

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№4 (Том 6)

2025

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 6, НОМЕР 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.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

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 ОБСТРКУТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ.....	15
5	Ibragimova Yu.B. ERTA YOSHDAGI 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

Ибрагимова Марина Фёдоровна

PhD, доцент кафедры №1 педиатрии и неонатологии

Жамshedova Сожида Жахонгировна

резидент магистр кафедры №1 педиатрии и неонатологии

Хурсанкулова Фируза Комиловна

резидент магистр кафедры №1 педиатрии и неонатологии

Самаркандский Государственный медицинский университет.

Самарканд, Узбекистан.

ВЛИЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.19850592>

АННОТАЦИЯ

Врачебная практика традиционно уделяет повышенное внимание респираторным заболеваниям из-за их широкой распространенности, что делает профилактику и терапию этих болезней первостепенной задачей. Современные исследования подтверждают наличие взаимосвязи между микробиотой кишечника и состоянием дыхательной системы; активно изучается роль полезных бактерий в развитии и механизмах возникновения болезней органов дыхания. Кроме того, микрофлора ЖКТ не только обеспечивает местную иммунную защиту, но и критически важна для формирования и развития иммунитета у детей. Цель - изучить влияние микрофлоры кишечника на течение и исход обструктивного бронхита у часто-болеющих детей. Для решения данной цели мы провели исследования в отделениях педиатрии Самаркандского филиала Республиканского Научного Центра экстренной медицинской помощи, Самаркандского областного детского многопрофильного медицинского центра и семейных поликлиниках №3. В группы исследования были включены 52 больных с обструктивным бронхитом в возрасте от 1 года до 10 лет. Из них: I группа – 26 больных с обструктивным бронхитом, получавшие комбинированное лечение с пробиотиком. II группа – 26 больных с обструктивным бронхитом, получавшие традиционное лечение.

Ключевые слова: обструктивный бронхит, микрофлора кишечника, дети.

For citation: Ibragimova M.F., Zhamshedova S.J., Khursankulova F.K./ Influence of intestinal microflora on the course and outcome of obstructive bronchitis in children

Ibragimova Marina Fyodorovna

PhD, dotsent, Pediatriya va neonatologiya kafedrası

Jamshedova Sozhida Jaxongirovna

Rezident, magistr, Pediatriya va neonatologiya kafedrası

Xursankulova Firuza Komilovna

Rezident, magistr, Pediatriya va neonatologiya kafedrası

Samarqand davlat tibbiyot universiteti.

Samarqand, O'zbekiston.

BOLALARDA OBSTRUKTIV BRONXITNING KECHISHI VA NATIJASIGA ICHAK MIKROFLORASINING TA'SIRI

ANNOTATSIYA

Tibbiy amaliyot an'anaviy ravishda nafas olish yo'llari kasalliklarining keng tarqalganligi sababli ularga alohida e'tibor beradi va ularning oldini olish va davolashni ustuvor vazifa qilib qo'yadi. Zamonaviy tadqiqotlar ichak mikrobiotasi va nafas olish tizimi o'rtasidagi bog'liqlikni tasdiqlaydi; nafas olish yo'llari kasalliklarining rivojlanishi va mexanizmlarida foydali bakteriyalarning roli faol o'rganilmoqda. Bundan tashqari, oshqozon-ichak mikroflorasi nafaqat mahalliy immunitetni himoya qiladi, balki bolalarda immunitetni rivojlantirish uchun ham juda muhimdir. Bizning maqsadimiz tez-tez kasal bo'ladigan bolalarda obstruktiv bronxitning kechishi va natijasiga ichak mikroflorasining ta'sirini o'rganish edi. Ushbu maqsadga erishish uchun biz Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining Samarqand filialining pediatriya bo'limlarida, Samarqand viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazida va 3-sonli oilaviy klinikalarda tadqiqotlar o'tkazdik. Tadqiqot guruhlariga 1 yoshdan 10 yoshgacha bo'lgan 52 nafar jamoat joyida obstruktiv bronxit bilan og'rigan bemor kiritilgan. 1-guruhga probiotik bilan kombinatsiyalangan terapiya olgan 26 nafar jamoat joyida obstruktiv bronxit bilan og'rigan bemor kiritilgan. 2-guruhga an'anaviy davolanish olgan 26 nafar jamoat joyida obstruktiv bronxit bilan og'rigan bemor kiritilgan.

