правило, выраженность симптоматики нарастает постепенно. Как при COVID-19, так и при гриппе может отмечаться высокая лихорадка, кашель, слабость. При течении ОРВИ высокая лихорадка, слабость встречаются редко. При этом при гриппе и ОРВИ одышка и затрудненное дыхание отмечаются значительно реже, чем при COVID-19.

Основным методом этиологической диагностики как ОРВИ, так и COVID-19 является исследование биологического материала из верхних и нижних дыхательных путей с помощью методов амплификации нуклеиновых кислот (МАНК), наиболее распространенным из которых является метод ПЦР.

Согласно определению подозрительного случая, любой случай острой респираторной инфекции (температура тела выше 37,5 °С и один или более из следующих признаков: кашель – сухой или со скудной мокротой, одышка, ощущение заложенности в грудной клетке, насыщение крови кислородом по данным пульсоксиметрии (SpO_2) $\leq 95\%$, боль в горле, насморк и другие катаральные симптомы) при отсутствии других известных причин, которые объясняют клиническую картину вне зависимости от эпидемиологического анамнеза, считается подозрительным на COVID-19.

3. КЛАССИФИКАЦИЯ ОРВИ И COVID-19 ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 10-ГО ПЕРЕСМОТРА (МКБ-10)

В зависимости от локализации процесса и этиологии заболевания используются следующие коды МКБ-10 для статистического учета случаев заболевания:

J00-06 Острые респираторные вирусные инфекции верхних дыхательных путей

- J00 Острый назофарингит, насморк
- J02 Острый фарингит
 - J02.8 Острый фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями
 - J02.9 Острый фарингит неуточненный
- J03 Острый тонзиллит
 - J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями
 - J03.9 Острый тонзиллит неуточненный
- J04 Острый ларингит и трахеит
 - J04.0 Острый ларингит
 - J04.1 Острый трахеит
 - J04.2 Острый ларинготрахеит
- J05 Острый обструктивный ларингит (круп)
 - J05.0 Острый обструктивный ларингит (круп)
- J06 Острая инфекция верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации
 - J06.0 Острый ларингофарингит
 - J06.8 Другие острые инфекции верхних дыхательных путей множественной локализации
 - J06.9 Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная

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

V34.0 Аденовирусная инфекция неуточненная
V34.2 Коронавирусная инфекция неуточненная
V34.9 Вирусная инфекция неуточненная
B97.0 Аденовирусная инфекция
B97.4 Респираторно-синцитиальная инфекция

U07.1 COVID-19, вирус идентифицирован (подтвержден лабораторным тестированием независимо от тяжести клинических признаков или симптомов)

U07.2 COVID-19, вирус не идентифицирован (COVID-19 диагностируется клинически или эпидемиологически, но лабораторные исследования неубедительны или недоступны)

Z03.8 Наблюдение при подозрении на коронавирусную инфекцию
Z20.8 Контакт с больным коронавирусной инфекцией

4. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ОРВИ ПРИ COVID-19

Медикаментозное этиотропное лечение при ОРВИ доказано только в отношении одного возбудителя – вируса гриппа. ВОЗ для лечения гриппа рекомендует применение этиотропных химиопрепаратов, блокирующих репликацию вируса, то есть обладающих прямым противовирусным действием. При этом противовирусная терапия должна назначаться как можно раньше, с момента первых симптомов (в первые 48 часов болезни), и начинаться без ожидания лабораторной верификации диагноза. Эти рекомендации применимы ко всем группам пациентов, включая беременных женщин, детей раннего возраста, пожилых людей и пациентов с сопутствующими нарушениями здоровья.

Преимуществами своевременного назначения противовирусной терапии

являются снижение риска развития осложнений, укорочение периода лихорадки и других симптомов, что доказано клинически. Кроме того, противовирусная терапия показана даже при позднем обращении за медицинской помощью пациентов с тяжелыми формами или осложненным течением гриппа.

В Российской Федерации среди препаратов прямого противовирусного действия представлены ингибиторы нейраминидазы вируса гриппа (МНН: осельтамивир и МНН: занамивир), ингибитор гемагглютиниона вируса гриппа /ингибитор фузии РНК-содержащих вирусов (МНН: умифеновир, МНН: энисамия йодид), блокаторы М2-каналов вируса гриппа А (МНН: римантадин, МНН: амантадин), синтетический аналог нуклеозида гуанина - синтеза вирусных РНК (МНН: риамилловир)

Для возбудителей ОРВИ противовирусное действие других препаратов носит неспецифический характер и, скорее всего, относится к иммунотерапии.

