

Респираторные инфекции и внебольничная пневмония

Грипп • COVID-19 • респираторно-синцитиальная вирусная (РСВ) инфекция • другие острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ)

Две диагностические задачи

Одновременно определить вероятного возбудителя и оценить поражение лёгких. Внебольничная пневмония (ВП) может иметь вирусную, бактериальную или смешанную этиологию. Клинические проявления различных ОРВИ во многом сходны. [1, 3, 5, 7]

1

Оценить тяжесть состояния

Оценить сознание, работу дыхания, частоту дыхательных движений (ЧДД), насыщение крови кислородом (SpO_2) при дыхании атмосферным воздухом, пульс, артериальное давление (АД), температуру тела, степень гидратации и способность пить. Пульсоксиметрию проводить всем пациентам с подозрением на ОРВИ или грипп. У ребёнка дополнительно оценить питание, активность и ЧДД с учётом возрастных норм. [1, 2, 3, 4]

2

Уточнить анамнез и эпидемиологический контекст

Уточнить день болезни и динамику симптомов, контакты, эпидемиологическую ситуацию, вакцинальный статус, наличие беременности, сопутствующих заболеваний, иммуносупрессии, а также принимаемые препараты. [2, 7]

3

Определить объём обследования

Лабораторные и лучевые исследования назначать с учётом клинической задачи и действующих клинических рекомендаций (КР). Разобщение пациентов и противоэпидемические меры проводить в соответствии с локальным порядком. Не откладывать оказание медицинской помощи до получения результатов исследования. [2, 3, 7]

ПРИЗНАКИ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ОЦЕНКИ

Взрослые

Нарастающая одышка, ЧДД >22 в минуту, спутанность сознания, нестабильная гемодинамика, стойкая боль в грудной клетке, невозможность пить, резкое ухудшение состояния.

$SpO_2 <95\%$ при дыхании атмосферным воздухом — очная оценка и решение вопроса о госпитализации. $SpO_2 \leq 93\%$ — критерий тяжёлого течения COVID-19. $SpO_2 <92\%$ или ЧДД >25 в минуту — дыхательная недостаточность: кислородотерапия и консультация анестезиолога-реаниматолога. Учитывать исходный уровень SpO_2 и качество измерения. [2, 3, 7, 8]

Дети

Апноэ, центральный цианоз, выраженное втяжение уступчивых мест грудной клетки, истощение дыхательной мускулатуры, нарушение сознания, судороги, отказ от питья или кормления, дегидратация.

$SpO_2 \leq 92-94\%$ — показание к кислородотерапии. $SpO_2 <90\%$ при дыхании атмосферным воздухом — критерий тяжёлой ВП. **Дети до 3 месяцев:** любая лихорадка требует срочного очного осмотра. Не дожидаться появления всех перечисленных признаков. [5, 6, 14]

Повышенного внимания требуют младенцы, лица в возрасте ≥ 65 лет, беременные и родильницы, пациенты с иммуносупрессией, хроническими заболеваниями сердца, лёгких, почек и печени, сахарным диабетом и ожирением. Отсутствие высокой температуры тела не исключает клинически значимую инфекцию. [2, 7, 9, 14]

Памятка предназначена для взрослых и детей старше 1 месяца; новорождённых ведут по отдельным протоколам.

