# Коронавирусная инфекция COVID-19

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: U07.1, U07.2 · Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ)

COVID-19 — инфекция, вызванная SARS-CoV-2, с вариантами течения от бессимптомного/ОРВИ до вирусной пневмонии, ОДН, ОРДС, тромбозов и полиорганной недостаточности. Практически важны раннее подтверждение SARS-CoV-2, стратификация по тяжести и риску прогрессии, своевременное назначение противовирусной, противовоспалительной, антитромботической и респираторной поддержки.

## Главное

- Источник инфекции — больной человек, включая инкубационный период, и бессимптомный носитель; наиболее опасны конец инкубации и первые дни болезни. Основной путь передачи — воздушно-капельный при контакте ближе 2 м; инкубационный период в среднем 3–4 дня.
- Тяжесть оценивают по температуре, ЧДД, SpO2, PaO2/FiO2, сознанию, гемодинамике, КТ/рентгену, СРБ, лактату и qSOFA. Тяжелое течение: ЧДД >30/мин, SpO2 ≤93%, PaO2/FiO2 ≤300 мм рт. ст., нестабильная гемодинамика, лактат >2 ммоль/л, qSOFA >2.
- У пожилых COVID-19 может идти без лихорадки и кашля; делирий и бред — возможные атипичные проявления, тяжесть симптомов может не соответствовать прогнозу.
- Диагноз опирается на эпиданамнез, клинику, прямое/непрямое лабораторное подтверждение SARS-CoV-2 и инструментальную оценку: КТ органов грудной клетки и пульсоксиметрию.
- КТ не нужна как массовый скрининг при бессимптомном и легком течении; при первичном обращении ее назначают при признаках дыхательной недостаточности: SpO2 < 95%, ЧДД >22/мин. УУР С, УДД 5.
- COVID-19 сам по себе не показание к системным антибиотикам. Их назначают при убедительных признаках бактериальной инфекции: прокальцитонин >0,5 нг/мл, гнойная мокрота, лейкоцитоз >12×$10^9$/л без предшествующих ГКС, палочкоядерные нейтрофилы >10%. УУР С, УДД 5.
- Факторы риска прогрессии: возраст ≥60 лет, ожирение, сердечно-сосудистые болезни включая АГ, хронические болезни легких, СД 1/2 типа, хроническая болезнь почек, диализ, иммуносупрессия; их наличие повышает исходную оценку тяжести.

## Диагностика

1. Уточнить контакты за последние 7 дней с лицами, подозрительными на инфицирование SARS-CoV-2, или с лабораторно подтвержденным COVID-19; ранее перенесенный COVID-19, вакцинацию и ревакцинацию против COVID-19. УУР С, УДД 5.
2. Оценить жалобы и сроки: лихорадка, интоксикация, заложенность в грудной клетке, одышка, ринит, боль/першение в горле, сухой кашель или скудная мокрота, конъюнктивит, гипосмия/аносмия, дисгевзия, рвота, диарея, кожные высыпания. УУР С, УДД 5.
3. Осмотреть кожу и слизистые, оценить мокроту, одышку, дистанционные хрипы, выполнить перкуссию и аускультацию легких, у пожилых искать делирий/бред. Измерить ЧДД, АД, ЧСС и температуру всем пациентам. УУР С, УДД 5.
4. Всем с подозрением выполнить ОАК с гематокритом, эритроцитами, лейкоцитами, тромбоцитами и лейкоформулой. Для среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого течения добавить биохимию, СРБ и коагулограмму с D-димером; рост D-димера в 3–4 раза выше возрастной нормы клинически значим. УУР С, УДД 5.
5. Для этиологической диагностики взять мазки из носоглотки и ротоглотки на РНК SARS-CoV-2; при признаках поражения нижних дыхательных путей и отрицательных мазках исследовать мокроту, БАЛ или аспират. Экспресс-тест на антиген дает результат за 10–30 минут: положительный подтверждает COVID-19, отрицательный не исключает. УУР С, УДД 5.
6. Пульсоксиметрию с SpO2 проводить всем на всех этапах; при SpO2 < 90% исследовать газы артериальной крови, КОС, лактат. ЭКГ регистрировать всем для выявления аритмий и изменений, важных для оценки кардиотоксичности терапии. УУР С, УДД 5.

7. КТ органов грудной клетки выполнять при среднетяжелом, тяжелом и крайне тяжелом течении; контрастирование — при подозрении на ТЭЛА и другие состояния, где это изменит тактику. Повторять КТ без ухудшения не чаще 1 раза в 7–10 дней. УУР С, УДД 5.

