Akútne respiračné infekcie a ich priebeh v rozdielnych vekových kategóriách

Zverejnené: 1. októbra 2026 | Autor: PharmDr. Jana Michaličková



Označenie „respiračná infekcia“ nepomenúva len jednu diagnózu, ale celú skupinu ochorení s podobným klinickým obrazom a rozličnou príčinou. Pre lekárenskú prax má zmysel členiť ich podľa toho, ktorú časť dýchacích ciest zasahujú. K infekciám horných dýchacích ciest (URTI, upper respiratory tract infection) patrí bežné prechladnutie (tzv. common cold), akútna nádcha, faryngitída, tonzilitída, laryngitída a rinosinusitída; medzi infekcie dolných dýchacích ciest (LRTI, lower respiratory tract infection) zaraďujeme akútnu bronchitídu, bronchiolitídu a pneumóniu. Za akútne pokladáme stavy s trvaním príznakov do 28 dní. Toto členenie nie je formálne – postihnutá časť dýchacích ciest hovorí aj o pravdepodobnom pôvodcovi, očakávanom priebehu i

závažnosti ochorenia viac než samotné slovo „infekcia“.

Prevažná väčšina nekomplikovaných respiračných infekcií má vírusový pôvod. Najčastejšie ich vyvolávajú rinovírusy, sezónne koronavírusy, SARS-CoV-2, vírusy chrípky (influenza A a B), respiračný syncyciálny vírus (RSV), adenovírusy, ľudský metapneumovírus (hMPV) a vírusy parainfluenzy. Baktérie sa uplatňujú skôr pri komplikáciách, ako sú streptokoková tonzilofaryngitída, bakteriálna rinosinusitída či pneumónia, nie ako pôvodcovia bežného prechladnutia. Pre prax z toho vyplýva jednoznačný záver: pri nekomplikovanej infekcii horných dýchacích ciest antibiotická liečba nemá opodstatnenie.

Na tomto mieste treba vyvrátiť omyl, ktorý v lekárni pretrváva najúpornejšie. **Farba nosového sekrétu nevypovedá o bakteriálnej príčine.** Žltkastý až zelenkavý výtok odráža prítomnosť aktivovaných neutrofilov a ich myeloperoxidázy, teda bežnú súčasť vírusového zápalu. Nesignalizuje bakteriálnu superinfekciu. Aktualizovaný Cochrane prehľad z roku 2025 nepreukázal prínos antibiotík ani pri bežnom prechladnutí, ani pri pretrvávajúcej purulentnej nádche, a to u detí i dospelých; naopak, ich výskyt nežiaducich účinkov zreteľne zvyšovali. Rutinné podávanie antibiotík pri týchto stavoch preto nemá miesto.

Lekárnik sa tak dokáže aktívne prispievať k racionálnej antibiotickej politike. Pri výdaji a konzultácii dokáže usmerniť očakávania pacienta skôr, než sa zmenia na naliehanie o predpis antibiotika.

Fyziologická chorobnosť

Otázka „nie je to dieťa priveľmi často choré?“ zaznieva v lekárni často. Ako často dieťa ochorie a ako ťažko ochorie, sú dve rozdielne veci. Dieťa môže za jednu sezónu prekonať celý rad nekomplikovaných infekcií a byť pritom úplne zdravé – tzv. fyziologická chorobnosť. Jediná infekcia u krehkého osemdesiatnika naopak môže rozhodnúť o jeho prognóze.

Deti

Časté infekcie v predškolskom veku nie sú známkou oslabenej imunity, ale prejavom jej dozrievania. Imunitný systém sa prvý raz stretáva s množstvom respiračných vírusov. Deti do 6 rokov počas chladných mesiacov zvládnu šesť až desať epizód za sezónu, takmer vždy vírusového pôvodu s nekomplikovaným priebehom. Úlohou lekárnika je odlíšiť tieto infekcie od príznakov, ktoré patria do rúk lekára: opakovaných bakteriálne komplikácie, neprospievanie či nezvyčajný priebeh.

Dospelí

V dospelosti počet infekcií klesá, imunita je rozvinutejšia a kontakt s vírusmi je menej intenzívny ako v detskom kolektíve. Výnimkou sú tí, čo žijú a pracujú uprostred takého kolektívu – rodičia malých detí, učitelia, zdravotníci, pracovníci v službách. U inak zdravého dospelého ostáva nekomplikovaná infekcia takmer výlučne záležitosťou samoliečby a jej hlavným dôsledkom býva niekoľko dní zníženej výkonnosti a práceneschopnosť.

