

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№4 (Том 6)

2025

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

TOM 6, HOMEP 4

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH
VOLUME 6, ISSUE 4





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.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1	Axmatov A.A. BOLALARDA HELICOBACTER PYLORI INFEKTSIYASINING MOLEKULAR DIAGNOSTIKASI VA IMMUNOGENETIK JAVOB: TIZIMLI ADABIYOTLAR TAHLILI.....	5
2	Goyibova N.S. CARBOHYDRATE AND LIPID METABOLISM AND THEIR RELATIONSHIP WITH MICROALBUMINURIA IN CHILDREN WITH OBESITY.....	9
3	Гойибова Н.С. ПОЧЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ТИПЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	12
4	Ибрагимова М.Ф., Жамшедова С.Ж., Хурсанкулова Ф.К. ВЛИЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ.....	15
5	Ibragimova Yu.B. ERTA YOSHDA GI BOLALARDA OBSTRUKTIV BRONXIT KECISHINING XUSUSIYATLARI.....	18
6	Ibragimova Yu.B. BOLALARDA NOSTEROID YALLIG'LANISHGA QARSHI PREPARATLARNI QO'LLASH NATIJASIDA PAYDO BO'LADIGAN GASTRO ASORATLARNING KLINIK JIHATLARI.....	21
7	Исламова Д.С. ЮНОШЕСКАЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ: АНАЛИЗ КЛЮЧЕВЫХ ФАКТОРОВ.....	25
8	Исламова Д.С. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	30
9	Ishkabulova Gulchexra Djankurazovna SURUNKALI IKKILAMCHI PIELONEFRITNI DAVOLASH XUSUSIYATLARI.....	36
10	Пак Е. А., Абдукадирова Н.Б. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ КАРАТЭ...	40
11	Рустамов М.Р., Гарифуллина Л.М. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ.....	45
12	Рустамов М.Р. ОБМЕННЫЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ.....	49
13	Turayeva D. X. BOLALARDA METABOLIK SINDROM FONIDA RIVOJLANADIGAN JIGAR VA OSHQOZON OSTI BEZI STEATOZI.....	52
14	Турдибеков Х.И., Ибрагимов С.Х. КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НУТРИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ.....	55


JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Исламова Дильбар Садыковна

Ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

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

АННОТАЦИЯ

У детей с высокой частотой диагностируются хронические гастродуоденальные патологии, этиопатогенез которых обусловлен комплексным влиянием эндогенных и экзогенных факторов различной природы [1,6,9]. Среди предрасполагающих причин выделяют генетически обусловленные особенности организма, повышенную кислотность желудочного сока, а также присутствие бактерии *Helicobacter pylori* [3,4]. Существенную роль играют несбалансированное питание, психоэмоциональные перегрузки, влияние патологий других органов брюшной полости (через рефлексорные механизмы), а также побочные эффекты некоторых лекарственных препаратов [10,11].

Ключевые слова: гастродуоденальная патология, питание, дети

For citation: Islamova D.S./ Features of organizing nutrition for children of adolescent age with gastroduodenal pathology

Islamova Dilbar Sodiqovna

Davolash fakulteti pediatriya kafedrası assistenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

GASTRODUODENAL PATOLOGIYASI BO'LGAN O'SMIRLIK YOSHIDAGI BOLALARNING OVQATLANISHINI TASHKIL ETISHNING XUSUSIYATLARI

ANNOTATSIIYA

Bolalarda surunkali gastroduodenal patologiyalar yuqori chastotada tashxislanadi, ularning etiopatogenezi turli tabiatli endogen va ekzogen omillarning kompleks ta'siri bilan bog'liq [1,6,9]. Moyillik sabablari orasida organizmning genetik xususiyatlari, oshqozon shirasining yuqori kislotaliligi, shuningdek, *Helicobacter pylori* bakteriyasining mavjudligi ajratib ko'rsatiladi [3,4]. Muvozanatsiz ovqatlanish, ruhiy-hissiy zo'rliqlar, qorin bo'shlig'ining boshqa a'zolari patologiyalarining ta'siri (reflektor mexanizmlar orqali), shuningdek, ba'zi dori-darmonlarning nojo'ya ta'sirlari muhim rol o'ynaydi [10,11].

Kalit so'zlar: gastroduodenal patologiya, ovqatlanish, bolalar

Islamova Dilbar Sadikova

Assistant Professor of Pediatrics at the Faculty of Medicine
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

FEATURES OF ORGANIZING NUTRITION FOR CHILDREN OF ADOLESCENT AGE WITH GASTRODUODENAL PATHOLOGY

ANNOTATION

In children, chronic gastroduodenal pathologies are diagnosed with high frequency, the etiopathogenesis of which is due to the complex influence of endogenous and exogenous factors of varying nature [1,6,9]. Among the predisposing causes, genetically determined characteristics of the body, increased gastric acidity, and the presence of *Helicobacter pylori* bacteria are distinguished [3,4]. An important role is played by unbalanced nutrition, psycho-emotional overloads, the influence of pathologies of other abdominal organs (through reflex mechanisms), as well as side effects of certain medications [10,11].

