

Применение лекарственного растительного средства при заболеваниях верхних дыхательных путей в педиатрической практике

Г.В. Санталова, <https://orcid.org/0000-0002-6078-2361>, galina.santalova@mail.ru

Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89

Резюме

Введение. Актуальность проблемы заболеваний верхних дыхательных путей (ВДП) обусловлена не только их высокой распространенностью (60–90% в структуре инфекционных болезней у детей), возможностью рецидивов в течение года (у 20–65% детей дошкольного возраста и у 15% – школьного возраста), но и развитием осложнений, способствующих задержке психофизического развития детей. Важно обеспечить безопасное и эффективное лечение на основе комплексного воздействия.

Цель. Оценить эффективность фитопрепарата комплексного действия в терапии заболеваний верхних дыхательных путей у детей от 3 до 7 лет по сравнению со стандартными методами фармакотерапии.

Материалы и методы. Проводилось ретроспективно-проспективное исследование в условиях детских поликлиник и гомеопатического центра г. Самара. Под наблюдением находилось 54 ребенка (мальчики – 29, девочки – 25 в возрасте от 3 до 7 лет (средний возраст – 5,4 года) с острым фарингитом и тонзиллофарингитом, разделенных на 2 группы: основная группа (n = 27) получала лекарственное растительное средство Тонзилгон Н, контрольная группа (n = 27) – стандартную терапию. Продолжительность терапии составила 14 дней. Оценивали выраженность симптомов интоксикации, увеличение шейных лимфатических узлов, данные фарингоскопии. Для оценки результатов использовалась анкета, разработанная в ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России.

Результаты. При балльной оценке степени выраженности заболевания установлено: на 2-м визите в основной группе значительно больше пациентов было с оценкой 2 балла – 74% (11% – в контрольной), в то время как в контрольной группе подавляющее большинство пациентов осталось с оценкой 3 балла (89%). К 3-му визиту: в основной группе – 85% – оценка 0 баллов, в контрольной – 67% (p < 0,001) – оценка 1 балл.

Выводы. Результаты исследования подтвердили терапевтическую эффективность и хорошую переносимость фитопрепарата Тонзилгон Н, что позволяет рекомендовать его для лечения острых фарингитов и тонзиллофарингитов у детей 3–7 лет.

Ключевые слова: тонзиллофарингит, фарингит, общепринятая терапия, Тонзилгон Н, дети

Для цитирования: Санталова ГВ. Применение лекарственного растительного средства при заболеваниях верхних дыхательных путей в педиатрической практике. *Медицинский совет.* 2026;20(1):71–77. <https://doi.org/10.21518/ms2026-028>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Herbal medicine uses for upper respiratory diseases in pediatric practice

Galina V. Santalova, <https://orcid.org/0000-0002-6078-2361>, galina.santalova@mail.ru

Samara State Medical University; 89, Chapaevskaya St., Samara, 443099, Russia

Abstract

Introduction. The relevance of the problem of diseases of the upper respiratory tract is due not only to their high prevalence (60–90% in the structure of infectious diseases in children), the possibility of relapses during the year (in 20–65% of preschool children and in 15% of school-age children), but also to the development of complications that contribute to the delay of psychophysical development of children. It is important to ensure safe and effective treatment based on a comprehensive approach.

Aim. To evaluate the effectiveness of a combined-action herbal preparation in the treatment of upper respiratory tract diseases in children from 3 to 7 years old compared with standard pharmacotherapy methods.

Materials and methods. A retrospective-prospective study was conducted in children's polyclinics and the Homeopathic Center in Samara. The study included 54 children (29 boys and 25 girls aged 3 to 7 years (mean age: 5.4 years) with acute pharyngitis and tonsillopharyngitis, divided into 2 groups: main group (n = 27) received Tonzilgon N, while control group (n = 27) received standard therapy. The treatment duration was 14 days. The patient's medical and life history, as well as their complaints, were examined, and the severity of sore throat and cervical lymph node pain, as well as the presence of fever, were assessed. During the objective examination, attention was paid to the severity of the symptoms of intoxication and the enlargement of the cervi-

cal lymph nodes. In order to objectively assess the condition of the ENT organs, a pharyngoscopy was performed (to determine the degree of hypertrophy of the palatine tonsils, the condition of the mucous membrane of the oropharynx, and the presence of exudate). To evaluate the results of the clinical examination, a questionnaire was developed by the St. Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose, and Speech of the Russian Ministry of Health.

Results. When assessing the severity of the disease, it was found that at the second visit, significantly more patients in the treatment group scored 2 points (74% vs. 11% in the control group), while in the control group, the vast majority of patients scored 3 points (89%). By the third visit, 85% of patients in the treatment group scored 0 points, while 67% of patients in the control group ($p < 0.001$) scored 1 point.

Conclusions. The study results confirmed the therapeutic efficacy and good tolerability of Tonzilgon N, allowing it to be recommended for the treatment of acute pharyngitis and tonsillopharyngitis in children aged 3–7 years.

Keywords: tonsillopharyngitis, pharyngitis, conventional therapy, Tonzilgon N, children

For citation: Santalova GV. Herbal medicine uses for upper respiratory diseases in pediatric practice. *Meditinskiy Sovet*. 2026;20(1):71–77. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2026-028>.

Conflict of interest: the author declares that there is no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Болезни органов дыхания у детей занимают значительное место в структуре общей заболеваемости детского населения России [1]. Острые респираторные заболевания (ОРЗ) – главная причина заболеваемости детского контингента, составляющие 60–90% от инфекционных болезней у детей. По данным разных авторов, 40–60% случаев среди обращений в поликлинику и 20–30% случаев госпитализаций составляют дети с ОРЗ. К наиболее распространенным состояниям в амбулаторной практике у детей и взрослых относится острый тонзиллофарингит. Важно отметить и тот факт, что достаточно часто ОРЗ имеют рецидивы в течение года: у 20–65% детей дошкольного возраста и у 15% – школьного возраста [2–9].

Имеются сведения о значительном ухудшении качества жизни при ОРЗ, в т. ч. при сочетанном поражении разных отделов дыхательной системы [10–12]. При острых тонзиллофарингитах (ОТФ) любой этиологии возможны как гнойные осложнения (паратонзиллит/паратонзиллярный, парафарингеальный абсцесс, заглоточный абсцесс, гнойный лимфаденит), так и негнойные в случаях стрептококковой этиологии ОТФ, характеризующиеся поражением сердца, – острая ревматическая лихорадка, почек – гломерулонефрит, развитием синдрома стрептококкового токсического шока, реактивного артрита, синдрома PANDAS [13, 14]. Зачастую при повторяющихся эпизодах респираторных заболеваний у детей страдает физическое развитие, функция различных органов и систем; возможно формирование хронической соматической патологии, приводящей к дисрегуляции иммунной системы [15], что способствует хронизации воспалительного процесса [16]. Для лечения заболеваний ВДП имеется много методов лечения. Но этот факт не исключает и проблем в терапии данных заболеваний. Они касаются диагностики и дифференциальной диагностики в силу схожести симптоматики; ошибок в определении этиологии, что приводит к недифференцированному назначению антибиотиков; недооценке симптомов хронизации процесса; проблем полипрагмазии [17–19]. Безусловно, встает вопрос о возможности применения

безопасных и эффективных препаратов для лечения заболеваний ВДП. Перечисленным критериям отвечает лекарственное растительное средство Тонзилгон Н. Составные его компоненты (корень алтея, цветы ромашки, хвощ, тысячелистник, одуванчик, листья ореха, кора дуба) оказывают разнонаправленное действие: стимуляция макрофагов и гранулоцитов (ромашка, алтей, хвощ) [20], обеспечивающая повышенное образование бактерицидных кислородных метаболитов и тем самым – усиление внутриклеточного разрушения микробов [21]; противовоспалительное и противоотечное действие (полисахариды, эфирные масла и флавоноиды ромашки, алтея и одуванчика); противовирусное действие (танины, содержащиеся в коре дуба). Компоненты, входящие в состав препарата Тонзилгон Н, и клинический эффект отражены в *табл. 1*.

Немаловажной является возможность применения препарата Тонзилгон Н при антибиотикотерапии в качестве вспомогательного и поддерживающего средства в отношении иммунной системы [20, 21]. Тонзилгон Н выпускается в таблетированной форме и в форме капель для приема внутрь. Препарат изучен в многоцентровых клинических исследованиях и зарегистрирован в нашей стране как лекарственное средство. В 2008 г. препарат был включен в I Педиатрический формуляр Союза педиатров России. Тонзилгон Н разрешен к применению у детей с 1 года жизни.¹ [22–30]. Проведенные многочисленные исследования подтвердили эффективность, безопасность, хорошую переносимость Тонзилгона Н и возможность его сочетания с общепринятой терапией у детей при лечении заболеваний ВДП. Несмотря на то что данный препарат хорошо изучен, нам представляется важным изучение его эффективности именно у детей 3–7-летнего возраста, т. к. у пациентов этой возрастной группы имеются как анатомо-физиологические особенности лимфоидной ткани, так и иммунологические особенности. Так, у детей 3–5 лет сохраняющаяся гиперплазия лимфоидной ткани глоточного кольца способствует большей восприимчивости к инфекциям и отеку; местный иммунитет

¹ Тонзилгон® Н. Листок вкладыш и Описание характеристик лекарственного препарата Тонзилгон Н таблетки, покрытые оболочкой, и капли для приема внутрь. Режим доступа: https://lk.regmed.ru/Register/EAEU_SmPC.

- **Таблица 1.** Компоненты препарата Тонзилгон Н и его клинический эффект
- **Table 1.** Tonsilgon N components and clinical effect

Компонент	Клинический эффект
Корень алтея	Обволакивающее, смягчающее, отхаркивающее, противовоспалительное действие, стимуляция защитных механизмов организма
Тысячелистник	Противовоспалительное, бактерицидное, противоаллергическое, ранозаживляющее и спазмолитическое действие
Цветки ромашки	Противовоспалительное, спазмолитическое и умеренное противомикробное действие, стимуляция защитных механизмов организма, уменьшение отека слизистой оболочки дыхательных путей
Кора дуба	Противовоспалительное, противомикробное и противовирусное действие
Листья грецкого ореха	Противовоспалительное, противомикробное действие, бактерицидное, тонизирующее
Одуванчик лекарственный	Противовоспалительное действие и уменьшение отека слизистой оболочки дыхательных путей
Хвощ	Противовоспалительное действие, стимуляция защитных механизмов организма

не полностью сформирован, т.к. уровень секреторного IgA до 5 лет еще недостаточен [31–33]. Таким образом, подтверждение эффективности и безопасности Тонзилгона Н именно у данной категории детей представляется нам целесообразным.

Цель – оценить эффективность фитопрепарата комплексного действия в терапии заболеваний верхних дыхательных путей у детей от 3 до 7 лет по сравнению со стандартными методами фармакотерапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проводилось ретроспективно-проспективное исследование в условиях детских поликлиник и гомеопатического центра г. Самары. Под наблюдением находилось 54 ребенка (мальчики – 29, девочки – 25, в возрасте от 3 до 7 лет (средний возраст – 5,4 года) с острым фарингитом и тонзиллофарингитом, разделенные на 2 группы: основная группа (n = 27) получала Тонзилгон Н, контрольная группа (n = 27) получала стандартную терапию. Детям 3–4 лет, доля которых составляла 24%, назначались топические лекарственные препараты в виде спреев – бензидамин (группа нестероидных противовоспалительных препаратов – НПВП), БЕНЗИЛДИМЕТИЛмиристоиламино-пропиламмоний (антисептик). Дети 5–7 лет (76%), кроме вышеназванных спреев, получали таблетки для рассасывания из группы антисептиков: Лизоцим + Пиридоксин, Амбазон. В этой возрастной группе применялись теплые растворы (солевые, настой ромашки, шалфея) для полоскания горла. В основной и контрольной группах по показаниям назначались промывания полости носа для эвакуации слизи. Продолжительность лечения составила 14 дней. Изучались анамнез заболевания и жизни, жалобы; оценивалась выраженность боли в горле и в области шейных лимфатических узлов, наличие лихорадки. При объективном обследовании обращали внимание на выраженность симптомов интоксикации, увеличение шейных лимфатических узлов. С целью объективной оценки состояния лор-органов проводилась фарингоскопия (степень гипертрофии небных миндалин, состояние слизистой оболочки ротоглотки, наличие

экссудата). Для оценки результатов клинического обследования использовалась анкета, разработанная в ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России. Результаты оценивались по шкале от 0 до 3 баллов:

- 0 баллов – при отсутствии воспалительных проявлений со стороны глотки, небных миндалин и региональных лимфатических узлов, отсутствие лихорадки;
- 1 балл – при слабовыраженных воспалительных проявлениях (незначительная гиперемия и инфильтрация небных дужек, отсутствие патологического содержимого в лакунах небных миндалин, размер региональных лимфатических узлов до 0,5 см, субфебрильная лихорадка);
- 2 балла – умеренная выраженность воспалительных проявлений (умеренная гиперемия и инфильтрация небных дужек, единичные казеозные пробки в лакунах небных миндалин, размер региональных лимфатических узлов от 0,5 до 1,0 см), субфебрильная лихорадка;
- 3 балла – значительная выраженность воспалительных проявлений (выраженная гиперемия и инфильтрация небных дужек, расширенные лакуны небных миндалин с казеозными пробками и жидким гноем желтоватого цвета, увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узлов более 1 см с болезненностью при пальпации, лихорадка 38,5).

Исследование проводилось с ноября 2024 по март 2025 г. по единому протоколу, согласованному с биоэтическим комитетом СамГМУ. Информированное согласие на участие в исследовании детей и обработку документации было подписано родителями. *Критерии исключения* пациентов из исследования: хронические и острые заболевания органов и систем, кроме острого тонзиллофарингита, заболевания нервной системы, хронический тонзиллит, аллергия на компоненты Тонзилгон Н.

Во всех случаях диагноз был верифицирован. Пациентам основной группы назначался Тонзилгон Н по следующей схеме: в остром периоде дети 6–7 лет принимали по 15 капель 5 раз/сут, дети 3–6 лет – по 10 капель 5 раз/сут. После исчезновения острых симптомов (в течение последующей недели): дети 6–7 лет – по 15 капель 3 раза/сут, дети 3–6 лет – по 10 капель 3 раза/сут.

Тонзилгон Н назначался в виде монотерапии. Пациенты контрольной группы получали местное лечение в виде спреев, растворов для полоскания или таблеток для рассасывания. Общая продолжительность терапии составила 14 дней. Состояние больных оценивалось при первом обращении (1-й визит), через неделю (2-й визит), через 14 дней (3-й визит). Динамика заболевания анализировалась с учетом выраженности указанных проявлений при каждом визите.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов Statistica 13.0 (StatSoft Inc., США) и Open Epi². Для сравнения распределения баллов между группами на отдельных визитах применялись точный критерий Фишера и U-критерий Манна – Уитни. Для комплексной оценки различий в динамике между группами использовалась ординарная логистическая регрессия. Статистическая значимость устанавливалась при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Степень выраженности объективных признаков в баллах у детей основной и контрольной групп при динамическом наблюдении представлена на *рисунке*.

Полученные данные свидетельствуют о том, что на 2-м визите в основной группе значительно больше детей было с оценкой 2 балла – 74%, в то время как в контрольной группе подавляющее большинство пациентов осталось с оценкой 3 балла (89%). Разница между показателями достоверна – $p < 0,001$.

Сравнение групп на 3-м визите также показало статистически значимое различие в распределении баллов, отражающих выраженность симптомов между основной и контрольной группами. Так, в основной группе большинство пациентов достигли оценки 0 баллов (85%), тогда как в контрольной группе большинство пациентов имело

оценку 1 балл (67%) – $p < 0,001$. Результаты статистической обработки данных исследования были представлены следующим образом: на 2-м и 3-м визитах критерий Манна – Уитни показал высокодостоверное различие в медианных значениях выраженности симптома между основной и контрольной группами ($U = 135,0$; $p < 0,001$; $U = 112,5$; $p < 0,001$ соответственно); точный критерий Фишера подтвердил значимое различие в распределении пациентов по категориям баллов ($p < 0,001$ на 2-м и 3-м визитах). Приведенные данные свидетельствуют о том, что применяемая в основной группе терапия приводит к достоверно более выраженному и быстрому снижению выраженности симптома по сравнению с контрольной группой на всех этапах наблюдения. При этом следует отметить отсутствие каких-либо нежелательных явлений на фоне приема препарата Тонзилгон Н.

Для бальной оценки статистической значимости изменений симптомов ОТФ внутри каждой группы между визитами использовался критерий Хи-квадрат (χ^2). Уровень статистической значимости (p-value) менее 0,05 считался достоверным (*табл. 2, 3*).

Заключение по основной группе:

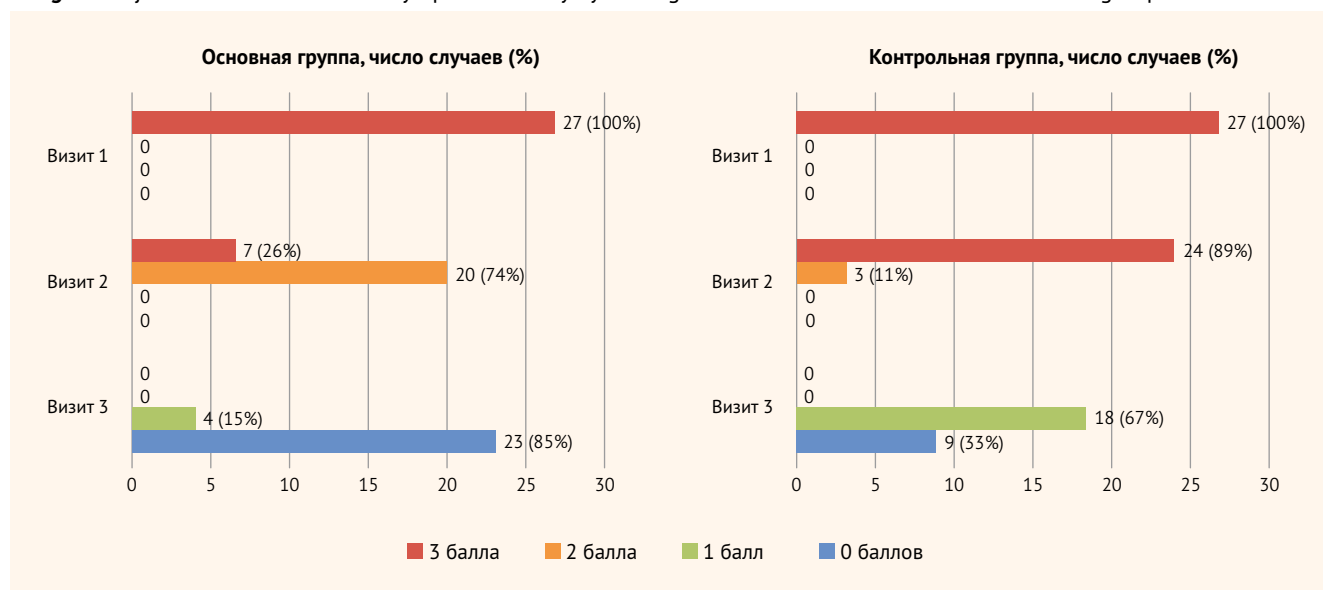
В основной группе наблюдается высокодостоверная положительная динамика между всеми визитами. Наиболее выраженное изменение произошло между 1-м и 3-м визитом ($\chi^2 = 78,00$; $p < 0,001$), что свидетельствует о значительном улучшении состояния пациентов к концу наблюдения.

Заключение по контрольной группе:

Между 1-м и 2-м визитом статистически значимой динамики не обнаружено ($\chi^2 = 3,38$; $p = 0,066$). Состояние группы существенно не изменилось. Между 2-м и 3-м визитом, а также между 1-м и 3-м визитом наблюдается статистически значимая динамика ($\chi^2 = 27,00$; $p < 0,001$), что указывает на улучшение состояния пациентов к концу периода наблюдения.

² www.openepi.com.

● **Рисунок.** Объективные признаки выраженности симптомов в баллах у детей основной и контрольной групп
● **Figure.** Objective measurements of symptom severity by scoring in children in the treatment and control groups



● **Таблица 2.** Анализ динамики симптомов острых тонзиллофарингитов в основной группе (n = 27)

● **Table 2.** Evaluation of changes in acute tonsillopharyngitis symptoms in the treatment group (n = 27)

Сравнение визитов	Статистический анализ, χ^2	Значение p
1-й визит vs 2-й визит	37,93	<0,001
2-й визит vs 3-й визит	25,93	<0,001
1-й визит vs 3-й визит	78,00	<0,001

Таким образом, динамика симптомов заболевания свидетельствует о более ранних статистически значимых положительных изменениях в основной группе уже ко 2-му визиту, в то время как в контрольной группе значимые изменения зафиксированы лишь к 3-му визиту.

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты большинства исследований, посвященных применению Тонзилгон Н при ОРЗ, сопровождающихся воспалением в ротоглотке, демонстрируют его эффективность в снижении выраженности основных симптомов (боль в горле, гиперемия, отек миндалин) и сокращении длительности заболевания. Так, исследование, проведенное в Московском научно-практическом центре оториноларингологии им. Л.И. Свержевского с целью сравнения эффективности и безопасности применения фитопрепарата Тонзилгон Н и местного применения антисептических препаратов, ингаляционной терапии фарингита, показало высокую эффективность Тонзилгон Н, которая была выше на 35% по сравнению с группой, в которой применялась общепринятая терапия [29]. В качестве монотерапии изучалась эффективность Тонзилгон Н для лечения детей с острым тонзиллофарингитом. Результаты сравнивали с таковыми в группе детей, которые получали местные антисептики и противовирусные средства, по показаниям – сосудосуживающие капли в нос, орошение полости носа солевыми растворами. Отмечено, что у пациентов, получавших Тонзилгон Н, восстановительный процесс в глотке происходил быстрее, чем у пациентов в группе сравнения. Этот факт подтверждался достоверным снижением провоспалительных острофазных цитокинов ФНО- α , IL6 и IL1 в слюне на 8–12-е сут. заболевания, что подтверждало противовоспалительное действие Тонзилгон Н. Кроме этого, наблюдалось урежение эпизодов ОРВИ в течение 4 мес. [26]. В.И. Попович и соавт. в 2018 г. проводили рандомизированное исследование по изучению эффективности комбинированной терапии (симптоматические средства + Тонзилгон Н) в сравнении со стандартным симптоматическим лечением небактериальных тонзиллитов [28]. Исследователи установили достоверное ускорение купирования тонзиллита и других симптомов ОРВИ. Было доказано, что Тонзилгон Н способен влиять на микрофлору тонзиллярной ткани, тем самым способствуя более длительной ремиссии при проблемах в области лимфоглоточного кольца. В работах Х.Т. Абдулкеримова и соавт. за 2018 г. и В.С. Пискунова и соавт. за 2018 г. представлены результаты исследований,


● **Таблица 3.** Анализ динамики симптомов острых тонзиллофарингитов в контрольной группе (n = 27)

● **Table 3.** Evaluation of changes in acute tonsillopharyngitis symptoms in the control group (n = 27)

Сравнение визитов	Статистический анализ, χ^2	Значение p
1-й визит vs 2-й визит	3,38	0,066
2-й визит vs 3-й визит	27,00	<0,001
1-й визит vs 3-й визит	27,00	<0,001

изучавших влияние препарата Тонзилгон Н на микробиocenоз небных миндалин. Анализ данных позволил сделать вывод о том, что применение препарата Тонзилгон Н в комплексной терапии хронического тонзиллита благотворно влияет на микрофлору тонзиллярной ткани и достоверно пролонгирует период ремиссии [30, 33]. Проведенное нами исследование также показывает, что назначение препарата Тонзилгон Н при остром тонзиллофарингите у детей 3–7 лет приводит к более быстрому уменьшению боли в горле и объективных признаков воспаления (гиперемия, отек миндалин) по сравнению с группой пациентов, получавших только общепринятую терапию. Так, уже на 2-м визите значительно больше детей было с оценкой 2 балла – 74%, в то время как в контрольной группе подавляющее большинство пациентов осталось с оценкой 3 балла (89%) ($p < 0,001$). Положительный эффект обусловлен выраженным противовоспалительным и иммуномодулирующим действием препарата. Полученные результаты показали не только высокую эффективность Тонзилгон Н при лечении ОФ у пациентов 3–7 лет, но и подтвердили эффективность, безопасность и хорошую переносимость. С учетом анатомо-физиологических особенностей лимфоидной ткани и иммунологических особенностей у данной категории детей проведенное исследование вносит дополнительный вклад в подтверждение эффективности и безопасности Тонзилгона Н.

ВЫВОДЫ

Полученные результаты подтвердили терапевтическую эффективность и хорошую переносимость лекарственного растительного средства Тонзилгон Н при лечении заболеваний верхних дыхательных путей (острый фарингит и тонзиллофарингит) у детей 3–7 лет благодаря комплексному терапевтическому эффекту, отсутствию побочных действий и аллергических проявлений. Результаты подтверждены проведенным статистическим анализом, указывающим на более быстрый и выраженный прогресс в снижении симптомов в основной группе ($p < 0,05$): улучшение происходило быстрее и значимее между всеми визитами. Таким образом, благодаря комплексному терапевтическому эффекту, отсутствию побочных действий от приема Тонзилгона Н данный препарат можно рекомендовать для лечения острых тонзиллофарингитов у детей 3–7 лет. 

Поступила / Received 06.11.2025

Поступила после рецензирования / Revised 26.11.2025

Принята в печать / Accepted 02.02.2026

Список литературы / References

1. Красилова ЕВ, Башкина ОА, Мацакова ДВ, Самотруева МА. Заболевания органов дыхания у детей. *Астраханский медицинский журнал*. 2022;17(3):13–22. <https://doi.org/10.48612/agmu/2022.17.3.13.22>. Krasilova EV, Bashkina OA, Matsakova DV, Samotrueva MA. Respiratory diseases in children. *Astrakhan Medical Journal*. 2022;17(3):13–22. (In Russ.) <https://doi.org/10.48612/agmu/2022.17.3.13.22>.
2. Борисова ТП, Бадогина ЛП, Федько ТВ. Рекуррентные респираторные инфекции в педиатрической практике: эффективность применения инозина пранобекса. *Здоровье ребенка*. 2018;13(7):674–680. <https://doi.org/10.22141/2224-0551.13.7.2018.148921>. Borisova TP, Badogina LP, Fedko TV. Recurrent respiratory infections in pediatric practice: the effectiveness of inosine pranobex. *Child's Health*. 2018;13(7):674–680. (In Russ.) <https://doi.org/10.22141/2224-0551.13.7.2018.148921>.
3. Пикруза ОИ, Генералова ЕВ, Рызванова ФФ. Опыт применения фитотерапии в реабилитации подростков с рекуррентными респираторными заболеваниями. *Медицинский совет*. 2022;(19):71–77. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-19-71-77>. Pikuza OI, Generalova EV, Rizvanova FF. Experience in the phytotherapy use for rehabilitation of adolescents with recurrent respiratory diseases. *Meditsinskiy Sovet*. 2022;(19):71–77. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-19-71-77>.
4. Patel GB, Kern RC, Bernstein JA, Hae-Sim P, Peters AT. Current and Future Treatments of Rhinitis and Sinusitis. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020;8(5):1522–1531. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.01.031>.
5. Дайхес НА, Баранов АА, Лобзин ЮВ, Намазова-Баранова ЛС, Козлов РС, Поляков ДП и др. *Острый тонзиллит и фарингит (острый тонзиллофарингит): клинические рекомендации*. 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/12_1.
6. Segboer CL, Terreehorst I, Gevorgyan A, Hellings PW, van Drunen CM, Fokkens WJ. Quality of life is significantly impaired in nonallergic rhinitis patients. *Allergy*. 2018;73(5):1094–1100. <https://doi.org/10.1111/all.13356>.
7. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*. 2016;34(7):645–649. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>.
8. Blaiss MS, Hammerby E, Robinson S, Kennedy-Martin T, Buchs S. The burden of allergic rhinitis and allergic rhinoconjunctivitis on adolescents: A literature review. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2018;121(1):43–52. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2018.03.028>.
9. Санталова ГВ. Терапия риносинуситов у детей. *Медицинский совет*. 2021;(11):36–41. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-11-36-41>. Santalova GV. Therapy of rhinosinusitis in childhood. *Meditsinskiy Sovet*. 2021;(11):36–41. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-11-36-41>.
10. Denlinger LC, Phillips BR, Ramratnam S, Ross K, Bhakta NR, Cardet JC et al. National Heart, Lung, and Blood Institute's Severe Asthma Research Program-3 Investigators. Inflammatory and Comorbid Features of Patients with Severe Asthma and Frequent Exacerbations. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017;195(3):302–313. <https://doi.org/10.1164/rccm.201602-0419OC>.
11. Тихонович ТЮ. Психосоматический статус часто болеющих детей как фактор их успешной адаптации к дошкольному образовательному учреждению. *Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика*. 2015;(3):13. Режим доступа: http://www.medpsy.ru/climp/2015_3_9/article13.php. Tikhonovich TY. Psychosomatic status of frequently ill children as a factor of their successful adaptation to preschool educational institutions. *Klinicheskaya i Meditsinskaya Psikhologiya: Issledovaniya, Obuchenie, Praktika*. 2015;(3):13. (In Russ.) Available at: http://www.medpsy.ru/climp/2015_3_9/article13.php.
12. Гордиец АВ, Груздева ОВ. Особенности психологического развития часто болеющих детей. *Российский педиатрический журнал*. 2013;(4):24–27. Режим доступа: <https://elibrary.ru/rdrhcn>. Gordiets AV, Gruzdeva OV. Features of psychological development of children with frequent illnesses. *Russian Pediatric Journal*. 2013;(4):24–27. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/rdrhcn>.
13. Рязанцев СВ, Гарашенко ТА, Карнеева ОВ, Поляков ДП, Свистушкин ВМ, Кириченко ИМ. *Дифференциальная диагностика и лечение острого тонзиллофарингита: клинические рекомендации*. М.; 2014. 22 с. Режим доступа: <https://lornii.ru/upload/iblock/464/Острый%20тонзиллофарингит.pdf>.
14. Захарова ИН, Бережная ИВ, Майкова ИД, Дубовец НФ, Дмитриева ДК. Острый тонзиллофарингит стрептококковой этиологии у детей: важность быстрой диагностики. *РМЖ*. 2023;(2):67–70. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/obshchie-statii/Ostryy_tonzillofaringit_streptokokkovoy_etiologii_u_detey_vazhnosty_bystroy_diagnostiki. Zakharova IN, Berezhnaya IV, Maykova ID, Dubovets NF, Dmitrieva DK. Acute tonsillopharyngitis of streptococcal etiology in children: the importance of rapid diagnosis. *RMJ*. 2023;(2):67–70. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/pediatriya/Ostryy_tonzillofaringit_streptokokkovoy_etiologii_u_detey_vazhnosty_bystroy_diagnostiki/.
15. Вавилова ВП, Вавилова ТА, Черкаева АХ. Рецидивирующие острые респираторные инфекции у детей: эффективность и безопасность фитотерапии. *Педиатрическая фармакология*. 2015;12(5):605–608. <https://doi.org/10.15690/pf.v12i5.1463>. Vavilova VP, Vavilova TA, Cherkayeva AK. Recurrent Acute Respiratory Infections in Children: Effectiveness and Safety of Phytotherapy. *Pediatric Pharmacology*. 2015;12(5):605–608. (In Russ.) <https://doi.org/10.15690/pf.v12i5.1463>.
16. Дроздова МВ, Рязанцев СВ. Опыт применения препарата Тонзилгон Н при лечении хронического тонзиллита у часто болеющих детей. *Российская оториноларингология*. 2016;84(5):120–125. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2016-5-120-125>. Drozdova MV, Ryzantsev SV. The experience of administration of the preparation Tonsilgon N in treatment of chronic tonsillitis in sickly children. *Rossiiskaya Otorinolaringologiya*. 2016;84(5):120–125. (In Russ.) <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2016-5-120-125>.
17. Заплатников АЛ, Намазова-Баранова ЛС (ред.). *Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика*. М.; 2022.
18. Лопатин АС, Шиленкова ВВ, Арефьева ВА, Бойко НВ, Гуров АВ, Карпищенко СА и др. *Острый риносинусит: клинические рекомендации*. 2021.
19. Овсянникова ЕМ, Коровина НА, Моргунова СЛ, Стойко ТЮ, Бодаревская ОП. Рациональная терапия острых респираторных инфекций и гриппа. *Медицинский совет*. 2015;(1):66–71. Режим доступа: <https://www.med-sovet.pro/jour/article/view/494>. Ovsyannikova EM, Korovina NA, Morgunova SL, Stoyko TY, Bodarevskaya OP. Adequate therapy of acute respiratory infections and flu. *Meditsinskiy Sovet*. 2015;(1):66–71. (In Russ.) Available at: <https://www.med-sovet.pro/jour/article/view/494>.
20. Рязанцев СВ, Захарова ГП, Дроздова МВ. Опыт применения препарата Тонзилгон Н. *Новости оториноларингологии и логопатологии*. 2001;(3):116–118. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/ymkvet>. Ryzantsev SV, Zakharova GP, Drozdova MV. The experience of administration of the preparation Tonsilgon N. *Novosti Otorinolaringologii i Logopatologii*. 2001;(3):116–118. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/ymkvet>.
21. Дрынов ГИ, Иванюшина ОК, Дьякова ФН. Результаты лечения детей с хроническим тонзиллитом препаратом Тонзилгон. *Детский доктор*. 2001;(1):67–69. Drynov GI, Ivanyushina OK, Dyakova FN. Results of therapy for chronic tonsillitis in children using Tonsilgon. *Detskiy Doktor*. 2001;(1):67–69. (In Russ.)
22. Смирнова ГИ. Опыт применения Синупрета и Тонзилгона Н для профилактики и лечения острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей. *Детский доктор*. 2001;(4):25–29. Режим доступа: https://elib.usma.ru/bitstream/usma/12071/1/UMJ_2006_5_015.pdf. Smirnova GI. The experience of using Sinupret and Tonsilgon H for the prevention and treatment of acute respiratory diseases in frequently ill children. *Detskiy Doktor*. 2001;(4):25–29. (In Russ.) Available at: https://elib.usma.ru/bitstream/usma/12071/1/UMJ_2006_5_015.pdf.
23. Hostanska K, Melzer J, Amon A, Saller R. Suppression of interleukin (IL)-8 and human beta defensin-2 secretion in LPS-and/or IL-1-stimulated airway epithelial A549 cells by a herbal formulation against respiratory infections (BNO 1030). *J Ethnopharmacol*. 2011;134(2):228–233. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2010.12.003>.
24. Бойко НВ, Летифов ГМ, Ким АС, Стагниева ИВ. Оценка эффективности лечения острого тонзиллофарингита при острых респираторных вирусных инфекциях у детей. *Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского*. 2018;97(4):212–216. Режим доступа: <https://pediatrajournal.ru/archive?show=365§ion=5294>. Boiko NV, Letifov GM, Kim AS, Stagnieva IV. Evaluation of efficacy of treatment of acute tonsillopharyngitis associated with acute respiratory viral infections in children. *Pediatriya – Zhurnal im G.N. Speranskogo*. 2018;97(4):212–216. (In Russ.) Available at: <https://pediatrajournal.ru/archive?show=365§ion=5294>.
25. Шуматова ТА, Катенкова ЭЮ, Гергет АВ, Смагина МА, Белоусова ВА. Клинический анализ применения препарата Тонзилгон Н у детей для лечения острых респираторных инфекций, сопровождающихся болью в горле. *Фарматека*. 2016;(11):100–105. Режим доступа: <https://pharmateca.ru/archive/9696>. Shumatova TA, Katenkova EYu, Gergert AV, Smagina MA, Belousova VA. Clinical analysis of the use of drug tonsilgon n in children for the treatment of acute respiratory infections, accompanied by a sore throat. *Farmateka*. 2016;(11):100–105. (In Russ.) Available at: <https://pharmateca.ru/archive/9696>.
26. Вавилова ВП, Вавилова ТА, Черкаева АХ. Рецидивирующие острые респираторные инфекции у детей: эффективность и безопасность фитотерапии. *Педиатрическая фармакология*. 2015;12(5):605–608. <https://doi.org/10.15690/pf.v12i5.1463>. Vavilova VP, Vavilova TA, Cherkayeva AK. Recurrent Acute Respiratory Infections in Children: Effectiveness and Safety of Phytotherapy. *Pediatric Pharmacology*. 2015;12(5):605–608. (In Russ.) <https://doi.org/10.15690/pf.v12i5.1463>.
27. Вавилова ВП, Абрамов-Соммарива Д, Стайндл Г, Воннеманн М, Рыжова ЕГ, Русова ТВ и др. Клиническая эффективность и переносимость препарата Тонзилгон® Н при лечении рецидивирующих инфекций верхних дыхательных путей у детей: неинтервенционное исследование в России. *РМЖ*. 2017;(5):350–358. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/pediatriya/Klinicheskaya_effektivnosty_i_perenosimosty_preparata_Tonzilgon_N_pri_lechenii_recidiviruyuschih_infekciy_verhnih_dyhatelnyh_putey_u_detey_neintervencionnoe_issledovanie_v_Rossii. Vavilova VP, Abramov-Sommariva D, Staindl G, Vonnemann M, Ryzhova EG, Rusova TV et al. Clinical efficacy and tolerability of Tonsilgon® N in the treatment of recurrent upper respiratory tract infections in children: a non-interventional study in Russia. *RMJ*. 2017;(5):350–358. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/pediatriya/Klinicheskaya_effektivnosty_i_perenosimosty_preparata_Tonzilgon_N_pri_lechenii_recidiviruyuschih_infekciy_verhnih_dyhatelnyh_putey_u_detey_neintervencionnoe_issledovanie_v_Rossii.

28. Popovych VI, Koshel IV, Malofiihuk AN, Pyletska L, Semeniuk A, Filippova O, Orlovska R. A randomized, open-label, multicenter, comparative study of therapeutic efficacy, safety and tolerability of BNO 1030 extract, containing Althea root, Cammomile flowers, horsetail herb, walnut leaves, yarrow herb, oak bark, dandelion herb in the treatment of acute non-bacterial tonsillitis in children aged 6 to 18 years. *Am J Otolaryngol*. 2019;40(2):265–273. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2018.10.012>.
29. Крюков АИ, Кунельская НЛ, Царапкин ГЮ, Изотова ГН, Товмасын АС, Лучшева ЮВ. Изучение эффективности и безопасности препарата Тонзилгон® Н в лечении хронического фарингита. *Медицинский совет*. 2016;(17):42–44. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-17-42-44>.
30. Крюков АИ, Кунельская НЛ, Царапкин ГЮ, Изотова ГН, Товмасын АС, Лучшева ЮВ. The study of the efficacy and safety of Tonsilgon® N in the treatment of chronic pharyngitis. *Meditsinskiy Sovet*. 2016;(17):42–44. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-17-42-44>.
30. Абдулкеримов ХТ, Карташова КИ, Давыдов РС, Абдулкеримов ЗХ, Колесникова АВ, Юсупова ДР. Сравнительная оценка эффективности лечения пациентов с субкомпенсированной формой хронического тонзиллита антисептическим средством растительного происхождения в комплексе со стандартной консервативной терапией: результаты открытого рандомизированного исследования. *Вестник оториноларингологии*. 2018;83(3):45–49. Режим доступа: <https://vestnik.orscience.ru/2074-5411/article/view/36630>. Abdulkherimov KhT, Kartashova KI, Davydov RS, Abdulkherimov ZKh, Kolesnikova AV, Yusupova DR. The comparative evaluation of the effectiveness of the treatment of the patients presenting with the sub-compensated form of chronic tonsillitis making use of the antiseptic herbal medicinal product in the combination with the standard conservative therapy: the results of the open randomized study. *Vestnik Otorinolaringologii*. 2018;83(3):45–49. (In Russ.) Available at: <https://vestnik.orscience.ru/2074-5411/article/view/36630>.
31. Богомильский МР, Чистякова ВР. *Детская оториноларингология*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439085.html>.
32. Преображенская ЮС, Дроздова МВ, Рязанцев СВ. Этиологические аспекты хронической патологии лимфоэпителиального глоточного кольца у детей на современном этапе. *Медицинский совет*. 2021;(18):100–105. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-18-100-105>.
32. Преображенская ЮС, Дроздова МВ, Рязанцев СВ. Etiological aspects of chronic pathology of the lymphoepithelial pharyngeal ring in children at the present stage. *Meditsinskiy Sovet*. 2021;(18):100–105. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-18-100-105>.
33. Пискунов ВС, Никитин НА. Опыт применения препарата Тонзилгон® Н в комплексном лечении хронического тонзиллита с промыванием небных миндалин у взрослых. *Consilium Medicum*. 2018;20(3):48–52. Режим доступа: <https://consilium.orscience.ru/2075-1753/article/view/95011>. / Piskunov VS, Nikitin NA. Experience of the usage of Tonsilgon® N in the complex treatment of chronic tonsillitis with irrigations of palatine tonsils in adults. *Consilium Medicum*. 2018;20(3):48–52. (In Russ.) Available at: <https://consilium.orscience.ru/2075-1753/article/view/95011>.

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторе:

Санталова Галина Владимировна, д.м.н., профессор кафедры факультетской педиатрии, Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89; galina.santalova@mail.ru

Information about the author:

Galina V. Santalova, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Faculty Pediatrics, Samara State Medical University; 89, Chapaevskaya St., Samara, 443099, Russia; galina.santalova@mail.ru