

# Острые респираторные вирусные инфекции: направления диагностики и рациональной терапии (как избежать ошибок?)

А.А. Зайцев<sup>1,2</sup>, А.М. Макаревич<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко» Минобороны России, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», Москва, Россия;

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>4</sup>ФГКУ «301 Военный клинический госпиталь» Минобороны России, Хабаровск, Россия

## Аннотация

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) до настоящего времени остаются одними из самых актуальных заболеваний человека ввиду чрезвычайно высокого уровня заболеваемости. Среди всех возбудителей ОРВИ ведущее значение имеют риновирусы и вирусы гриппа. Настоящая публикация вновь обращает внимание читателя на основные принципы ведения больного с ОРВИ и гриппом, и «красной линией» определена основная цель при этом – «как избежать ошибок?».

**Ключевые слова:** острые респираторные вирусные инфекции, грипп, профилактика

**Для цитирования:** Зайцев А.А., Макаревич А.М. Острые респираторные вирусные инфекции: направления диагностики и рациональной терапии (как избежать ошибок?). Consilium Medicum. 2024;26(3):159–163. DOI: 10.26442/20751753.2024.3.202739

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2024 г.

## REVIEW

# Acute respiratory viral infections: directions for diagnosis and rational therapy (how to avoid mistakes?): A review

Andrey A. Zaitsev<sup>1,2</sup>, Andrei M. Makarevich<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Burdenko Main Military Clinical Hospital, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>Russian Biotechnological University, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>Russian University of Medicine, Moscow, Russia;

<sup>4</sup>301 Military Clinical Hospital, Khabarovsk, Russia

## Abstract

Acute respiratory viral infections (ARVI) still remain one of the most pressing human diseases due to the extremely high incidence rate. Among all the pathogens of ARVI, rhinoviruses and influenza viruses are of leading importance. This publication once again draws the reader's attention to the basic principles of managing a patient with ARVI and influenza, and the "red line" defines the main goal – "how to avoid mistakes?".

**Keywords:** acute respiratory viral infections, influenza, prevention

**For citation:** Zaitsev AA, Makarevich AM. Acute respiratory viral infections: directions for diagnosis and rational therapy (how to avoid mistakes?). A review. Consilium Medicum. 2024;26(3):159–163. DOI: 10.26442/20751753.2024.3.202739

## Введение

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) до настоящего времени остаются одними из самых актуальных заболеваний человека ввиду чрезвычайно высокого уровня заболеваемости. В соответствии со статистикой и согласно результатам многочисленных эпидемиологических исследований известно, что заболеваемость ОРВИ среди взрослых составляет 2–3 эпизода в год [1, 2]. Столь высокие цифры заболеваемости ОРВИ напрямую ассоциируются со значительными экономическими потерями, в первую очередь за счет косвенных издержек, связанных с потерей пациентами трудоспособности [1–3].

Среди всех многочисленных задач, касающихся ведения больных ОРВИ в амбулаторной практике, необходи-

мо акцентировать внимание на следующих важнейших аспектах.

1. Дифференциальная диагностика ОРВИ с бактериальной инфекцией (пневмония). Очевидно, что эта «боязнь пропустить пневмонию» ведет к широкому и в подавляющем числе случаев неоправданному назначению антимикробных препаратов. Напротив, отсутствие осторожности в отношении бактериальной инфекции у пожилых лиц может привести к тяжелому течению заболевания и фатальному исходу.