Keywords: gastroduodenal pathology, nutrition, children

Патологии желудочно-кишечного тракта продолжают занимать лидирующие позиции среди хронических соматических заболеваний у детей и подростков. В последние годы в ряде зарубежных стран, а также в нашем регионе отмечается устойчивая тенденция к увеличению заболеваемости в данной возрастной группе [1,6,9]. Значительный вклад в развитие этих заболеваний

вносят несбалансированное питание, психоэмоциональные перегрузки, сопутствующие патологии органов брюшной полости (через рефлексорные механизмы), а также побочные эффекты некоторых лекарственных препаратов [10,11]. По оценкам Европейского регионального бюро Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), около 80% всех болезней так или иначе

связаны с питательными факторами, а 41 % заболеваний — с ключевыми детерминантами питания [7].

Проблема дефицита здорового питания значительно усугубляется в условиях неблагоприятной экологической обстановки. Нутрициологи подчёркивают, что формирование пищевого поведения детей во многом определяется привычками их родителей [1,2,7]. Именно в семье закладывается первый, наиболее важный этап становления вкусовых предпочтений и отношения к еде.

Специалисты отмечают, что в основе нарушений пищевого поведения подростков нередко лежат психологические трудности — тревога, страх, симптомы депрессии. Они могут быть связаны либо с процессом приёма пищи, либо с определёнными продуктами. Часто такие реакции возникают как следствие негативных ассоциаций, когда пережитая психотравмирующая ситуация была сопряжена с едой или конкретным блюдом.

Также установлено, что нездоровые пищевые привычки родителей — злоупотребление фастфудом, регулярные посещения кафе быстрого питания, где ребёнок привлекают не только гамбургеры и чизбургеры формируют у детей устойчивую привязанность к подобному типу рациона. Со временем такая пища становится для них предпочтительной, а здоровые продукты теряют привлекательность. Ситуация ещё больше ухудшается, если ребёнку разрешают бесконтрольно употреблять сладости: конфеты, печенье и прочие кондитерские изделия.

Значительное время, которое дети тратят на дорогу к школе и спортивным секциям — порой от двух до четырёх–пяти часов ежедневно является так же фактором риска. В результате подростки лишены возможности регулярно питаться дома и вынуждены рано знакомиться с ассортиментом школьных буфетов, столовых и кафе при спортивных комплексах, где нередко преобладают не самые полезные продукты.

Отдельной проблемой является агрессивная реклама, активно продвигающая пиво, энергетические напитки и другие вредные для здоровья изделия. Современные информационные и психотехнологические ресурсы зачастую используются не для популяризации здорового питания и образа жизни, а, наоборот, для их разрушения. Особенно уязвимы в этой ситуации дети и подростки, которые обладают высокой внушаемостью и не имеют достаточной защиты от подобного информационного давления.

Неблагоприятное влияние оказывают различные продукты, обладающие раздражающим, кислотным или стимулирующим действием (например, цитрусовые, помидоры, маринады), эфирные масла (лук, чеснок, специи), шоколад и какао. В совокупности такие продукты усиливают нагрузку на пищеварительную систему, повышают кислотность и могут вызывать воспаление или дискомфорт, особенно при чувствительности слизистой или наличии заболеваний ЖКТ.

Среди предрасполагающих факторов так же очевидную роль играют наследственные особенности организма, которые могут определять как общий тип обмена веществ, так и реактивность слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Генетические вариации нередко влияют на уровень выработки ферментов, скорость регенерации тканей, предрасположенность к воспалительным процессам и даже на чувствительность рецепторов, регулирующих аппетит и пищевые предпочтения [12]. Таким образом, наследственные механизмы могут создавать фон, на котором неблагоприятные воздействия внешней среды и особенности питания проявляются более выражено.

Важным предрасполагающим фактором к заболеваниям гастродуоденальной зоны является повышенная кислотность желудочного сока, которая приводит к постоянному раздражению слизистой оболочки, снижает её защитные функции и создаёт благоприятные условия для развития воспалительных процессов. При длительном воздействии агрессивной кислотной среды слизистая становится более уязвимой, хуже сопротивляется воздействию патогенных микроорганизмов и механическим повреждениям, что повышает вероятность формирования эрозий и язвенных дефектов.

Эти нарушения могут усиливаться при наличии генетически обусловленных особенностей организма, таких как повышенная чувствительность слизистой к кислоте, изменения в работе ферментных систем или сниженная способность тканей к быстрой регенерации. Взаимодействие наследственных факторов с агрессивным воздействием желудочного сока формирует основу для более раннего и тяжёлого проявления гастродуоденальной патологии [12].