Для иммунотерапии ОРВИ используются препараты интерферонов, индукторов интерферонов, а также иммуномодулирующие препараты с иным механизмом действия. Преимущества индукторов интерферонов в том, что они способствуют синтезу сбалансированного количества эндогенных интерферонов. Их однократное введение в терапевтических дозах приводит к длительной продукции эндогенных интерферонов. У некоторых препаратов иммуномодуляция обусловлена непосредственным воздействием на фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, стимуляцией антителообразования.

Для лечения гриппа (в составе комплексной терапии) и ОРВИ широко используются интраназальные формы препаратов интерферона альфа 2b и гамма, индукторы интерферонов и другие иммунотропные препараты: МНН: тилорон, МНН: меглюмина акридонацетат, натриевая соль сополимера (1→4)- 6- 0- карбоксиметил -β- D-глюкозы, (1→4)- β-D-глюкозы и (21→24)- 2,3,14,15,21,24, 29,32-октагидрокси-23-(карбоксиметокси-метил)-7, 10-диметил-4, 13-ди(2-пропил)- 19,22,26,30,31 -пентаоксагептацикло [23.3.2.216.20.05.28.08.27.09.18.012.17] дотриаконта-1,3,5(28),6,8(27), 9(18),10, 12(17), 13,15-декаена), МНН: азоксимера бромид, МНН: оксодигидроакридинилацетат, МНН: имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты и др.

Однако следует помнить, что индукторы интерферона и иммуномодулирующие препараты не могут заменить противовирусные препараты прямого действия, они должны применяться только в составе комплексной терапии. В связи с недостаточной изученностью патогенеза COVID-19 и отсутствием экспериментальных и клинических данных о влиянии иммуномодулирующей терапии на течение этого инфекционного заболевания, в настоящий момент к ее назначению следует относиться очень

осторожно. Схемы лечения ОРВИ в зависимости от тяжести течения приведены в Приложении 1.

В соответствии с консенсусным экспертным мнением при лечении COVID-19 рекомендуется несколько лекарственных препаратов, которые можно использовать как в монотерапии, так и в комбинации: МНН:хлорохин, МНН:гидроксихлорохин, МНН:мефлохин, МНН:лопинавир+ритонавир, МНН:азитромицин (Приложение 2).

Среди препаратов, которые проходят исследования *in vitro*, а также уже находятся на стадии клинических испытаний у пациентов с COVID-19, можно отметить также МНН:умифеновир, МНН:ремдесивир, МНН:фавипиравир и другие.

Принимая во внимание особенности клинических проявлений COVID-19 (высокое сходство с клиническими проявлениями сезонных ОРВИ на ранней стадии заболевания), особенности течения данной инфекции (малосимптомное течение в первую неделю заболевания с риском развития двусторонней пневмонии), возможность сочетанных форм заболевания (сезонные ОРВИ и COVID-19), для профилактики неблагоприятного течения инфекции и развития осложнений целесообразным может быть использование комбинированных схем лечения, включающих как препараты для лечения сезонных ОРВИ, так и препараты, активные в отношении SARS-CoV-2.

Лечение должно назначаться как можно раньше, при появлении первых симптомов заболевания без ожидания лабораторного подтверждения диагноза. В амбулаторных условиях лечение может проводиться пациентам с легким течением ОРВИ. При этом следует помнить, что пациенты в возрасте старше 65 лет или имеющие хронические заболевания (заболевания эндокринной, сердечно-сосудистой и дыхательной системы, системные заболевания соединительной ткани, онкологические заболевания и др.) являются группой риска тяжелого течения COVID-19, поэтому вне зависимости от тяжести течения заболевания по решению врача помощь им может оказываться в условиях стационара. Алгоритм ведения пациентов с ОРВИ представлен в Приложении 3.

Основными критериями легкого течения ОРВИ являются:

- температура тела ниже 38 °С;
- частота дыхательных движений менее 22 в мин.;
- сатурация кислорода (SpO₂) более 95%;
- отсутствие одышки;
- отсутствие клинической и аускультативной картины пневмонии.

Лечение в амбулаторных условиях необходимо проводить под строгим контролем состояния пациента. В случае появления признаков ухудшения состояния пациента и прогрессирования заболевания следует незамедлительно обеспечить оказание помощи таким пациентам в условиях стационара.