2. Случаи вирусной инфекции, протекающие с поражением легких. Как правило, такие пациенты проходят под маской все той же «пневмонии», а «ковидный» опыт иногда ведет к неправильной оценке клинической ситуации

## Информация об авторах / Information about the authors

<sup>✉</sup>**Зайцев Андрей Алексеевич** – д-р мед. наук, проф., гл. пульмонолог ФГБУ «ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко», зав. каф. пульмонологии с курсом аллергологии ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», проф. каф. госпитальной терапии №2 ФГБОУ ВО «Российский университет медицины», засл. врач РФ. E-mail: a-zaitsev-a@yandex.ru

**Макаревич Андрей Михайлович** – канд. мед. наук, зам. нач. госпиталя (по клинико-экспертной работе), врач-пульмонолог ФГКУ «301 ВКГ», засл. врач РФ

<sup>✉</sup>**Andrey A. Zaitsev** – D. Sci. (Med.), Prof., Burdenko Main Military Clinical Hospital, Russian Biotechnological University, Russian University of Medicine. E-mail: a-zaitsev-a@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-0934-7313

**Andrei M. Makarevich** – Cand. Sci. (Med.), 301 Military Clinical Hospital. ORCID: 0009-0004-5347-3554



и назначению антибактериальных препаратов, системных кортикостероидов, что, например, вовсе противопоказано при гриппе А (H1N1) [4].

3. Полипрагмазия. Важной проблемой является чрезмерная насыщенность рынка фармацевтической продукции для симптоматического лечения ОРВИ [5]. Не секрет, что большое разнообразие лекарственных средств (ЛС), их форм, различная стоимость могут поставить в тупик не только пациента, но и врача. Не стоит забывать и о потенциальной опасности многих препаратов, а тем более их сочетаний, при этом чрезмерная увлеченность задачей купирования симптомов и желание ускорить выздоровление больного нередко ведут к полипрагмазии.

4. Неверная тактика использования симптоматических средств при ОРВИ. Среди частых ошибок стоит упомянуть о широком применении селективных нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) для купирования лихорадки при ОРВИ и гриппе, которые вовсе не зарегистрированы по соответствующему показанию. Дополнительно особую тревогу вызывает использование для купирования лихорадки комбинированных препаратов, содержащих парацетамол + диклофенак, парацетамол + индометацин. Большая проблема касается и противокашлевой терапии, так как в данном ключе очевидна целесообразность назначения при ОРВИ соответствующих препаратов из группы противокашлевых средств (ПКС), тогда как реальная практика изобилует назначением муколитических средств, которые также не зарегистрированы по данному показанию (ОРВИ). Раскрывая эту проблему, необходимо отметить, что, с одной стороны, ситуация понятна: ОРВИ – это патология со стороны верхних отделов респираторного тракта, и кашель обусловлен постназальным затеком, синтезом медиаторов воспаления, и другими причинами и вследствие этого – раздражением ирритантных кашлевых рецепторов. Иными словами, в данном случае кашель «неэффективный», не несет в себе положительного компонента в виде очищения дыхательных путей, и поэтому он должен быть купирован, если сопровождается болевым синдромом, утомляет пациента, ведет к нарушению сна и пр. [6]. С другой стороны, непонятно и вызывает известную обеспокоенность все более широкое применение в реальной практике при ОРВИ препаратов (муколитиков), которые показаны только при наличии продуктивного кашля с вязкой мокротой при заболеваниях нижних дыхательных путей (остром бронхите,

пневмонии, обострении хронического бронхита/хронической обструктивной болезни легких – ХОБЛ).

Настоящая публикация вновь обращает внимание читателя на основные принципы ведения больного с ОРВИ и гриппом, и «красной линией» определена основная цель при этом – «как избежать ошибок?».

### Диагностика ОРВИ и гриппа

Под ОРВИ мы понимаем целый ряд острых инфекций вирусной этиологии, поражающих преимущественно верхние отделы респираторного тракта и характеризующихся, как правило, легким, непродолжительным течением и общностью клинических симптомов (гипертермией, насморком, кашлем, общим недомоганием и пр.) [1–3, 5, 7].

Среди всех возбудителей ОРВИ ведущее значение имеют риновирусы и вирусы гриппа, которые характеризуются высокой контагиозностью, связанной с исключительной легкостью распространения инфекции как воздушно-капельным путем через мелкодисперсный аэрозоль при гриппе, так и контактным – при риновирусной инфекции, что обуславливает высокую сезонную заболеваемость [1–5, 7].