Клинические ориентиры

Клинические признаки позволяют предположить, но не подтверждают этиологию

Предполагаемое заболевание	Клинические признаки	Ограничения интерпретации
Грипп	Часто внезапное начало, лихорадка, миалгии, головная боль, выраженная слабость, сухой кашель. Инкубационный период обычно 1–2 дня (до 4 дней).	Возможны ринит, боль в горле и желудочно-кишечные симптомы; лихорадка бывает не у всех. Отсутствие типичной картины не исключает грипп. [2, 14]
COVID-19	Кашель, лихорадка, слабость, миалгии, симптомы поражения верхних дыхательных путей; возможны одышка и поражение лёгких.	Нарушение обоняния не обязательно и при варианте омикрон встречается реже. Инкубационный период 2–14 дней, при варианте омикрон обычно короче. Клинически надёжно не отличается от других ОРВИ. [7, 8, 13]
РСВ-инфекция	У младенцев — ринорея, ухудшение кормления, затем кашель, свистящее дыхание, бронхиолит; возможно апноэ. У взрослых протекает как ОРВИ или инфекция нижних дыхательных путей.	Тяжёлое течение возможно у пожилых, пациентов с иммуносупрессией и хроническими заболеваниями сердца и лёгких. Клинически надёжно не отличается от других вирусных инфекций. [3, 6, 9]
Парагрипп	Осиплость голоса, ларингит; у детей возможны лающий кашель и круп.	Круп не подтверждает парагрипп. Необходимо оценить степень обструкции дыхательных путей; этиологию уточнять по показаниям. [3, 4]
Аденовирусная инфекция	Сочетание фарингита, конъюнктивита и лихорадки; возможны лимфаденопатия и кишечные симптомы.	Высокий уровень С-реактивного белка (СРБ), лейкоцитоз и нейтрофилёз возможны при вирусной инфекции и сами по себе не подтверждают бактериальное осложнение. [3, 4]
Риновирусная и сезонная коронавирусная инфекции	Часто преобладают ринит, заложенность носа, боль в горле и кашель.	Выраженность катаральных симптомов не позволяет исключить грипп или COVID-19. [3, 13, 14]
Метапневмовирусная и бокавирусная инфекции	Возможно поражение верхних и нижних дыхательных путей; у детей — бронхиальная обструкция. Метапневмовирусная инфекция может напоминать РСВ-инфекцию.	Результат расширенной панели оценивать с учётом клинической картины: выявление возбудителя не всегда означает его ведущую этиологическую роль. [4]

Оценивать вероятность пневмонии одновременно с уточнением этиологии

На пневмонию могут указывать одышка, гипоксемия, плевральная боль, локальные или асимметричные физикальные изменения, ухудшение после периода улучшения. Нормальная аускультативная картина и положительный результат теста на вирусы не исключают ВП. [1, 5, 11, 14]

Инкубационный период и отдельные симптомы не являются надёжными критериями исключения диагноза.

Лабораторное подтверждение

Выбор метода с учётом дня болезни, качества и локализации образца

В направлении указывать день болезни. Вид материала и сроки его взятия определять по инструкции к зарегистрированной тест-системе. Приоритет отдавать исследованиям, результат которых изменит тактику ведения пациента. [2, 3, 10, 12]

Клиническая ситуация	Тактика исследования
Грипп у взрослого	Экспресс-тест на антигены вирусов гриппа А и В методом иммунохроматографического анализа (ИХА) — всем пациентам с гриппоподобными симптомами при обращении не позднее 2 суток от начала болезни. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) в амбулаторных условиях — по клинико-эпидемиологическим показаниям: очаг острой респираторной инфекции, тяжёлое течение, температура тела $>38^{\circ}\text{C}$, возраст >65 лет, риск острого респираторного дистресс-синдрома. В стационаре ПЦР проводить всем пациентам с симптомами ОРВИ в первые сутки госпитализации. [2]
ОРВИ у взрослого	ИХА на антигены вирусов гриппа А и В, РСВ, аденовируса и SARS-CoV-2 — при обращении не позднее 2 суток от начала болезни. ПЦР мазков из носоглотки и ротоглотки — для идентификации возбудителя. [3]
Подозрение на COVID-19	Основной метод — выявление РНК SARS-CoV-2 методом амплификации нуклеиновых кислот (МАНК), в том числе ПЦР, в мазке из носоглотки и ротоглотки. Положительный результат антигенного теста подтверждает диагноз, отрицательный — не исключает. При поражении нижних дыхательных путей и отрицательном результате исследования мазка исследовать мокроту или аспират трахеи. [7, 8]
Госпитализация с острой респираторной инфекцией (ОРИ)	Исследование на вирусы гриппа А и В и SARS-CoV-2, предпочтительно мультиплексным молекулярным тестом. ПЦР-панель на другие респираторные вирусы — всем госпитализированным пациентам с ОРВИ. [2, 7, 11]
Ребёнок с неосложнённой ОРВИ	Верификация возбудителя для постановки диагноза не обязательна; её проводят по эпидемиологическим показаниям и у госпитализированных пациентов с тяжёлым течением. При лёгком и среднетяжёлом течении лабораторные исследования рутинно не назначают. [4]
Подозрение на РСВ-инфекцию	У детей с бронхиолитом диагноз устанавливают клинически. Экспресс-выявление вирусов проводить выборочно, чтобы избежать необоснованного назначения антибиотиков. ПЦР чувствительнее антигенных тестов; отрицательный результат не заменяет клиническую оценку. [6, 10]