В качестве возможных схем лечения легких форм ОРВИ с подозрением на COVID-19 в амбулаторных условиях можно включать комбинации препаратов с доказанной эффективностью в отношении сезонных ОРВИ и препараты, предположительно эффективные в отношении SARS-CoV-2. Особенностью предложенных схем является применение пониженных дозировок МНН: гидроксихлорохина и МНН: мефлохина, что снижает риск их кардиотоксического действия без значительного снижения эффективности. Применение данных схем возможно до получения лабораторного подтверждения диагноза. Учитывая небольшой опыт применения мефлохина при COVID-19, его использование рекомендуется только при недоступности гидроксихлорохина. После подтверждения диагноза лечение проводится в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению ОРВИ или временными методическими рекомендациями по лечению COVID-19.

1. **рекомбинантный интерферон альфа.** Капли или спрей в каждый носовой ход 5-6 раз в день (разовая доза - 3000 МЕ, суточная доза – 15000-18000 МЕ) + **гидроксихлорохин** 600 мг в первый день (3 раза по 200 мг), 400 мг во второй день (2 раза по 200 мг), далее по 200 мг в сутки в течение 5 дней;
2. **умифеновир:** 200 мг 4 раза в сутки + **гидроксихлорохин** 600 мг в первый день (3 раза по 200 мг), 400 мг во второй день (2 раза по 200 мг), далее по 200 мг в сутки в течение 5 дней;
3. **рекомбинантный интерферон альфа.** Капли или спрей в каждый носовой ход 5-6 раз в день (разовая доза - 3000 МЕ, суточная доза – 15000-18000 МЕ) + **мефлохин** 500 мг в первый и второй день (2 раза по 250 мг), далее по 250 мг в сутки в течение 5 дней*;
4. **умифеновир:** 200 мг 4 раза в сутки + **мефлохин** 500 мг в первый и второй день (2 раза по 250 мг), далее по 250 мг в сутки в течение 5 дней*;
5. **рекомбинантный интерферон альфа.** Капли или спрей в каждый носовой ход 5-6 раз в день (разовая доза - 3000 МЕ, суточная доза – 15000-18000 МЕ) + **умифеновир**, 200 мг 4 раза в сутки – в течение 5 дней**.

* -при недоступности гидроксихлорохина;

** -при наличии противопоказаний к назначению гидроксихлорохина и мефлохина.

Учитывая отсутствием объективных доказательств эффективности применения выше указанных препаратов при COVID-19, назначение лечения должно обязательно сопровождаться получением добровольного информированного согласия пациента (или его законного представителя).

Согласно рекомендациям ВОЗ, возможно назначение препаратов с предполагаемой этиотропной эффективностью «off-label» (то есть применение с медицинской целью не соответствует инструкции по медицинскому применению), при этом их применение должно соответствовать этическим нормам, рекомендованным ВОЗ, и осуществляться на основании Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», Национального стандарта Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 14155-2014 «Надлежащая клиническая практика», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 апреля 2016 г. № 200н «Об утверждении правил надлежащей клинической практики» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 августа 2016 г., регистрационный № 43357), Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) об этических принципах проведения исследований с участием человека в качестве субъекта, декларированных на 64-ой Генеральной ассамблее ВМА, Форталеза, Бразилия, 2013 год.