Немаловажную роль играет и характер питания подростка. Употребление большого количества кислых, острых, жареных и жирных блюд, злоупотребление газированными напитками и фастфудом стимулируют усиленную выработку желудочного сока, что ещё более обостряет проблему гиперсекреции. Нерегулярные приёмы пищи, длительные перерывы между ними или привычка перекусывать на ходу также нарушают механизмы регуляции кислотности и ухудшают состояние слизистой оболочки. В то же время недостаток в рационе продуктов, нейтрализующих кислоту и обеспечивающих защиту слизистой (например, молочных блюд, овощных пюре, слизистых каш), лишает желудок естественных факторов, способствующих снижению нагрузки.

Значительное влияние оказывает и наличие бактерии *Helicobacter pylori*, способной повреждать слизистую оболочку, провоцировать хроническое воспаление и нарушать процессы пищеварения. Взаимодействие инфекции с генетически детерминированными особенностями иммунного ответа организма и факторами питания часто приводит к более тяжёлому течению заболевания. Развитие гастродуоденальных нарушений у подростков нередко является результатом сложного взаимодействия наследственных факторов, индивидуальных особенностей кислотности желудка, воздействий *Helicobacter pylori* и пищевого поведения, что подчёркивает необходимость комплексного подхода к диагностике, профилактике и лечению [3,4].

В последние годы всё чаще у детей и подростков фиксируют язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, как осложнённую, так и неосложнённую, а также эзофагиты и гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ). Эти патологии нередко приобретают хроническое течение с периодическими рецидивами. В основе их развития лежит длительное воздействие на слизистую оболочку агрессивных компонентов желудочного и дуоденального содержимого — соляной кислоты, желчи, пепсина и ферментов поджелудочной железы. Продолжительный контакт тканей с этими веществами вызывает воспаление, приводит к снижению их защитных свойств и делает слизистую особенно уязвимой к внешним воздействиям.

Среди наиболее частых клинических проявлений гастродуоденальной патологии у детей отмечают боли в животе и расстройства пищеварения. При повышенной кислотности у детей боли чаще локализуются в верхней части живота, имеют жгучий или ноющий характер и могут быть достаточно интенсивными. Они обычно появляются через 1–1,5 часа после приёма пищи и часто сопровождаются изжогой, кислым привкусом во рту и «кислой» отрыжкой. Напротив, при пониженной кислотности боли у детей, как правило, ноющие и тупые, иногда могут полностью отсутствовать; в таких случаях больше беспокоит чувство тяжести, распирания и переполненности желудка, особенно после еды, а также могут наблюдаться снижение аппетита, вздутие и дискомфорт в животе. При язвенной болезни боль может быть ноющей или схваткообразной, иногда слабой по интенсивности, однако чаще возникает натощак или вскоре после еды. Нередко наблюдаются признаки диспепсии: снижение аппетита, тошнота, рвота, изжога, отрыжка. Симптоматика эзофагита и ГЭРБ значительно варьирует. Пищеводные проявления включают изжогу, регургитацию, неприятные ощущения при глотании, боли за грудиной. В подростковом возрасте нередко встречаются и внепищеводные симптомы: кашель, осиплость голоса, нарушения сердечного ритма, за грудиной боли приступообразного характера, а также повторяющиеся эпизоды бронхитов, пневмоний и проявления астматического синдрома.

Комплексная диагностика заболеваний гастродуоденальной зоны предусматривает тщательный сбор анамнеза, анализ пищевых привычек и выявление факторов, способствующих нарушению питания. Проводится физикальное обследование, лабораторные исследования, оценка кислотности и секреторной активности желудка, а также поиск инфекции *Helicobacter pylori*. Ключевым инструментальным методом является эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки желудка (фундальный и антральный отделы) и луковицы двенадцатиперстной кишки. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости необходимо для выявления сопутствующих заболеваний печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, которые могут усугублять пищеварительные нарушения. Нарушения питания играют важную роль как в возникновении, так и в прогрессировании гастродуоденальной патологии, усиливая действие агрессивных факторов и способствуя хронизации процесса.

Рациональное питание занимает ключевую роль в комплексной терапии заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, и во многом определяет эффективность консервативного подхода. Правильно организованная диета способствует более быстрому восстановлению организма, снижает нагрузку на пищеварительную систему и позволяет уменьшить потребность в лекарственных препаратах [2,8].

Пищевые компоненты воздействуют на органы ЖКТ не напрямую, а через сложные нейрорефлекторные механизмы, регулируемые как центральной, так и периферической нервной системой. Благодаря этому возможно целенаправленно формировать лечебные рационы, адаптированные под функциональное состояние конкретного отдела пищеварительного тракта — обеспечивая как щадящий, так и стимулирующий режим работы органов.

В случае необходимости снижения нагрузки на ЖКТ применяется щадящее питание, которое исключает продукты с грубой клетчаткой, раздражающие слизистую или активизирующие желудочную секрецию и перистальтику. При этом важное значение имеет не только состав, но и способ приготовления пищи — она должна быть отварной, приготовленной на пару или запечённой, иметь мягкую консистенцию и соответствовать температурным рекомендациям. Частое дробное питание также способствует снижению раздражающего воздействия на слизистую. И наоборот, при необходимости стимуляции пищеварительных процессов и усиления секреции назначаются блюда, обладающие выраженным сокогонным эффектом — например, мясные и рыбные бульоны, солёные продукты, натуральные овощные и фруктовые соки, лёгкие соусы. В таких случаях допускается использование кулинарной обработки с элементами жарки или запекания для усиления вкусовых и физиологических эффектов пищи.

При разработке диетического рациона для ребёнка, страдающего гастродуоденальной патологией, необходимо учитывать целый комплекс принципов, основанных на понимании физиологии пищеварения, особенностей детского организма и механизмах поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Грамотно составленный рацион становится неотъемлемой частью комплексной терапии, способствуя снижению воспаления, нормализации моторики желудка, ускорению регенерации слизистой и формированию устойчивой ремиссии [13].

Прежде всего питание должно быть сбалансированным по энергетической и нутриентной ценности и соответствовать возрастным физиологическим потребностям. Детский организм интенсивно растёт, а любые необоснованные ограничения могут приводить к дефициту белков, витаминов, минералов, что замедляет восстановительные процессы и негативно влияет на общее развитие ребёнка. При этом важно учитывать суточный калораж, соотношение белков, жиров и углеводов, а также содержание пищевых волокон — их количество регулируется в зависимости от стадии заболевания, поскольку избыток грубой клетчатки может раздражать слизистую и провоцировать боль.

Ключевым условием является строгое соблюдение механизмов щажения поражённого органа:

1. Механическое щажение предполагает использование пищевых продуктов мягкой консистенции: протёртых супов, каш, паровых котлет, омлетов, нежирных кисломолочных продуктов. Избегают грубой и трудно перевариваемой пищи, богатой соединительной тканью (жёсткого мяса, сухожилий), а также свежих овощей с грубой клетчаткой, орехов и сухарей. Это снижает нагрузку на желудок, облегчает эвакуацию пищи и уменьшает риск травматического воздействия на слизистую.

2. Химическое щажение направлено на исключение продуктов, которые усиливают желудочную секрецию или оказывают раздражающее действие: пряностей, маринадов, копчёностей, жирных блюд, кислых ягод, крепких бульонов, кофе, какао и газированных напитков. Ограничивают продукты, способные провоцировать рефлюкс и повышать кислотность желудочного сока. При этом важно не допускать чрезмерного сужения рациона: даже щадящая диета должна обеспечивать достаточное количество нутриентов.

3. Термическое щажение подразумевает употребление блюд оптимальной температуры — не слишком горячих и не слишком холодных, поскольку температурные раздражители усиливают спазмы и способствуют усилению воспаления. Оптимальная температура пищи составляет 37–40 °С.

Важным принципом является дробность питания: 5–6 приёмов пищи небольшими порциями в течение дня. Это предотвращает переполнение желудка, нормализует ритм секреции желудочного сока, улучшает моторику и способствует равномерной нагрузке на органы пищеварения [13,14]. Особенно актуально это при язвенной болезни и гастродуодените с повышенной кислотностью.

Существенное значение имеет плавность переходов. Следует избегать необоснованно длительного ограничения пищевых веществ, поскольку жёсткая диета оправдана лишь в остром периоде заболевания. По мере улучшения состояния, подтверждённого клиническими и иногда лабораторными данными, рацион необходимо постепенно расширять, добавляя новые продукты с учётом их переносимости. Такой подход способствует восстановлению нормальной функции желудочно-кишечного тракта, формированию здоровых пищевых привычек и снижению риска рецидива.

Контроль переносимости включает наблюдение за реакцией ребёнка: появлением болей, тяжести, вздутия, изжоги, нарушений стула. Важно также учитывать индивидуальные особенности — наличие аллергий, ферментной недостаточности, сопутствующих заболеваний печени, желчевыводящих путей или поджелудочной железы. При необходимости рацион корректируется совместно с врачом и диетологом.

Кроме непосредственного воздействия на желудок, правильно составленная диета играет важную роль в регуляции микробиоты, поддержании иммунной функции и снижении воспалительного фона — факторов, особенно значимых для детей с хроническими гастродуоденальными заболеваниями, включая НР-ассоциированные формы.

В острый период гастродуоденальной патологии действительно допустимо временное снижение общей калорийности и пищевой ценности рациона, что обусловлено необходимостью уменьшить нагрузку на поражённую слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки. Такое снижение достигается за счёт исключения продуктов, обладающих выраженным стимулирующим или раздражающим действием — грубой клетчатки, насыщенных жиров, экстрактивных веществ, кислот, пряностей, продуктов быстрого приготовления. Однако важно подчеркнуть, что эту меру следует рассматривать как кратковременную и строго контролируемую стратегию,

направленную на создание оптимальных условий для регенерации тканей.

Даже в условиях вынужденного ограничения питания ребёнка должно оставаться разнообразным, физиологически полноценным и обладать приятными вкусовыми качествами. Психоэмоциональный компонент питания особенно значим в детском возрасте: отказ от любимых блюд, однообразие рациона или неприятная органолептика пищи могут усиливать стресс и тревожность, снижать аппетит и негативно влиять на общее состояние. А поскольку стресс сам по себе способен усиливать желудочно-кишечные симптомы и замедлять восстановительные процессы, диетотерапия должна учитывать не только механизмы щажения, но и эмоциональный комфорт. В рамках допустимых ограничений можно использовать вариации текстуры, мягкие вкусовые оттенки, эстетичную подачу блюд, что помогает ребёнку легче адаптироваться к лечебному питанию.

На разных этапах терапии применяются различные типы лечебных рационов, адаптированных под стадию заболевания, степень выраженности воспалительного процесса, уровень кислотности желудочного сока и сопутствующие функциональные нарушения. В классической педиатрической гастроэнтерологии традиционно используются принципы щадящих диет (аналогичных диетам Певзнера, но с педиатрическими модификациями), которые систематизируют подходы к питанию детей при обострениях и ремиссии:

1. Диеты в острый период направлены на максимальное снижение механического, химического и термического раздражения. Они включают преимущественно жидкие и полужидкие блюда — протёртые каши, слизистые супы, пюреобразные овощи, кисели, омлеты на пару. Часто используются блюда, обладающие обволакивающим эффектом, защищающие слизистую от агрессивного воздействия желудочного сока.

2. Переходные (расширенные) рацион вводится по мере стихания болевого синдрома и нормализации аппетита. Он предполагает постепенное увеличение калорийности, введение мягких белковых продуктов (паровые тефтели, рыба, творог), расширение ассортимента овощей и круп, добавление небольшого количества растительных масел. На этом этапе важно внимательно отслеживать переносимость новых блюд и избегать резких изменений.

3. Рацион восстановительного периода уже допускает более разнообразные продукты и приближается к обычному детскому питанию, при сохранении ключевых принципов щажения. На этом этапе проводится формирование здоровых пищевых привычек, направленное на профилактику рецидивов. Особое внимание уделяется источникам белка, сложных углеводов, витаминов А, С, группы В, а также минералов, участвующих в регенерации тканей и поддержании иммунитета.

4. Поддерживающие схемы питания в период ремиссии включают полноценный рацион, который стабилизирует моторику желудка, поддерживает нормальный уровень кислотности и предотвращает обострения. Детям рекомендуется регулярное питание, ограничение сильно раздражающих продуктов, адекватный питьевой режим и контроль психоэмоциональных факторов, влияющих на пищеварение.

Диетотерапия при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки у детей: принципы, подходы и современные рекомендации

Рациональное питание является одним из ключевых инструментов в консервативном лечении гастродуоденальной патологии у детей. Его цель — не только уменьшение воспалительных процессов и стимуляция восстановления слизистых, но и снижение медикаментозной нагрузки, стабилизация пищеварительной функции и предупреждение нутритивных дефицитов [13,15].

Пищевые вещества, воздействуя на желудочно-кишечный тракт через центральные и периферические нервные механизмы, инициируют моторные и секреторные реакции. Это позволяет адаптировать диету в зависимости от состояния желудочной секреции: при гиперсекреции предпочтение отдают продуктам с буферными свойствами, минимально стимулирующим

кислотопродукцию (например, молочные блюда и пресное молоко). Напротив, при пониженной секреции акцент делается на продукты, обладающие мягким стимулирующим действием на секреторный аппарат желудка.

Основные задачи лечебного питания включают:

- снижение агрессивности желудочного сока;
- укрепление защитных механизмов слизистой;
- нормализацию моторной функции пищеварительного тракта;
- коррекцию микробиоты;
- восполнение нутриентов, предотвращение белково-энергетической недостаточности.

Диетические схемы при гастродуоденальной патологии

В клинической практике используются различные варианты лечебных диет, в том числе диеты №1а, №1б и №1, каждая из которых соответствует определённому этапу заболевания и уровню воспаления. Эти схемы предполагают поэтапное увеличение пищевой нагрузки и снижение степени щажения слизистой.

Диета №1а применяется в начальной фазе острого процесса (например, при язвенной болезни) сроком от 1 до 7 дней. Её характерные черты — минимальное содержание клетчатки, низкая калорийность, исключение продуктов, раздражающих слизистую. Рацион состоит из жидких и полужидких протёртых блюд, приготовленных на пару или путём варки, преимущественно на основе молока и творога. Питание дробное — до 6–7 приёмов в день. Запрещены любые бульоны, жирные, острые и жареные блюда, свежие овощи и фрукты, кисломолочные продукты, хлебобулочные изделия, шоколад, кофе и какао.

Диета №1б — менее строгий вариант, переходная форма между №1а и основной диетой. Она назначается на 10–14 дней после стихания острых симптомов или в восстановительном периоде. Энергетическая ценность несколько повышается, добавляются сухари, термически обработанные фрукты и овощи, фруктовые соки, разведённые водой, паровые котлеты и фрикадельки. Блюда протираются, варятся до мягкости, даются в тёплом виде. Количество приёмов пищи сохраняется (5–6 раз в день).

Диета №1 подходит для этапа выздоровления и периода ремиссии. Её питательная ценность соответствует возрастной норме, расширяется перечень допустимых продуктов: включаются тушёные и варёные овощи, некислые фрукты, подсушенный хлеб, паровые запеканки и крупяные гарниры. Диета доступна в двух вариантах — с протёртыми и непротёртыми блюдами. Протёртая пища используется в течение примерно месяца после острого периода, затем возможен постепенный переход на непротёртый вариант.

Современный подход предполагает сокращение сроков строгих щадящих диет (№1а и №1б), поскольку их длительное применение ограничивает поступление важных питательных веществ. Благодаря широкому использованию антисекреторных препаратов, многие специалисты рекомендуют начинать питание с диеты №1 уже на 3–7 день болезни.

Диета №2 — для детей с хроническим гастритом и секреторной недостаточностью

Эта диета назначается в фазе ремиссии и направлена на одновременное восстановление слизистой оболочки и мягкую стимуляцию секреторной функции желудка. Энергетическая ценность полностью покрывает физиологические потребности ребёнка. Допускаются лёгкие мясные и рыбные бульоны, мягкая термическая обработка (тушение, запекание), разнообразие консистенций — от пюре до кусочков. Питание — 4–5 раз в сутки. Температура блюд может варьироваться от 20 до 60 °С, что также регулирует желудочную секрецию.

Исключаются продукты с грубой клетчаткой, трудно перевариваемые и раздражающие слизистую. Предпочтение отдают кисломолочным напиткам, отварному мясу и рыбе, творогу, омлетам, овощным пюре, сладким компотам, подсушенному хлебу. Сроки соблюдения диеты — индивидуальны, но обычно составляют не менее 6 месяцев.

Поддержка нутритивного статуса и восполнение дефицитов

Ограничения, предусмотренные щадящими диетами, часто приводят к снижению поступления витаминов, минеральных веществ, полиненасыщенных жирных кислот. Это может нарушить иммунный ответ и замедлить восстановление. Поэтому в рацион вводятся источники омега-3 и омега-6 жирных кислот (растительные масла, препараты рыбьего жира), а также витаминно-минеральные комплексы («Пиковит», «Pediakid», «Tetralab», «Мультитабс» и др.).

При выборе поливитаминов важно учитывать форму выпуска: порошки и жидкие формы предпочтительнее таблеток, особенно для младших детей, чтобы избежать механического повреждения слизистой или раздражающего действия вспомогательных веществ (красителей, кислот, газов).

Коррекция микрофлоры

У детей с воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта нарушения микробиоты встречаются особенно часто. Дисбиоз формируется как под влиянием самой патологии, так и вследствие применения антибактериальных препаратов, которые наряду с патогенными микроорганизмами подавляют и нормальную микрофлору. В результате нарушается баланс между защитными, условно-патогенными и патогенными микробами, что приводит к изменению метаболических, иммунных и барьерных функций кишечника.

Роль микробиоты при гастродуоденальной патологии

Нормальная микрофлора кишечника выполняет целый ряд важнейших задач:

- поддерживает барьерную функцию слизистой, препятствуя проникновению патогенов;
- участвует в синтезе витаминов (группы В, К), короткоцепочечных жирных кислот и других метаболитов;
- регулирует иммунный ответ, способствует созреванию иммунной системы ребёнка;
- влияет на моторику и пищеварение, участвуя в переработке сложных углеводов и белков;
- способствует детоксикации продуктов обмена и снижает уровень воспалительных медиаторов.

При дисбиозе все эти функции нарушаются, что усугубляет течение гастродуоденальной патологии — усиливаются боли, вздутие, метеоризм, может появляться нестабильность стула, ухудшается аппетит, снижается эффективность терапевтических мероприятий [13].

Причины формирования дисбиоза у детей

Помимо антибиотикотерапии, дисбиоз может развиваться под влиянием:

- хронического воспаления слизистой ЖКТ;
- неправильного питания (недостатка клетчатки, избытка сахара, газированных напитков);
- стрессов и нарушений режима сна;
- инфекционных заболеваний;
- ферментной недостаточности;
- раннего искусственного вскармливания;
- пищевой аллергии и пищевой непереносимости.

Принципы восстановления микрофлоры

Коррекция микробиоты предполагает комплексный подход, включающий диетические меры, применение пробиотиков, пребиотиков и функциональных продуктов питания.

1. Кисломолочные продукты, обогащённые пробиотиками

Использование специализированных кисломолочных напитков является физиологичным способом постепенного восстановления микробного баланса.

К таким продуктам относятся: «Биокефир», «Биоряженка», «Бифидок», «Активиа» и другие биопродукты, содержащие живые штаммы *Lactobacillus*, *Bifidobacterium*, иногда *Streptococcus thermophilus*.

Их преимущества:

- естественное улучшение состава микрофлоры за счёт живых культур;

- мягкое воздействие на ЖКТ, хорошая переносимость детьми;
- улучшение моторики кишечника;
- поддержка иммунитета за счёт молочнокислых бактерий;
- сохранение полезных метаболитов (молочной кислоты, пептидов).

Особенно важна регулярность потребления: лучше небольшими порциями ежедневно, чем эпизодически.

2. Пробиотические лекарственные препараты

Аптечные пробиотики позволяют количественно и качественно восполнить дефицит полезных микроорганизмов. Наиболее распространённые препараты:

- «Линекс» — комплекс *Lactobacillus*, *Bifidobacterium* и *Enterococcus faecium*;
- «Бигфлор» — мультиштаммовый препарат;
- «Бифидумбактерин» — содержит живые бифидобактерии;
- «Хилак-форте» — относится к метабиотикам, содержит продукты метаболизма нормальной флоры, создаёт благоприятные условия для её роста;

Пробиотики помогают:

- восстановить баланс микрофлоры;
- подавить рост патогенных бактерий;
- улучшить процессы пищеварения;
- снизить воспаление и газообразование;
- укрепить иммунный ответ кишечника;
- нейтрализовать побочные эффекты антибиотиков.

3. Пребиотики и симбиотики (в расширенном подходе)

Для полноценной коррекции микробиоты важно обеспечить не только поступление полезных бактерий, но и создание условий для их роста.

Этому способствуют (пребиотики):

- инулин,
- лактулоза,
- фруктоолигосахариды,
- галактоолигосахариды.

Сочетание пробиотиков и пребиотиков (симбиотики) усиливает терапевтический эффект, улучшая их выживаемость и способность колонизировать кишечник.

4. Диетические меры

Важнейшие принципы — убрать факторы, нарушающие микрофлору, и добавить продукты, её поддерживающие:

- достаточное количество овощей, фруктов, ягод в пюреобразной, щадящей форме;
- цельнозерновые каши (в восстановительный период);
- ограничение сахара и сладостей (они стимулируют рост условно-патогенных бактерий);
- отказ от газированных напитков и полуфабрикатов;
- питьевой режим для нормальной работы кишечника.

5. Длительность восстановления

Коррекция микрофлоры — это не кратковременная мера. Формирование устойчивого эффекта требует:

- 3–4 недель при назначении пробиотиков,
- 1–3 месяцев при хронических воспалительных заболеваниях,
- иногда более длительного контроля при сочетании дисбиоза с аллергией, ферментной недостаточностью или инфекциями.

Диетотерапия играет ключевую роль в комплексном лечении гастроэзофагеального рефлюкса у детей. Основной задачей питания в таких случаях является снижение частоты и интенсивности заброса желудочного содержимого в пищевод, уменьшение агрессивного воздействия рефлюктата и восстановление слизистой оболочки.

Питание детей подросткового возраста подход к диете определяется формой заболевания:

- при наличии эзофагита, эрозий и других признаков воспаления пищевода (эндоскопически подтверждённая форма) — назначается диета №16, которая обеспечивает механическое и химическое щажение;

- при функциональной форме без воспалительных изменений — используется диета №5, обеспечивающая умеренное ограничение раздражающих факторов.

Из рациона убираются продукты, вызывающие длительную задержку пищи в желудке и провоцирующие усиленную секрецию, а также блюда, содержащие эфирные масла, органические кислоты и газообразующие вещества. К запрещённым продуктам относятся:

- острые, жирные, жареные блюда;
- кислые соки, газированные напитки, напитки с высоким уровнем кислотности;
- цельное молоко, яйца, жилистое мясо, орехи, бобовые, перловая и пшённая каши, ржаной хлеб, капуста, виноград, крыжовник, черная смородина и др.

