

Острые респираторные вирусные заболевания: современные подходы к диагностике и лечению

М.Л. Дербенева^{✉1}, ORCID: 0000-0002-8184-7312, e-mail: mlderbeneva@mail.ru

А.Л. Гусева², ORCID: 0000-0002-7988-4229, e-mail: alexandra.guseva@gmail.com

¹ Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова; 119049, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 8

² Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1

Резюме

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются одной из самых частых причин первичного обращения пациентов за медицинской помощью. Более 200 штаммов вирусов могут стать причиной развития ОРВИ, среди которых лидируют риновирусы. В статье обсуждаются эпидемиологические характеристики ОРВИ и вызываемый высокой заболеваемостью экономический ущерб обществу. Клиническая картина ОРВИ практически всегда сопровождается комбинацией таких симптомов, как выделения из носа, заложенность носа, боли в горле и кашель в сочетании с болями в мышцах, слабостью, быстрой утомляемостью, головной болью и снижением аппетита. Дифференциальная диагностика ОРВИ проводится с гриппом, аллергическим ринитом, стрептококковой ангиной, синуситом и отитом. Эффективной профилактикой является соблюдение гигиены рук. Обсуждаются возможности и эффективность сопутствующей вспомогательной терапии, в том числе с помощью деконгестантов, топических глюкокортикостероидов, растворов для орошения полости носа, нестероидных противовоспалительных препаратов, парацетамола и противокашлевых средств. Антибактериальная терапия не оказывает положительного действия на течение ОРВИ. Приведен клинический пример ведения пациентки с ОРВИ.

Ключевые слова: острые респираторные вирусные заболевания, кашель, вирусы, профилактика, противокашлевые средства

Для цитирования: Дербенева М.Л., Гусева А.Л. Острые респираторные вирусные заболевания: современные подходы к диагностике и лечению. *Медицинский совет*. 2019;(20):32-37. doi: 10.21518/2079-701X-2019-20-32-37.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acute respiratory viral diseases: modern approaches to the diagnosis and treatment

Mariya L. Derbeneva^{✉1}, ORCID: 0000-0002-8184-7312, e-mail: mlderbeneva@mail.ru

Aleksandra L. Guseva², ORCID: 0000-0002-7988-4229, e-mail: alexandra.guseva@gmail.com

¹ Pirogov City Clinical Hospital No1, 8 Leninsky Prospect, Moscow, 119049, Russia

² Pirogov Russian National Research Medical University; 1 Ostrovityanova St., Moscow, 117997, Russia

Abstract

Acute respiratory viral infections (ARVI) are one of the most common reasons patients seek ambulatory care. ARVIs can be caused by more than 200 strains of viruses, among which rhinoviruses remain a leading cause. The article discusses the epidemiological characteristics of ARVI and the economic damage caused by high incidence to the community. The clinical presentation of ARVI is nearly always accompanied by a combination of symptoms such as nasal discharge, nasal congestion, sore throat and cough combined with muscle pain, weakness, fatigue, headache and decreased appetite. Diagnosis of acute respiratory viral infections must be differentiated from influenza, allergic rhinitis, streptococcal tonsillitis, sinusitis and otitis media. Practicing hand hygiene is an effective way to prevent infections. The article discusses possibilities and effectiveness of concomitant adjuvant therapy, including the use of decongestants, topical glucocorticosteroids, nasal irrigation solutions, non-steroidal anti-inflammatory drugs, paracetamol and antitussive drugs. Antibacterial therapy does not have a positive effect on the course of ARVI. A clinical case describing the management of a patient with ARVI is provided.

Keywords: acute respiratory viral diseases, cough, viruses, prevention, antitussives

For citation: Derbeneva M.L., Guseva A.L. Acute respiratory viral diseases: modern approaches to the diagnosis and treatment. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2019;(20):32-37. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2019-20-32-37.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются одной из самых частых причин первичного обращения пациентов за медицинской помощью. Несмотря на то, что в большинстве случаев они не требуют специфического лечения и проходят самостоятельно,

пациенты жалуются на обилие неприятных симптомов, а экономический ущерб обществу проявляется снижением продуктивности, экономическими потерями в сфере производства за счет нетрудоспособности работников и пропусками учебных дней школьниками и студентами [1]. Кроме этого, ОРВИ могут становиться триггерами обострения хронических заболеваний легких [2, 3].