Kalit so'zlar: obstruktiv bronxit, ichak mikroflorasi, bolalar.

Ibragimova Marina Fedorovna

PhD, Associate Professor, Department of Pediatrics and Neonatology

Zhamshedova Sozhida Zhakhongirovna

Resident, Master's Degree, Department of Pediatrics and Neonatology

Khursankulova Furuza Komilovna

Resident, Master's Degree, Department of Pediatrics and Neonatology

Samarkand State Medical University.

Samarkand, Uzbekistan.

INFLUENCE OF INTESTINAL MICROFLORA ON THE COURSE AND OUTCOME OF OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN CHILDREN**ABSTRACT**

Medical practice traditionally pays particular attention to respiratory diseases due to their widespread prevalence, making their prevention and treatment a priority. Modern research confirms the relationship between the gut microbiota and the respiratory system; the role of beneficial bacteria in the development and mechanisms of respiratory diseases is actively being studied. In addition, the gastrointestinal microflora not only provides local immune protection, but is also critically important for the formation and development of immunity in children. The aim of this study was to investigate the influence of intestinal microflora on the course and outcome of obstructive bronchitis in frequently ill children. To achieve this goal, we conducted studies in the pediatric departments of the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, the Samarkand Regional Children's Multidisciplinary Medical Center, and Family CLINICS №3. The study groups included 52 patients with community-acquired obstructive bronchitis aged 1 to 10 years. Group 1 included 26 patients with community-acquired pneumonia who received combination therapy with a probiotic. Group 2 included 26 patients with community-acquired obstructive bronchitis who received conventional treatment.

Keywords: obstructive bronchitis, intestinal microflora, children.

Актуальность. Заболевания дыхательной системы, особенно бронхо-легочного аппарата, играют значительную роль в педиатрической патологии, что обусловлено их высокой распространенностью и тяжестью течения [1,4]. Многочисленные научные исследования подтверждают тенденцию к утяжелению респираторных заболеваний, включая случаи с атипичной этиологией. Отсутствие положительной динамики в снижении заболеваемости среди детей младшего возраста диктует необходимость дальнейшего изучения и разработки эффективных мер для уменьшения доли этих заболеваний [2,5,6,9].

Микрофлора является неотъемлемой частью человеческого организма, выполняя ряд жизненно важных функций. Взаимодействие микроорганизмов и макроорганизма представляет собой симбиотическую систему, где оба участника получают пользу от сосуществования и оказывают взаимное влияние.

Влияние пробиотических бактерий на воспалительные процессы в дыхательной системе у детей, часто подвергающихся лечению антибиотиками, представляет собой важную область исследований. Общеизвестно, что неконтролируемое использование антибиотиков серьезно нарушает баланс микрофлоры кишечника. Новейшие исследования показывают, что здоровая микрофлора кишечника играет ключевую роль не только в функционировании кишечника и формировании нормального иммунитета, но и в защите от патологических реакций, таких как воспаления, аллергии и аутоиммунные заболевания. [3,7,8].

Вещества, производимые кишечной микрофлорой, способны оказывать воздействие не только на иммунную систему кишечника, но и на другие органы, включая легкие. Следовательно, использование препаратов, улучшающих состояние микробиоты желудочно-кишечного тракта, способствует более быстрому прекращению воспалительного процесса, более скорому выздоровлению и снижению смертности. Это связано с уменьшением концентрации ФНО-а и интерлейкина-6, а также с увеличением выработки интерлейкина-10. Однако, существует ряд факторов, негативно воздействующих на микрофлору кишечника.

К числу основных причин дисбактериоза относятся:

- Прежде всего, необоснованное использование антибактериальных препаратов.
- Диетические факторы, в частности, ошибки введения прикорма у младенцев, а также неадекватный рацион.
- Перенесенные инфекции различной этиологии.
- Аллергические реакции, включая диатез и атопический дерматит.

- Врожденные нарушения работы пищеварительной системы и ферментной недостаточности, например, синдром мальабсорбции.