Seniori

U seniorov býva frekvencia niektorých bežných infekcií dokonca nižšia. Krehkosť, polymorbidita, imunosenescencia a znížená respiračná rezerva menia priebeh infekcie. Chrípka, RSV či pneumokoková infekcia, ktoré tridsiatnik prekoná ako nepríjemných pár dní, môžu u geriatrického pacienta vyústiť do hospitalizácie či úmrtia. Toto rozlíšenie medzi frekvenciou a závažnosťou je kľúčový rozdiel vo vekových kategóriách.

Prirodzený priebeh: ako dlho je ešte „normálne“ mať príznaky

Systematický prehľad Thompsona a kol. z roku 2013 vyčíslil, ako dlho príznaky respiračných infekcií u detí zvyčajne trvajú, a dáva praxi referenčné hodnoty – čas, do ktorého príznak ustúpi približne u 90 % detí. Tie isté dáta ukázali, že bežné odhady, najmä tie rodičov, trvanie bolesti ucha aj prechladnutia podceňujú.

Tabuľka 1. Očakávané trvanie príznakov respiračných infekcií u detí

Klinická jednotka / príznak	Ústup u ~90 % detí	Poznámka pre prax
Bolesť ucha	7 – 8 dní	Dlhšie, než sa rodičom bežne uvádza
Bolesť hrdla	2 – 7 dní	Krátky, spontánne ustupujúci priebeh
Laryngitída (krup)	do 2 dní	Rýchly ústup
Bronchiolitída	do 21 dní	Dominantne dojčatá a batoľatá
Akútny kašeľ	do 25 dní	Najdlhšie pretrvávajúci príznak
Bežné prechladnutie	do 15 dní	Dlhšie, než sa bežne očakáva
Nešpecifická respiračná infekcia	do 16 dní	Súhrnný odhad

Zdroj: Thompson a kol., 2013.

Obdobné dáta pre dospelých ponúka práca Ebella a kol., ktorá odhalila nápadný rozpor medzi očakávaním a skutočnosťou. Akútny kašeľ trval v placebových a neliečených ramenách štúdií v priemere približne 17,8 dňa, hoci dospelí rátali len so siedmimi až deviatimi dňami. Dôsledok je zjavný: keď kašeľ neustúpi „do týždňa“, pacient nadobudne dojem, že liečba zlyhala, a pýta si antibiotikum, hoci ide o úplne fyziologický priebeh. Autori preto odporúčajú zamerať sa práve na korekciu tohto očakávania.

Z toho plynie jedna z najdôležitejších informácií pri výdaji lieku: **pretrvávajúci kašeľ ešte neznamená pretrvávajúcu infekciu.** Postinfekčný kašeľ odráža prechodnú precitlivenosť dýchacích ciest a hojenie poškodeného epitelu. Môže trvať týždne a antibiotikum nie je indikované. Odlíšiť doznievajúci normálny priebeh od novej komplikácie – návratu horúčky, dýchavice či zhoršenia po prvotnom zlepšení – sú informácie, ktoré pomôžu farmaceutovi nasmerovať pacienta k lekárovi.

Symptomatická liečba akútnych respiračných

infekcií

Väčšina voľnopredajných liekov pri nekomplikovanej vírusovej infekcií nerieši príčinu ochorenia, ale cieli na zmiernenie príznakov a ich dosahu na každodenné fungovanie**.** Vírusové respiračné infekcie majú self-limiting priebeh. Liečba má pacientovi uľaviť, umožniť mu spať, piť a aspoň sčasti fungovať. Pri každej skupine liekov sa preto oplatí položiť tie isté štyri otázky: ako pôsobí, čo o jej účinnosti hovoria dôkazy, aký veľký je ten účinok v praxi a kde má bezpečnostné a vekové hranice.