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Более 200 штаммов вирусов могут стать причиной развития ОРВИ, что и объясняет большое разнообразие возможных клинических проявлений этого заболевания. Риновирусы, включающие до 99 различных штаммов, составляют до 50% всех изученных патогенов [4]. Следующие по частоте встречаемости – коронавирусы, а в большинстве случаев патоген определить не удается. Наличие сопутствующих заболеваний и снижение иммунитета хозяина также играют не последнюю роль в развитии клинической картины ОРВИ. Распространение вирусов происходит воздушно-капельно или, чаще, контактным путем, когда вирус сначала попадает на руки, а далее на слизистую оболочку глаз или полости носа. Несмотря на то, что механизм иммунного ответа является вирусоспецифичным, симптоматические проявления могут сильно различаться [5]. Течение ОРВИ скорее представляет отражение особенностей иммунитета пациента, хотя в ряде случаев анализ анамнеза и учет окружающей эпидемической обстановки позволяют предположить возможный патоген, вызвавший заболевание. В целом идентификация инфекционного агента имеет наибольшее значение для служб здравоохранения в процессе оценки эпидемиологической ситуации в регионе, а это требует подтверждения путем вирусологического и/или серологических исследований. Выявление конкретного патогена позволяет судить о латентности, контагиозности инфекционного заболевания и о возможных угрозах общественному здоровью. Так, например, при ОРВИ, вызванных риновирусами, наибольшая контагиозность наблюдается в первые 3 дня болезни, а в последующем происходит ее значительное снижение. В 2009 г. был полностью прочтен геном человеческих риновирусов, выделены общие черты и различия между разными штаммами [6]. Это значительно удешевило определение генома вирусов из образцов, взятых у конкретных пациентов в настоящее время, и позволило начать изучение сопоставления структуры патогенов и особенностей течения заболевания. Тем не менее значительными прорывами в сфере разработки противовирусных препаратов и вакцинации эти исследования пока не увенчались.

Заболеваемость ОРВИ достаточно высока во всем мире. В России за период 2017–2018 гг. гриппом и ОРВИ переболело 10,4% от численности совокупного населения [7]. В США ежегодно регистрируется около 75–100 млн обращений к врачам общей практики в связи с ОРВИ. По статистическим данным, это приводит к пропускам детьми 22–189 млн учебных дней в школе, их родителями – 126 млн рабочих дней (для ухода за детьми). К этим потерям добавляются 150 млн пропущенных рабочих дней взрослыми в связи с заболеванием ОРВИ [8]. В странах Северного полушария заболеваемость ОРВИ увеличивается с октября по март. Дети болеют чаще, чем взрослые. Так, в среднем взрослые переносят 2–3 эпизода ОРВИ в год, в то время как дети болеют около 5 раз в год [9]. По последним данным, в детском возрасте длительность течения ОРВИ составляет 10–15 дней, а кашель

может продолжаться до 25 дней, что гораздо дольше, чем считалось ранее [10]. У взрослых течение ОРВИ, как правило, доброкачественное, с полным разрешением симптомов в течение 6–10 дней [11].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ОРВИ практически всегда сопровождается комбинацией следующих симптомов: отделяемое из носа, заложенность носа, боли в горле и кашель. Обычно наблюдается доминирование какого-либо одного симптома в каждом конкретном случае. В этой связи клиническая картина ОРВИ может быть весьма разнообразной, и нередко на практике постановка диагноза определяется анатомической локализацией основных проявлений инфекции. Так, например, симптомы могут быть идентифицированы как острый ринит, риносинусит, фарингит, ларингит или бронхит. Нередко к клинической картине добавляются симптомы общей интоксикации: боли в мышцах, слабость, быстрая утомляемость, головная боль и снижение аппетита [12]. В 50% случаев ОРВИ манифестирует с болей в горле и слабости, в дальнейшем присоединяются симптомы заложенности носа и ринореи, а у 40% пациентов появляется кашель. У детей нередко боли в горле сменяются риносинуситом с развитием отита или бронхита, проявляющегося сухим кашлем [12]. Симптоматика максимально выражена в течение первых 2–4 дней, полностью разрешается у взрослых к 7–10 дню, однако кашель может сохраняться до 3 нед. [13].

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Проводить дифференциальную диагностику ОРВИ, вызываемых различными вирусами, на основании клинических симптомов практически невозможно, а лабораторная диагностика клинически неоправдана в связи с одинаковым подходом к симптоматическому лечению ОРВИ любого генеза и быстрым его разрешением. В редких случаях проводят культивирование вируса, полученного при смывах из полости носа, или его идентификацию методами иммуноферментного или радиоиммунного анализа. Тем не менее клиническая картина гриппа чаще всего выделяется быстро развивающимися при этом заболевании системными реакциями и нарастающей интоксикацией. Грипп отличается более тяжелым течением и большей вероятностью развития серьезных осложнений и нарушений со стороны жизненно важных органов по сравнению с ОРВИ. В связи с этим его раннее выявление подразумевает активное динамическое наблюдение и одновременное назначение противовирусной и патогенетической терапии. Особенности клинической картины гриппа и ОРВИ представлены в *таблице*.

В некоторых случаях могут возникнуть трудности при дифференциальной диагностике аллергического ринита и ОРВИ. Хотя симптомы могут быть схожими, для аллергического ринита характерна сезонность, отсутствие боли в горле. В случаях, когда боль в горле является доминирующим симптомом, необходимо исключить стрептококко-

- **Таблица.** Клинические симптомы ОРВИ и гриппа
- **Table.** Clinical symptoms of ARVI and influenza

Клинические симптомы	ОРВИ	Грипп
Кашель	Влажный и продуктивный	Сухой (но может быть и продуктивным)
Слезотечение и зуд в глазах	Часто	Редко
Фебрильная температура	Редко, но может наблюдаться у детей	Часто
Слабость, быстрая утомляемость	Характерна легкая слабость	Очень часто
Головная боль	Часто, обычно из-за боли в области околоносовых пазух	Часто
Боль в горле	Часто, обычно умеренно выражена	Редко
Боли в мышцах	Слабо выражены	Сильно выражены
Рвота/диарея	Не является симптомами ОРВИ	Редко, но может наблюдаться у детей
Развитие заболевания	Постепенное	Внезапное

вый фарингит (банальную ангину), требующий немедленного назначения антибактериальной терапии. С этой целью широко используется клиническая шкала Центора [14]. Сложности также возникают при диагностике острого синусита и ОРВИ. С практической точки зрения, чрезвычайно важно своевременно диагностировать острый бактериальный синусит и назначить адекватную антибактериальную терапию. При бактериальном синусите симптомы сохраняются более 10 дней, не наблюдается тенденции к их уменьшению, нередко происходит повторное ухудшение состояния после некоторого улучшения в течение первых 10 дней заболевания [15]. Боли в ухе могут быть одним из симптомов ОРВИ, особенно у детей, или указывать на развивающийся острый средний отит. В этих случаях целесообразно проводить отоскопию для определения состояния барабанной перепонки с последующей оценкой состояния пациента и назначением антибактериальной терапии или местного лечения в сочетании с активным динамическим наблюдением [16].

ПРОФИЛАКТИКА

Мытье рук является единственной эффективной мерой профилактики ОРВИ. Проведенные многочисленные исследования подтверждают, что мытье рук с мылом или обработка рук антисептиком значительно снижают риск заболевания ОРВИ. Эффективным также является ношение маски при контакте с заболевшими и в больших коллективах [17]. Протирание рук спиртсодержащими салфетками значительно уменьшает контаминацию рук бактериями и вирусами у медицинского персонала в больницах и поликлиниках, а использование антисептического мыла для мытья рук более эффективно по сравнению с обычным мылом [18].

ЛЕЧЕНИЕ

Антибактериальная терапия не оказывает положительного действия на течение ОРВИ, однако увеличивает вероятность развития побочных реакций [19]. Тем не менее в силу схожего течения бактериальных инфекций и ОРВИ клиницисты порой склоняются к назначению антибактериальной терапии в сложных случаях. Однако отсрочка назначения антибиотиков и продолжение динамического наблюдения в спорных случаях, по данным N. Ivers и соавт., приводила к уменьшению назначаемой антибактериальной терапии с 93% до 32% случаев [20].

Уменьшение выраженности симптомов при ОРВИ достигается применением топических деконгестантов, а также комбинированных препаратов, содержащих деконгестанты и антигистаминные средства, для перорального применения [21]. Препараты этой группы уменьшают отечность слизистой оболочки полости носа, улучшают дренажную функцию естественных соустьев околоносовых пазух и функцию слуховой трубы, предотвращая развитие синуситов и отитов, однако имеют ряд побочных эффектов. Так, системные деконгестанты могут повышать артериальное давление и уровень глюкозы крови, вызывать аритмию, головную боль, головокружение и бессонницу. Длительное применение местных сосудосуживающих препаратов может вызвать медикаментозный ринит [22].

К сопутствующей терапии при ОРВИ относятся также топические глюкокортикостероиды и ирригационная терапия. По данным систематических обзоров, топические стероиды уменьшают заложенность носа, способствуя восстановлению естественного дыхания и облегчая состояние пациентов при остром риносинусите. Среди побочных эффектов их применения в небольшом количестве случаев встречаются носовые кровотечения, головная боль и зуд в носу [23]. Орошение солевыми растворами положительно влияет на мукоцилиарный клиренс, уменьшает выраженность симптомов заболевания, улучшая тем самым качество жизни пациентов [24].

В клинической практике для достижения жаропонижающего, обезболивающего и противовоспалительного эффекта при ОРВИ используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Однако наибольшее распространение в настоящее время получил парацетамол, обладающий выраженным жаропонижающим и обезболивающим действием и превосходящий по безопасности ацетилсалициловую кислоту, метамизол и ибупрофен [25].

Кашель является частым симптомом ОРВИ, нередко сохраняющимся дольше других симптомов и доставляющим пациентам наибольшее беспокойство. В амбулаторной практике в зависимости от характера кашля применяются противокашлевые или отхаркивающие препараты. Противокашлевые средства подавляют кашлевой рефлекс и показаны исключительно при сухом мучительном кашле. Предпочтение отдается ненаркотическим противокашлевым препаратам, не вызывающим привыкания [26]. Среди отхаркивающих препаратов, назначае-

мых при влажном продуктивном кашле, выделяют следующие группы по механизму действия: муколитики, мукогидратанты, мукорегуляторы, поверхностно-активные и разжижающие вещества, отхаркивающие мукокинетики [27]. Одним из эффективных отхаркивающих средств комбинированного действия является Геделикс®. Этот препарат растительного происхождения оказывает отхаркивающее, муколитическое и спазмолитическое действие, обусловленное наличием сапонинов плюща, усиливающих перистальтику бронхиол за счет стимуляции гастропульмонарного рефлекса, благодаря чему активизируется продвижение мокроты из нижних отделов дыхательных путей и ее эвакуация [28]. Высокая востребованность препарата Геделикс® объясняется не только его доказанной эффективностью в борьбе с кашлем, но также удобством применения и возможностью использования пациентами разных возрастных групп. Этот безрецептурный препарат представлен в виде двух лекарственных форм: капли для приема внутрь (50 мл) и сироп (100 мл). Геделикс® может назначаться не только взрослым, но и детям начиная с 2 лет (капли для приема внутрь) или с рождения (сироп от кашля). Взрослым и подросткам Геделикс® рекомендуется принимать неразбавленным. Грудным и маленьким детям препарат целесообразно давать разбавленным в небольшом количестве воды [29]. Длительность применения препарата зависит от тяжести заболевания, но должна составлять не менее 7 дней. Важно отметить, что Геделикс® не содержит спирта и сахара, что существенно расширяет его показания к применению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приводим *клинический пример* ведения пациента с ОРВИ.

Пациентка М., 53 года, обратилась к врачу общей практики в поликлинике по месту жительства с жалобами на слабость, головную боль, заложенность носа, нарушение носового дыхания, боли в горле, осиплость и кашель. Анамнез заболевания: першение и боли в горле отметила за 2 дня до приема, появилась заложенность носа, слабость, повышение температуры тела до 37,1 °С. Самостоятельно лечилась парацетамолом. На второй день отметила ухудшение самочувствия: появление головной боли и кашля, усиление заложенности носа, в связи с чем обратилась к врачу. Анамнез жизни: страдает желчнокаменной болезнью, вне обострения. Аллерго-анамнез: отек Квинке на сульфаниламидах. Эпидемиологический анамнез: накануне настоящего заболевания на работе общалась с коллегой с катаральными явлениями (насморк, боли в горле). При осмотре общее состояние удовлетворительное. В сознании, контактна. Общезлобовидной и менингеальной симптоматики нет. Температура тела 37,0 °С. Лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание через нос затруднено. Определяется слизистое отделяемое из носа. Слизистая глотки гиперемирована, имеется гипертрофия лимфоидных гранул на задней стенке глотки, налетов на миндалинах нет. Наблюдается

осиплость, одышки в покое и при движении нет. При непрямой ларингоскопии слизистая умеренно гиперемирована, голосовые складки бледно-розовые, пастозные. Голосовая щель на вдохе 1,3 см. Частота дыхания 18 в минуту. В легких дыхание ослаблено, хрипов нет. Пульс ритмичный, частота 80 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. АД 130/90 мм рт. ст. Живот не напряжен, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Предварительный диагноз: ОРВИ, острый ринофаринголарингит.

Пациентке был рекомендован домашний режим, оформлен лист нетрудоспособности на 3 дня. Рекомендовано обильное питье и медикаментозная терапия. Медикаментозная терапия включала следующие препараты: 1) деконгестант по 2–3 впрыскивания в каждый носовой ход 2 р/сут в течение 3–5 дней для снятия отека слизистой оболочки полости носа и улучшения эвакуации отделяемого из синусов; 2) элиминационная терапия: промывание полости носа изотоническими солевыми растворами 3 р/сут в течение 3–4 дней для механической санации полости носа с целью улучшения функции реснитчатого эпителия и разгрузки естественных соустьев околоносовых пазух и слуховой трубы; 3) Геделикс® внутрь по 3 мерные ложки (5 мл) 3–4 р/сут после еды. Этот препарат растительного происхождения, содержащий экстракт листьев плюща, обладает спазмолитическим, муколитическим и отхаркивающим действием, что положительно сказывается на динамике лечения ларингита; 4) полоскание горла отваром ромашки 3 р/сут в течение 5 дней; 5) при повышении температуры парацетамол до 4 г/сут.

Общий анализ крови в день обращения: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – $4,8 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,9, тромбоциты – 254×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 37%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 48%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч. Отмечается лимфоцитоз, что характерно для активно протекающей вирусной инфекции. Общий анализ мочи в день обращения: цвет – соломенно-желтый. Прозрачность – полная. Относительная плотность – 1004. Реакция – кислая. Белок отсутствует. Глюкоза – не обнаружено. Бактерии отсутствуют. Эритроциты – 1–2 в п/з. Лейкоциты – 2–3 в п/з. Эпителий плоский – немного.

Пациентка М. явилась на повторный прием через 3 дня. Она отметила улучшение самочувствия, нормализацию температуры тела. Головная боль и боль в горле не беспокоят. Заложенность носа значительно уменьшилась, насморк не беспокоит. Сохраняется малопродуктивный кашель. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. При фарингоскопии слизистая глотки умеренно гиперемирована, налетов нет. Рекомендовано продолжить прием препарата Геделикс® по 5 мл 3 р/сут до 7 дней, полоскание горла отваром ромашки 2 р/сут до 5–7 дней. Листок нетрудоспособности закрыт.



Поступила / Received 10.09.2019
Отрецензирована / Review 28.09.2019
Принята в печать / Accepted 01.10.2019

