

Российские клинические рекомендации «Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых» (2021): что нового для практического врача?

Н.Б. Лазарева, <https://orcid.org/0000-0001-6528-1585>, natalia.lazareva@gmail.com

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Резюме

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – наиболее распространенные болезни дыхательных путей, имеющие значимую долю в структуре временной нетрудоспособности жителей России. Основными целями терапии ОРВИ и гриппа являются улучшение качества жизни пациента и профилактика осложнений, что достигается за счет сочетания этиотропной противовирусной и симптоматической терапии. В практической работе врачам общей практики важно знать принципы лечения инфекционных заболеваний респираторного тракта. В задачи терапии входит снижение вирусной нагрузки, достижение бронхо- и муколитического эффектов, уменьшение проявлений интоксикации и улучшение качества жизни пациента (купирование симптомов), профилактика осложнений. Рекомендуется начинать лечение ОРВИ и гриппа препаратами с прямым противовирусным действием в течение первых 48 ч после клинической манифестации болезни. С целью улучшения качества жизни приоритетным представляется назначение комбинированных лекарственных препаратов, использование которых представляется более удобным, чем монокомпонентных, и достаточно безопасным для пациентов. При этом важно помнить, что иммуномодулирующие средства после манифестации заболевания неэффективны. Отечественные и международные клинические рекомендации при ОРВИ и гриппе предписывают назначение симптоматических средств, однако их профилактическое применение недопустимо. Симптоматическое лечение является приоритетным в терапии и позволяет облегчить общее состояние, ускорить выздоровление и улучшить качество жизни пациентов, предоставляет врачу запас времени для постановки точного диагноза и назначения этиотропной терапии. Комбинированное средство, включающее аналгетический/жаропонижающий компонент парацетамол, антигистаминный фенирамин и деконгестант фенилэфрин, воздействует на все основные клинические симптомы ОРВИ. Назначение данной комбинации оптимально с точки зрения эффективности и безопасности.

Ключевые слова: острая респираторная вирусная инфекция, противовирусные лекарственные препараты, нестероидные противовоспалительные средства, парацетамол, симптоматическая терапия

Для цитирования: Лазарева Н.Б. Российские клинические рекомендации «Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых» (2021): что нового для практического врача? *Медицинский совет*. 2023;17(4):116–123. <https://doi.org/10.21518/ms2022-033>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Russian clinical guidelines “Acute respiratory viral infections (ARVI) in adults” (2021): what’s new for a practitioner?

Natalia B. Lazareva, <https://orcid.org/0000-0001-6528-1585>, enatalia.lazareva@gmail.com

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia

Abstract

Acute Respiratory Viral Infections (ARI) are the most common respiratory diseases. The main purposes of ARI and influenza therapy are to improve the quality of life of the patient and prevent complications, which can be achieved by combining antiviral and symptomatic therapy. It is important for general practitioners to know the principles of respiratory tract infectious disease treatment. The principles of the therapy include reduction of viral load, broncho- and mucolytic effects and improvement of the patient's quality of life (reductions in symptoms), prevention of complications. It is recommended to start treatment with antiviral drugs for the first 48 hours after the clinical manifestation of the disease. To improve the quality of life, the prescription of combination medicines is a priority. The use of combined drugs is more convenient than mono-component drugs and safe for patients. It is important to bear in mind that, that immunomodulating agents after a manifestation of the disease are not effective. Local and international clinical recommendations prescribe the use of symptomatic agents for ARI and influenza, but their preventive use is not permitted. Symptomatic treatment is a priority and makes it possible to relieve the general condition, accelerate recovery and improve the quality of life of patients, and gives the doctor time to make an

accurate diagnosis and prescribe ethiotropic therapy. The combined drugs, including the analgesic/antipyretic component paracetamol, antihistamine phenylamine and decongestant phenylephrine, relieve the main clinical symptoms of ARI. The purpose of this combination is optimal from the point of view of efficiency and safety.

Keywords: acute respiratory viral infections, antiviral drugs, non-steroidal anti-inflammatory drugs, paracetamol, symptomatic therapy

For citation: Lazareva N.B. Russian clinical guidelines "Acute respiratory viral infections (ARVI) in adults" (2021): what's new for a practitioner? *Meditsinskiy Sovet*. 2023;17(4):116–123. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2022-033>.