Horúčka a bolesť

Základom liečby horúčky a bolesti pri respiračnej infekcii sú paracetamol a ibuprofén, prípadne iné NSAID. V praxi sa pritom často stráca to podstatné: **dôvodom na podanie lieku nie je len číslo na teplomeri, ale celkový stav pacienta.** U detí sa dávkuje podľa hmotnosti, nie podľa veku, a práve tu vzniká najviac dávkovacích chýb: sirupy majú rôzne koncentrácie, viaceré kombinované prípravky obsahujú to isté liečivo a objem sa neraz odmeria nepresne. NSAID žiadajú opatrnosť pri dehydratácii, kde hrozí akútne poškodenie obličiek, ďalej pri žalúdkových a obličkových ťažkostiach a pri astme. U seniorov ich riziká – krvácanie do tráviaceho traktu, zhoršenie funkcie obličiek, zadržiavanie tekutín, kardiovaskulárna záťaž a interakcie napríklad s antikoagulanciami, antihypertenzívami či diuretikami – vystupujú natoľko do popredia, že pri horúčke a miernej bolesti býva bezpečnejšou prvou voľbou paracetamol.

Upchatý nos

Dekongestíva, lokálne aj systémové sympatomimetiká, zmierňujú prekrvenie a opuch sliznice. Hlavným úskalím lokálnych dekongestív je *rhinitis medicamentosa* – rebound upchatie nosa po užívaní dlhšom než približne päť až sedem dní, ktoré pacienta vťahuje do závislosti od spreja. Systémové sympatomimetiká (pseudoefedrín, fenylefrín) zvyšujú krvný tlak a srdcovú frekvenciu, a preto sú problematické pri hypertenzii, ischemickej chorobe srdca, arytmiách a u seniorov. Sú učebnicovým príkladom lieku, ktorý je pre mladého dospelého takmer rutinný, no pre osemdesiatnika rizikový.

Rhinorea

Pri vodnatej nádche a kýchaní majú antihistaminiká prvej generácie, ktoré pôsobia anticholinergne, len malý a krátkodobý účinok. Cochrane prehľad ich monoterapie (18 randomizovaných štúdií, 4 342 účastníkov) našiel istý účinok na výtok a kýchanie v prvý až druhý deň ochorenia, no bez vplyvu na upchatý nos a bez presvedčivého celkového prínosu; u detí sa nepotvrdil. U starších pacientov navyše ich tlmivý a anticholinergný účinok zvyšuje riziko pádov a zmätenosti. Antihistaminiká druhej generácie pri infekčnej, teda nie alergickej nádche, neúčinkujú.

Bolesť hrdla

Bolesť hrdla býva vo väčšine prípadov vírusová a odznie sama (u detí približne u 90 % do dvoch až siedmich dní). Systémové analgetiká a NSAIDs i lokálne prípravky – pastilky, spreje s anestetikom alebo antiseptikom – prinášajú miernu úľavu. Antibiotikum pri nekomplikovanej faryngitíde nepomáha; jeho miesto je len pri potvrdenej alebo klinicky vysoko pravdepodobnej streptokokovej tonzilofaryngitíde, a to už rozhoduje lekár.

Kašeľ

Pri kašli treba byť voči dôkazom najkritickejší. Cochrane prehľad voľnopredajných liekov na akútny kašeľ –

antitusík, expektorancií, mukolytík, antihistaminík a ich kombinácií – uzatvára, že **pre ich účinnosť ani proti nej neexistuje presvedčivý dôkaz**; mnohé štúdie sú malé, rôznorodé a metodologicky slabé. Rozdiel medzi deťmi a dospelými je zásadný. U malých detí prínos týchto prípravkov chýba, kým riziko centrálne pôsobiacich antitusík a antihistaminík je skutočné, a preto sa najmenším neodporúčajú. Kombinované prípravky s antihistaminikom, dekongestívom a analgetikom síce u dospelých a starších detí istým spôsobom zmiernia súbor príznakov prechladnutia, no nevie sa, ktorá zložka za to môže, a treba ich vážiť oproti riziku nežiaducich účinkov; u malých detí dôkaz účinnosti opäť chýba.

Praktickou a bezpečnou voľbou pri nočnom kašli u detí nad jeden rok je med. Cochrane prehľad naznačuje, že kašeľ zmierňuje lepšie než žiadna liečba, než difenhydramín aj placebo a približne rovnako ako dextrometorfán, pričom je dobre znášaný. **Dojčatám do jedného roka sa med podávať nesmie pre riziko dojčenského botulizmu.** U dospelých ostáva ťažiskom úprimné vysvetlenie, že kašeľ prirodzene trvá dlho a že jeho pretrvávanie nie je dôvodom na antibiotikum.