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Отрицательный результат экспресс-теста на грипп не исключает инфекцию. При высокой клинической вероятности, тяжёлом течении или позднем взятии материала провести молекулярное исследование. [2, 12]

Положительный результат теста на один вирус не исключает коинфекцию. Результаты расширенной панели сопоставлять с клинической картиной и учитывать возможность длительного выделения вируса. Серологическое исследование — вспомогательный метод: при гриппе парные сыворотки используют для ретроспективной диагностики, если ПЦР недоступна; ранняя диагностика COVID-19 основана на МАНК и антигенных тестах. [2, 7, 11]

Пациенты на искусственной вентиляции лёгких: при отрицательном результате исследования материала из верхних дыхательных путей и сохраняющемся подозрении исследовать аспират трахеи или другой материал из нижних дыхательных путей. [7, 11]

Результат лабораторного исследования не заменяет оценку тяжести состояния и поиск пневмонии.

Подозрение на пневмонию

Лучевая диагностика: отдельные алгоритмы для взрослых и детей

Показания к целенаправленному поиску ВП

Одышка, гипоксемия, плевральная боль, локальные или асимметричные физикальные изменения, повторное ухудшение, бронхит продолжительностью более 3–5 дней. У детей также учитывать работу дыхания и стойкую лихорадку. [1, 3, 5, 6]

ВЗРОСЛЫЕ [1, 7]

Подозрение на ВП

Рентгенография органов грудной клетки (ОГК) всем пациентам в прямой и боковой проекциях

Инфильтрация выявлена

Оценить тяжесть, этиологию и определить место лечения

Рентгенограмма без изменений или неинформативна

При высокой вероятности ВП — компьютерная томография (КТ) ОГК

При тяжёлой ВП КТ ОГК — метод выбора; КТ также показана при рецидивирующей и медленно разрешающейся пневмонии. При COVID-19 в амбулаторных условиях КТ проводят при $SpO_2 < 95\%$ или ЧДД > 22 в минуту; для скрининга при бессимптомном и лёгком течении КТ не применяют.

ДЕТИ [4, 5, 6]

Рентгенография — по показаниям: подозрение на осложнения ОРВИ, прежде всего на пневмонию; дыхательная недостаточность; локальные или асимметричные физикальные изменения; при бронхиолите — лихорадка $> 38^\circ\text{C}$ более 3 дней, симптомы токсикоза, укорочение перкуторного звука или асимметрия хрипов.

КТ — по отдельным клиническим показаниям: затяжная (без разрешения более 4 недель) и рецидивирующая пневмония, осложнения, сомнения в диагнозе. Рутинное проведение КТ не рекомендуется. При типичном неосложнённом бронхиолите рентгенография рутинно не показана.