Conflict of interest: the author declares no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

В клинической практике существует собирательное понятие «острые респираторные вирусные инфекции» (ОРВИ), которое включает ряд заболеваний преимущественно верхних дыхательных путей вирусной этиологии. Возбудители ОРВИ, исключая грипп, – представители семейств вирусов, геном которых представлен молекулой РНК (рибонуклеиновой кислоты): пневмовирусы – респираторно-синцитиальный вирус (Human respiratory syncytial virus) и метапневмовирус человека (Human metapneumovirus), парамиксовирусы – 4 вида (1–4) вирусов парагриппа (Human parainfluenza virus 1–4), коронавирусы – Human Coronavirus 229E, Human Coronavirus OC43, Human Coronavirus NL63, Human Coronavirus HKU1 и пикорнавирусы – риновирусы (rhinovirus) вида А, В, С, и двух семейств вирусов, геном которых представлен молекулой ДНК (дезоксирибонуклеиновой кислоты): аденовирусы (Human mastadenovirus) вида В, С, Е, парвовирусы – бокавирус человека (Human bocavirus) [1]. Все вышеперечисленные вирусы вызывают ОРВИ среди всех возрастных групп, за исключением бокавируса человека, инфицирующего только детей. Наиболее часто возбудителями респираторных заболеваний являются риновирусы (25–40% всех ОРВИ), коронавирусы и вирусы парагриппа. Реже встречаются респираторно-синцитиальный вирус, аденовирусы и реовирусы. Возможно сочетание (микст-инфекция) различных возбудителей, в т. ч. присоединение бактериальной инфекции [2].

Характеристика острых респираторных вирусных заболеваний

Этиология и патогенез. Заболевания, вызываемые различными этиологическими агентами, объединяет общность механизмов путей передачи, многих стадий и особенностей патогенеза, а также клинических проявлений.

Основные стадии патогенеза ОРВИ:

- адгезия и внедрение возбудителя в клетки эпителия дыхательных путей и его репродукция;
- формирование интоксикационного синдрома и токсико-аллергических реакций;
- развитие воспалительного процесса в дыхательной системе;
- обратное развитие инфекционного процесса, формирование иммунитета.

Характер течения инфекционного процесса определяется сложной системой защитно-приспособительных

реакций макроорганизма, направленных на ограничение репродукции вирусов и их элиминацию. Во время и после перенесенной ОРВИ имеет место истощение местного и общего иммунитета, формируется иммуносупрессия, и ослабленный организм становится особенно подверженным другим видам инфекции, в частности бактериальным.

Эпидемиология. ОРВИ имеют значительную долю в структуре заболеваемости человечества и занимают лидирующее место среди инфекционных заболеваний. В России число ежегодно болеющих ОРВИ и гриппом достигает более 30 млн чел., а ежегодный суммарный экономический ущерб от ОРВИ оценивается в 40 млрд руб., составляя около 80% ущерба от всех инфекционных болезней и достигая 90% и выше в структуре инфекционной заболеваемости. В среднем взрослый человек переносит от 2 до 4 простуд в течение года, ребенок болеет от 6 до 9 раз. Важно отметить, что ОРВИ в некоторых случаях могут привести к летальному исходу. По данным различных авторов, тяжелое течение и летальные исходы наблюдались при различных ОРВИ (аденовирусного заболевания, парагриппа, респираторно-синцитиальной инфекции), протекавших в виде как моно-, так и микст-инфекции [3].

Кроме того, около 80% случаев обострения бронхиальной астмы и 20–60% хронической обструктивной болезни легких провоцируются острыми респираторными инфекциями. С ними ассоциированы 3,9 млн смертей в мире ежегодно, с ОРВИ сопряжены 30–50% случаев внебольничных пневмоний, по данным разных авторов [4].

Клиническая картина. Инкубационный период при ОРВИ, вызванных наиболее распространенными инфекционными агентами, составляет от 1 до 14 суток. Заболевание, как правило, начинается остро с появления синдрома интоксикации (повышения температуры тела до субфебрильных или фебрильных цифр, общей слабости, головной боли, боли в мышцах и суставах), а также катарального (катарально-респираторного) синдрома – развития кашля, насморка, в некоторых случаях конъюнктивита (*табл. 1*) [5]. Возможно развитие лимфопролиферативного синдрома, который проявляется лимфаденопатией, реже развивается гепатомегалия (аденовирусная инфекция).