## Лечение

- Лечение начинать упреждающе в подтвержденных и вероятных случаях, чтобы не допустить пневмонию, ОРДС и сепсис; обязательно мониторировать ухудшение и лечить сопутствующие болезни/осложнения по профильным рекомендациям. УУР С, УДД 5.
- В амбулаторных условиях при легком/среднетяжелом течении, включая высокий риск прогрессии, противовирусные препараты прямого действия назначают в первые 7 дней болезни или при положительной РНК/антигене SARS-CoV-2. Варианты: молнупиравир 800 мг внутрь 2 раза/сут 5 суток (УУР В, УДД 2); фавипиравир по массе тела 10 дней или до элиминации вируса (УУР В, УДД 2); нирматрелвир + ритонавир 300/100 мг 2 раза/сут каждые 12 ч, при рСКФ 30–60 мл/мин — 150/100 мг 2 раза/сут 5 дней; умифеновир 200 мг 4 раза/сут 5 дней.
- Симптоматически при температуре >38 °С, миалгиях и артралгиях: ибупрофен 200–400 мг 3–4 раза/сут 3–10 дней, максимум 1200 мг/сут, или парацетамол 500–1000 мг до 4 раз/сут, максимум 4000 мг/сут. УУР С, УДД 5.
- При легком течении с высоким индексом коморбидности можно назначать будесонид 800 мкг ингаляционно 2 раза/сут до выздоровления, но не более 14 суток (УУР В, УДД 2); левилимаб 162 мг подкожно однократно или барицитиниб 4 мг 2 раза/сут внутрь 7 дней в комбинации с противовирусными препаратами (УУР С, УДД 3).
- Амбулаторная антитромботическая профилактика при легком/среднетяжелом течении с высоким индексом коморбидности и факторами риска ТГВ/ТЭЛА: ривароксабан 10 мг 1 раз/сут 30 дней (УУР С, УДД 5), апиксабан 2,5 мг 2 раза/сут 30 дней (УУР С, УДД 5), дабигатран 110 мг 2 раза/сут или 75 мг 2 раза/сут при клиренсе креатинина 30–49 мл/мин 30 дней (УУР С, УДД 5); для N-(5-хлорпиридин-2-ил)-... гидрохлорида — 60 мг 1 раз/сут 30 дней при среднетяжелом течении (УУР В, УДД 2).
- В стационаре при среднетяжелом течении с факторами риска используют противовирусные препараты, включая ремдесивир 200 мг в/в в 1-й день, затем 100 мг в/в 1 раз/сут со 2-го по 10-й день (УУР С, УДД 5), а также молнупиравир, фавипиравир, нирматрелвир + ритонавир; синтетическую малую интерферирующую РНК — пациентам 18–65 лет по указанной схеме.
- При среднетяжелом течении с показаниями к упреждающей противовоспалительной терапии применяют ГКС: метилпреднизолон 500 мг/сут в/в 2–3 дня или 1–2 мг/кг/сут до 7 дней; дексаметазон 8 мг 1 раз/сут 10 дней или до выписки, либо более высокие схемы со снижением дозы. Снижение дозы начинают после 3–4 суток стабильного купирования лихорадки и снижения СРБ/ферритина минимум на 15%.
- Респираторная поддержка по нарастанию: низкопоточный кислород при очаговом поражении, легкой/средней гипоксемии и ВАШ одышки до 4; ВПО или CPAP при средней гипоксемии; НИВЛ при диффузном поражении, средней/тяжелой гипоксемии и ВАШ >4 на фоне CPAP; интубация/ИВЛ при ОДН. Для интубации достаточно одного критерия, включая PaO2/FiO2 <100 мм рт. ст. >24 ч на фоне CPAP/НИВЛ/ВПО или ROX <5 через 24 ч. УУР С; УДД 5 для низкопоточной оксигенотерапии, CPAP, НИВЛ и ИВЛ; УДД 4 для ВПО.

## Когда направить и как наблюдать

- На дому можно вести взрослых с положительным тестом без клинических проявлений или с легким течением; среднетяжелое течение допустимо дома при возможности лечения по рекомендации и информировании пациента о признаках ухудшения.
- Пациент на дому должен вызвать врача или скорую при ухудшении: температура >38,5 °С 3 дня и более, затрудненное дыхание, одышка или SpO2 <93%.
- Госпитализировать пациентов со среднетяжелым или тяжелым течением, из группы риска или по эпидемиологическим показаниям. УУР С, УДД 5.
- Вызвать анестезиолога-реаниматолога при быстропрогрессирующей ОДН: ЧД >25/мин, SpO2 <92%, а также при другой органной недостаточности 2 и более балла по SOFA — для перевода в ОРИТ. УУР С, УДД 5.
- Выписка для амбулаторного продолжения лечения возможна при стойком клиническом улучшении, SpO2 на воздухе 95%, температуре <37,5 °С, СРБ <10 мг/л и лимфоцитах >1,2×10/л; КТ/рентген перед выпиской не обязательны, если нет клинических показаний. УУР С, УДД 5.

## Частые вопросы

**Какие критерии среднетяжелого COVID-19?**

Среднетяжелое течение: температура >38 °C, ЧДД >22/мин, одышка при нагрузке, типичные изменения на КТ/рентгене, SpO2 <95%, СРБ >10 мг/л.

**Отрицательный экспресс-тест на антиген исключает COVID-19?**

Нет. Положительный тест на антиген SARS-CoV-2 может подтверждать диагноз, но отрицательный результат не исключает COVID-19; при необходимости используют МАНК/ПЦР и материал из нижних дыхательных путей.

**Когда назначать КТ при подозрении на COVID-19?**

КТ показана при среднетяжелом, тяжелом и крайне тяжелом течении. При первичном обращении ее назначают при признаках дыхательной недостаточности: SpO2 <95%, ЧДД >22/мин; повтор без ухудшения — не чаще 1 раза в 7–10 дней.

**Когда при COVID-19 нужны антибиотики?**

Не при вирусной инфекции как таковой, а при признаках бактериального присоединения: прокальцитонин >0,5 нг/мл, гнойная мокрота, лейкоцитоз >$12\times10^9$/л без предшествующих ГКС, палочкоядерные нейтрофилы >10%. Эмпирический выбор включает ингибиторозащищенные аминопенициллины, цефалоспорины III поколения, фторхинолоны и другие препараты из текста.

**Какие показания к интубации при COVID-ассоциированной ОДН?**

Достаточно одного критерия: остановка дыхания, угнетение сознания или возбуждение, гипотензия с потребностью в катехоламинах, шок, полиорганная недостаточность, тахипноэ >30/мин и/или PaO2/FiO2 <100 мм рт. ст. более 24 ч на фоне CPAP/НИВЛ/ВПО, либо ROX <5 через 24 ч от их начала.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1024-koronavirusnaya-infekciya-covid-19. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1024_1