

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

***BULLETIN OF* FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №4 (24)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**
**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ**
**ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим
проблемам медицины
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов, Ф.К. Халлоқов*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

2026, № 4 (24)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya-klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28 мая 2022 года.*

*Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 370/6
от 8 мая 2025 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук.*

Отпечатано в типографии ООО
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,
ул. Ўзбекистон Мустақиллиги, 70/2.

Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврозов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИНИНГ ИНФЕКЦИОН ЗАРАРЛАНИШЛАРИНИ ПЕДИАТРИЯ АМАЛИЁТИДА ДАВОЛАШ

Лутфуллаев Г.У., Қобилова Ш.Ш., Исмамова Ж.Т., Авалбоев Т.Ш., Мингбоев А.А.

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд ш., Ўзбекистон

Резюме. Мақолада болаларда юқори нафас йўллариинг инфекциян касалликларини даволаш ва иммунореабилитация қилишида комплекс ёндашувни қўллаш асослаб берилган. 32 нафар беморда Тонзилгон® Н фитопрепаратини қўллаш самарадорлиги таҳлил қилинди. Препаратнинг кенг фармакологик таъсири унинг кўп компонентли ўсимлик таркиби билан изоҳланади. У макрофаглар ва гранулоцитларнинг фагоцитар фаоллигини оширишга ёрдам беради, бу эса патоген микроорганизмларни йўқ қилиш (элиминация) жараёнини тезлаштиради. Олинган натижалар илмий адабиётларда келтирилган бошқа тадқиқотлар маълумотлари билан мос келади. Болаларда оғиз-ҳалқумнинг яллиғланиш касалликларини даволашда ўсимлик асосидаги доривор препаратни ўз ичига олган комплекс ёндашув яллиғланиш жараёнининг кечилишига ижобий таъсир кўрсатади ҳамда организм резистентлигини оширишга ёрдам беради.

Калим сўзлар: болалар, иммуномодуляторлар, фитопрепаратлар, инфекциян зарарланишлар, А гуруҳи β-гемолитик стрептококк, *Chlamydomphila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*.

THERAPY OF INFECTIOUS LESIONS OF THE UPPER RESPIRATORY TRACT IN PEDIATRIC PRACTICE

Lutfullayev G.U., Kobilova Sh.Sh., Ismatova Zh.T., Avalboyev T.Sh., Mingboyev A.A.

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Resume. The article presents the rationale for the use of a comprehensive approach to the treatment and immunorehabilitation of infectious diseases of the upper respiratory tract in children. An analysis of the effectiveness of the herbal medicinal product Tonsilgon® N was conducted in 32 patients. The broad pharmacological effect of the drug is explained by its multicomponent herbal composition. It promotes the activation of the phagocytic activity of macrophages and granulocytes, which accelerates the elimination of pathogenic microorganisms. The obtained results are consistent with the data of other studies reported in the scientific literature. A comprehensive approach to the treatment of inflammatory diseases of the oropharynx in children, including a plant-based medicinal product, has a positive effect on the course of the inflammatory process and contributes to increased resistance of the organism.

Keywords: children, immunomodulators, herbal medicinal products, infectious lesions, group A β-hemolytic streptococcus, *Chlamydomphila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*.

ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Лутфуллаев Г.У., Қобилова Ш.Ш., Исмамова Ж.Т., Авалбоев Т.Ш., Мингбоев А.А.

Самарқандский государственный медицинский университет, г. Самарқанд, Узбекистан

Резюме. В статье рассматривается обоснование применения комплексного подхода к лечению и иммунореабилитации инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей у детей. Проведён анализ эффективности применения фитопрепарата Тонзилгон® Н у 32 пациентов. Широкий спектр фармакологического действия препарата обусловлен его многокомпонентным растительным составом. Он способствует активации фагоцитарной активности макрофагов и гранулоцитов, что ускоряет процесс элиминации патогенных микроорганизмов. Полученные результаты согласуются с данными других исследований, представленных в научной литературе. Комплексный подход к лечению воспалительных заболеваний ротоглотки у детей с включением растительного лекарственного препарата оказывает положительное влияние на течение воспалительного процесса в ротоглотке и способствует повышению резистентности организма.