Специфическая лабораторная диагностика. Пациентам с симптомами ОРВИ рекомендовано проведение молекулярно-генетического исследования методом полимеразной цепной реакции на возбудителей ОРВИ (ОРВИ-скрин) на амбулаторном этапе по клинико-эпидемиологическим

- **Таблица 1.** Осложнения при острых респираторных вирусных инфекциях, вызванные активацией вторичной микрофлоры [5]
 ● **Table 1.** Complications of acute respiratory viral infections caused by activation of secondary microbiota [5]

Специфические осложнения	Осложнения, вызванные активацией вторичной бактериальной микрофлоры
Менингизм – повышение давления ликвора без выраженных изменений его состава	Острый синусит
Острая дыхательная недостаточность – чаще при парагриппе (при формировании ложного крупа)	Острый отит
Отек и набухание головного мозга (редко)	Острый бронхит
Инфекционно-токсический шок (редко)	Обострение хронических легочных заболеваний (хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы)
Респираторный дистресс-синдром взрослых. Характеризуется стремительным нарастанием признаков острой дыхательной недостаточности на высоте клинических проявлений инфекции	Пневмония (диагноз подтверждается при рентгенологическом исследовании легких)
Острая сердечно-сосудистая недостаточность (редко). Может протекать по типу преимущественно острой сердечной либо острой сосудистой недостаточности	–

показаниям (эпидемический очаг, тяжелое течение, пожилой возраст, угроза развития острого респираторного дистресс-синдрома), в стационаре – всем заболевшим [6]. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Дифференциальная диагностика. Необходимо дифференцировать ОРВИ, вызываемые риновирусами, аденовирусами, респираторно-синцитиальным вирусом, метапневмовирусами человека, вирусом парагриппа с гриппом и коронавирусной инфекцией COVID-19. Длительность инкубационного периода COVID-19 может колебаться от 2 до 14 дней, однако в среднем составляет 5–7 дней, тогда как длительность инкубационного периода гриппа и ОРВИ, как правило, не превышает 3 дней. При гриппе заболевание начинается резко, при COVID-19 и ОРВИ, как правило, постепенно. Как при COVID-19, так и при гриппе могут 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.

При проведении дифференциальной диагностики необходимо учитывать данные эпидемиологического анамнеза, клинические симптомы и их динамику. Во всех подозрительных случаях показано обследование на SARS-CoV-2 и возбудителей респираторных инфекций: вирусы гриппа типа А и В, парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, риновирусы, аденовирусы, человеческие метапневмовирусы (табл. 2) [5].

Фармакотерапия острых респираторных вирусных инфекций

Этиотропная (противовирусная) терапия. Пациентам с симптомами ОРВИ рекомендовано назначение противовирусных препаратов для прекращения репликации вирусов (уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств – 3). В настоящее время в России зарегистрировано около 100 иммуномодулирующих препаратов с противовирусным действием (ПВИМП) для терапии ОРВИ и гриппа (табл. 3) [5].

Назначение ПВИМП, противовирусных препаратов непрямого действия, индукторов интерферона и других иммуностропных препаратов при эпизодических легких ОРВИ не рекомендуется. Доказательная база эффективности этих препаратов при ОРВИ и гриппе недостаточна, по данной причине такие средства не одобрены к применению в Европе и США [7].

Симптоматическая терапия. Поскольку репликация вируса идет наиболее активно в первые сутки заболевания, воздействовать на нее оказывается возможным только при начале лечения в 1–2-й дни клинических проявлений, применение противовирусных препаратов позднее вторых суток от начала симптомов практически не дает эффекта. В практической жизни выжидательная тактика в начале клинических проявлений ОРВИ (реже гриппа) делает практически невозможной этиотропную терапию [8]. В повседневной клинической практике акцент в лечении ОРВИ делается на применении симптоматических лекарственных средств, направленных на ликвидацию основных проявлений заболевания.

В документах Всемирной организации здравоохранения представлены правила назначения симптоматической терапии¹:

- применять при наличии симптомов, а не с профилактической целью;
- регулярный (курсовой) прием жаропонижающих препаратов нежелателен;
- лечение пациентов, не входящих в группы повышенного риска, должно быть направлено на смягчение клинических проявлений, таких как высокая температура.

В качестве симптоматической терапии используется несколько классов лекарственных средств: жаропонижающие, обезболивающие, антигистаминные, витамины (табл. 4) [5].

Необходимо отметить особенность российских рекомендаций в части рекомендованных нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) диклофенака, парацетамола и ибупрофена. Международные рекомендации,

¹ World Health Organization. Cough and cold remedies for the treatment of acute respiratory infections in young children. 2001. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66856>.