Вышеуказанная практика оценки целесообразности применения лекарственных препаратов вне показаний, указанных в инструкции по медицинскому применению, является общепризнанной в мире. В текущих условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и ограниченности доказательной базы по лечению COVID-19, использование препаратов в режиме «off-label» для оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19 базируется на международных рекомендациях, а также согласованных экспертных мнениях, основанных на оценке степени пользы и риска при использовании терапии в режиме «off-label».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Временные методические рекомендации Минздрава России «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19), г. Москва, 2020 г.
2. Временные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению коронавирусной инфекции, вызванной SARS-CoV-2 Департамента здравоохранения г. Москвы, 2020 г.
3. Федеральные клинические рекомендации «Грипп у взрослых», 2017г.
4. Клинико-эпидемиологическая характеристика гриппа в 2015–2016 и 2016–2017 гг. /Брико Н.И., Салтыкова Т.С., Герасимов А.Н., Суранова Т.Г., Поздняков А.А., Жигарловский Б.А./Ж.Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы № 4. 2017. с.4-13
5. Острые респираторные заболевания, особенности течения, медикаментозная терапия /Орлова Н.В., Суранова Т.Г./Медицинский совет. 2018. №15. с.82 -88
6. Методические рекомендации Департамента здравоохранения г. Москвы «Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции: принципы выбора препаратов для лечения (доказательная медицина) и схемы назначения, алгоритмы оказания медицинской помощи больным. Специфическая профилактика гриппа», г. Москва, 2019 г.
7. Colson, P., Rolain, J.M., Lagier, J.C., Brouqui, P., Raoult, D. Chloroquine and hydroxychloroquine as available weapons to fight COVID-19 International Journal of Antimicrobial Agents 2020.
8. Jeong S.Y. et al. MERS-CoV Infection in a Pregnant Woman in Korea. J Korean Med Sci. 2017 Oct;32(10):1717-1720. doi: 10.3346/jkms.2017.32.10.1717.
9. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim guidance for healthcare professionals on human infections with 2019 novel coronavirus (2019-nCoV). URL: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html>
10. Devaux CA, Rolain JM, Colson P, Raoult D. New insights on the antiviral effects of chloroquine against coronavirus: what to expect for COVID-19? Int J Antimicrob Agents. 2020 Mar 12:105938. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105938.
11. Amici C, Di Caro A, Ciucci A, Chiappa L, Castilletti C, Martella V, Decaro N, Buonavoglia C, Capobianchi MR, Santoro MG. Indomethacin has a potent antiviral activity against SARS coronavirus. Antivir Ther. 2006;11(8):1021-30.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1**Схемы назначения противовирусных препаратов при ОРВИ****Экстренная профилактика (при контакте с больным гриппом)**

Наименование лекарственного препарата для медицинского применения	Схема лечения
Интерферон альфа 2b человеческий рекомбинантный	Капли или спрей в каждый носовой ход 2 раз в день (разовая доза - 3000 МЕ, суточная доза – 6000 МЕ) в течение 14 дней
Интерферон гамма человеческий рекомбинантный (интраназальная форма) (взрослые и дети старше 7 лет, не показан беременным)	2-3 капли в каждый носовой ход через день за 30 минут до завтрака в течение 10 дней. В случае необходимости профилактические курсы повторяют. При однократном контакте достаточно одного закапывания.
Умифеновир (взрослые и дети старше 12 лет, не показан беременным и кормящим)	200 мг 1 раз/сут. в течение 10-14 дней

Грипп – легкие неосложненные формы

Наименование лекарственного препарата для медицинского применения	Схема лечения
Осельтамивир (беременность, грудное вскармливание – с осторожностью)	75 мг 2 раза/сут. в течение 5 дней (суточная доза 150 мг)
Занамивир для ингаляций (взрослые и дети старше 5 лет)	По 2 ингаляции (2 × 5 мг) 2 раза/сут. в течение 5 дней (суточная доза 20 мг)
Умифеновир (взрослые и дети старше 12 лет, не показан беременным и кормящим)	200 мг 4 раза/сут. в течение 5 дней (суточная доза 800 мг)
Энисамия йодид (взрослые, не показан беременным и кормящим)	По 0,5 г. 3 раза в день в течение 5 дней
Риамиловир (взрослые, не показан беременным и кормящим)	По 0,25 г 3 раза в сутки в течение 5 дней
Интерферон альфа 2b человеческий рекомбинантный	Капли или спрей в каждый носовой ход 5-6 раз в день (разовая доза - 3000 МЕ, суточная доза – 15 000 – 18 000 МЕ) в течение 5 дней
Интерферон гамма человеческий рекомбинантный (интраназальная форма) (взрослые и дети старше 7 лет, не показан беременным)	Содержимое флакона (100 000 МЕ) растворяют в 5 мл воды для инъекций. При первых признаках заболевания по 2 капли в каждый носовой ход после туалета носовых ходов 5 раз в день в течение 5-7 дней в составе комплексной терапии.