Nosová hygiena: fyziologický základ verzus klinické dôkazy

Fyziologická úvaha za nazálnou irigáciou je presvedčivá. Mukociliárny transport závisí od dostatočne vlhkej vrstvy hlienu a izotonické či hypertonické roztoky menia jeho hustotu, zvlhčujú sliznicu a mechanicky z nej odplavujú sekrét, patogény aj zápalové látky. Práve táto biologická vierohodnosť robí z výplachov a sprejov jedno z najčastejšie odporúčaných opatrení pri nádche. Voľba medzi izotonickým a hypertonickým roztokom, medzi sprejom a výplachom, ako aj otázky objemu, koncentrácie a znášanlivosti patria k tomu, čo lekárnik rieši denne.

Otázka teda znie, či pre nazálnu irigáciu pri akútnej infekcii existujú klinické dôkazy zodpovedajúce tejto úvahe. Cochrane prehľad našiel len päť randomizovaných štúdií so 544 deťmi (tri štúdie) a 205 dospelými (dve štúdie), väčšinou malých, metodologicky slabých a s nejasným rizikom skreslenia.[9] Najväčšia detská štúdia síce priniesla štatisticky významné zlepšenie skóre nosovej sekrécie a upchatia, no rozdiel bol malý. Autori preto hovoria skôr o možnom miernom prínose než o spoľahlivo dokázanom účinku. Irigácia je pritom bezpečná – prináša nanajvýš mierne nepohodlie, hoci približne 40 % dojčiat nosové kvapky neznáša – a v jednej štúdii sa spájala s kratšou práceneschopnosťou.

Novšia detská štúdia (ELVIS-Kids, 2024) naznačila, že hypertonické nosové kvapky môžu u detí do 6 rokov skrátiť prechladnutie približne o dva dni a obmedziť prenos v domácnosti; ide však zatiaľ o kongresový abstrakt s otvoreným dizajnom, takže výsledok treba brať ako sľubný, no nie definitívny.

Pre prax z toho plynie vyvážený záver. Nazálna hygiena je lacná, bezpečná a fyziologicky zmysluplná a môže priniesť miernu úľavu, najmä dojčaťu, ktorému priechodný nos umožní piť a spať. Netreba ju však pacientovi predávať ako opatrenie s veľkým a spoľahlivo dokázaným účinkom.

Vek mení pomer prínos/riziko

Ten istý liek má v rôznom veku odlišný pomer prínosu a rizika. Nasledujúca tabuľka sumarizuje hlavné okolnosti, ktoré podľa veku menia výber aj bezpečnosť voľnopredajnej liečby respiračných infekcií.

Tabuľka 2. Okolnosti meniace pomer prínos : riziko pri samoliečbe respiračných infekcií podľa veku

Skupina	Hlavné okolnosti a praktické dôsledky
Dieťa	Fyziologicky vyššia chorobnosť; dávkovanie antipyretík a analgetík podľa telesnej hmotnosti a vysoké riziko dávkovacích chýb; vekové limity mnohých OTC liekov; problematické až chýbajúce dôkazy o prípravkoch proti kašľu a nulový prínos u najmenších; kľúčový význam priechodnosti nosa u dojčiat pre pitie a spánok; med až od 1 roka.
Dospelý	Najširšie možnosti samoliečby, no komorbidity a stavy zásadne menia výber: gravidita a laktácia, artériová hypertenzia a kardiovaskulárne ochorenia (systémové sympatomimetiká), astma a renálne/gastrointestinálne riziko (NSAID), interakcie s chronickou medikáciou.
Senior	Krehkosť, polymorbidita, polyfarmácia a zmenená farmakokinetika/farmakodynamika sa sčítavajú: NSAIDs (GIT krvácanie, renálna dysfunkcia, retencia tekutín, kardiovaskulárne riziko), systémové dekongestíva (vzostup TK), antihistaminiká I. generácie (sedácia, anticholinergné účinky, pády, zmätenosť). Preto môže byť liek, ktorý je pre 30-ročného rutinný, u 80-ročného problematický; paracetamol je pri horúčke a miernej bolesti spravidla bezpečnejšou voľbou.

TK – tlak krvi; GIT – gastrointestinálny trakt; OTC – voľnopredajné lieky.

Očkovanie: prevencia infekcie aj prevencia závažného priebehu

Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC) v manažmente sezónnych respiračných infekcií zdôrazňuje očkovanie práve ako prevenciu závažného ochorenia, keďže riziko sa sústreďuje u malých detí, seniorov, imunokompromitovaných a chronicky chorých pacientov.