Ключевые слова: дети, иммуномодуляторы, фитопрепараты, инфекционные поражения, β-гемолитический стрептококк группы А, *Chlamydomphila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*.

Кириш. Эрта ёшдаги ва мактабгача ёшдаги болалар орасида респиратор касалликларнинг кенг тарқалиш сабаблари XX аср ўрталаридан бошлаб ўрганиб келинмоқда [1]. Тез-тез учрайдиган ўткир

респиратор инфекциялар организмнинг ҳам умумий, ҳам маҳаллий резистентлигини пасайтиради, юқори ва пастки нафас йўлларида яллиғланиш жараёнларининг қайталанувчи ва чўзилувчан кечишига олиб келади, бу эса ўз навбатида боланинг жисмоний ва психомотор ривожланишига салбий таъсир кўрсатиши мумкин [2,3].

Вирусли ва бактериал инфекцияларга юқори сезувчанлик, шунингдек нафас йўлларининг аллергик касалликлари шаклланиши кўп жиҳатдан иммун тизимининг етилимаганлиги, онадан ўтган пассив иммунитетнинг йўқолиши ва орттирилган иммун жавобнинг етарли даражада шаклланмаганлиги билан боғлиқ [4,5]. Мактабгача ёшдаги болаларнинг турли инфекцион агентлар билан тез-тез контактда бўлиши ҳам муҳим рол ўйнайди [6].

Болаларда ўткир респиратор инфекциядан кейин кўпинча узок муддатли ва барқарор иммунитет шаклланмайди, бошқа респиратор вирусларга нисбатан кросс-ҳимоя эса деярли мавжуд эмас [7]. Натижада бола йил давомида саккиз ва ундан ортиқ касаллик эпизодларини бошдан кечириши мумкин, бу эса тез-тез ва узок муддат касалланадиган болалар гуруҳининг шаклланишига олиб келади [8].

Организм қаршилигининг пасайишига олиб келувчи қўшимча омиллардан бири оғиз бўшлиғи микробиотасининг бузилишидир, бу патоген микроорганизмларнинг юқори нафас йўллари шиллик қаватининг эпителиал хужайраларига кириб боришини осонлаштиради ва яллиғланиш ҳамда дистрофик ўзгаришларни келтириб чиқаради [9].

Болалар орасида респиратор инфекциялар билан касалланишнинг ошиши дунё бўйлаб, мамлакатларнинг иқтисодий ривожланиш даражасидан қатъи назар кузатишмоқда. Шу сабабли тез-тез ва узок муддат касалланадиган болалар муаммоси замонавий педиатриянинг долзарб вазифаларидан бири бўлиб қолмоқда [1,10].

Одатда кўпчилик патоген микроорганизмлар юқори нафас йўлларида ушлаб қолинади ва баъзан фақат маҳаллий яллиғланиш реакцияларини келтириб чиқаради, шу билан бирга нафас тизимининг пастки бўлимлари мукоцилиар клиренснинг самарали ишлаши ва иммун механизмлар туфайли ҳимояланган ҳолда қолади. Бироқ ушбу ҳимоя механизмлари бузилганда, яллиғланиш жараёни пастки нафас йўллари тарқалиши мумкин [2,11].

Болаларнинг тахминан учдан бир қисмида нафақат тез-тез, балки қайталанувчи юқори нафас йўллари касалликлари ҳам кузатилади, масалан: ўткир ринит, назофарингит, риносинусит, отит, ўткир ва сурункали тонзиллит, фарингит ҳамда тонзиллофарингит. Бундан ташқари, кўпинча икки ҳафтадан ортиқ давом этадиган чўзилувчан респиратор инфекциялар ҳам қайд этилади [3,12,13].

Ўткир респиратор инфекцияларнинг торпид (суст, чўзилувчан) кечиши аденоидит, синусит, трахеобронхит ва отит каби асоратлар ривожланиши билан мураккаблашиши мумкин [14]. Тез-тез касалланадиган болаларда касалликларнинг клиник кечиш хусусиятлари иммун ҳимоянинг специфик механизмларининг етилимаганлиги ва организмнинг неспецифик резистентлигининг пасайиши билан боғлиқ [5,15].