Лучевые методы не позволяют установить возбудителя

КТ-признаки неспецифичны: симптом «матового стекла» не означает COVID-19. При неосложнённой ОРВИ КТ рутинно не показана. Ультразвуковое исследование (УЗИ) лёгких и плевры рекомендовано при тяжёлой ВП для первичной диагностики, динамического наблюдения и выявления плеврального выпота; информативность метода зависит от квалификации специалиста. [1, 7, 8]

При затяжном кашле, нетипичном эпидемиологическом анамнезе или несоответствии клинической картины результатам обследования расширить диагностический поиск с учётом клинической ситуации: атипичные бактериальные инфекции, туберкулёз, тромбоэмболия лёгочной артерии, сердечная недостаточность и другие причины. [1, 7]

Не откладывать оказание медицинской помощи пациенту с нестабильным состоянием до проведения лучевого исследования.

Биомаркеры, тяжесть и тактика

Сопоставлять клиническую картину, результаты лабораторных и лучевых исследований

Исследование	Показания и интерпретация
Общий анализ крови (ОАК)	Взрослым с ВП и ОРВИ — всем пациентам; детям с неосложнённой ОРВИ рутинно не назначают. Для вирусной инфекции типичны лейкопения или нормоцитоз и лимфоцитоз; нейтрофилёз свидетельствует в пользу бактериальной инфекции, но не доказывает её. [1, 2, 3, 4]
СРБ	Всем госпитализированным взрослым с ВП. У детей интерпретировать с учётом возрастных пороговых значений, приведённых в КР. Повышение СРБ неспецифично и возможно при аденовирусной инфекции; универсального порога для разграничения вирусной и бактериальной инфекции нет. [1, 4, 5]
Прокальцитонин	Взрослым с тяжёлой ВП — для оценки прогноза; детям — при тяжёлой ВП. Низкое значение само по себе не является основанием для отказа от антибактериальной терапии при обоснованном подозрении на бактериальную ВП. [1, 5, 15]
Микробиологические исследования	При тяжёлой ВП: исследование двух образцов венозной крови на стерильность, экспресс-тесты мочи на антигены пневмококка и легионеллы, исследование мокроты или трахеального аспирата с окраской по Граму, ПЦР или экспресс-тест на грипп в эпидемический сезон. Материал брать до начала антибактериальной терапии, если это не задерживает лечение. [1]

ШКАЛА CRB-65 У ВЗРОСЛЫХ: 1 БАЛЛ ЗА КАЖДЫЙ ПРИЗНАК [1, 15]

Сознание Впервые возникшее нарушение сознания	Дыхание ЧДД ≥ 30 в минуту	Давление Систолическое АД < 90 или диастолическое АД ≤ 60 мм рт. ст.	Возраст ≥ 65 лет
---	--	---	---------------------------------

Низкая сумма баллов по шкале CRB-65 не исключает необходимости госпитализации при гипоксемии, декомпенсации сопутствующих заболеваний или невозможности обеспечить безопасное наблюдение на дому. **У детей шкала CRB-65 не применяется;** критерии тяжёлой ВП у детей: $SpO_2 < 90\%$ при дыхании атмосферным воздухом, нарушение сознания, признаки шока. [1, 5]

СВОЕВРЕМЕННОЕ НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ

Подозрение на грипп. Противовирусную терапию начинать не позднее 48 часов от начала болезни, не дожидаясь результатов исследования. При позднем обращении и у госпитализированных пациентов препараты прямого действия назначают на любом этапе болезни при предполагаемой репликации вируса. Препарат и дозу выбирать с учётом возраста, беременности, функции почек и КР. [2]

Антибактериальная терапия. При неосложнённой ОРВИ и бронхолите не показана. При вероятной бактериальной ВП или сепсисе эмпирическую антибактериальную терапию не откладывать; выявление вируса методом ПЦР не отменяет оценку возможной коинфекции. Длительность антибактериальной терапии ВП у детей — 5–7 дней. [1, 3, 5, 6]

Повторная оценка состояния через 48–72 часа — при лечении ВП в амбулаторных условиях.