Chrípka

Každoročné očkovanie proti chrípke zostáva kľúčovým preventívnym opatrením, predovšetkým pre skupiny ohrozené komplikáciami. U inak zdravých dospelých Cochrane prehľad ukazuje, že inaktivované vakcíny znižujú laboratórne potvrdenú chrípku a v menšej miere aj ochorenie podobné chrípke, na práceneschopnosť vplývajú len mierne a o ich vplyve na hospitalizácie je v tejto nízkorizikovej populácii málo dôkazov. Očkovanie to nespochybňuje, naopak zdôrazňuje, že jeho ťažisko a najväčší absolútny prínos leží u rizikových skupín, kde ide o prevenciu závažného priebehu, nie o zabránenie vzniku každej nádchy.

COVID-19 a pneumokoky

Tá istá logika platí pre očkovanie proti COVID-19, ktoré u rizikových a starších osôb cieli predovšetkým na prevenciu závažného priebehu a hospitalizácie, aj pre pneumokokové očkovanie seniorov a chronicky chorých, zamerané na invazívne a závažné pneumokokové ochorenie.

RSV: prevencia sa líši podľa životného obdobia

RSV názorne ukazuje, že stratégia prevencie sa mení v priebehu života. U starších dospelých sa uplatňuje aktívna imunizácia očkovaním, zatiaľ čo ochranu novorodencov a dojčiat možno zabezpečiť dvoma odlišnými

cestami: aktívnou imunizáciou matky počas gravidity s následným transplacentárnym prenosom protilátok na dieťa alebo priamou pasívnou imunizáciou dojčaťa dlhodobo pôsobiacou monoklonálnou protilátkou nirsevimab.

Predregistračné klinické štúdie aj postautorizačné dáta zo sezóny 2023/2024 podporujú bezpečnosť týchto preventívnych intervencií a ich účinnosť pri znižovaní rizika RSV-asociovanej hospitalizácie a závažného ochorenia u dojčiat a starších dospelých. Nirsevimab získal povolenie na uvedenie na trh v EÚ v roku 2022 a RSVpreF vakcína, určená okrem iného na imunizáciu počas gravidity, v roku 2023.

Možnosti prevencie sa následne premietli aj do národných imunizačných stratégií. Podľa ECDC odporúčalo pre sezónu 2025/2026 imunizáciu dojčiat proti RSV 23 krajín EÚ/EHP, pričom 19 krajín malo financované programy využívajúce dlhodobo pôsobiace monoklonálne protilátky.

Ochrana najmenšieho dojčaťa prostredníctvom materských protilátok alebo priamej pasívnej imunizácie a aktívne očkovanie staršieho dospelého tak predstavujú rozdielne imunologické stratégie smerujúce k rovnakému cieľu – prevencii závažného priebehu RSV infekcie.

Kedy končí asistovaná samoliečba: kritériá odoslania podľa veku

Posledný krok nie je paušálny zoznam varovných príznakov, ale rozhodnutie, ktoré zohľadňuje vek, závažnosť, trvanie, vývoj v čase a pridružené ochorenia. Pomáha pýtať sa nielen „aké sú príznaky?“, ale aj „ako sa menia?“. Zhoršenie po prvotnom zlepšení alebo návrat horúčky sú podozrivejšie než pokojné doznievanie príznakov v očakávanom čase. V rozhodovaní pomáha aj CRP test vykonaný podľa Štandardného tera.

Tabuľka 3. Kritériá odoslania k lekárovi podľa veku

Skupina	Signály na odoslanie / zvýšenú ostražitosť
Dieťa	Dojča < 6 mesiacov s horúčkou; sťažené či zrýchlené dýchanie, odmietanie tekutín a známky dehydratácie; letargia alebo dráždivosť, porucha vedomia; horúčka trvajúca nad očakávaný rámec alebo návrat horúčky po zlepšení; podozrenie na bakteriálnu komplikáciu (napr. otitída, pneumónia).
Dospelý	Dýchavica alebo bolesť na hrudníku, hypoxia; vysoká alebo recidivujúca horúčka a zhoršenie po počiatočnom zlepšení; príznaky trvajúce nad očakávaný priebeh alebo atypický vývoj; gravidita; závažná komorbidita (astma/CHOCHP, srdcové zlyhávanie, diabetes, imunosupresia).
Senior	Nižší prah pre odoslanie: aj nenápadné príznaky (nová zmätenosť, pády, znížený príjem tekutín, dekompenzácia základného ochorenia) môžu signalizovať závažný priebeh; dýchavica/hypoxia, dehydratácia, porucha vedomia; recidíva febrility alebo zhoršenie po zlepšení; multimorbidita a polyfarmácia zvyšujú riziko komplikácií aj interakcií.