● **Таблица 2.** Дифференциальная диагностика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций [5]
 ● **Table 2.** Differential diagnosis between influenza and other acute respiratory viral infections [5]

Признаки	Нозологическая форма					
	Птичий грипп	Сезонный грипп	Тяжелый острый респираторный синдром	Парагрипп	Респираторно-синтициальная инфекция	Аденовирусная инфекция
Возбудитель	Вирус гриппа А (H ₃ N ₂)	Вирусы гриппа: серотипы А, В, С	Коронавирус SARS	Вирусы парагриппа: 5 серотипов	Респираторно-синтициальный вирус	Аденовирусы: 49 серотипов
Инкубационный период, сутки	1–7, в среднем 3	От нескольких часов до 1,5 суток	2–7, иногда 10 суток	2–7, чаще 3–4	3–6	4–14
Начало	Острое	Острое	Острое	Постепенное	Постепенное	Постепенное
Течение	Острое	Острое	Острое	Подострое	Подострое, иногда затяжное	Затяжное, волнообразное
Ведущий клинический синдром	Интоксикация	Интоксикация	Дыхательная недостаточность	Катаральный	Катаральный, дыхательная недостаточность	Катаральный
Выраженность интоксикации	Сильная	Сильная	Сильная	Слабая или умеренная	Умеренная или слабая	Умеренная
Длительность интоксикации, сутки	7–12	2–5	5–10	1–3	2–7	8–10
Температура тела, °С	38 и выше	Чаще 39 и выше, но может быть субфебрильная	38 и выше	37–38, может длительно сохраняться	Субфебрильная, иногда нормальная	Фебрильная или субфебрильная
Катаральные проявления	Отсутствуют	Умеренно выражены, присоединяются позднее	Умеренно выражены, экссудация слабая	Выражены с первого дня течения заболевания. Осиплость голоса	Выражены, постепенно нарастают	Сильно выражены с постепенным течением заболевания
Ринит	Отсутствует	Затруднение носового дыхания, заложенность носа. Серозные, слизистые выделения	Возможен в начале заболевания	Затруднение носового дыхания, заложенность носа	Заложенность носа, не обильное серозное отделяемое	Обильное слизисто-серозное отделяемое, резкое затруднение
Кашель	Выраженный	Сухой, мучительный, надсадный, с болями за грудиной, на 3-и сутки влажный, до 7–10 суток течения	Сухой, умеренно выраженный	Сухой, лающий, может сохраняться длительное время (иногда до 12–21 суток)	Сухой приступообразный (до 3 нед.), сопровождающийся болями за грудиной	Влажный
Изменения слизистых оболочек	Отсутствуют	Слизистая оболочка глотки и миндалин синюшная, умеренно гиперемирована; инъекция сосудов	Слабая или умеренная гиперемия слизистых оболочек	Слабая или умеренная гиперемия зева, мягкого неба, задней стенки глотки	Слабая. Гиперемия слизистых оболочек	Умеренная гиперемия, гиперплазия фолликул и задней стенки глотки
Физикальные признаки поражения легких	Со 2–3-х суток течения заболевания	Отсутствуют, при наличии бронхита сухие рассеянные хрипы	С 3–5 суток течения заболевания часто выявляют признаки интерстициальной пневмонии	Отсутствуют	Рассеянные сухие и редко влажные среднепузырчатые хрипы, признаки пневмонии	Отсутствуют. При бронхите сухие рассеянные хрипы
Ведущий синдром респираторных поражений	Нижний респираторный синдром	Трахеит	Бронхит, острый респираторный дистресс-синдром	Ларингит, ложный круп, выявляют крайне редко	Бронхит, бронхиолит, возможен бронхоспазм	Ринофаринго-конъюнктивит и тонзиллит
Поражение глаз	Отсутствует	Инъекция сосудов склер	Редко	Отсутствует	Отсутствует	Конъюнктивит, кератит
Поражение других органов	Диарея, возможно поражение печени, почек, лейко-, лимфо-, тромбоцитопения	Отсутствует	Часто в начале заболевания развивается диарея	Отсутствует	Отсутствует	Могут быть экзантема, диарея

● **Таблица 3.** Этиотропная терапия острых респираторных вирусных инфекций согласно российским клиническим рекомендациям [5]

● **Table 3.** Etiotropic therapy of acute respiratory viral infections according to the Russian clinical guidelines [5]

Лекарственный препарат	Уровень убедительности рекомендаций (уровень достоверности доказательств)	Режим дозирования (лечебная схема)
Умифеновир подавляет <i>in vitro</i> вирусы гриппа А и В, включая высокопатогенные подтипы A(H ₃ N ₂) pdm09 и A(H ₃ N ₂) и вирусы других ОРВИ, взаимодействуя с гемагглютинином вируса и препятствуя слиянию липидной оболочки вируса и клеточных мембран (ингибитор фузии)	A (1)	200–800 мг/сут в 4 приема перорально, курс 5 дней
Эннисамия йодид индуктор интерферона	B (2)	500 мг 3 раза в сутки перорально, курс 5–7 дней
Риамилловир способствует подавлению синтеза вирусных РНК и репликации геномных фрагментов. Активное вещество является синтетическим аналогом оснований пуриновых нуклеозидов (гуанина)	B (3)	1 капс. (250 мг) 3 раза в день (суточная доза 750 мг) 5 дней, при необходимости – до 7 дней
Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты усиливает экспрессию интерфероновых рецепторов на клеточной мембране. Вызывает повышение уровня интерферона в крови до физиологической нормы, обладает противовоспалительной активностью	B (3)	90 мг 1 раз в день вне зависимости от приема пищи, длительность лечения 5–7 дней в зависимости от тяжести состояния
Кагоцел индуктор интерферонов	B (3)	перорально по 24 мг (2 таб.) 3 раза в сутки в первые 2 дня, затем по 12 мг (1 таб.) 3 раза в сутки в течение 2 дней (курсовая доза 216 мг, 18 таб.) до 4-го дня болезни или в течение 5–7 дней в период реконвалесценции
Тилорон индуктор интерферонов	C (5)	125 мг/сут в первые 2 дня лечения, затем по 125 мг каждые 48 ч
Меглюмина акридонацетат индуктор интерферонов	C (5)	4 табл. однократно на 1, 2, 4, 6, 8-е сутки (20 табл.)

* Уровень достоверности доказательств отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

** Уровень убедительности рекомендаций отражает не только степень уверенности в достоверности эффекта вмешательства, но и в том, что следование рекомендациям принесет больше пользы, чем вреда в конкретной ситуации.

как правило, не прописывают отдельной рекомендацией диклофенак вследствие слабовыраженного жаропонижающего эффекта и неоптимального профиля безопасности в отношении желудочно-кишечного тракта. Большинство международных рекомендаций предлагают предпочтительное использование парацетамола, ибупрофена и ацетилсалициловой кислоты [9].

Разнообразие симптомов ОРВИ определяет обширность списка симптоматических средств. Назначение каждого из них по отдельности оборачивается неудобством для пациента, наталкивается на психологический барьер, снижает приверженность к лечению и в итоге замедляет процесс выздоровления. Одним из решений данной проблемы явилось создание комбинированных лекарственных средств, позволяющих воздействовать на основные симптомы вирусной инфекции. Кроме удобства применения, комбинированные препараты обладают более низкой стоимостью, чем набор различных лекарственных средств.

Рецептура большинства комбинированных препаратов стандартная, позволяющая купировать гипертермию, болевой синдром, посредством системного деконгестанта (нередко в сочетании с антигистаминным препаратом) справляться с насморком, функции патогенетического средства чаще всего выполняет аскорбиновая кислота.

Основными требованиями, предъявляемыми к мультисимптомному средству, являются [10]:

- наличие в структуре не более трех активных ингредиентов из различных фармакологических групп и не более одного активного вещества из каждой фармакологической группы, применяемых для купирования симптомов ОРВИ;
- каждый активный ингредиент должен присутствовать в эффективной и безопасной концентрации;
- препарат должен использоваться только при наличии нескольких симптомов одновременно;
- выбор препарата основывается на соответствии конкретных симптомов инфекции наличию активных веществ в его составе.

Одним из наиболее удачных примеров в группе комбинированных лекарственных средств является препарат, в состав которого входят парацетамол (360/650/1000 мг в зависимости от лекарственной формы); фенилэфрина гидрохлорид 10 мг – устраняет аллергические симптомы, в умеренной степени оказывает седативный эффект, проявляет анти-мускариновую активность; фенирамина малеат 20 мг – оказывает умеренное сосудосуживающее действие, уменьшает отек и гиперемия слизистой оболочки полости носа; аскорбиновая кислота (50/100 мг в зависимости от лекарственной формы). С учетом состава препарат может

● **Таблица 4.** Симптоматическая терапия острых респираторных вирусных инфекций согласно российским клиническим рекомендациям [5]

● **Table 4.** Symptomatic therapy of acute respiratory viral infections according to the Russian clinical guidelines [5]

Фармакологическая группа	Лекарственные препараты	Уровень убедительности рекомендаций* (уровень достоверности доказательств**)	Комментарии
Нестероидные противовоспалительные средства	Диклофенак 25, 75–150 мг/сут перорально в 2–3 приема; 25–50 мг/мл внутримышечно до 3 раз в сутки, курс до 7 дней	C (5)	Назначение рекомендовано пациентам с гипертермией выше 38 °С, мышечными и суставными болями с жаропонижающей, болеутоляющей и противовоспалительной целью
	Ибупрофен перорально по 200–400 мг 3–4 раза в сутки в течение 3–10 дней (максимальная суточная доза – 1200 мг)	C (5)	–
	Парацетамол перорально по 1–2 табл. (500–1000 мг) до 4 раз в сутки (максимальная суточная доза – 4000 мг)	C (5)	–
Сосудосуживающие средства	Нафазолин, ксилометазолин, оксиметазолин интраназально, рекомендованная доза – 1–2 капли (по 1 впрыскиванию) – 3 раза в день не более 5 дней	C (4)	Рекомендуется местное применение сосудосуживающих средств пациентам с выраженным затруднением носового дыхания в комплексной терапии ринита, риносинусита для облегчения заложенности носа и восстановления проходимости слуховой трубы
Местные средства в виде полосканий, инсуффляций, ингаляций, таблеток и пастилок для рассасывания с целью уменьшения местного воспаления, выраженности болевого синдрома, профилактики вторичного инфицирования поврежденной слизистой ротоглотки	Цетилпиридиния хлорид, гексэтидин, лизоцим + пиридоксин, хлоргексидин, бензилдиметил, биклотимол, препараты йода, аммоний хлорид моногидрат	C (5)	–
Муколитические средства пациентам с бронхообструкцией и влажным кашлем для разжижения и улучшения отхождения мокроты	Ацетилцистеин внутри 200 мг, 600 мг/сут, перорально, курс до 5 дней. Бромгексин внутри по 8 мг (1–2 табл.) 3–4 раза в сутки. Амброксол внутри 30 мг, 90 мг/сут, курс до 5 дней. Амброксол + натрия глицирризинат (экстракт солодки) + тимьяна ползучего травы экстракт внутри 40 мл/сут (10 мл в 4 приема)	C (5)	–

* Уровень достоверности доказательств отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

** Уровень убедительности рекомендаций отражает не только степень уверенности в достоверности эффекта вмешательства, но и в том, что следование рекомендациям принесет больше пользы, чем вреда в конкретной ситуации.

применяться в качестве симптоматического лечения простудных заболеваний, гриппа и ОРВИ, сопровождающихся повышением температуры, болями в мышцах, головной болью, ознобом [11].

Лихорадка, головная боль и миалгии при ОРВИ требуют применения НПВС, которые, наряду с жаропонижающим действием, обладают анальгетическим эффектом.

Парацетамол, входящий в состав препарата, применяется на протяжении нескольких десятилетий. С 1963 г. после включения в Британскую фармакопею парацетамол широко используется в медицинской практике в качестве болеутоляющего и жаропонижающего средства. Препарат не обладает противовоспалительным эффектом и относится к группе анальгетиков-антипиретиков,

т. е. к препаратам, способным эффективно бороться с болью и лихорадкой любого происхождения. Выраженное анальгетическое действие препарата связано с его способностью накапливаться в центральной нервной системе, головном и спинном мозге и уменьшать образование простагландинов за счет ингибирования фермента циклооксигеназы (ЦОГ), контролирующего образование простагландинов из арахидоновой кислоты. Отсутствие ингибирующего эффекта в отношении ЦОГ-1 определяет незначительные риски ulcerогенного действия и диспепсии, что было показано в исследовании PAIN у пациентов с ОРВИ. В отличие от ацетилсалициловой кислоты и других групп НПВС, парацетамол не провоцирует бронхоспастические реакции, не оказывает значимого

повреждающего действия на слизистую оболочку желудка и может применяться даже пациентами с язвенной болезнью. В отличие от метамизола, парацетамол не обладает гематотоксическим действием и не имеет таких побочных эффектов, как агранулоцитоз, апластическая анемия. Парацетамол признан препаратом выбора в педиатрической практике. Его безопасность для беременных женщин подтверждена результатами исследования ALSPAC, включившего 12 104 пациентки [12]. Для парацетамола характерна высокая степень всасывания (от 30 мин до 2 ч), но она зависит от лекарственной формы (свечи, таблетки, саше, сироп). Высокая абсорбция вещества при пероральном приеме позволяет достичь эффекта, сопоставимого с таковым при парентеральном введении. С белками плазмы связывается 15% препарата. Парацетамол хорошо проникает через гематоэнцефалический барьер. Терапевтически эффективную концентрацию в плазме регистрируют при назначении препарата в разовой дозе 10–15 мг/кг [13].