Грипп - среднетяжелые неосложненные формы

Наименование лекарственного препарата для медицинского применения	Схема лечения
Осельтамивир (беременность, грудное вскармливание – с осторожностью)	75 мг 2 раза/сут. в течение 5 дней (суточная доза 150 мг)
Занамивир для ингаляций (взрослые и дети старше 5 лет)	2 ингаляции (2 × 5 мг) 2 раза/сут. в течение 5 дней (суточная доза 20 мг).
Умифеновир (взрослые и дети старше 12 лет, не показан беременным и кормящим)	200 мг 4 раза/сут. в течение 5 дней (суточная доза 800 мг)
Энисамия йодид (взрослые, не показан беременным и кормящим)	По 0,5 г. 3 раза в день в течение 5 дней
Риамиловир (взрослые, не показан беременным и кормящим)	По 0,25 г 3 раза в сутки в течение 5 дней
Интерферон альфа 2b человеческий рекомбинантный	Капли или спрей в каждый носовой ход 5-6 раз в день (разовая доза - 3000 МЕ, суточная доза – 15 000 – 18 000 МЕ) в течение 5 дней
Интерферон гамма человеческий рекомбинантный (интраназальная форма) (взрослые и дети старше 7 лет, не показан беременным)	Содержимое флакона (100 000 МЕ) растворяют в 5 мл воды для инъекций. При первых признаках заболевания по 2 капли в каждый носовой ход после туалета носовых ходов 5 раз в день в течение 5-7 дней в составе комплексной терапии.

ОРВИ легкие, среднетяжелые неосложненные формы

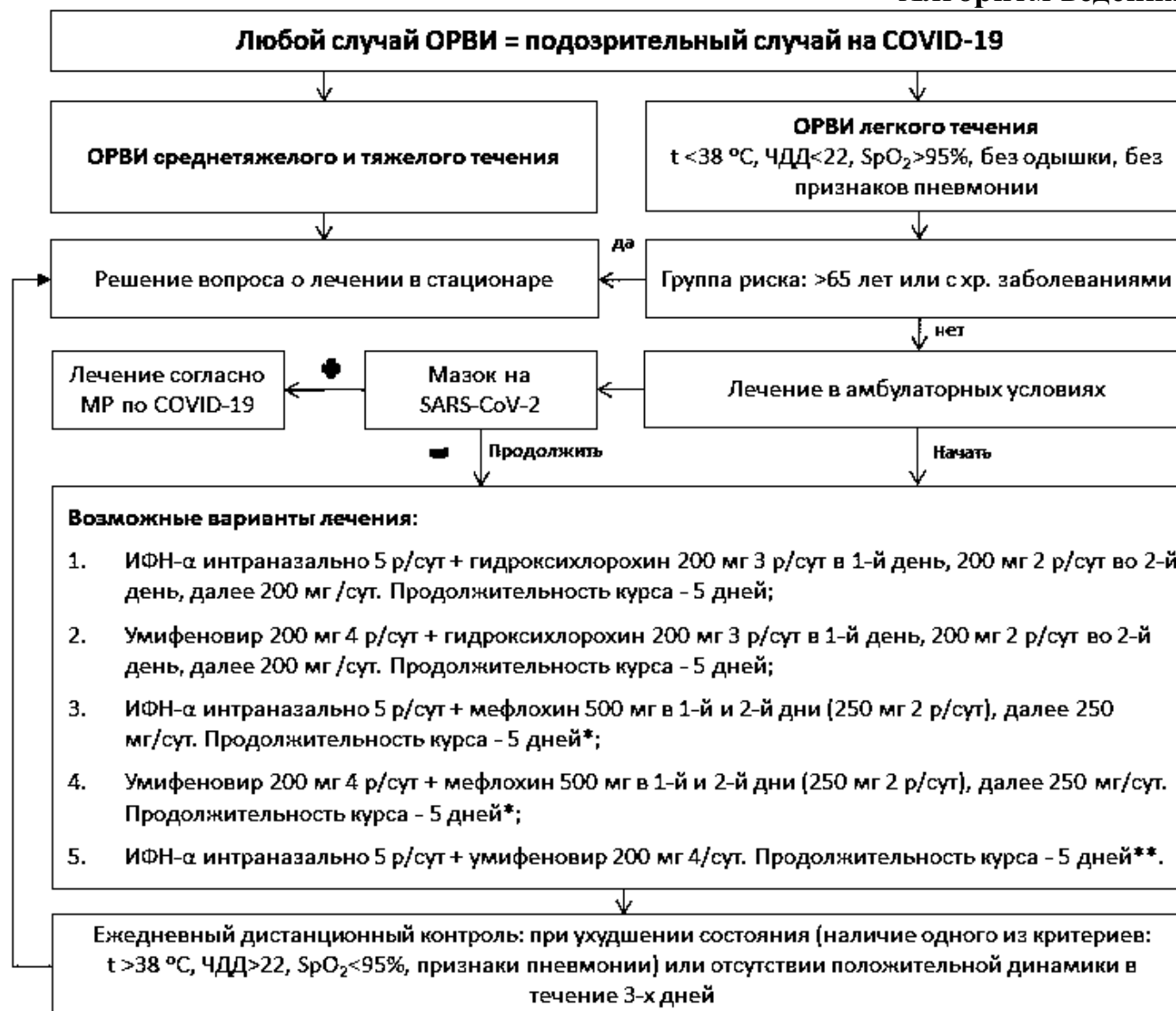
Наименование лекарственного препарата для медицинского применения	Схема лечения
Умифеновир (взрослые и дети старше 12 лет, не показан беременным и кормящим)	200 мг 4 раза/сут. в течение 5 дней
Энисамия йодид (взрослые, не показан беременным и кормящим)	По 0,5 г. 3 раза в день в течение 5 дней
Интерферон альфа 2b человеческий рекомбинантный	Капли или спрей в каждый носовой ход 5-6 раз в день (разовая доза - 3000 МЕ, суточная доза – 15 000 – 18 000 МЕ) в течение 5 дней
Интерферон гамма человеческий рекомбинантный (интраназальная форма) (взрослые и дети старше 7 лет, не показан беременным)	Содержимое флакона (100 000 МЕ) растворяют в 5 мл воды для инъекций. При первых признаках заболевания по 2 капли в каждый носовой ход после туалета носовых ходов 5 раз в день в течение 5-7 дней в составе комплексной терапии.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Препараты, использующиеся при лечении COVID-19