Қайталанувчи респиратор касалликларга эга ўсмирларда ЛОР-патология тахминан уч баробар кўп, аллергик касалликлар — икки баробар кўп, ошқозон-ичак трактининг сурункали касалликлари эса тахминан олти баробар кўп аниқланади [16]. Респиратор инфекциялар эпизодлари сонининг ортиши билан бирга сўлакнинг антиадгезия фаоллиги ҳам пасайиши кузатилади.

Сўнгги йилларда нафас йўллари ва оғиз бўшлиғи микробиомини, шунингдек унинг болаларда қайталанувчи ва сурункали нафас тизими касалликлари шаклланишидаги ролини ўрганишга катта эътибор қаратилмоқда. Тадқиқотлар натижалари шуни кўрсатадики, юқори нафас йўлларининг қайталанувчи касалликлари билан оғриган болаларда ротоглотка микробиотаси ва вирами таркибида ўзгаришлар кузатилади, жумладан патоген микроорганизмлар сонининг ортиши аниқланади [17,18].

Иммун жавобнинг бузилишлари иммунодефицит, аллергик ва аутоиммун касалликлар белгилари ривожланиши билан кечиши мумкин [4,15]. Экологик вазиятнинг ёмонлашуви, респиратор патогенларнинг хилма-хиллиги ва бошқа омиллар иккиламчи иммунодефицит шаклланишига ёрдам беради [10,16].

Бундай жараёнлар ёпиқ патологик айлананинг шаклланишига олиб келади, бу эса юқори нафас йўллари касалликлари, айниқса ўткир ҳолатлар ва сурункали тонзиллитнинг зўрайишлари тез-тез учрашига сабаб бўлади. Шу билан бирга, кўпинча антибактериал препаратлар асосиз равишда буюрилади [13,14,19].

Антибиотиклардан ортиқча фойдаланиш микроорганизмларнинг антибиотикларга чидамлилиги (антибиотикорезистентлик) ривожланишига, аллергик реакцияларнинг пайдо бўлишига, иммун ҳимоянинг янада пасайишига ва ЛОР аъзоларининг инфекцион касалликлари сурункалашишига олиб келиши мумкин [19,20].

Вирусли ва бактериал ўткир тонзиллофарингитнинг клиник белгилари кўп жиҳатдан ўхшаш бўлганлиги сабабли, лаборатор диагностикасиз касаллик этиологиясини аниқлаш қийин. Жиддий асоратлар ривожланиш хавфини ҳисобга олган ҳолда, А гуруҳи β-гемолитик стрептококкни аниқлаш алоҳида аҳамият касб этади.

Мазкур патологиянинг патогенезида ҳалқум бодомчасининг сурункали яллиғланиши муҳим рол ўйнайди, бу иммун механизмларининг ўзига хос хусусиятлари ва инфекциянинг персистенцияси билан қўллаб-қувватланади [14,15].

Сурункали тонзиллит кўплаб метатонзилляр асоратлар ва касалликларнинг ривожланишига олиб келиши, шунингдек мавжуд фон патологиясини янада оғирлаштириши мумкин. Сурункали тонзиллит ривожланишига организм реактивлигининг пасайиши, анатомик хусусиятлар ҳамда сурункали инфекция ўчоқларининг мавжудлиги сабаб бўлиши мумкин [14,15]. Ўткир ларингит билан оғриган беморларни даволаш ҳанузгача долзарб масала бўлиб қолмоқда. Шунга қарамай, тез-тез касалланадиган болалар орасида етакчи шакл ўткир назофарингит ҳисобланади [12].

Тез-тез касалланадиган болалар гуруҳига кйрувчи болаларда касаллик кўпинча чўзилувчан тус олади, бу эса юқори антиген юкламасининг сақланиб қолишига ва касалликнинг қайта-қайта такрорланиш хавфининг ошишига олиб келади.