Фенилэфрин – альфа-адреномиметик, уменьшает отек и гиперемия слизистой оболочки полости носа, но при этом оказывает различные кардиостимулирующие эффекты (влияет на артериальное давление, общее периферическое сопротивление сосудов, частоту сердечбиений и т. д.), в связи с чем применение у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями должно быть контролируемым и осторожным. Фенилэфрин всасывается из желудочно-кишечного тракта и подвергается первичному метаболизму в кишечнике и печени. Системное действие незначительно; пиковые концентрации при приеме внутрь достигаются через 45–120 мин; период полувыведения составляет 2–3 ч [14]. Фенирамина малеат влияет на H_1 -гистаминовые рецепторы, действует синергично с парацетамолом в отношении болевого симптома. Оказывает противоаллергическое действие, уменьшает заложенность носа и ринорею, слезотечение, чиханье, устраняет зуд носа, глаз. После приема внутрь максимальную концентрацию регистрируют через 1,5–2 ч; период полувыведения составляет 16–19 ч. Выводится преимущественно с мочой в неизмененном виде или в виде метаболитов. В Российской Федерации

фенирамина малеат присутствует только в составе комплексных средств [15].

Рекомендуется проведение дезинтоксикационной терапии всем пациентам с симптомами ОРВИ для купирования синдрома интоксикации:

- легкая и средняя степень тяжести – пероральная дезинтоксикация в объеме 2–3 л жидкости в сутки;
- средняя степень тяжести при лечении пациента в условиях стационара – инфузионная терапия: 800–1200 мл глюкозо-солевых растворов.

Не рекомендуется применение антибактериальных препаратов при неосложненных ОРВИ, в т. ч. при наличии ринита, конъюнктивита, затемнения синусов при рентгенографии, ларингита, крупа, бронхита и бронхообструктивного синдрома в течение до 10–14 дней во взрослой и детской практике (уровень доказательности C) [16].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основными целями терапии ОРВИ и гриппа являются улучшение качества жизни пациента и профилактика осложнений, что достигается за счет сочетания этиотропной противовирусной и симптоматической терапии. Иммуномодулирующие препараты после манифестации заболевания в большинстве случаев неэффективны. Оптимальным представляется использование комбинированных препаратов, обладающих жаропонижающим, обезболивающим, противоотечным и ангиопротекторным эффектом. Использование комбинированной лекарственной формы представляется более удобным, чем монокомпонентных препаратов, и при этом достаточно безопасным для пациентов. Применение комбинированных симптоматических препаратов, содержащих парацетамол, фенилэфрин, блокатор H_1 -гистаминовых рецепторов, способствует значительному улучшению приверженности пациентов терапии и их удовлетворенности лечением.



Поступила / Received 12.02.2022

Поступила после рецензирования / Revised 24.02.2022

Принята в печать / Accepted 18.02.2023

Список литературы / References

1. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. (ред.). *Инфекционные болезни: национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019. 1104 с. Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449127.html>. Yushchuk N.D., Vengerov Yu.Ya. (eds.). *Infectious diseases: national guidelines*. Moscow: GEOTAR-Media; 2019. 1104 p. (In Russ.) Available at: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449127.html>.
2. Булгакова В.А., Поромов А.А., Грекова А.И., Пшенничная Н.Ю., Селькова Е.П., Львов Н.И. и др. Фармакоэпидемиологическое исследование течения гриппа и других ОРВИ в группах риска. *Терапевтический архив*. 2017;89(1):62–71. <https://doi.org/10.17116/terarkh201789162-71>. Bulgakova V.A., Poromov A.A., Grekova A.I., Pshenichnaya N.Yu., Sel'kova E.P., Lvov N.I. et al. Pharmacoepidemiological study of the course of influenza and other acute respiratory viral infections in risk groups. *Terapevticheskii Arkhiv*. 2017;89(1):62–71. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/terarkh201789162-71>.
3. Grohskopf L.A., Sokolow L.Z., Broder K.R., Olsen S.J., Karron R.A., Jernigan D.B., Bresee J.S. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(5):1–54. <https://doi.org/10.15585/mmwr.r6505a1>.
4. Legand A., Briand S., Shindo N., Brooks A.W., de Jong M.D., Farrar J. et al. Addressing the public health burden of respiratory viruses: the Battle against Respiratory Viruses (BRAVe) Initiative. *Future Virol*. 2013;8(10):953–968. <https://doi.org/10.2217/fvl.13.85>.
5. Чуланов В.П., Горелов А.В., Малавин А.Г., Зайцев А.А., Малеев В.В., Арсланова Л.В. и др. *Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых: клинические рекомендации*. М.; 2021. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/724_1. Chulanov V.P., Gorelov A.V., Malyavin A.G., Zaitsev A.A., Maleev V.V., Arslanova L.V. et al. *Acute respiratory viral infections (ARVI) in adults: clinical guidelines*. Moscow; 2021. (In Russ.) Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/724_1.
6. Яцышина С.Б., Творогова М.Г., Шипулин Г.А., Малеев В.В. Лабораторная диагностика гриппа и других ОРВИ методом полимеразной цепной реакции. *Лабораторная служба*. 2017;6(3):238–267. <https://doi.org/10.17116/labs201763238-267>. Yatsyshina S.B., Tvorogova M.G., Shipulin G.A., Maleev V.V. Laboratory diagnosis of influenza and other acute respiratory viral infections by polymerase chain reaction. *Laboratory Service*. 2017;6(3):238–267. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/labs201763238-267>.