При ухудшении состояния — немедленно. [1]

Шкалы оценки тяжести дополняют клиническое решение и не заменяют его.

Источники и актуализация

Дата сверки с клиническими рекомендациями: 4 сентября 2026 г.

Основу памятки составляют КР, одобренные Научно-практическим советом Минздрава России. Материалы Центров по контролю и профилактике заболеваний (ЦКПЗ) США, Американского торакального общества и Американского общества инфекционных болезней (АТО/АОИБ) использованы только для уточнения ограничений диагностических методов.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ МИНЗДРАВА РОССИИ

- [01] **Внебольничная пневмония у взрослых • 2024**
№ 654_2. РРО, МАКМАХ. Разделы 2 и 6; критерии тяжести, повторная оценка через 48–72 часа.
- [02] **Грипп у взрослых • 2025**
№ 749_2. РНМОТ, НАСИБ. Лабораторная диагностика, пульсоксиметрия, противовирусная терапия.
- [03] **Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых • 2025**
№ 724_2. Экспресс-тесты, ПЦР, пульсоксиметрия, антибактериальная терапия.
- [04] **Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) • 2026**
Дети. № 25_3. Союз педиатров России. Диагностика и визуализация.
- [05] **Пневмония (внебольничная) • 2025**
Дети. № 714_2. Критерии тяжести, биомаркеры, КТ, длительность антибактериальной терапии.
- [06] **Острый бронхолит • 2024**
Дети. № 360_3. Союз педиатров России. Пересмотр не позднее 2026 г.
- [07] **Коронавирусная инфекция COVID-19 у взрослых • 2025**
№ 1024_1. НАСИБ. Классификация тяжести по SpO₂, диагностика, КТ.
- [08] **COVID-19: временные методические рекомендации, версия 19**
Минздрав России, 27.05.2025 (письмо от 28.05.2025 № 30-4/И/2-10508).

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПЕРВОИСТОЧНИКИ

- [09] **ЦКПЗ США • Клинический обзор РСВ-инфекции**
Проявления и группы риска.
- [10] **ЦКПЗ США • Лабораторная диагностика РСВ-инфекции**
24.02.2026. Молекулярные и антигенные тесты.
- [11] **ЦКПЗ США • Совместная циркуляция SARS-CoV-2, РСВ и вирусов гриппа**
04.05.2026. Тестирование госпитализированных при совместной циркуляции.
- [12] **ЦКПЗ США • Экспресс-тесты для диагностики гриппа**
Чувствительность экспресс-тестов, сроки и материал.
- [13] **ЦКПЗ США • Клинические проявления COVID-19**
05.02.2026. Симптомы и ограничения клинической диагностики.
- [14] **ЦКПЗ США • Признаки и симптомы гриппа**
26.08.2024. Признаки, осложнения, сигналы опасности.
- [15] **АТО/АОИБ • Внебольничная пневмония у взрослых**
2019. Американское торакальное общество и Американское общество инфекционных болезней. Вопрос 5: прокальцитонин; вопросы 6–7: оценка тяжести.

Изменения по сравнению с предыдущей редакцией

Пороговые значения SpO₂ приведены в соответствие с российскими КР (95%, 93%, 92% и 90%) вместо единого порога 94%. Добавлены КР «Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых» (2025) и «Коронавирусная инфекция COVID-19 у взрослых» (2025). Уточнены сроки проведения экспресс-тестов (первые 2 суток), исследование панели вирусов в стационаре, показания к КТ при COVID-19, критерии тяжёлой ВП у детей и длительность антибактериальной терапии. Уточнён год утверждения КР «Острый бронхолит».

ПРОЕКТ. Не утверждён; предназначен для экспертного обсуждения. Методическая актуализация выполнена НМИЦ ИБ ФМБА России самостоятельно и не является официальной редакцией памятки Минздрава России. Назначения и маршрутизацию пациентов осуществлять в соответствии с действующими КР и порядками оказания медицинской помощи.