Яна бир муҳим муаммо — пародонт касалликлари бўлиб, улар оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги яллиғланиш ўзгаришларидан бошланади. Даволаш гигиена ва яллиғланишга қарши терапияни ўз ичига олади [9,18].

Ҳар қандай яллиғланиш жараёни ҳужайравий микромуҳитдаги ўзгаришлар билан кечади ва сурункали шаклга ўтиши мумкин. Сурункалашув адаптация механизмларининг бузилиши ва тўқималарнинг қайта тузилиши (ремоделланиши) билан боғлиқ [2,16].

Қайталанувчи инфекцияларни даволашда яллиғланиш реакциясини назорат қилиш муҳим рол ўйнайди. Консерватив даволаш организм резистентлигини ошириш ва иммун жавобни коррекция қилишга қаратилган.

Бироқ доривор воситаларнинг кенг спектри полипрагмазияга олиб келиши мумкин. Шунинг учун даволаш режимига риоя қилиш ва хавфсиз препаратлардан, жумладан ўсимлик асосидаги воситалардан фойдаланиш муҳим аҳамиятга эга [18,20].

Сўнгги йилларда табиий дори воситаларидан кенгрок фойдаланиш тенденцияси кузатилмоқда. Комплекс ёндашув организмнинг ўзини ўзи бошқариш (ауторегуляция) жараёнларининг тикланишига ёрдам беради.

Бундай воситалар орасида иммуномодулятор ва яллиғланишга қарши таъсирга эга препаратлар алоҳида эътибор қозонмоқда [18,20].

Юқорида баён этилганлардан келиб чиқиб, юқори нафас йўллари касалликлари билан оғриган ҳар бир болани даволашда индивидуал ва комплекс ёндашувни қўллаш, шунингдек уларнинг қайталанганини олдини олиш зарурлиги яққол намоён бўлади.

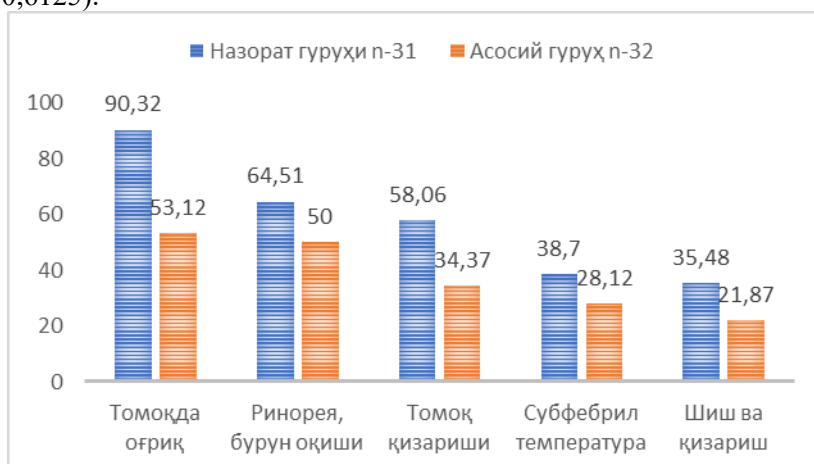
Тадқиқот мақсади: юқори нафас йўллари инфекциялари билан оғриган болаларда комплекс терапия таркибида қўлланганда ўсимлик асосидаги Тонзилгон® Н препаратининг самарадорлиги ва чидамлилигини баҳолашдан иборат.

63 нафар бемор иштирокида проспектив, бир марказли тадқиқот ўтказилди. Асосий гуруҳга 32 нафар бола киритилди, уларга стандарт терапия билан бирга 14 кун давомида оғиз орқали қабул қилинадиган томчи ва таблеткалар кўринишидаги ўсимлик препарати Тонзилгон® Н буюрилди. Назорат гуруҳи эса фақат анъанавий яллиғланишга қарши терапия олган 31 нафар бемордан иборат бўлди.