Список литературы

- Nichol K.L., D'Heilly S., Ehlinger E. Colds and influenza-like illnesses in university students: impact on health, academic and work performance, and health care use. *Clin Infect Dis*. 2005;40(9):1263-1270. doi: 10.1086/429237.
- Sethi S. Infection as a comorbidity of COPD. *Eur Respir J*. 2010;35(6):1209-1215. doi: 10.1183/09031936.00081409.
- Bizzintino J., Lee W.M., Laing I.A., Yang F., Pappas T., Zhang G., Martin A.C., Khoo S.K., Cox D.W., Geelhoed G.C., McMinn P.C., Goldblatt J., Gern J.E., Le Souëf P.N. Association between human rhinovirus C and severity of acute asthma in children. *Eur Respir J*. 2011;37(5):1037-1042. doi: 10.1183/09031936.00092410.
- Royston L., Tapparel C. Rhinoviruses and Respiratory Enteroviruses: Not as Simple as ABC. *Viruses*. 2016;8(1). pii: E16. doi: 10.3390/v8010016.
- Kardos P., Malek F.A. Common Cold – an Umbrella Term for Acute Infections of Nose, Throat, Larynx and Bronchi. *Pneumologie*. 2017;71(4):221-226. doi: 10.1055/s-0042-116112.
- Palmenberg A.C., Spiro D., Kuzmickas R., Wang S., Djikeng A., Rathe J.A., Fraser-Liggett C.M., Liggett S.B. Sequencing and analyses of all known human rhinovirus genomes reveal structure and evolution. *Science*. 2009;324(5923):55-59. doi: 10.1126/science.1165557.
- Селькова Е.П., Гренкова Т.А., Гудова Н.В., Оганесян А.С. Итоги эпидсезона 2017/18 гг. по гриппу и острой респираторной вирусной инфекции. Особенности этиотропной терапии. *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2018;(11):49-53. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/infektsiya/Itoqi_epidsezona_201718_gg_pogrippu_iostroy_respiratornoy_virusnoy_infekcii_Osobennosti_etiotropnoy_terapii.
- Allen L.V. Colds & cough. *Int J Pharm Compd*. 2012;16(6):480-483. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23259364>.
- Arroll B. Common cold. *BMJ Clin Evid*. 2011;2011. pii: 1510. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21406124>.
- Thompson M., Vodicka T.A., Blair P.S., Buckley D.I., Heneghan C., Hay A.D.; TARGET Programme Team. Duration of symptoms of respiratory tract infections in children: systematic review. *BMJ*. 2013;347:f7027. doi: 10.1136/bmj.f7027.
- Grief S.N. Upper respiratory infections. *Prim Care*. 2013;40(3):757-770. doi: 10.1016/j.pop.2013.06.004.
- Rohilla A., Sharma V., Kumar S. Upper respiratory tract infections: an overview. *Int J Curr Pharm Res*. 2013;5:1-3. <https://innovareacademics.in/journal/ijcpr/Issues/Vol5Issue3/712.pdf>.
- Eccles R. Mechanisms of symptoms of common cold and flu. In: Eccles R., Weber O. (eds.). *Common Cold*. Basel: Birkhäuser; 2009:23-45. Available at: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-7643-9912-2_2.
- Fine A.M., Nizet V., Mandl K.D. Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. *Arch Intern Med*. 2012;172(11):847-852. doi: 10.1001/archinternmed.2012.950.
- Rosenfeld R.M., Piccirillo J.F., Chandrasekhar S.S., Brook I., Ashok Kumar K., Kramper M., Orlandi R.R., Palmer J.N., Patel Z.M., Peters A., Walsh S.A., Corrigan M.D. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;152(2 Suppl):S1-S39. doi: 10.1177/0194599815572097.
- Atkinson H., Wallis S., Coatesworth A.P. Acute otitis media. *Postgrad Med*. 2015;127(4):386-390. doi: 10.1080/00325481.2015.1028872.
- Aiello A.E., Murray G.F., Perez V., Coulborn R.M., Davis B.M., Uddin M., Shay D.K., Waterman S.H., Monto A.S. Mask use, hand hygiene, and seasonal influenza-like illness among young adults: a randomized intervention trial. *J Infect Dis*. 2010;201(4):491-498. doi: 10.1086/650396.
- Bolon M.K. Hand Hygiene: An Update. *Infect Dis Clin North Am*. 2016;30(3):591-607. doi: 10.1016/j.idc.2016.04.007.
- Kenealy T., Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(6):CD000247. doi: 10.1002/14651858.CD000247.pub3.
- Ivers N., Arroll B., Allan G.M. Delayed antibiotic prescriptions for URTIs. *Can Fam Physician*. 2011;57:1287. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/212485551>.
- Fashner J., Ericson K., Werner S. Treatment of the common cold in children and adults. *Am Fam Physician*. 2012;86(2):153-159. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22962927>.
- Meltzer E.O., Caballero F., Fromer L.M., Krouse J.H., Scadding G. Treatment of congestion in upper respiratory diseases. *Int J Gen Med*. 2010;3:69-91. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20463825>.
- Zalmanovici Trestioreanu A., Yaphe J. Intranasal steroids for acute sinusitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(12):CD005149. doi: 10.1002/14651858.CD005149.pub4.
- Eccles R., Winther B., Johnston S.L., Robinson P., Trampisch M., Koelsch S. Efficacy and safety of iota-carrageenan nasal spray versus placebo in early treatment of the common cold in adults: the LICCC trial. *Respir Res*. 2015;16:121. doi: 10.1186/s12931-015-0281-8.
- Kim S.Y., Chang Y.J., Cho H.M., Hwang Y.W., Moon Y.S. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3):CD006362. doi: 10.1002/14651858.CD006362.pub2.
- Irwin R.S., French C.L., Chang A.B., Altman K.W., CHEST Expert Cough Panel. Classification of Cough as a Symptom in Adults and Management Algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2018;153(1):196-209. doi: 10.1016/j.chest.2017.10.016.
- Захарова И.Н., Дмитриева Ю.А. Эффективность муколитических препаратов при кашле у детей. *Consilium Medicum. Педиатрия. (Прил.)* 2009;(03):72-77. Режим доступа: <https://con-med.ru/magazines/pediatrics/pediatrics-03-2009/>
- Holzinger F., Chenot J.F. Systematic Review of Clinical Trials Assessing the Effectiveness of Ivy Leaf (*Hedera Helix*) for Acute Upper Respiratory Tract Infections. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2011;2011:382789. doi: 10.1155/2011/382789.
- Прожерина Ю. Растительные средства для лечения кашля: эффективность, доказанная веками. *Ремедиум*. 2019;(1-2):27-30. doi: 10.21518/1561-5936-2019-1-2-27-30.