- Болезни органов пищеварения.

- Несоблюдение санитарных норм и правил гигиены.

Указанные факторы приводят к функциональным расстройствам и органическим изменениям в желудочно-кишечном тракте различной степени выраженности. Пробиотики представляют собой класс медикаментов, используемых для профилактики и коррекции нарушений, а также восстановления баланса кишечной микрофлоры. [9,10]. Среди подобных медикаментов выделяется Энтерожермина Форте, содержащая споры *Bacillus clausii* – нормального компонента кишечной микрофлоры, лишенного болезнетворных свойств. *Bacillus clausii* обладает способностью синтезировать ряд витаминов, в особенности витамины группы В, что обуславливает применение данного средства при гиповитаминозах, вызванных антибактериальной терапией. За счет активности *Bacillus clausii*, использование Энтерожермина Форте помогает в восстановлении баланса микрофлоры кишечника, нарушенного в результате дисбактериоза различной этиологии. [11]. Энтерожермина Форте обеспечивает неспецифическое антигенное и антиоксидантное воздействие, обусловленное метаболической активностью, и характеризуется высокой устойчивостью к разнообразным антибиотикам, что создает терапевтическую основу для профилактики изменений в составе кишечной микрофлоры после приема антибиотиков, в особенности препаратов широкого спектра действия, или для восстановления нормального баланса микробиоты кишечника.

Цель - изучить влияние микрофлоры кишечника на течение и исход пневмонии у часто-болеющих детей

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной задачи нами было организовано изучение клинических случаев в педиатрических отделениях Самаркандского филиала РНЦЭМП, областном детском многопрофильном медицинском центре Самарканда и в семейной поликлинике №3. В качестве участников исследования были отобраны 52 пациента с диагнозом обструктивный бронхит, в диапазоне возрастов от одного года до десяти лет. Первая группа состояла из 26 детей, страдающих обструктивным бронхитом, которым в дополнение к стандартной терапии назначался пробиотик. Вторая группа, также включавшая 26 пациентов с аналогичным диагнозом, получала исключительно традиционное лечение. В контрольную группу вошли 20 здоровых детей.

Критерии включения: клинически и рентгенологически подтвержденный диагноз обструктивный бронхит; отсутствие врожденных пороков развития, первичных иммунодефицитов и хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта; информированное согласие родителей. Критерии исключения: приём пробиотиков или антибиотиков в течение 4 недель до поступления; наличие острых кишечных инфекций; тяжёлая соматическая или неврологическая патология. У всех участников исследования, как в первой, так и во второй группе, проводился сбор данных анамнеза, а также стандартное клиническое обследование, включающее выраженность бронхообструктивного синдрома, частота и длительность кашля, наличие одышки, аускультативные изменения, длительность госпитализации и частота рецидивов, лабораторные методы общий анализ крови с определением уровня эозинофилов; исследование кала на микрофлору с количественной оценкой *Bifidobacterium* spp., *Lactobacillus* spp., *Escherichia coli*, условно-патогенной флоры (*Klebsiella* spp., *Proteus* spp., *Candida* spp.), инструментальные методы пульсоксиметрия; рентгенография органов грудной клетки.

Энтерожермин использовался один флакон препарата в сутки. Содержимое флакона могло употребляться как в чистом виде, так и разводиться в воде или других напитках. Оценка результативности проводимого лечения основывалась на анализе изменений общего состояния пациента, динамике выраженности клинических симптомов (кашель, повышенная температура, одышка), физикальных данных, полученных при обследовании легких, рентгенологических показателей, а также на катamnестических данных в течение полугодия.

Результаты работы: Анализ собранных данных показал, что у 45% пациентов обструктивный бронхит возник в среднем на 3,2 дня после появления первых признаков ОРВИ. Анализ состояния кишечной микрофлоры показал, что у 55% детей с обструктивным бронхитом выявлены признаки дисбиоза кишечника различной степени выраженности. Характер изменений микрофлоры, такие как снижение уровня *Bifidobacterium* spp. и *Lactobacillus* spp., рост условно-патогенной микрофлоры (*Klebsiella* spp., *Proteus* spp., *Candida* spp.), уменьшение количества типичных *E. coli*.