CHOCHP – chronická obštrukčná choroba pľúc.

Akútne respiračné infekcie sa navonok prejavujú rovnako, no ich prognóza sa podľa veku zásadne líši:

- Keďže sú prevažne vírusové, antibiotiká pri nekomplikovaných infekciách horných dýchacích ciest

nepomáhajú a farba sekrétu nie je dôvodom na ich nasadenie, čo potvrdzuje aj Cochrane prehľad z 2025.
- Znalosť prirodzeného priebehu – vrátane toho, že kašeľ prirodzene pretrváva týždne – umožňuje lekárnikovi usmerniť očakávania, tlmiť tlak na predpis antibiotík a rozpoznať skutočné varovné príznaky zhoršenia ochorenia.
- Symptomatická liečba mení mieru komfortu pacienta a uľavuje od príznakov, nepôsobí na pôvodcu, a jej účinok je pri väčšine voľnopredajných prípravkov malý a slabo doložený; výber aj bezpečnosť pritom zásadne určuje vek.
- Ťažiskom prevencie závažného priebehu u rizikových skupín zostáva očkovanie – proti chrípke, COVID-19, pneumokokom a RSV, s rôznymi stratégiami podľa životného obdobia. Do kompetencii farmaceuta čoskoro pribudne aj možnosť očkovania proti chrípke.
- Skutočná hodnota lekárnika nie je v sľube rýchleho vyliečenia, ale v presnom, úprimnom a veku primeranom sprevádzaní pacienta medzi samoliečbou a včasným odoslaním k lekárovi. Nástrojom na zhodnotenie pôvodcu infekcie je aj vykonanie CRP testu podľa Štandardný postup pre manažment pacientov s podozrením na akútne infekcie horných dýchacích ciest v podmienkach verejných lekární.

Literatúra

1. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025;(11):CD000247. DOI: 10.1002/14651858.CD000247.pub4. PMID: 41277585.

2. Thompson M, Vodicka TA, Blair PS, Buckley DI, Heneghan C, Hay AD; TARGET Programme Team. Duration of symptoms of respiratory tract infections in children: systematic review. *BMJ*. 2013;347:f7027. DOI: 10.1136/bmj.f7027. PMID: 24335668.

3. Ebell MH, Lundgren J, Youngpairoj S. How long does a cough last? Comparing patients‘ expectations with data from a systematic review of the literature. *Ann Fam Med*. 2013;11(1):5–13. DOI: 10.1370/afm.1430. PMID: 23319500.

4. Deckx L, De Sutter AIM, Guo L, Mir NA, van Driel ML. Nasal decongestants in monotherapy for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(10):CD009612. DOI: 10.1002/14651858.CD009612.pub2. PMID: 27748955.

5. De Sutter AIM, Saraswat A, van Driel ML. Antihistamines for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(11):CD009345. DOI: 10.1002/14651858.CD009345.pub2. PMID: 26615034.

6. De Sutter AIM, Eriksson L, van Driel ML. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;(1):CD004976. DOI: 10.1002/14651858.CD004976.pub4. PMID: 35060618.

7. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(11):CD001831. DOI: 10.1002/14651858.CD001831.pub5. PMID: 25420096.

8. Oduwole O, Udoh EE, Oyo-Ita A, Meremikwu MM. Honey for acute cough in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(4):CD007094. DOI: 10.1002/14651858.CD007094.pub5. PMID: 29633783.

9. King D, Mitchell B, Williams CP, Spurling GK. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(4):CD006821. DOI: 10.1002/14651858.CD006821.pub3. PMID:

25892369.

10. Demicheli V, Jefferson T, Ferroni E, Rivetti A, Di Pietrantonj C. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(2):CD001269. DOI: 10.1002/14651858.CD001269.pub6. PMID: 29388196.

11. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Acute respiratory infections in the EU/EEA: epidemiological update and current public health recommendations – winter 2024/2025. Stockholm: ECDC; 2025.

12. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Rapid scientific advice on protecting infants against respiratory syncytial virus disease for the European 2025/26 winter season. Stockholm: ECDC; 2025.