References

- Nichol K.L., D'Heilly S., Ehlinger E. Colds and influenza-like illnesses in university students: impact on health, academic and work performance, and health care use. *Clin Infect Dis*. 2005;40(9):1263-1270. doi: 10.1086/429237.
- Sethi S. Infection as a comorbidity of COPD. *Eur Respir J*. 2010;35(6):1209-1215. doi: 10.1183/09031936.00081409.
- Bizzintino J., Lee W.M., Laing I.A., Yang F., Pappas T., Zhang G., Martin A.C., Khoo S.K., Cox D.W., Geelhoed G.C., McMinn P.C., Goldblatt J., Gern J.E., Le Souëf P.N. Association between human rhinovirus C and severity of acute asthma in children. *Eur Respir J*. 2011;37(5):1037-1042. doi: 10.1183/09031936.00092410.
- Royston L., Tapparel C. Rhinoviruses and Respiratory Enteroviruses: Not as Simple as ABC. *Viruses*. 2016;8(1). pii: E16. doi: 10.3390/v8010016.
- Kardos P., Malek F.A. Common Cold – an Umbrella Term for Acute Infections of Nose, Throat, Larynx and Bronchi. *Pneumologie*. 2017;71(4):221-226. doi: 10.1055/s-0042-116112.
- Palmenberg A.C., Spiro D., Kuzmickas R., Wang S., Djikeng A., Rathe J.A., Fraser-Liggett C.M., Liggett S.B. Sequencing and analyses of all known human rhinovirus genomes reveal structure and evolution. *Science*. 2009;324(5923):55-59. doi: 10.1126/science.1165557.
- Se'l'kova E.P., Grenkova T.A., Gudova N.V., Oganesyanyan A.S. Results of 2017/18 epidemiological influenza and ARVI season. Features of etiologic therapy. *RMZH. Meditsinskoe obozrenie = RMJ*. 2018;(11):49-53. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/infektsiya/Itoqi_epidsezona_201718_gg_pogrippu_iostroy_respiratornoy_virusnoy_infekcii_Osobennosti_etiotropnoy_terapii.
- Allen L.V. Colds & cough. *Int J Pharm Compd*. 2012;16(6):480-483. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23259364>.
- Arroll B. Common cold. *BMJ Clin Evid*. 2011;2011. pii: 1510. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21406124>.
- Thompson M., Vodicka T.A., Blair P.S., Buckley D.I., Heneghan C., Hay A.D.; TARGET Programme Team. Duration of symptoms of respiratory tract infections in children: systematic review. *BMJ*. 2013;347:f7027. doi: 10.1136/bmj.f7027.
- Grief S.N. Upper respiratory infections. *Prim Care*. 2013;40(3):757-770. doi: 10.1016/j.pop.2013.06.004.
- Rohilla A., Sharma V., Kumar S. Upper respiratory tract infections: an overview. *Int J Curr Pharm Res*. 2013;5:1-3. <https://innovareacademics.in/journal/ijcpr/Issues/Vol5Issue3/712.pdf>.
- Eccles R. Mechanisms of symptoms of common cold and flu. In: Eccles R., Weber O. (eds.). *Common Cold*. Basel: Birkhäuser; 2009:23-45. Available at: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-7643-9912-2_2.
- Fine A.M., Nizet V., Mandl K.D. Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. *Arch Intern Med*. 2012;172(11):847-852. doi: 10.1001/archinternmed.2012.950.
- Rosenfeld R.M., Piccirillo J.F., Chandrasekhar S.S., Brook I., Ashok Kumar K., Kramper M., Orlandi R.R., Palmer J.N., Patel Z.M., Peters A., Walsh S.A., Corrigan M.D. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;152(2 Suppl):S1-S39. doi: 10.1177/0194599815572097.
- Atkinson H., Wallis S., Coatesworth A.P. Acute otitis media. *Postgrad Med*. 2015;127(4):386-390. doi: 10.1080/00325481.2015.1028872.
- Aiello A.E., Murray G.F., Perez V., Coulborn R.M., Davis B.M., Uddin M., Shay D.K., Waterman S.H., Monto A.S. Mask use, hand hygiene, and seasonal influenza-like illness among young adults: a randomized intervention trial. *J Infect*

- Dis.* 2010;201(4):491-498. doi: 10.1086/650396.
18. Bolon M.K. Hand Hygiene: An Update. *Infect Dis Clin North Am.* 2016;30(3):591-607. doi: 10.1016/j.idc.2016.04.007.
 19. Kenealy T., Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(6):CD000247. doi: 10.1002/14651858.CD000247.pub3.
 20. Ivers N., Arroll B., Allan G.M. Delayed antibiotic prescriptions for URTIs. *Can Fam Physician* 2011;57:1287. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12485551>.
 21. Fashner J., Ericson K., Werner S. Treatment of the common cold in children and adults. *Am Fam Physician.* 2012;86(2):153-159. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/22962927>.
 22. Meltzer E.O., Caballero F., Fromer L.M., Krouse J.H., Scadding G. Treatment of congestion in upper respiratory diseases. *Int J Gen Med.* 2010;3:69–91. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20463825>.
 23. Zalmanovici Trestioreanu A., Yaphe J. Intranasal steroids for acute sinusitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(12):CD005149. doi: 10.1002/14651858.CD005149.pub4.
 24. Eccles R., Winther B., Johnston S.L., Robinson P., Trampisch M., Koelsch S. Efficacy and safety of iota-carrageenan nasal spray versus placebo in early treatment of the common cold in adults: the ICICC trial. *Respir Res.* 2015;16:121. doi: 10.1186/s12931-015-0281-8.
 25. Kim S.Y., Chang Y.J., Cho H.M., Hwang Y.W., Moon Y.S. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):CD006362. doi: 10.1002/14651858.CD006362.pub2.
 26. Irwin R.S., French C.L., Chang A.B., Altman K.W., CHEST Expert Cough Panel. Classification of Cough as a Symptom in Adults and Management Algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest.* 2018;153(1):196–209. doi: 10.1016/j.chest.2017.10.016.
 27. Zaharova I.N., Dmitrieva Ju.A. Efficacy of mucolytics in children's cough. *Consilium Medicum. Pediatriya. (Pril.) = Pediatrics – suppl. Consilium Medicum.* 2009;(03):72-77. (In Russ.) Available at: <https://con-med.ru/magazines/pediatrics/pediatrics-03-2009/>
 28. Holzinger F., Chenot J.F. Systematic Review of Clinical Trials Assessing the Effectiveness of Ivy Leaf (Hedera Helix) for Acute Upper Respiratory Tract Infections. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2011;2011:382789. doi: 10.1155/2011/382789.
 29. Prozherina J. Herbal medicine for cough: centuries-old efficacy. *Remedium.* 2019;(1-2):27-30. (In Russ.) doi: 10.21518/1561-5936-2019-1-2-27-30.

Информация об авторах:

Дербенева Мария Львовна, к.м.н., врач-оториноларинголог, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова Департамента здравоохранения города Москвы»; 119049, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 8; e-mail: mlderbeneva@mail.ru

Гусева Александра Леонидовна, к.м.н., доцент, кафедра оториноларингологии лечебного факультета, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1; e-mail: alexandra.guseva@gmail.com

Information about the authors:

Mariya L. Derbeneva, Cand. of Sci.(Med.), Otorhinolaryngologist, State Budget Healthcare Institution of Moscow «Pirogov City Clinical Hospital No. 1 of Moscow Healthcare Department»; 8 Leninsky Prospect, Moscow, 119049, Russia; e-mail: mlderbeneva@mail.ru

Aleksandra L. Guseva, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor, Chair for Otorhinolaryngology of General Medicine Faculty, Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «Pirogov Russian National Research Medical University», Ministry of Health of the Russian Federation; 1 Ostrovityanova St., Moscow, 117997, Russia; e-mail: alexandra.guseva@gmail.com