7. Van Driel M.L., Scheire S., Deckx L., Gevaert P., De Sutter A. What treatments are effective for common cold in adults and children? *BMJ*. 2018;363:k3786. <https://doi.org/10.1136/bmj.k3786>.
8. Позднякова М.Г., Ерофеева М.К. Комплексное лечение ОРВИ и гриппа. *Медицинский совет*. 2016;(15):58–61. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-15-58-61>.
Pozdnyakova M.G., Erofeeva M.K. Complex therapy of SARS and flu. *Meditsinskiy Sovet*. 2016;(15):58–61. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-15-58-61>.
9. Sexton D.J., McClain M.T. The common cold in adults: Treatment and prevention. *UpToDate*. 2021. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/the-common-cold-in-adults-treatment-and-prevention>.
10. 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*. 2015;(9):CD006362. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006362.pub4>.
11. Мартынов А.И., Малявин А.Г., Журавлева М.В., Болиева Л.З., Эсауленко Е.В., Бабак С.Л., Калюжин О.В. Консенсус экспертного совета РНМОТ «Улучшение результатов лечения инфекций дыхательных путей». *Профилактическая медицина*. 2019;22(4):144–151. <https://doi.org/10.17116/profmed201922041144>.
Martynov A.I., Malyavin A.G., Zhuravleva M.V., Bolieva L.Z., Esaulenko E.V., Babak S.L., Kalyuzhin O.V. Consensus of the Russian Scientific Medical Society of Therapists (RSMST) Expert Council 'Improving Treatment Outcomes of Respiratory Tract Infections'. *Profilakticheskaya Meditsina*. 2019;22(4):144–151. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/profmed201922041144>.
12. Little P., Moore M., Kelly J., Williamson I., Leydon G., McDermott L. et al. Ibuprofen, paracetamol, and steam for patients with respiratory tract infections in primary care: pragmatic randomised factorial trial. *BMJ*. 2013;347:f6041. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6041>.
13. Кукес В.Г., Андреев Д.А. *Клиническая фармакология*. М.; 2017. 1024 с. Kukes V.G., Andreev D.A. *Clinical pharmacology*. Moscow; 2017. 1024 p. (In Russ.).
14. Atkinson H.C., Stanescu I., Salem I.I., Potts A.L., Anderson B.J. Increased bioavailability of phenylephrine by co-administration of acetaminophen: results of four open-label, crossover pharmacokinetic trials in healthy volunteers. *Eur J Clin Pharmacol*. 2015;71(2):151–158. <https://doi.org/10.1007/s00228-014-1788-5>.
15. Цветков В.В. Комбинированные препараты в терапии острых респираторных вирусных инфекций: обзор результатов исследований. *Медицинский совет*. 2021;(4):205–211. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-4-205-211>.
Tsvetkov V.V. Combined drugs in the treatment of acute respiratory viral infections: a review of research results. *Meditsinskiy Sovet*. 2021;(4):205–211. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-4-205-211>.
16. Silverman M., Povitz M., Sontrop J.M., Li L., Richard L., Cejic S., Shariff S.Z. Antibiotic Prescribing for Nonbacterial Acute Upper Respiratory Infections in Elderly Persons. *Ann Intern Med*. 2017;166(11):765–774. <https://doi.org/10.7326/M16-1131>.

Информация об авторе:

Лазарева Наталья Борисовна, д.м.н., профессор кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; natalia.lazareva@gmail.com

Information about the author:

Natalia B. Lazareva, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Clinical Pharmacology and Propedeutics of Internal Diseases, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; natalia.lazareva@gmail.com