Грипп является жизнеугрожающей инфекцией: смертность от его осложнений занимает 1-е место среди всех инфекционных заболеваний [4]. В связи с этим любой случай респираторной инфекции требует дифференциальной диагностики не только с бактериальной пневмонией, но и с гриппом. Это важный момент, так как подозрение на гриппозную инфекцию у пожилого пациента и/или больного с коморбидной патологией диктует неотложное назначение этиотропной терапии [5].

В качестве примера, уточняющего алгоритм действий врача при острой респираторной патологии (рис. 1), приведем клиническую ситуацию пациента. Мужчина 64 лет заболел остро после уборки снега на даче, в вечерние часы почувствовал выраженное общее недомогание («разбитость»), озноб. Температура тела – 38,7°C, миалгия (тянущие боли в нижних конечностях). На утро появились сухой надсадный кашель, першение в области трахеи. Аускультативно выслушиваются единичные сухие хрипы на выдохе в проекции верхних долей обоих легких. На фоне форсированного выдоха – сухой кашель. Степень насыщения гемоглобина кислородом – 97%. В анамнезе: артериальная гипертензия, постоянная форма фибрилляции предсердий, сахарный диабет (СД) 2-го типа.

Таблица 1. Клинические симптомы ОРВИ (риновирусная инфекция) и гриппа [3, 5]		
Признак	Риновирусная инфекция	Грипп
Преимущественный путь заражения	Контактный	Воздушно-капельный
Начало	Острое	Острое, с внезапным ухудшением состояния
Лихорадка	Отсутствует или субфебрильная	Высокая, до 38–40°C
Симптомы интоксикации	Слабо выражены	Сильная головная боль, боль в глазах, мышцах, слабость
Катаральные явления	Насморк, чиханье, ринорея	Сухой кашель, сухость и першение в горле, значительно реже – заложенность носа, ринорея
Глазные симптомы	Слезоточивость	Боль при движении глазных яблок, светобоязнь, жжение
Осложнения	Отит, синусит, обострение БА и ХОБЛ	Острый бронхит, пневмония, неврологические нарушения, поражение ССС, почек, обострение БА и ХОБЛ, синдром Рея
Продолжительность заболевания, дни	5–10	7–10

Первый вопрос, на который необходимо ответить практическому врачу, звучит следующим образом: «Есть ли у пациента клинические признаки бактериальной инфекции?» Напомним, что характерными симптомами внебольничной пневмонии наряду с фебрильной лихорадкой являются продуктивный кашель, боли в грудной клетке на стороне поражения, аускультативные признаки, свидетельствующие об обнаружении фокуса мелкопузырчатых хрипов и/или крепитации, наличие очага ригидности легочного звука при перкуссии легких [8]. Очевидно, что указанные клинические симптомы у данного пациента отсутствуют. В качестве дополнения у «сложных» пациентов с коморбидными заболеваниями клиническую диагностику следует дополнять общеклиническим исследованием крови, определением уровня С-реактивного белка. Уровень лейкоцитов  $>10,0 \times 10^9/\text{л}$  с палочкоядерным сдвигом  $>10\%$  и/или повышение уровня С-реактивного белка  $>50 \text{ мг/л}$  предполагают назначение лечащим врачом дополнительного обследования пациента с привлечением лучевых методов исследования для исключения диагноза внебольничной пневмонии.

Второй вопрос обследующего специалиста формулируется так: «У данного коморбидного больного присутствуют признаки гриппа?» Ответ на этот вопрос очевиден: да, такие признаки в виде острого ухудшения самочувствия, озноба, фебрильной лихорадки, миалгии, сухого надсадного кашля у пациента присутствуют (табл. 1).