В контрольной группе заболевание имело более благоприятное течение, быстрее купировались симптомы бронхитальной обструкции, реже наблюдались повторные эпизоды заболевания. До начала терапии у большинства пациентов обеих групп 87.5% в первой и 93.7% во второй отмечались признаки

общей интоксикации. Абдоминальный синдром, проявляющийся диареей, был зафиксирован у 14 пациентов из первой группы и у 10 из второй. Влажный кашель наблюдался у значительной части больных: у 93.7% в первой группе и у 90.6% во второй. Признаки дыхательной недостаточности первой степени выявились у 34.3% пациентов первой группы и у 40.6% – второй.

На 3-4 сутки с момента начала лечения у значительной части пациентов 78.1% в первой группе и 68.7% во второй отмечалась положительная динамика: снижалась температура тела. У большинства детей в обеих группах отметили уменьшение кашля и улучшение аппетита 62.5% и 65.6% соответственно, что послужило основанием для продолжения комбинированной терапии.

К 5-6 дню терапии у 90.6% детей первой группы и у 75% – второй группы кашель и хрипы в легких полностью исчезли.

Использование медикаментозных средств приводило к статистически значимому сокращению времени пребывания в стационаре: пациенты первой группы находились на лечении в среднем на 1,1 койко-дня меньше, чем пациенты второй группы.

С целью оценки роли кишечной микробиоты в профилактике и предотвращении повторных случаев заболеваний легких, мы провели сопоставительный катamnестический анализ пациентов в течение полугодия после выписки из больницы. Результаты исследования продемонстрировали статистически значимое уменьшение частоты рецидивов в группе больных, регулярно принимавших энтерожермину после выписки, с 1 по 3 месяца снижение составило в среднем 33%. Мониторинг состояния пациентов в период с 4 по 5 месяца после выписки выявил дальнейшее уменьшение частоты возврата болезни в среднем на 59% у пациентов, которым назначали пробиотик, а к 6 месяцу – снижение на 55% у пациентов II группы.

Основываясь на результатах обследования и терапии обструктивного бронхита у детей, комплексное лечение с применением антибиотиков и пробиотиков сопровождалось ускоренным улучшением состояния. Комбинированная терапия хорошо переносилась детьми, каких-либо негативных реакций не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, комбинированное применение пробиотиков у часто болеющих детей является эффективным при лечении обструктивного бронхита. 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. Шавази, Н., & Ибрагимова, М. (2025). Bolalarda xlamidial pnevmoniyani tashxis va davolash usullarini takomillashtirish. *Международный журнал научной педиатрии*, 4(1), 801-803.
3. Ibragimova Marina Fedorovna. (2022). The influence of risk factors on the development of atypical pneumonia in young children. *asian Journal of Pharmaceutical and Biological Research* 2231-2218, Volume 11(Issue 2), 49–51.
4. 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.
5. Fedorovna, I. M., & Kizi, S. Z. S. (2023). STATE OF HUMORAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH ATYPICAL PNEUMONIA IN FREQUENTLY ILL CHILDREN. *Research Focus*, 2(10), 125-128.
6. Moré M.I., Swidsinski A. *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 supports regeneration of the intestinal microbiota after diarrheic dysbiosis – A review. *Clinical and Experimental Gastroenterology*. 2015; 8: 237–255.
7. Омонова, Г. З., & Ибрагимова, М. Ф. (2025). ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ С ДИСПЕПТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ. *Вестник Ассоциации Пульмонологов Центральной Азии*, 12(7), 72-75.
8. McFarland L.V. Systematic review and meta-analysis of *Saccharomyces boulardii* in adult patients. *World Journal of Gastroenterology*. 2010; 16 (18): 2202–2222.
9. 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.
10. Zilberberg MD, Tillotson GS, McDonald C. *Clostridium difficile* infections among hospitalized children, United States, 1997-2006. *Emerg Infect Dis*, 2010 Apr, 16(4): 604-9. doi: 10.3201/ eid1604.090680.
11. Powell N, Jung SE, Krishnan B. *Clostridium difficile* infection and inflammatory bowel disease: a marker for disease extent? *Gut*, 2008, 57: 1183-1184.

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