

## ГРИППФЕРОН ВА БРОНХО-МУНАЛНИНГ ТЕЗ-ТЕЗ КАСАЛ БЎЛАДИГАН БОЛАЛАР ДАВОСИДАГИ ЎРНИ



Алланазаров Алишер Боймуратович, Гайбуллаев Жавлон Шавкатович  
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

### РОЛЬ ГРИППФЕРОНА И БРОНХОМУНАЛА В ЛЕЧЕНИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Алланазаров Алишер Боймуратович, Гайбуллаев Жавлон Шавкатович  
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### THE ROLE OF GRIPPFERON AND BRONCHOMUNAL IN THE TREATMENT OF CHILDREN WHO OFTEN GET SICK

Allanazarov Alisher Boymuratovich, Gaibullayev Javlon Shavkatovich  
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [alisherpediatr@mail.ru](mailto:alisherpediatr@mail.ru)

**Резюме.** Мақолада 1 ёш 6 ойликдан 8 ёшгача бўлган ўткир обструктив бронхит билан оғриган 120 нафар болаларда анамнестик, клиник, лаборатория ва махсус текшириш усуллари натижалари келтирилган. Беморлар Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиалининг 2019 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда I, II шошилинч педиатрия ва болалар реанимацияси бўлимларига ётқизилган ва кузатувда бўлган. Болаларда ўткир обструктив бронхитни (ЎОБ) ни таъхислаш лаборатория, рентгенологик текширувлар, ҳамда клиник мезонлар асосида баҳоланди.

**Калит сўзлар:** тез-тез касал бўладиган болалар, ўткир обструктив бронхит, гриппферон ва бронхомунал.

**Abstract.** The article presents the results of anamnestic, clinical, laboratory and special examination methods of 120 children with acute obstructive bronchitis aged 1 year 6 months to 8 years. Patients were admitted and were under observation in the I, II departments of emergency pediatrics and pediatric intensive care of the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care from 2019 to 2023. Diagnosis of acute obstructive bronchitis (AOB) in children was established on the basis of laboratory, radiological studies and clinical criteria.

**Key words:** frequently ill children, acute obstructive bronchitis, grippferon and bronchomunal.

**Мавзу долзарблиги.** Ўткир обструктив бронхит ва ТТКББ гурухларини даволаш ва олдини олиш усуллари такомиллаштиришга қаратилган тадқиқотлар давом этаётганига қарамай, ушбу касалликларнинг юқори даражада давом этиши ва қўлланиладиган ёндашувларнинг самарасизлиги кузатилмоқда. Бу диагностика ва патогенетик терапияни такомиллаштиришга қаратилган кейинги тадқиқотлар зарурлигини кўрсатади. Болаларда ОБ учун терапия тамойиллари режимга риоя қилишни, этарли даражада гидрасияни, бола жойлашган хонадаги ҳавони намлашни ўз ичига олади [3,4].

Кўпгина тадқиқотларда антибиотик билан терапия ўтказишни мунтазам равишда қўллаш тавсия этмайди, этиологияси вирусли бўлган ЎБ даволашда антибиотик билан терапия ўтказиш ижобий таъсир кўрсатмай муҳим ён таъсирлар билан намоён бўлади, деб баён этилган [1,2].

Гарб мамлакатлари педиатриясининг протоколларида ўткир бронхитни даволашнинг асосий йўналиши ҳали ҳам (0,9%) натрий хлорид ингаляцияси

ва бронхиал обструкцияда β2 агонистларини (салбутамол) қўллашдир [2,8].

Нафас олиш аъзоларининг такрорланувчи вирусли ва бактериал инфекциялари билан бўлган болалар орасида иммунологик бузилишларнинг юқори тарқалишини, шунингдек, болаларда иммунитетнинг ёшга боғлиқ хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, ушбу шартларни иммунокоррекция қилишнинг самарали усуллари излашни ўрганиш аниқлик киритади. Самарали иммунотерапия этиопатогенетик тамойилларга асосланиши керак. [6]. Обструктив бронхит билан оғриган болаларда иммунитет ҳолатининг аниқланган дисфункцияси деринат ва Полёхидонийдан фойдаланишни асослашга имкон бериб, иммунитет тизимининг бузилган параметрларини оптималлаштиришга имкон берди, бу эса уларни касалликни даволашда тавсия қилиш имконини берди [7].

Сўнгги йилларда тез-тез учрайдиган вирусли инфекциялар билан оғриган болаларда нафас олиш йўллари касалликларини комплекс даволашда иммуномодуляцион хусусиятларга эга дори

воситаларининг самарадорлиги баҳоланди. Микроблардан келиб чиққан иммуномодуляторлар, айниқса тез-тез касал бўлган болаларда кенг қўлланилади [3,5] Тез-тез касал бўладиган болалар (ТТКББ) да респиратор патологияда қайталанишга қарши терапия ўтказишда Бронхо-мунал ва Натрий нуклеинатини биргаликда қўллаш самарадорлиги болаларда диспансер кузатувининг ушбу гуруҳида иммунокорректив терапия зарурлигини кўрсатади [8,9].

Шундай қилиб, болалик даврида тез-тез учрайдиган ўткир обструктив бронхит ва "тез-тез касал бўладиган болалар" муаммосига бағишланган нашрлар сони ортиб бораётганига қарамай, клиник кечиши, иммунитет тизимининг ҳолатини ва болаларда ушбу патологияни ташхислаш ва даволашда янги ёндашувларни ишлаб чиқишни давом эттириш талаб этилади.

**Тадқиқот мақсади:** тез-тез касал бўладиган болаларда ўткир обструктив бронхитни даволашда Гриппферон ва бронхо-муналнинг самарадорлигини аниқлаш.

**Тадқиқот усуллари ва манбалари:** илмий ишда 1 ёш 6 ойликдан 8 ёшгача бўлган ўткир обструктив бронхит билан оғриган 120 нафар болаларда анамнестик, клиник, лаборатория ва махсус текшириш усуллари натижалари келтирилган. Беморлар Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиалининг 2019 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда I, I шошилич педиатрия ва болалар реанимацияси бўлимларига ётқизилган ва кузатувда бўлган.

Болаларда ЎОБни ташхислаш мезонлари, керак бўлганда, лаборатория, рентгенологик текшириш усуллари билан тасдиқланган клиник белгилар эди. ЎОБ ташхиси касалликнинг клиник кўринишлари: субфебрил ҳарорат, йўтал, ўпкада тарқок куруқ ва аралаш нам хириллашлар, шовкинли нафас олиш, экспиратор ҳансираш асосида қўйилди. Радиологик жиҳатдан ўпка нақшининг ортиши, ўпкада инфилтратив ва фокусли соялар бўлмаслиги фониди ўпка тўқималарининг шаффофлиги ошиши аниқланди.

ТТКББ ташхиси умуман қабул қилинган мезонлар асосида амалга оширилди: анамнезида қайталанувчи респиратор инфекцияларни 1 йил давомида 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларда - 4 ёки ундан кўп, 4-5 ёшда 5 ёки ундан кўп ва 5 ёшдан катта болаларда 4 марта касаллик эпизодлари кузатилса ва бу болаларда турғун туғма ва ирсий патологик ҳолатлар бўлмаса [Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. 1986: с. 29, Баранов А.А., Альбицкий 2020; 21.].

Тадқиқот 2 босқичда ўтказилди:

1-босқичда клиник белгиларнинг диагностик аҳамиятини, иммунитет ҳолати ва цитокин профили кўрсаткичлари билан боғлиқлигини аниқлаш учун ўткир обструктив бронхит билан оғриган 120 нафар бемор текширилиб, 2 гуруҳга бўлинди:

I гуруҳ (назорат) "эпизодик касал бўладиган болалар" гуруҳидан ўткир обструктив бронхит билан оғриган 40 нафар бемор

II гуруҳ (асосий) "тез-тез касал бўладиган болалар" гуруҳидан ўткир обструктив бронхит билан оғриган 80 нафар бемор.

2-босқичда модифисирланган терапия самарадорлигини аниқлаш учун II гуруҳ беморлари ажратилди: II а гуруҳи - стандарт терапия олган 40 бемор ва II б гуруҳи - стандарт терапия комплексида Гриппферон ва Бронхо-мунал олган 40 бемор.

Лаборатория кўрсаткичларининг меъёрий кўрсаткичларини баҳолаш учун текширувдан олдинги охириги 2 ой давомида вирусли ва бактериал инфекциялардан азият чекмаган 1 ёшдан 6 ёшгача бўлган 20 нафар соғлом болалар текширилди.

II б гуруҳидаги беморларда интерлейкин профилининг, гуморал ва ҳужайра иммунитетининг аниқланган бузилишларини нормаллаштириш учун терапия комплексида Гриппферон ва Бронхо-Мунални биргаликда қўллаш киритилган.

Гриппферон интраназал тарзда киритилган: 0 дан 1 ёшгача бўлган болалар - кунига 5 марта 1 томчидан; 1 ёшдан 3 ёшгача - 2 томчидан 3-4 марта, 3 ёшдан 14 ёшгача - 5-7 кун давомида кунига 4-5 марта 2 томчидан.

Препарат бронхо-мунал 1 капсуладан (3,5 мг) хар кун, эрталаб, оч қоринга, беморларни даволашнинг бугун даври давомида берилди. Беморларда терапия самарадорлиги касалликнинг патологик клиник белгиларининг регрессияси, лаборатория, инструментал маълумотлар ва махсус тадқиқот усуллари кўрсаткичларини нормаллаштириш динамикаси билан баҳоланди.

**Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси.** Ҳозирги вақтда тез тез касал бўлувчи болаларда ЎОБни комплекс даволашда Гриппферон ва Бронхо-Мунални биргаликда қўллаш бўйича тадқиқотлар топилмади. Дори воситаларининг ўзаро таъсири ва иммуномодуляцион хусусиятларини қўшимча равишда кучайтириш ҳисобига қўллаш орқали синергик таъсирга эришилади, бу эса тез тез касал бўлувчи болаларда ЎОБда иммунитет тизимидаги патологик ўзгаришларнинг тезлаштирилган нормаллашишига олиб келади.

Шунга мувофиқ ҳолда, ЎОБ билан тез-тез касал бўлувчи болаларда Гриппферон ва Бронхо-мунални биргаликда қўллашнинг хавфсизлиги, самарадорлиги ва оптимал режимларини ишлаб чиқиш учун клиник ва лаборатория тадқиқотлари ўтказилди, бу эса кўплаб касалликларни даволашда истиқболли йўналиш бўлиб кўринади.

ЎОБ билан оғриган беморларда цитокин профили кўрсаткичлари бўйича ўтказилган тадқиқотларнинг қиёсий таҳлили шуни кўрсатадики, барча ўрганилган кўрсаткичлар касалхонага ётқизилгандан кейин ортади (1-жадвал).

Стандарт даволанаётган беморларнинг II а гуруҳида IL-1б даражаси 3,6 марта (22,54±0,56 пг/мл), IL-4 2,0 марта (9,76±0,25 пг/мл), IL-6 1,3 марта (22,43±0,40 пг/мл), IL-8 2,3 марта (23,79±0,68 пг/мл), IL-10 3,2 марта (32,67±0,82 пг/мл) ва TNF-α 1,3 марта (32,94±0,82 пг/мл) кўтарилган бўлиб, бу меъёрдан юқори (P<0,001) ҳисобланади.

**Жадвал 1.** Қабул пайтида ЎОБ бўлган беморларда цитокинларнинг параметрлари (M=m)

Кўрсаткичлар	Норма	I гуруҳ	II гуруҳ	III гуруҳ
IL-1β, пг/мл	6,23±0,32	29,85±1,00*	22,54±0,56 <sup>^</sup>	21,96±0,63 <sup>#cc</sup>
IL-4, пг/мл	4,85±0,32	12,60±0,24*	9,76±0,25 <sup>^</sup>	9,45±0,25 <sup>#cc</sup>
IL-6, пг/мл	17,27±0,73	19,62±0,54*	22,43±0,40 <sup>^</sup>	23,47±0,66 <sup>#cc</sup>
IL-8, пг/мл	10,34±0,37	19,85±0,73*	23,79±0,68 <sup>^</sup>	22,71±0,41 <sup>#cc</sup>
IL-10, пг/мл	10,34±0,57	22,80±0,57*	32,67±0,82 <sup>^</sup>	33,56±1,13 <sup>#cc</sup>
TNF-α, пг/мл	24,81±1,03	28,58±1,08*	32,94±0,82 <sup>^</sup>	31,38±1,11 <sup>#</sup>

Изоҳ: фарқларнинг аҳамияти (P < 0,05 ва ундан кам): \* - меъёр ва I гуруҳ, ^ - норма ва II гуруҳ, ° - I гуруҳ ва II гуруҳ, # - меъёр ва III гуруҳ - “ - I ва III гуруҳ, ∞ - II ва III гуруҳи ўртасида

**Жадвал 2.** Шифохонадан чиқиш вақтида ЎОБ бўлган беморларда цитокин индекслари (M±m)

Кўрсаткичлар	Норма	I гуруҳ	II гуруҳ	III гуруҳ
IL-1β, пг/мл	6,23±0,32	6,44±0,19	4,61±0,11 <sup>°</sup>	5,84±0,16 <sup>∞∞</sup>
IL-4, пг/мл	4,85±0,32	4,61±0,11	9,15±0,28 <sup>°</sup>	4,71±0,13 <sup>∞</sup>
IL-6, пг/мл	17,27±0,73	16,93±0,56	17,41±0,44	16,77±0,48
IL-8, пг/мл	10,34±0,37	10,88±0,38	15,54±0,56 <sup>^</sup>	13,50±0,48 <sup>∞∞</sup>
IL-10, пг/мл	10,34±0,57	11,28±0,31	25,85±0,66 <sup>°</sup>	10,83±0,24 <sup>∞</sup>
TNF-α, пг/мл	24,81±1,03	25,85±0,66	28,45±1,04 <sup>°</sup>	26,62±0,88

Изоҳ: фарқларнинг аҳамияти (P < 0,05 ва ундан кам): \* - меъёр ва I гуруҳ, ^ - норма ва II гуруҳ, ° - I гуруҳ ва II гуруҳ, # - меъёр ва III гуруҳ - “ - I ва III гуруҳ, ∞ - II ва III гуруҳи ўртасида

Гриппферон ва Бронхо-мунал билан даволанган болалар гуруҳида худди шундай тенденция интерлейкин IL-16 концентрациясининг 21,96±0,63 пг/мл гача, IL-4 концентрациясининг 9,45±0,25 пг/мл гача кўтарилди шаклида кузатилди, IL-6 23,47±0,66 пг/мл гача, IL-8 22,71±0,41 пг/мл гача, IL-10 (33,56±1,13 пг/мл) ва TNF-α 31,38±1,11 пг/мл гача, бу стандарт қийматлар билан солиштирилганда, цитокинларнинг мос равишда ўртача 3,6; 2,0; 1,3; 2,3; 3,2 ва 1,3 марта кўпайишини кўрсатди (P < 0,001).

Шу билан бирга, II ва III гуруҳлари ўртасидаги статистик жиҳатдан муҳим фарқларнинг цитокинлари даражаси фарқ қилмади (P > 0,2; P > 0,5), бу бизнинг ЎОБ билан тез тез касал бўлувчи болаларни даволаш учун таклиф қилган модификациямиз самарадорлигини аниқлаш учун тадқиқотларда дастлабки кўрсаткичларнинг идентификациясини кўрсатади.

Касалхонага ётқизилгандан сўнг II ва III гуруҳидаги болаларда цитокин профилини ўрганишда иккала яллиғланишга хос цитокинларнинг (IL-6, IL-8 ва TNF-α) таркибининг кўпайиши иммунитет жараёнининг фаоллашишини кўрсатади, шу билан биргаликда яллиғланиш реакцияси ва кейинчалик яллиғланишга қарши цитокинлар (IL-1, IL-4, IL-10) томонидан бошқариладиган гуморал ва хужайрали иммунитет, юқумли ва яллиғланиш касалликлари, шу жумладан ЎОБ ривожланиши билан кечади (2-жадвал).

Касалхонадан чиқарилганда II гуруҳидаги болаларда бошланғич кўрсаткичларга нисбатан IL-1 β 4,9 марта (4,61±0,11 пг/мл), IL-4 1,1 (9,15±0,28 пг/мл) мартага камайган, IL-8 1,5 марта (15,54±0,56 пг/мл), IL-10 1,3 марта (25,85±0,66 пг/мл) ва TNF-α 1,2 марта (28,45±1,04 пг/мл), аммо беморларнинг клиник тикланиши билан ўпкада яллиғланиш жараёнининг сакланишини кўрсатадиган параметрларнинг тўлиқ нормаллашишига олиб келмади (P < 0,001). Фақатгина IL-6 даражаси 1,3 мартага кўтарилди (17,41 ± 0,44 пг / мл) назорат қийматларига етди (P > 0,5). Ўрганилаётган яллиғланишга хос ва яллиғланишга қарши цитокинларнинг патологик гиперпродукцияси, кўринишидан, касалхонадан чиққандан кейин

иммунитет тизимининг сакланиб қолган патологик фаоллиги ва даволашнинг янги усуллари ишлаб чиқиш зарурати билан белгиланади.

III гуруҳидаги беморлар касалхонадан чиқиш даврида (2-жадвал) цитокин профилининг ҳолати IL-16 концентрациясининг бошланғич даражасига нисбатан 3,8 марта, 5,84 ± 0,16 пг / мл гача сезиларли даражада пасайиши билан тавсифланади, IL-4 2,0 марта, 4,71±0,13 пг/мл гача, IL-6 1,4 марта, 16,77±0,48 пг/мл гача, IL-10 3,1 марта 10,83 ± 0,24 пг/мл гача ва TNF-α томонидан 1,2 марта, 26,62±0,88 пг/мл гача ва соғлом болаларнинг кўрсаткичларига эришилди (P > 0,2, P < 0,5). III гуруҳидаги беморлар касалхонадан чиқиш даврида (5.1.2-жадвал) цитокин профилининг ҳолати IL-1 β концентрациясининг бошланғич даражасига нисбатан 3,8 марта, 5,84 ± 0,16 пг / мл гача сезиларли даражада пасайиши билан тавсифланади, IL-4 2,0 марта, 4,71±0,13 пг/мл гача, IL-6 1,4 марта, 16,77±0,48 пг/мл гача, IL-10 3,1 марта 10,83 ± 0,24 пг/мл гача ва TNF-α томонидан 1,2 марта, 26,62±0,88 пг/мл гача ва соғлом болаларнинг кўрсаткичларига эришилди (P > 0,2, P < 0,5).

Бу натижа яллиғланиш реакциясининг интенсивлигини камайтиришга ва касалликнинг қулай натижаларини шакллантиришга ёрдам берадиган дори воситаларининг ижобий таъсирдан далолат беради. Фақат IL-8 индекси, 1,7 марта камайганига қарамай (13,50 ± 0,48 пг / мл) нормал ҳолатга қайтмади (P < 0,001).

Гриппферон ва Бронхо-мунални цитокинларни нормаллаштиришда қўллаш самарадорлиги II ва III гуруҳлари беморларида шифохонадан чиқариш вақтида кўрсаткичларни қиссий таҳлил қилишда акс эттирилган, бу IL-1β, IL-4, IL-8 ва IL-10 (P < 0,001) нинг сезиларли даражада нормаллашишини кўрсатади.

Шундай қилиб, Гриппферон ва Бронхо-мунални III гуруҳидаги тез тез касал бўлувчи болаларда ЎОБ учун асосий терапияга киритиш нафақат клиник таъсир кўрсатади, балки касалхонадан чиққандан кейин цитокин профилининг деярли барча ўрганилган параметрларини тиклашга ёрдам беради.

**Хулоса:** натижаларга кўра, Гриппферон ва Бронхо-мунал препаратларини "тез-тез касал бўладиган болаларда" ўткир обструктив бронхитнинг комплекс терапиясига киритиш касалликни даволашда сезиларли яхшиланишларга олиб келади. Тадқиқот шуни кўрсатдики, бундай комбинацияланган терапия клиник симптомларнинг нормаллашишига, беморларда цитокин профили ва иммунитет ҳолатининг яхшиланишига олиб келади, бу уларни клиник амалиётга тавсия қилиш имконини беради. Келтирилган натижалар, Гриппферон ва Бронхо-мунални клиник амалиётда тез-тез касал бўладиган болалар гуруҳидаги ўткир обструктив бронхитни комплекс даволашда қўллаш зарурлигини тасдиқлайди.

#### **Адабиётлар:**

1. Алланазаров А.Б., Жалилова С., Мамаризаев И.К., Мардонов А. Факторы риска развития острого бронхообструктивного синдрома у часто болеющих детей по данным РНЦЭМП Самаркандского филиала. Кардиореспираторных исследований. №СИ-4. 11 2022. Стр. 31-33.
2. Геппе Н.А., Мелешкина А.В., Чебышева С.Н., Великорецкая М.Д. Приоритеты в тактике ведения детей с бронхиальной обструкцией на фоне острой респираторной вирусной инфекции: что нового? Доктор.Ру. 2021; 20(3): 6–10.
3. Колосова Н.Г., Геппе Н.А. Ингаляционная терапия в педиатрии: от фундаментальной науки к практическому использованию. Педиатрия (Приложение к Сонсилиум Медисум). 2018; 3: 66–8.
4. Нурали Мамедович Шаваз, Алишер Баймурадович Алланазаров, Мухиба Сайфиевна Атаева, Жавлон Шавкатович Гайбуллаев. Современные взгляды возникновения обструктивной болезни легких у детей. Журнал оф кардиореспираторной ресеарч. №1 2021 Стр 40-43
5. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш., Кубаев А. С. Особенности течения заболеваний полости рта у работников производства стеклопластиковых конструкций // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 21-1 (99). – С. 79-82.
6. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.
7. Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть

течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход // Журнал " Медицина и инновации". – 2021. – №. 1. – С. 28-31.

8. Ризаев Ж. А., Мусаев У. Ю. Влияние условий внешней среды на степень пораженности населения стоматологическими заболеваниями // Врач-аспирант. – 2009. – Т. 37. – №. 10. – С. 885-889.

9. Ризаев Ж. А., Рузимуротова Ю. Ш., Тураева С. Т. Влияние социально-гигиенических факторов труда и быта на здоровье медицинских сестер // Scientific progress. – 2022. – Т. 3. – №. 1. – С. 922-926.

10. Шаваз Нурали Мамедович Алланазаров Алишер Боймуратович, Атаева Мухиба Сайфиевна, Гайбуллаев Жавлон Шавкатович. Клинико-иммунологические особенности бронхообструктивного синдрома у детей раннего и дошкольного возраста. Проблемы биологии и медицины. № 1 (134) 2022. Стр 89-92

11. Шаваз Нурали Мамедович, Алланазаров Алишер Боймуратович. Состояние цитокинов при остром обструктивном бронхите у часто болеющих детей. Проблемы биологии и медицины. 2023 №4 (134). Стр. 235-238.

12. Rustamov M.R., Sirojiddinova Kh.N. Catamnestic observation of the effectiveness of immunocorrective therapy in children who are often ill // International journal of Scientific Pediatrics. On page 29-32.

13. Shavazi N.M., Sirojiddinova Kh.N. A new approach to the treatment of respiratory diseases in frequently ill children. // International journal of Scientific Pediatrics. On page 33-36.

#### **РОЛЬ ГРИППФЕРОНА И БРОНХОМУНАЛА В ЛЕЧЕНИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ**

*Алланазаров А.Б., Гайбуллаев Ж.Ш.*

**Резюме.** В статье представлены результаты анамнестических, клинико-лабораторных и специальных методов обследования 120 детей с острым обструктивным бронхитом в возрасте от 1 года 6 месяцев до 8 лет. Больные поступали и находились под наблюдением в I, II отделениях неотложной педиатрии и детской реанимации Самаркандского филиала Республиканского научного центра скорой медицинской помощи с 2019 по 2023 год. Диагностику острого обструктивного бронхита (ООБ) у детей устанавливали на основании лабораторных, рентгенологических исследований и клинических критериев.

**Ключевые слова:** часто болеющие дети, острый обструктивный бронхит, гриппферон и бронхо-мунал.