Клинические проявления гриппа и «простуды» (риновирусной инфекции) действительно имеют ряд важных отличий. При ОРВИ в среднем через 10–12 ч от начала заражения наблюдается поражение эпителия носовой полости, что клинически проявляется насморком, чиханьем, ринореей, впоследствии появляется непродуктивный кашель [5]. Лихорадка чаще всего отсутствует, отмечается только небольшой субфебрилитет. К другим симптомам относятся общее недомогание, вялость, апатичность, потеря аппетита, головные боли. Осложнения ОРВИ также в основном связаны с патологией верхних отделов – острый отит, синусит, но возможно развитие обострений хронических бронхообструктивных заболеваний (ХОБЛ, бронхиальная астма – БА) [9].

Напротив, гриппозная инфекция манифестирует чаще всего с резкого подъема температуры тела до 38–40°C, сопровождающегося ознобом, болями в мышцах, головной

болью и выраженной общей слабостью [4, 5]. Температура достигает максимума к концу 1-х – началу 2-х суток болезни. К этому времени все симптомы гриппа максимально выражены. Ринорея, как правило, не наблюдается; напротив, больные часто жалуются на чувство сухости в носу и глотке. В ряде случаев появляется сухой надсадный кашель, сопровождающийся болью за грудиной, першением в области трахеи. Длительность лихорадочного периода составляет в среднем 3–5 дней, общая продолжительность заболевания – 7–10 дней. Снижение температуры тела сопровождается улучшением состояния пациента, однако явления постинфекционной астении могут сохраняться в течение 2–3 нед, что чаще всего наблюдается у пожилых больных.

Для экспресс-диагностики гриппа на амбулаторном этапе доступны тест-системы для определения антигенов гриппа А и В в носоглоточном мазке. Их применение также показано у пациентов из групп риска. Целесообразно рекомендовать широкое их использование наряду с определением РНК вируса методом полимеразной цепной реакции. В то же время нужно отметить, что клинико-эпидемиологические данные, свидетельствующие в пользу гриппозной инфекции, являются определяющими при решении вопроса об инициации противовирусной терапии на амбулаторном этапе у пожилого/коморбидного пациента.

### Фармакотерапия ОРВИ и гриппа

На данном клиническом примере можно выделить основные направления рациональной терапии. Помимо анализа анамнестических и эпидемиологических данных, клинических проявлений, свидетельствующих в пользу гриппозной инфекции, врач оценивает факторы риска развития тяжелого течения гриппа. Такое течение гриппа с осложнениями может развиваться по трем клиническим сценариям. Первый – специфическое поражение легких с интерстициальным отеком и геморрагическим пропитыванием, второй – поражение мелких дыхательных путей (инфекционный бронхолит), третий – развитие «постгриппозной» бактериальной пневмонии.

К факторам риска тяжелого течения гриппа относят следующие [4, 5]:

- пожилой возраст;
- ожирение;
- СД;
- заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС), хроническая сердечная недостаточность;
- хронические бронхообструктивные процессы – ХОБЛ или БА (нередкий клинический сценарий в данном случае – поражение при гриппе мелких дыхательных путей по типу бронхиолита с явлениями дыхательной недостаточности).

В данном примере при клиническом подозрении на грипп у «проблемного» больного рекомендовано безотлагательное назначение противовирусного препарата с прямым действием (осельтамивир, занамивир или балоксавира марбоксил) независимо от тяжести заболевания и клинических проявлений. Применение нового препарата балоксавира марбоксил с клинической точки зрения выглядит весьма перспективным, учитывая однократный прием препарата. Осельтамивир применяется в дозе 75 мг 2 раза в день в течение 5 дней, занамивир – 10 мг ингаляционно каждые 12 ч в течение 5 сут, режим дозирования балоксавира марбоксил: при массе тела 40–80 кг – 40 мг однократно,  $\geq 80 \text{ кг}$  – 80 мг однократно.

Предвосхищая вопрос о возможном инфицировании вирусом SARS-CoV-2, следует отметить, что в текущем сезоне тяжелых случаев заболевания, протекающего с поражением легких, крайне мало. COVID-19, как правило, протекает нетяжелого – как сезонная респираторная инфекция. С клинической точки зрения стоит помнить о том, что патогномных признаков COVID-19 нет и диагноз выставляется

на основании только лабораторной диагностики (иммунохроматографического экспресс-теста, методом полимеразной цепной реакции). В случае COVID-19 тактика ведения больного определяется в соответствии с действующими временными методическими рекомендациями [10]. У пациентов с факторами риска тяжелого течения заболевания (пожилой возраст, ожирение, СД, артериальная гипертензия и др.) показано назначение молнупиравира или комбинированного препарата – нирматрелвир + ритонавир.

На этом же клиническом примере пациента с гриппом будет весьма показательно разобрать подходы к симптоматической терапии. Данный пациент страдает постоянной формой фибрилляции предсердий, и, очевидно, перед назначением антипиретика целесообразно уточнить, какой антикоагулянт и в какой дозе получает больной. В настоящее время известно, что в ежегодно выписываемых рецептах число НПВП среди других препаратов достигает 90 млн, при этом подчеркивается, что их количество выписывается пожилым людям примерно в 3 раза чаще, чем молодым людям [11, 12]. Среди всех нежелательных явлений применения НПВП наиболее угрожающими являются желудочно-кишечные кровотечения, и на долю ацетилсалициловой кислоты приходится до 72%. При этом известно, что риск желудочно-кишечных кровотечений повышался в 39 раз при одновременном приеме ривароксана, ацетилсалициловой кислоты и других НПВП [11].

Именно поэтому современные рекомендации по применению анальгетиков-антипиретиков при ОРВИ следующие.

Рекомендовано назначение ибупрофена или парацетамола пациентам с гипертермией выше 38°C, мышечными и суставными болями с жаропонижающей, болеутоляющей и противовоспалительной целью. Назначение этих препаратов длительным курсом нецелесообразно. Рекомендованы к применению у взрослых: парацетамол 325 мг до 3 раз в сутки (максимальная суточная доза – 1500 мг), ибупрофен 400 мг 3 раза в сутки (максимальная суточная доза – 1200 мг), комбинированные лекарственные формы, содержащие парацетамол + ибупрофен (максимальная суточная доза парацетамола и ибупрофена в комбинированных средствах – 975 и 1200 мг соответственно) [5, 13].

Не рекомендуется назначение салициловой кислоты и ее производных.

Назначение других НПВП и противоревматических препаратов (кроме ибупрофена), а также комбинированных препаратов (кроме комбинации парацетамол + ибупрофен) также не рекомендовано вследствие возникновения возможных побочных явлений при их приеме [5].

Применение метамизола натрия должно быть значительно ограничено из-за высокого риска развития агранулоцитоза (применение данного препарата вовсе запрещено в целом ряде стран мира).

Далее необходимо разобрать насущный вопрос применения ПКС. Уже упоминалось, что при ОРВИ характерно поражение верхних дыхательных путей – эпителия носа, параназальных синусов с развитием ринореи. Вследствие постназального затекания происходит механическое раздражение ирритантных кашлевых рецепторов, также их возбуждение происходит за счет воздействия провоспалительных агентов, медиаторов воспаления и других биологических агентов, ответственных за воспаление [6], поэтому кашель при ОРВИ, как правило, непродуктивный. На наш взгляд, в этой ситуации наиболее уместен термин «неэффективный кашель», отражающий очевидную цель терапии – назначение препаратов, снижающих его выраженность, – ПКС.

Впрочем, стоит заметить, что в первые часы, сутки с появления кашля на фоне ОРВИ наиболее физиологичным методом является регидратация – частое питье теплых растворов. В случаях, когда кашель значительно ухудшает качество жизни больного (болевого синдром, нарушение сна и пр.), рекомендованы безопасные препараты периферического действия (Ренгалин®, леводропропизин) [6].