Наименование лекарственного препарата для медицинского применения	Механизм действия	Схемы назначения
Гидроксихлорохин	Используются для лечения малярии и некоторых системных заболеваний соединительной ткани. Блокирует репликацию вируса, подавляет его цитопатическое действие и предотвращает стимуляцию неспецифического воспалительного ответа, которая отмечена у пациентов с COVID-19.	400 мг 2 раза в первые сутки (утро, вечер), затем 200 мг 2 раза в сутки (утро, вечер) в течение 6 дней
Хлорохин		500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней
Мефлохин		1-й день: 250 мг 3 раза в день каждые 8 часов. 2-й день: 250 мг 2 раза в день каждые 12 ч. 3-й-7-й дни: 250 мг 1 раз в день в одно и то же время.
Лопинавир+ Ритонавир	Лопинавир – ингибитор ВИЧ-1 и ВИЧ-2 протеазы ВИЧ. Ритонавир – ингибитор аспартилпротеаз ВИЧ-1 и ВИЧ-2	400 мг +100 мг per os каждые 12 часов в течение 14 дней. Может вводиться в виде суспензии 400 мг +100 мг (5 мл) каждые 12 часов в течение 14 дней через назогастральный зонд.
Рекомбинантный интерферон бета-1b	Применяется для лечения рассеянного склероза, обладает иммуномодулирующим эффектом.	0.25 мг/мл (8 млн МЕ) подкожно в течение 14 дней (всего 7 инъекций)
Рекомбинантный интерферон альфа	Обладает местным иммуномодулирующим, противовоспалительным и противовирусным действием.	По 3 капли в каждый носовой ход (3000 МЕ) 5 раз в день в течение 5 дней

Алгоритм ведения пациентов с ОРВИ



* только при недоступности гидроксихлорохина;

** при наличии противопоказаний к назначению гидроксихлорохина и мефлохина

Авдеев Сергей Николаевич – главный внештатный специалист пульмонолог Минздрава России, заведующий кафедрой пульмонологии ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, заместитель директора ФГБУ «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства»;

Волчкова Елена Васильевна – заведующая кафедрой инфекционных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Драпкина Оксана Михайловна – главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной профилактике Минздрава России, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Дмитриев Александр Сергеевич – врач-инфекционист группы анализа оказания медицинской помощи при инфекционных болезнях Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Карпов Олег Эдуардович – Генеральный директор ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор

Мамонова Нина Алексеевна – научный сотрудник лаборатории генетических технологий и трансляционных исследований Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Никифоров Владимир Владимирович – заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова;

Пишеничная Наталья Юрьевна – руководитель международного отдела по организации оказания медицинской помощи Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Свиштунов Андрей Алексеевич – Первый проректор по инновационной политике Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Умбетова Карина Туракбаевна – профессор кафедры инфекционных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Фомин Виктор Викторович - проректор по клинической работе и дополнительному профессиональному образованию Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Чуланов Владимир Петрович – заместитель директора по научной работе и инновационному развитию Национального медицинского исследовательского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний Минздрава России, профессор кафедры инфекционных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации.