

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№2 (Том 6)

2025



ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

TOM 6, HOMEP 2

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 6, ISSUE 2



ТОШКЕНТ-2025



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский университет,
tadqiqot.uz

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Ответственный секретарь

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова, д.м.н., проф;
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;
Ш.Х. Зиядуллаев, д.м.н., доц;
Ф.И. Иноятова, д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова, д.м.н., проф;
Н.А. Ярмухамедова, к.м.н., доц.

Редакционный совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
А.Н. Арипов (Ташкент)
М.Ш. Ахророва (Самарканд)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н.Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
М.М. Матлюбов (Самарканд)
Э.И. Мусабаев (Ташкент)
А.Г. Румянцев (Москва)
Н.А. Тураева (Самарканд)
Ф.Г. Ульмасов (Самарканд)
А. Фейзиоглу (Стамбул)
Ш.М. Уралов (Самарканд)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербеков (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.
Тел.: +998662333034, +998915497971
E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

1.	Allanazarov A.B. GENERAL STATUS OF CYTOKINES IN ACUTE OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN FREQUENTLY ILL CHILDREN.....	5
2.	Ашурова М.Ж. БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА СЕМИЗЛИК ВА Д ВИТАМИНИ ДЕФИЦИТИ, МУАММОГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР.....	9
3.	Гойибова Н. С. СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ...	13
4.	Закирова Б.И., Хусайнова Ш. К. РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ И ДИЕТОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ.....	16
5.	Ибрагимова М.Ф., Тажиева З.Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭНТЕРОЛ У ДЕТЕЙ ПРИ ДИАРЕЯХ.....	20
6.	Ибрагимова М.Ф., Мухаммадиев И. С. ВЛИЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЧАСТО-БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.....	23
7.	Islamova D.S. BOLALARDA OBSTRUKTIV SINDROMI BILAN KECHUVCHI RESPIRATOR TIZIM KASALLIKLARINI KLINIK KECISH XUSUSIYATLARI.....	26
8.	Исламова Д.С. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С HELICOBACTER PYLORI.....	29
9.	Набиева Д. М., Набиева Ш.М. БОЛАЛАРДА ОЗИҚ-ОВҚАТ ОҚСИЛЛАРИ САБАБ БЎЛГАН IG-E БЎЛМАГАН ЕНТЕРОКОЛИТ СИНДРОМИ БИЛАН КЕЧАДИГАН АЛЛЕРГИК РЕАКЦИЯ - КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ЛАБОРАТОРИЯ ТАДҚИҚОТЛАРИ ХУСУСИЯТЛАРИ.....	32
10.	Rustamov M.R. PHOSPHORUS-CALCIUM METABOLISM AND CLINICAL PICTURE IN CHILDREN WITH TUBULOINTERSTITIAL KIDNEY DISEASES.....	36
11.	Сирожиддинова Х.Н., Усманова М.Ф. ДИСФУНКЦИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ И ЭПИЗОДИЧЕСКИ БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.....	38
12.	Turaeva D.Kh. CHANGES OBSERVED IN THE ACTIVITIES OF THE HEPATOBILIARY SYSTEM IN CHILDREN WITH METABOLIC SYNDROME.....	41
13.	Тухтаев Ф.М. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ УРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ, ЭКСТРЕННО ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СТАЦИОНАР.....	44
14.	Kholmuradova Z.E. ANTIBACTERIAL TREATMENT OF ACUTE BACTERIAL DISEASES OF THE UPPER RESPIRATORY TRACT IN CHILDREN.....	48

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ибрагимова Марина Фёдоровна

PhD, доцент кафедры 1-педиатрии и неонатологии
Самаркандский Государственный медицинский университет

Мухаммадиев Исмаил Сулейманович

Студент 328 группы педиатрического факультета
Самаркандский Государственный медицинский университет

ВЛИЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЧАСТО-БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.000000000>

АННОТАЦИЯ

Пневмония у детей остается одной из основных причин заболеваемости и смертности в мире, несмотря на развитие антибиотикотерапии и методов интенсивного лечения. В последние годы возрастает интерес к роли кишечной микрофлоры в регуляции иммунных процессов и ее влиянию на течение инфекционных заболеваний, включая пневмонию. Кишечная микробиота участвует в формировании врожденного и адаптивного иммунитета, поддерживает барьерную функцию слизистых оболочек и модулирует воспалительные реакции.

Ключевые слова: дети, пневмония, кишечная флора

Ibragimova Marina Fedorovna

PhD, dotsent, 1-Pediatrica va neonatologiya kafedrası
Samarqand Davlat Tibbiyot universiteti

Muhammadiyev Ismoil Sulaymonovich

Pediatrica fakulteti 328-guruh talabasi
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

TEZ-TEZ KASAL BO'LGAN BOLALARDA ICHAK MIKROFLORASINING JAMIYAT TOMONIDAN ORTTIRILGAN PNEVMONIYANING BORISHI VA NATIJALARIGA TA'SIRI.

ANNOTATSIYA

Bolalardagi pnevmoniya, antibiotik terapiyasi va intensiv terapiya usullarining rivojlanishiga qaramay, butun dunyo bo'ylab kasallanish va o'limning asosiy sabablaridan biri bo'lib qolmoqda. So'nggi yillarda immun jarayonlarni tartibga solishda ichak mikroflorasining roli va uning yuqumli kasalliklar, shu jumladan pnevmoniya jarayoniga ta'siriga qiziqish ortib bormoqda. Ichak mikrobiotasi tug'ma va adaptiv immunitetni shakllantirishda ishtirok etadi, shilliq pardalarning to'siq funksiyasini saqlaydi va yallig'lanish reaksiyalarini modulyatsiya qiladi.

Kalit so'zlar: bolalar, pnevmoniya, ichak florasi

Ibragimova Marina Fedorovna

PhD, Associate Professor of the Department of 1-Pediatrics and Neonatology
Samarkand State Medical University

Mukhammadiev Ismail Suleimanovich

Student of the 328th group of the pediatric faculty
Samarkand State Medical University

INFLUENCE OF INTESTINAL MICROFLORA ON THE COURSE AND OUTCOME OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN FREQUENTLY SICK CHILDREN

ANNOTATION

Pneumonia in children remains one of the main causes of morbidity and mortality in the world, despite the development of antibiotic therapy and intensive care methods. In recent years, there has been increasing interest in the role of intestinal microflora in regulating immune processes and its impact on the course of infectious diseases, including pneumonia. Intestinal microbiota is involved in the formation of innate and adaptive immunity, maintains the barrier function of mucous membranes and modulates inflammatory reactions.

Key words: children, pneumonia, intestinal flora

Актуальность. В структуре заболеваний детского возраста болезни органов бронхо-легочной системы занимают существенное место, как по распространенности, так и по тяжести клинических проявлений [1,4]. Исследованиями многих авторов

установлено, что в настоящее время прогрессирует утяжеление заболеваний органов дыхания, в частности с атипичной этиологией, отсутствует тенденция к снижению ее распространенности среди детей раннего возраста, в связи, с чем

вопросы улучшения и совершенствования разработки мероприятий по снижению их удельного веса требуют дальнейшего изучения. [2,11]. У здорового человека микрофлора желудочно-кишечного тракта более чем на 92-95% состоит из облигатных анаэробов. Микрофлора выполняет многочисленные жизненно важные функции, являющиеся составляющей человеческого организма. Микроорганизмы и макроорганизм вместе составляют так называемый симбиоз, где каждый извлекает для своего сосуществования выгоду и оказывает влияние на своего партнера. Большой интерес представляет собой влияние пробиотических бактерий на инфекционно-воспалительные изменения в бронхо-легочной системе у часто-болеющих детей, неоднократно получающих антибиотикотерапию. Ведь всем известно, что бесконтрольное назначение антибиотиков играет не маловажное значение в нарушении микрофлоры кишечника. По результатам последних исследований, в которых утверждается, что здоровая кишечная микрофлора весьма значима не только для физиологии кишечника и построения нормальной иммунной функции, но также защищает от каких-либо патологических реакций, таких как воспаление, аллергия, аутоиммунные нарушения. Метаболиты, которые вырабатываются кишечной микрофлорой, способны модулировать не только кишечный иммунитет, но также они воздействуют на другие органы, включая и лёгкие. Поэтому применение препаратов, улучшающих микробиоту желудочно-кишечного тракта, приводит к более быстрому разрешению воспалительного процесса, более скорейшему выздоровлению, снижению летального исхода, что связано с понижением уровня ФНО-α и интерлейкина-6, увеличением продукции интерлейкина-10. [9,10,]. Но существует ряд причин, нарушающих микрофлору кишечника. К таковым относятся: в первую очередь это нерациональное применение антибиотиков; алиментарные причины, неправильно введенные прикормы на первом году жизни, несбалансированное питание; различные перенесённые инфекционные заболевания; аллергические состояния, диатезы, атопический дерматит; врожденные дисфункции желудочно-кишечного тракта и его ферментов, такие как синдром мальабсорбции; заболевания желудочно-кишечного тракта; санитарно-гигиенические нарушения.

В результате влияния этих факторов в желудочно-кишечном тракте возникают в той или иной степени нарушения и органические поражения. Пробиотики – это группа лекарственных препаратов, которые применяются для предотвращения нарушения и нормализации кишечной микрофлоры. [5,6]. Одним из таких препаратов является Энтерол, который применяется при диареях у детей и взрослых. *Saccharomyces boulardii* является пробиотиком. Согласно определению ВОЗ это живые микроорганизмы, которые оказывают оздоровительный эффект на организм человека в целом. [3,7,8]. Действие данного лекарственного препарата обусловлено антагонистическим эффектом в отношении патогенных, и условно-патогенных микроорганизмов. Оно оказывает антитоксическое действие, особенно в отношении бактериальных цитотоксинов и энтеротоксинов, также улучшает ферментативную функцию кишечника. Препарат энтерол способствует восстановлению микрофлоры кишечника, не нарушая свою собственную уникальную для каждого микрофлору кишечника.

На сегодняшний день, несмотря на успешные работы по изучению роли микрофлоры кишечника в организме, проблемы внебольничной пневмонии и нарушения функции желудочно-кишечного тракта, развившиеся на фоне дисбиоза кишечника, и в то же время эффективности лечения с помощью пробиотиков при таких случаях являются недостаточно изученными, в связи с чем провели данное исследование.

Цель исследования: изучить влияние кишечной микрофлоры на течение и исход пневмонии у часто-болеющих детей

Материалы и методы исследования. Для изучения данной проблемы мы провели исследование в отделениях 1, 2 педиатрии Самаркандского филиала Республиканского Научного Центра экстренной медицинской помощи, Самаркандского областного

детского многопрофильного медицинского центра и семейных поликлиниках №3 города Самарканда. В процессе исследования были включены 52 больных с внебольничной пневмонией в возрасте от 1 года до 10 лет. Из них:

I группа – 26 больных с внебольничной пневмонией с атипичной микрофлорой, получавшие комбинированное лечение с пробиотиками.

II группа – 26 больных с внебольничной пневмонией, получавшие традиционное лечение.

Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей. У детей из обеих групп проводился сбор анамнестических данных, обследование общепринятыми клиническими, лабораторно-инструментальными и специальными методами диагностики.

Для выявления пневмонии применялись методы полимеразной цепной реакции (ПЦР), определения уровня прокальцитонина и С-реактивного белка. Одновременное определение инфекции на основании положительного результата ПЦР, уровня прокальцитонина и С-реактивного белка повышает надежность диагностики возбудителей. Препарат Бифолак цинк назначался по разным возрастным дозам, то есть для детей от 1 года до 5 лет — 1 пакетик или 1 капсула 2–3 раза в сутки, от 5 до 10 лет по 1-2 капсулы 2 раза в сутки.

Оценка эффективности проведенной терапии сопоставлялась на основании изучения динамики общего состояния ребёнка, клинических проявлений, таких как кашель, повышение температуры тела, одышка, физикальных изменений в легких, рентгенологических данных, а также катамнеза в течение 6 месяцев.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно изучению анамнестических данных пневмония у 45% больных развивалась на 3,1-1,1 день от начала симптомов острой респираторной инфекции. Результаты проведенных исследований до лечения показали, что у 21 (80,7%) больных 1-й группы и у 19 (73%) больных второй группы наблюдались признаки интоксикации. У 14 больных 1 группы и у 10 больных 2 группы наблюдался абдоминальный синдром, проявляющийся диареей. У 22 (84,6%) и у 20 (76,9%) больных 1-й и 2-й групп наблюдался влажный кашель. У 11 (42,3%) и у 13 (50%) больных наблюдались симптомы дыхательной недостаточности 1 степени.

К 3-4 дню от начала лечения у 19 (73%) детей 1-й группы и у 17 (65,3%) – 2-й группы проявлялась положительная клиническая динамика болезни: температура тела снизилась. У 23 (88,4%) детей 1-й группы и у 19 (73%) – 2-й группы уменьшился кашель, повысился аппетит, комбинированная терапия была продолжена.

На 5-6 день лечения у 22 (84,6%) детей 1-й группы и у 20 (76,9%) – 2-й группы отмечалось исчезновение кашля, хрипов в легких, исчезновение интестинального синдрома.

На 10-12 день терапии отмечалась улучшения на рентгеновском снимке у 24 (92,3%) больных детей 1-й группы и у 21 (80,7%) – 2-й группы.

В конечном итоге применение препаратов приводило к достоверному снижению длительности стационарного лечения, так как пациенты I группы находились в клинике в среднем 1,1 койко-дня меньше по сравнению с пациентами II-ой группы.

Для определения эффективности значения кишечной микрофлоры в профилактике и предупреждении рецидивов заболевания легких нами было проведено сравнительное катамнестическое наблюдение больных в течение 6 месяцев после выписки из стационара. Проведенное исследование показало, что у детей после выписки из стационара периодически получавших бифолак цинк отмечалась достоверное снижение частоты развития рецидивов болезни, а также в период с 1 по 3 месяца снижение продолжалось в среднем на 33%. Наблюдение за больными в период с 4 по 5 месяца после выписки из стационара, показало дальнейшее снижение частоты рецидивов заболевания в среднем на 59% у пациентов получавших пробиотик, с 6 месяца – снижение на 55% у пациентов II группы.

Сравнительный анализ частоты рецидивов заболевания в I-II группах после проведенного лечения

Срок повторного катamnестического обследования после выписки из стационара	Частота рецидивов	
	Группа I (n за 12 мес.)	Группа II (n за 12 мес.)
1-3 месяца	1,39±0,07	1,72±0,11
4-5 месяцев	1,85±0,12	2,65±0,15
6 месяцев	2,23±0,08	3,22±0,17

Как видно по результатам исследования у детей пневмоний атипичной этиологией при проведения комбинированное лечение с помощью антибактериальных препаратов и пробиотики провели к быстрому положительному динамику. Дети хорошо переносили комбинированное лечение, никаких побочных реакций не отмечалось.

Выводы. Состояние кишечной микробиоты оказывает значительное влияние на течение и исход пневмонии у детей. Дисбактериоз может способствовать развитию воспалительных процессов и снижению эффективности иммунного ответа. Здоровая микрофлора способствует поддержанию баланса между про- и противовоспалительными реакциями, что снижает риск тяжелого течения пневмонии и осложнений. Коррекция

микробиоты с помощью пробиотиков и пребиотиков может улучшить иммунный ответ, уменьшить тяжесть заболевания и ускорить выздоровление. Для эффективного лечения и профилактики пневмонии у детей важно учитывать состояние кишечной микробиоты и при необходимости корректировать его с помощью питания, пробиотиков и рациональной антибиотикотерапии. Таким образом, комбинированное применение пробиотиков у часто болеющих детей является эффективным при лечении пневмоний. Удобное в применении, более высокая эффективность, отсутствие побочных и нежелательных явлений позволяют нам рекомендовать данное лечение для широкого применения его в педиатрической практике.

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Авдеев С.Н. Интенсивная терапия в пульмонологии. М., 2015. Т. 1. 304 с.
2. Горбич О.А. (2016). Атипичная пневмония - значимая проблема детского возраста. Медицинский журнал. 57-61.
3. Шавази Н. М., Ибрагимова М. Ф., Закирова Б. И., Лим М.В., Атаева М. С. эффективность применения препарата энтерол при диареях у детей. Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований №1(том 2), 2021. С. 39-41.
4. Майданник В.Г., Митин Ю.В. Диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний органов дыхания у детей. — К.: ИЦ Медпромфю, 2006. — 288 с.
5. Турсунова, В., Урунова, М., & Ибрагимова, М. (2023). Changes in the state of immunity at the cellular level in patients with bronchiolitis. Международный журнал научной педиатрии, 2(12), 428-430.
6. Внебольничная пневмония у детей. Клинические рекомендации. — Москва : Оригинал-макет, 2015. — 64 с. ISBN 978-5-990-66034-2
7. Agaard K., Ma J., Ganu R., Petrosino J., Versalovic J. The placenta harbors a unique microbiome. Sci Transl Med. 2014; 6: 237-43.
8. Schroeder B., Birchenough G., Stahlman M. Bifidobacteria or fiber protects against diet-induced microbiota-mediated colonic mucus deterioration. Cell Host Microbe. 2018; 23 (1): 27-40.
9. Fedorovna, I. M., & Ravshanovna, E. M. (2024). Optimization of treatment of atypical pneumonia due to hypoxic-ischemic encephalopathy in newborns. Research Focus, 3(1), 220-223.
10. Odamaki T., Kato K., Sugahara H., et al. Age-related changes in gut microbiota composition from newborn to centenarian: a cross-sectional study. BMC Microbiol. 2016; 16: 90-8.
11. Joly F. et al. Saccharomyces boulardii CNCM I-745. In: Marteau P., Dore J., eds. Gut Microbiota: A Full-Fledged Organ. Paris: John Libbey Eurotext; 2017: 305-350.