Напомним, что применение муколитиков при ОРВИ не рекомендовано, и показанием к их назначению является продуктивный кашель с отделением вязкой мокроты (поражение нижних дыхательных путей в рамках пневмонии, острого бронхита, обострения хронического бронхита/ХОБЛ) [6].

Для купирования явлений насморка применяют местные или системные деконгестанты. Для местного применения рекомендуются инстилляции оксиметазолина или ксилометазолина в течение 1–2 дней. Единственным безопасным системным деконгестантом является фенилэфрин (селективный  $\alpha_1$ -адреномиметик), однако в дозах 40–60 мг препарат способен вызывать повышение артериального давления, что требует осторожного его назначения пациентам с сопутствующей патологией ССС [5, 6].

Подсушивающим действием на слизистую оболочку полости носа, а также противокашлевым эффектом обладают антигистаминные препараты I поколения (фенирамин, хлорфенирамин), но их применение сопряжено с выраженным седативным действием, поэтому на современном этапе для лечения ОРВИ у взрослых их не рекомендуют.

Общие направления фармакотерапии ОРВИ и гриппа представлены на рис. 2.

### Профилактика ОРВИ и гриппа

Вследствие большого числа серотипов риновируса до настоящего времени не удается создать эффективную вакцину против этой инфекции, поэтому единственным действенным методом профилактики остается вакцинация противогриппозными вакцинами (инактивированными), которая позволяет снижать заболеваемость гриппом и уменьшать риск развития осложнений заболевания [14].

Введение вакцины для профилактики гриппа (инактивированной) ежегодно рекомендуется всем пациентам с высоким риском осложненного течения гриппа [14].

К группам риска осложненного течения гриппа относятся [14]:

- пациенты в возрасте 65 лет и старше;
- лица с сопутствующими хроническими заболеваниями бронхолегочной системы, ССС, СД, заболеваниями почек, крови, нервной системы (эпилепсией, миопатиями и др.);
- лица с иммуносупрессией (включая ВИЧ и прием иммунодепрессантов);
- беременные;
- пациенты с морбидным ожирением (индекс массы тела  $> 40 \text{ кг/м}^2$ );
- лица, проживающие в домах престарелых и других учреждениях закрытого типа.

Вакцинация также рекомендуется медицинским работникам, осуществляющим лечение и уход за лицами, входящими в группы высокого риска осложнений гриппа [13, 14].

Вакцинация гриппозной вакциной проводится ежегодно, оптимальное время для проведения вакцинации – октябрь – первая половина ноября.

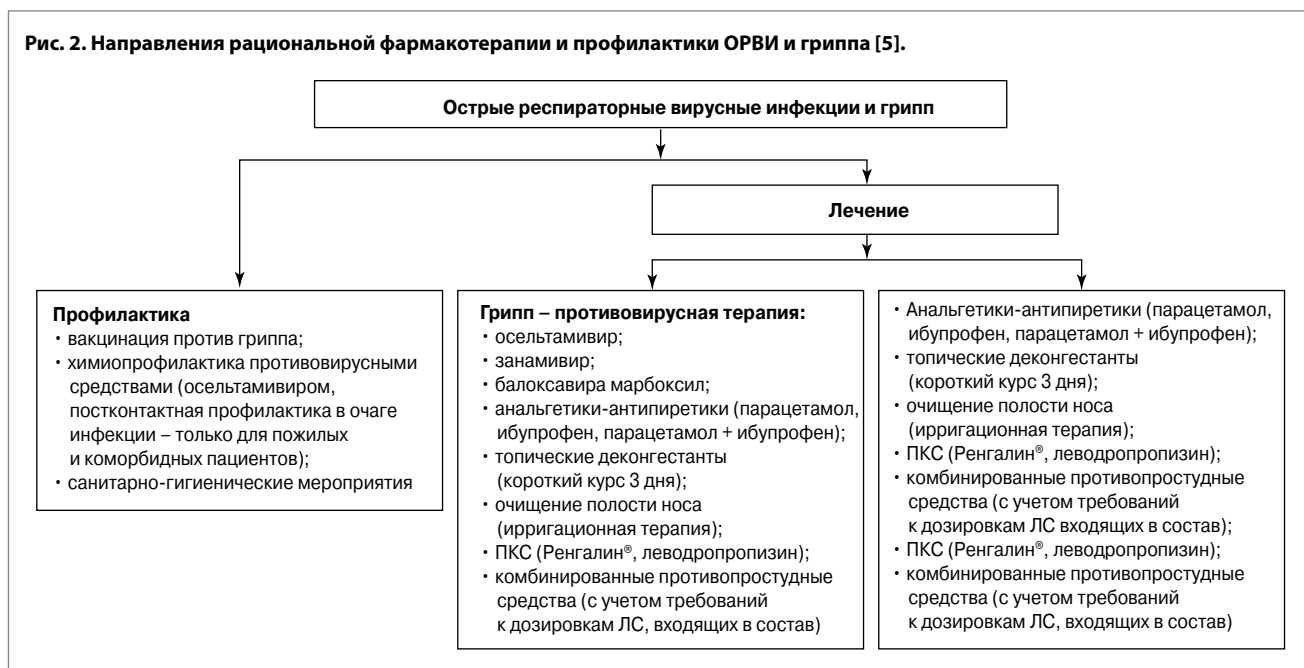
Вакцинопрофилактика гриппа проводится лицам, не имеющим противопоказаний (аллергических реакций на куриный белок и другие компоненты вакцины, а также на предыдущее введение гриппозной вакцины, острых лихорадочных состояний, обострений хронических заболеваний), вакцинацию проводят после выздоровления или в период ремиссии заболевания.

Инактивированная вакцина против гриппа может вводиться одновременно с другими инактивированными вакцинами, применяемыми в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям (например, одновременно с пневмококковой вакциной).

Неспецифическая профилактика ОРВИ и гриппа включает такие санитарно-гигиенические мероприятия, как раннее выявление больных, предотвращение контактов с



Рис. 2. Направления рациональной фармакотерапии и профилактики ОРВИ и гриппа [5].



больными лицами, своевременную изоляцию заболевших пациентов, гигиеническую обработку рук, туалет слизистых носа и ротоглотки, а также регулярные проветривания помещений и избегание сквозняков.

После заболевания в течение 1 мес рекомендовано воздержаться от профилактических прививок [14].

**Раскрытие интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Disclosure of interest.** The authors declare that they have no competing interests.

**Вклад авторов.** Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

**Authors' contribution.** The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

**Источник финансирования.** Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

**Funding source.** The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

## Литература/References

1. Барлетт Дж. Инфекции дыхательных путей. Пер. с англ. М.: Бином, 2000 [Bartlett Dzh. Infektsii dykhatel'nykh putei. Per. s angl. Moscow: Binom, 2000 (in Russian)].
2. Nicholson KG. Managing influenza in primary care. Oxford: Blackwell Science, 1999.
3. Зайцев А.А., Ключков О.И., Горелов А.В. Острые респираторные вирусные инфекции: перспективы противовирусной терапии. *Вестник семейной медицины*. 2009;5:4-10 [Zaitsev AA, Klochkov OI, Gorelov AV. Acute respiratory viral infections: prospects for antiviral therapy. *Bulletin of Family Medicine*. 2009;5:4-10 (in Russian)].
4. Грипп у взрослых. Клинические рекомендации Минздрава России. 2022. Режим доступа: [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/749\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/749_1). Ссылка активна на 05.02.2024 [Gripp u vzroslykh. Klinicheskie rekomendatsii Minzdrava Rossii. 2022. Available at: [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/749\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/749_1). Accessed: 05.02.2024 (in Russian)].
5. Зайцев А.А., Синопальников А.И. Рациональная фармакотерапия острых респираторных вирусных инфекций. *Consilium Medicum*. 2008;10(10):80-6 [Zaitsev AA, Sinopal'nikov AI.