У подростков грамотно организованное лечебное питание имеет особо значимую роль, поскольку именно в этот период формируются устойчивые физиологические механизмы, происходит активный рост тканей и органов, а нервная и эндокринная системы претерпевают интенсивные изменения. На фоне этих процессов пищеварительный тракт становится особенно уязвимым к различным раздражающим факторам. Поэтому

продуманная, научно обоснованная диета не только способствует выраженному снижению неприятных симптомов и уменьшению частоты обострений, но и помогает восстановить гармоничную работу желудочно-кишечного тракта, нормализовать его моторную активность и секреторные функции.

Регулярное и сбалансированное питание положительно влияет не только на физическое состояние, но и на эмоциональную сферу подростка: повышается устойчивость к стрессам, улучшается концентрация внимания, возрастает способность к обучению и общению со сверстниками. Создаётся благоприятный фон для полноценного развития, что особенно важно в период формирования личности и привычек, которые во многом определяют дальнейшее качество жизни.

Комплексная диетическая поддержка, гармонично сочетающаяся с медикаментозным лечением, режимными мероприятиями и оздоровительными процедурами, должна рассматриваться как один из важнейших элементов медицинской помощи подросткам с гастродуodenальной патологией. Такой целостный подход обеспечивает более длительный и устойчивый терапевтический эффект, способствует восстановлению нарушенных функций пищеварительной системы и продлевает периоды ремиссии. В результате подросток не только быстрее возвращается к привычному ритму жизни, но и приобретает уверенность в собственных силах, сохраняет высокую физическую и интеллектуальную активность и ощущает стабильное улучшение качества жизни без страха повторных обострений.

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Баранов А.А., Щербаков П.Л., Корсунский А.А. и др. Со временные методы лечения и реабилитации детей с хронической гастродуodenальной патологией. Критерии выздоровления. (Пособие для врачей). — М., 2005.
2. Запруднов А.М., Волков А.И. Актуальные вопросы диетологии в детской гастроэнтерологии. //Педиатрия. — 1993,— № 2. — С. 10—14.
3. Исламова Д.С., Ибатова Ш.М., Ибрагимова Ю.Б. Особенности кислотообразующей функции желудка у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Достижения науки и образования. 2022. №5 (85). С. 88-91
4. Исламова Д.С., Гаффаров У.Б., Ибатова М.Ш. Оценка характера кислотообразования у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и первичным хроническим гастродуodenитом с помощью внутрижелудочной рН-метрии //Проблемы детской и детской хирургии в XXI веке. Бешкек. — 2014. — С. 69-73.
5. Кудратова Г.Н., Исламова Д.С., Холмурадова З.Э. Ибрагимова Ю.Б. Секреторно - ферментативная функция желудка у детей раннего возраста с железодефицитной анемией // Новый день в медицине. — 2022. — №2 (40). — С. 140–144
6. Маматкулова, Ф., Исламова, Д., Маматкулов, Х., & Ибатова, Ш. (2016). Современные проблемы хронической патологии у детей. Журнал проблемы биологии и медицины, (2 (87), 178–179.
7. Расулов С.К., Исламова Д.С., Ибрагимова Ю.Б. Функциональные расстройства кишечника у детей раннего возраста -терминология, классификация, эпидемиология, этиология, патогенез. // International Bulletin of Applied Science and Technology. -2023.-№3(10). -С.360-373
8. Самсонов М.А. Лечебное питание при заболеваниях органов пищеварения// Справочник по диетологии. /Под ред. В.А.Тутельяна, М.А.Самсонова. — М.: «Медицина», 2002. — С. 162—173.
9. Юсупов Ш. А., Исламова Д. С., Гаффаров У. Б. Структура патологии гастродуodenальной зоны у детей с дискинезией желчного пузыря //Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Естественные, технические и медицинские науки. — 2014. — Т. 2. — №. 7. — С. 73-74.
10. Shamsiev J., Islamova D., Islamova S. Neuropsychic stress as predictors of the development of complications of duodenal ulcer in the adolescents //The Scientific Heritage. — 2020. — №. 48-2. — С. 8-10.
11. Shamsieva M. M., Ibragimov S. U., Yusupov S. A. Factors contributing to the formation of a complicated course of duodenal ulcer in persons of young age //Вопросы науки и образования. — 2019. — №. 6. — С. 69-73.
12. Hejazi J, Amiri R, Nozarian S, Tavasolian R, Rahimlou M. Genetic determinants of food preferences: a systematic review of observational studies. BMC Nutr. 2024 Feb 2;10(1):24. doi: 10.1186/s40795-024-00828-y. PMID: 38308303; PMCID: PMC10835975.

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000