Иштирокчиларнинг ёши 3–5 ёш ($4,3 \pm 0,37$) ва 6–12 ёш ($9,2 \pm 1,48$) оралиғида бўлиб, ўғил ва қиз болалар тенг тақсимланган эди. Беморлар қабул қилинганда инфекцион агентни аниқлаш амалга оширилди. Асосий гуруҳда А гуруҳи β-гемолитик стрептококк 7 (21,87%) нафар беморда аниқланган бўлса, назорат гуруҳида 6 (19,35%) нафар беморда қайд этилди. *Chlamydophila pneumoniae* ва *Mycoplasma pneumoniae* га қарши антитаналар асосий гуруҳнинг 9 (28,12%) нафар болаларида, назорат гуруҳининг эса 8 (25,8%) нафар беморида аниқланган; бундай ҳолларда тизимли антибактериал терапия буюрилган.

Умумий клиник текширув оториноларинголог кўриги ва физик кўрикни ўз ичига олди, танглай ёйлари ва ҳалқумнинг орқа деворидан олинган суртма намуналарини лаборатор текшириш, шунингдек умумий қон таҳлили ўтказилди. Даволаш самарадорлиги мезонлари сифатида 3-, 7-, 10- ва 14-кунларда касаллик клиник белгиларидаги камайиш, касалликнинг ўртача давомийлиги ҳамда алоҳида симптомларнинг давомийлиги баҳоланди.

Натижалар. Тадқиқот бошланишидан олдин асосий ва назорат гуруҳларида юқори нафас йўллари касалликларининг клиник белгилари бўйича статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар аниқланмади ($p = 0,6125$).



1-расм. Ўрганилган гуруҳларда терапиянинг 3-кунига келиб клиник симптомларнинг динамикаси



2-расм. Ўрганилган гуруҳларда терапиянинг 7-кунига келиб клиник симптомларнинг динамикаси

Шунингдек, асосий гуруҳда ўткир респиратор инфекцияларнинг аввалги эпизодлари билан солиштирганда симптомларнинг умумий давомийлиги қисқаргани қайд этилди ($p = 0,0362$). Назорат гуруҳида эса симптомларнинг ўртача давомийлиги ўзгармаган ($p = 0,0715$).

Муҳокама. Мазкур ишда оғиз бўшлиғи касалликларининг турли шакллари дифференциал диагностика қилиш мезонлари ҳамда 3–12 ёшдаги болаларда Тонзилгон® Н препаратини қўллашга доир ўзимиз олиб борган тадқиқот натижалари келтирилган. Ушбу препаратнинг кенг фармакологик таъсири унинг кўп компонентли ўсимлик таркиби билан боғлиқ. Фаол моддалари макрофаглар ва гранулоцитларнинг фагоцитар фаоллигини стимуляция қилиб, патоген микроорганизмларнинг организмдан тезроқ чиқарилишига ёрдам беради. Бу маълумотлар ҳам биз ўтказган тадқиқот натижалари, ҳам илмий адабиётларда келтирилган маълумотлар билан тасдиқланади.

Олинган натижалар юқори нафас йўллари касалликлари симптомларининг мавжудлиги, уларнинг ифодаланганлик даражаси ва давомийлиги кўп жиҳатдан қўлланилаётган даволаш турига боғлиқлигини кўрсатди. Бундан ташқари, ушбу омиллар боланинг психоэмоционал ҳолати, организмнинг иммунологик резистентлик даражаси ҳамда ўсиш ва умумий ривожланиш жараёнларига ҳам таъсир кўрсатади.

Тонзилгон® Н препаратини стандарт комплекс терапияга киритиш касаллик клиник белгилари регрессининг тезроқ кечишига ёрдам берди. Симптомлар камайиши билан препаратни қабул қилиш тез-тезлиги қўллаш бўйича йўриқномага мувофиқ кунига уч мартагача камайтирилди.

Барча беморлар ўтказилаётган терапияга юқори даражада риоя қилишни кўрсатди. Препаратнинг кўтарувчанлигини баҳолаш болалар, уларнинг ота-оналари ва қонуний вакиллари фикрлари асо-

сида амалга оширилганда, дори воситаси яхши ўзлаштирилиши ва сезиларли ножўя реакциялар келтириб чиқармаслиги аниқланди.

Шундай қилиб, ўтказилган тадқиқот натижалари болаларда юқори нафас йўллари касалликларини даволашда Тонзилгон® Н препаратини анъанавий симптоматик терапия билан биргаликда қўллашнинг клиник самарадорлиги ва хавфсизлигини тасдиқлайди.

Хулосалар. Ўрганилган дори воситаси мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда яхши қўтарувчанлик ва қулай қўлланилиш хусусиятларини намоён этди. Ушбу воситани терапия таркибида қўллаш касаллик давомийлигини қисқартиришга ва симптомлар ифодаланишини камайтиришга ёрдам берди, айрим ҳолларда эса уларнинг назорат гуруҳига нисбатан тўлиқ йўқолишига олиб келди. Демак, комбинацияланган ўсимлик асосидаги Тонзилгон® Н препарати болаларда юқори нафас йўллари респиратор инфекцияларини даволашда хавфсиз ва самарали восита сифатида қаралиши мумкин.

Препаратнинг фармакологик хусусиятлари, қўллаш кўрсатмалари ҳамда қулай дори шаклини ҳисобга олган ҳолда, Тонзилгон® Нни инфекция табиатга эга юқори нафас йўлларининг яллиғланиш касалликларини даволашда устувор воситалардан бири сифатида кўриб чиқиш мақсадга мувофиқдир.

Бундан ташқари, ушбу препарат маҳаллий антисептик воситаларга муқобил бўлиши мумкин, чунки унинг қўлланилиши оғиз бўшлиғи микробиотасига зарар етказувчи таъсир кўрсатмайди.

Ўтказилган тадқиқот шуни кўрсатдики, Тонзилгон® Нни оғиз бўшлиғининг инфекция шикастланишларини комплекс терапияга киритиш асосли бўлиб, яққол клиник самарадорлик намоён этади. Унинг қўлланилиши касалликнинг зўрайиш даврида, хусусан сурункали тонзиллитда даволаш натижадорлигини ошириш ҳамда касалланиш мавсуми юқори бўлган даврларда профилактик курслар сифатида тавсия этилиши мумкин.

Адабиётлар рўйхати:

1. Вавилова В.П., Абрамов-Соммарийва Д., Стайнл Г., Воннеманн М., Рыжова Е.Г., Русова Т.В. и др. Клиническая эффективность и переносимость препарата Тонзилгон® N при лечении рецидивирующих инфекций верхних дыхательных путей у детей: неинтервенционное исследование в России. РМЖ. 2017;(5):350–358.
2. Владимирова Т.Ю., Фатенков О.В., Соколова С.Ю., Мартынова А.Б. Особенности ведения пациентов с хроническим тонзиллитом при коморбидных состояниях. Медицинский совет. 2023;17(19):165–171. <https://doi.org/10.21518/ms2023-343>.
3. Дронов И.А., Геппе Н.А., Колосова Н.Г., Великорецкая М.Д. Применение растительного лекарственного препарата комплексного действия в лечении рецидивирующего тонзиллофарингита у детей. Вопросы практической педиатрии. 2020;15(4):16–24. <https://doi.org/10.20953/1817-7646-2020-4-16-24>.
4. Дроздова М.В., Рязанцев С.В. Опыт применения препарата Тонзилгон N при лечении хронического тонзиллита у часто болеющих детей. Российская оториноларингология. 2016;(5):120–125. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2016-5-120-125>.
5. Лысенко И.М., Баркун Г.К., Журавлёва Л.Н., Федоришко Н.Н. Новые подходы в реабилитации группы часто и длительно болеющих детей: контроль и коррекция состояния сердечно-сосудистой системы и метаболических нарушений. Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2018;16(6):706–710. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2018-16-6-706-710>.
6. Пикуза О.И., Закирова А.М., Мороз Т.Б. Клиническая эффективность скринингового подхода к дифференцированному назначению антибактериальной терапии детям с острым тонзиллофарингитом. Казанский медицинский журнал. 2020;101(6):805–811. <https://doi.org/10.17816/KMJ2020-805>.
7. Пикуза О.И., Закирова А.М., Самороднова Е.А., Файзуллина Р.А., Волянюк Е.В. Клиническое значение интегральной регистрации маркеров эндотоксического иммунитета и колонизационной резистентности буккальных эпителиоцитов при рецидивирующем бронхите у подростков. Практическая медицина. 2024;22(2):96–103. <https://doi.org/10.32000/2072-1757-2024-2-96-103>.
8. Пикуза О.И., Файзуллина Р.А., Закирова А.М., Сулейманова З.Я., Рашитова Е.Л., Волянюк Е.В. Бактерицидные ресурсы нейтрофилов ротовой полости как маркер клинического течения воспалительных заболеваний органов дыхания у детей. Казанский медицинский журнал. 2020;101(5):740–748. <https://doi.org/10.17816/KMJ2020-740>.
9. Самсыгина Г.А., Выжлова Е.Н. Ещё раз о проблемах понятия «часто болеющие дети». Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского. 2016;95(4):209–215.

10. Сафроненко Л.А., Лукашевич М.Г., Бутко И.Л. Динамика уровня профессиональной компетентности участковых педиатров в вопросах антибактериальной терапии. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2017;19(1):63–66.

11. Селкова Е.П., Оганесян А.С., Гудова Н.В., Ермилова Н.В. Комплексный подход к терапии острых респираторных вирусных инфекций. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019;(3):10–12.

12. Свистушкин В.М., Волкова К.Б. Применение антисептических средств растительного происхождения при острых заболеваниях верхних дыхательных путей. Терапия. 2018;(1):72–76.

13. Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Кладова О.В., Анжел А.Е., Денисова А.В. Иммуномодуляторы микробного происхождения в лечении и профилактике респираторных инфекций у часто и длительно болеющих детей. Лечащий врач. 2016;(12):48–50.

14. Шабалдин А.В., Шабалдина Е.В., Симбирцев А.С. Особенности микробиома верхних отделов респираторного тракта у детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями. Инфекция и иммунитет. 2017;7(4):341–349.

15. Шабалдина Е.В., Ахтямов Д.Р., Гривцова С.В., Шелковников А.В., Апалко С.В., Шабалдин А.В. Эффективность растительного лекарственного препарата в лечении и иммунореабилитации детей раннего и дошкольного возрас-

та с повторяющимися острыми назофарингитами. Вопросы практической педиатрии. 2020;15(5):57–66.

16. Шабалдина Е.В., Шабалдин А.В. Современные представления о дисбиозе верхних дыхательных путей у детей. Фундаментальная и клиническая медицина. 2017;1(2):65–74.

17. Shumatova T.A., Katenkova E.Yu., Gerbert A.V., Smagina M.A., Belousova V.A. Klinicheskiy analiz primeneniya preparata Tonsilgon N u detey dlya lecheniya ostrykh respiratornykh infektsiy, soprovozhdayushchikhsya bolyu v gorle. Farmateka. 2016;(11):100–105.

18. Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C., Hellings P.W., Kern R., Reitsma S. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. Rhinology. 2020;58(Suppl. 29):1–464. <https://doi.org/10.4193/Rhin20.600>.

19. Santee C.A., Nagalingam N.A., Faruqi A.A., DeMuri G.P., Gern J.E., Wald E.R. et al. Nasopharyngeal microbiota composition of children is related to the frequency of upper respiratory infection and acute sinusitis. Microbiome. 2016;4(1):34. <https://doi.org/10.1186/s40168-016-0179-9>.

20. Wronski S., Dannenmaier J., Schild S., Macke O., Müller L., Burmeister Y. et al. Engystol reduces onset of experimental respiratory syncytial virus-induced respiratory inflammation in mice by modulating macrophage phagocytic capacity. PLoS ONE. 2018;13(4):e0195822. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195822>.

Иқтибос учун: Лутфуллаев Ғ.У., Қобилова Ш.Ш., Авалбоев Т.Ш., Мингбоев А.А. Юқори нафас йўлларининг инфекцияларини зарарланишларини педиатрия амалиётида даволаш // Фундаментал ва клиник тиббиёт ахборотномаси. – 2026. – № 4(24). – Б. 49–54. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.19437882>