Ratsional'naya farmakoterapiya ostrykh respiratornykh virusnykh infektsiy. *Consilium Medicum*. 2008;10(10):80-6 (in Russian)].

6. Кашель. Практическое пособие для врачей. Под ред. А.А. Зайцева, С.В. Оковитого, Е.В. Крюкова. М.: Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, 2015 [Kashel'. Prakticheskoe posobie dlia vrachei. Pod red. AA Zaitseva, SV Okovitogo, EV Kriukova. Moscow: Glavnyi voennyi klinicheskii gospiताल' im. N.N. Burdenko, 2015 (in Russian)].
7. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых. Клинические рекомендации Минздрава России. 2021. Режим доступа: [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/724\\_1?ysclid=lvdg snw2gf146320562](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/724_1?ysclid=lvdg snw2gf146320562). Ссылка активна на 05.02.2024 [Ostrye respiratornye virusnye infektsii (ORVI) u vzroslykh. Klinicheskie rekomendatsii Minzdrava Rossii. 2021. Available at: [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/724\\_1?ysclid=lvdgsnw2gf146320562](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/724_1?ysclid=lvdgsnw2gf146320562). Accessed: 05.02.2024 (in Russian)].
8. Авдеев С.Н., Дехнич А.В., Зайцев А.А., и др. Внебольничная пневмония: федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению. *Пулмонология*. 2022;32(3):295-355 [Avdeev SN, Dekhnic AV, Zaitsev AA, et al. Federal guidelines on diagnosis and treatment of community-acquired pneumonia. *Pulmonologiya*. 2022;32(3):295-355 (in Russian)]. DOI:10.18093/0869-0189-2022-32-3-295-355
9. Синопальников А.И., Зайцев А.А. Современный взгляд на фармакотерапию обострений хронической обструктивной болезни легких. *Лечащий врач*. 2009;10:45-9 [Sinopal'nikov AI, Zaitsev AA. Sovremennyy vzglad na farmakoterapiyu obostrenii khronicheskoi obstruktivnoi bolezni legkikh. *Lechashchii vrach*. 2009;10:45-9 (in Russian)].
10. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19. Версия 18 (26.10.2023). Режим доступа: [https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/064/610/original/BMP\\_COVID-19\\_V18.pdf](https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/064/610/original/BMP_COVID-19_V18.pdf). Ссылка активна на 05.02.2024 [Vremennyye metodicheskie rekomendatsii. Profilaktika, diagnostika i lechenie novoi koronavirusnoi infektsii COVID-19. Versiia 18 (26.10.2023). Available at: [https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/064/610/original/BMP\\_COVID-19\\_V18.pdf](https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/064/610/original/BMP_COVID-19_V18.pdf). Accessed: 05.02.2024 (in Russian)].
11. Fowler T, Durham C, Planton J, Edlund B. Use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the older adult. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2014;26(8):414-23. DOI:10.1002/2327-6924.12139
12. Bear M, Bartlett D, Evans P. Pharmacist counseling and the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs by older adults. *Consult Pharm*. 2017;32(3):161-8. DOI:10.4140/TCP.n.2017.161
13. Зайцев А.А., Лещенко И.В. Острый бронхит. Методические указания. М. 2022 [Zaitsev AA, Leshchenko IV. Ostryi bronkhit. Metodicheskie ukazaniia. Moscow. 2022 (in Russian)].
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Available at: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/adult/adult-combined-schedule.pdf>. Accessed: 05.02.2024.

Статья поступила в редакцию /

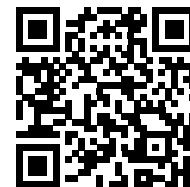
The article received:

04.03.2024

Статья принята к печати /

The article approved for publication:

25.04.2024



OMNIDOCTOR.RU