

# ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических  
исследований



№1 (Том 3)

2022

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**ТОМ 3, НОМЕР 1**

**JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH**

**VOLUME 3, ISSUE 1**



ТОШКЕНТ-2022



ISSN 2181-1008 (Online)

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

**Учредитель**

Самаркандский государственный  
медицинский институт  
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)  
Н.В. Болотова (Саратов)  
Н. Н. Володин (Москва)  
С.С. Давлатов (Бухара)  
А.С. Калмыкова (Ставрополь)  
А.Т. Комилова (Ташкент)  
М.В. Лим (Самарканд)  
Э.С. Мамутова (Самарканд)  
Э.И. Мусабоев (Ташкент)  
А.Н. Орипов (Ташкент)  
Н.О. Тураева (Самарканд)  
Ф. Улмасов (Самарканд)  
А. Фейзоглу (Стамбул)  
Б.Т. Холматова (Ташкент)  
А.М. Шамсиев (Самарканд)  
У.А. Шербекоев (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](mailto:hepato_gastroenterology@mail.ru).

# СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

## Оригинальные статьи

1. Ashurova M. J., Garifulina L. M. SEMIZLIGI BOR BOLALARDA VITAMIN D DEFITSITI HOLATLARINI ANIQLASH.....	5
2. Базарова Н.С., Зиядуллаев Ш.Х. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОЛИМОРФНЫХ ГЕНОВ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ И ЕЕ ТКАНЕВЫХ ИНГИБИТОРОВ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	8
3. Базарова Н.С., Мамутова Э.С. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	11
4. Бойқўзиев Ҳ. Ҳ., Шодиярова Д. С. ОРГАНИЗМИНИНГ АПУД ТИЗИМИ, ЎРГАНИЛИШ ДАРАЖАСИ ВА ИСТИҚБОЛЛАРИ.....	14
5. Бойқўзиев Ҳ. Ҳ., Джуракулов Б.И., Курбонов Х.Р. ЧУВАЛЧАНГСИМОН ЎСИМТА ВА ИНГИЧКА ИЧАК ИММУН-ҲИМОЯ ТИЗИМИНИНГ МОРФОЛОГИК АСОСЛАРИ.....	19
6. Garifulina L.M., G'oyibova N.S. SEMIZLIGI BOR BOLALARDA BUYRAKLAR VA ULARNING FUNKSIONAL HOLATI.....	24
7. Закирова Б.И., Азимова К.Т. КИШЕЧНЫЙ ДИСБИОЗ У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ.....	29
8. Kodirova M.M., Shadieva Kh.N. BOLALARDA NOREVMATIK MIOKARDITNING EKG DAGI ASOSIY SIMPTOMLARI.....	33
9. Курбонов Н. А., Давлатов С. С., Рахманов К. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ.....	37
10. Рахманов К. Э., Анарбоев С. А., Салохиддинов Ж.С., Эгамбердиев А.А. ХИМИОТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.....	43
11. Сирожиддинова Х.Н., Абдухалик-Заде Г.А. ВЛИЯНИЕ ДИСБАКТЕРИОЗА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭРИТРОЦИТОВ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.....	48
12. Сирожиддинова Х.Н., Набиева Ш.М. ИММУНИЗАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ НА ФОНЕ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	51
13. Turaeva D. X., Garifulina L. M. SEMIZ BOLALARDA OSHQOZON OSTI BEZI STEATOZINI KLINIKO-LABORATOR XUSUSIYATLARI.....	54
14. Xodjayeva S.A., Adjablayeva D.N. BIRINCHI MARTA DORILARGA CHIDAMLI SIL ANIQLANGAN BEMORLARDA DAVOLASHNING GEPATOTOKSIK TA'SIRLARINING TAXLILI.....	58
15. Shavazi N. M., Ibragimova M. F. TEZ-TEZ KASAL BO'LGAN BOLALARDA ICHAK MIKROFLORASI VA ATIPIK PNEVMONIYA O'RTASIDAGI O'ZARO BOG'LIQLIK.....	63
16. Шавази Н.М., Рустамов М.Р., Лим М.В., Атаева М.С. ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ЗЕРАФШАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА.....	66
17. Шавази Н.М., Лим М.В. СОСТОЯНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ С МИОКАРДИТАМИ.....	70
18. Шавази Н.М., Лим М.В. ХАРАКТЕРИСТИКА КОРРЕЛЯЦИОННЫХ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ И НЕРВНОЙ СИСТЕМ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	74
19. Шадиева Х.Н., Кодирова М.М. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ И ПОВТОРНОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	79

# JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

## ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**Закирова Бахора Исламовна,**

к.м.н., доцент кафедры 1-Педиатрии и неонатологии,

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. Узбекистан

**Хусайнова Ширин Камилджоновна**

ассистент кафедры 1-Педиатрии и неонатологии,

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. Узбекистан


**Азимова Камола Тальатовна,**

базовый докторант кафедры Педиатрии №3 и медицинской генетики,

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. Узбекистан

### КИШЕЧНЫЙ ДИСБИОЗ У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

**For citation:** Zakirova Bakhora Islamovna, Xusainova Shirin Kamildjonovna, Azimova Kamola Talatovna/ Intestinal dysbiosis in children with food allergy. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 1. pp.29-32

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6482392>

#### АННОТАЦИЯ

Проанализированы результаты клинико-микробиологического обследования 68 детей с пищевой аллергией. Выявлены дисбиотические сдвиги при пищевой аллергии у детей. Рекомендована оптимизация терапии и коррекция кишечной микрофлоры.

**Ключевые слова:** дети, пищевая аллергия, кишечная микрофлора.

**Zakirova Bahora Islamovna,**

t.f.n., 1-Pediatriya va neonatologiya kafedrasida dotsenti,

Samarqand davlat tibbiyot Instituti, Samarqand. O'zbekiston

**Xusainova Shirin Kamildjonovna**

1-Pediatriya va neonatologiya kafedrasida assistenti,

Samarqand davlat tibbiyot Instituti, Samarqand. O'zbekiston

**Azimova Kamola Ta'latovna,**

3-sonli Pediatriya va tibbiy genetika kafedrasida doktranti,

Samarqand davlat tibbiyot Instituti, Samarqand. O'zbekiston

### OZIQ-OVQAT ALLERGIYASI BOR BOLALARDA ICHAK DISBIOZI

#### ANNOTATSIYA

Oziq-ovqat allergiyasi bilan og'rigan 68 nafar bolani klinik va mikrobiologik tekshirish natijalari tahlil qilindi. Bolalarda oziq-ovqat allergiyasida disbiotik o'zgarishlar aniqlangan. Ushbu maqolada terapiyani optimallashtirish va ichak mikroflorasini tuzatish tavsiya etilgan.

**Kalit so'zlar:** bolalar, oziq-ovqat allergiyasi, ichak mikroflorasi.

**Zakirova Bakhora Islamovna**

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of

the the Department of 1-Pediatrics and Neonotology

Samarkand State Medical Institute, Samarkand Uzbekistan

**Xusainova Shirin Kamildjonovna**

Assistant of the Department of 1-Pediatrics and Neonotology

Samarkand State Medical Institute, Samarkand Uzbekistan

**Azimova Kamola Talatovna**

Assistant of the department of Pediatrics №3 and medical genetic

Samarkand State Medical Institute. Samarkand Uzbekistan

### INTESTINAL DYSBIOSIS IN CHILDREN WITH FOOD ALLERGY

#### ABSTRACT

The results of clinical and microbiological examination of 68 children with food allergies were analyzed. Dysbiotic changes in food allergy in children have been revealed. Recommended optimization of therapy and correction of the intestinal microflora.

**Key words:** children, food allergy, intestinal microflora.

**Актуальность.** Аллергия - это реакция, связанная с измененной чувствительностью организма на пищевые продукты и факторы внешней среды [4, 6], развивающаяся на фоне нарушения функций иммунной системы. Атопические состояния встречаются часто и имеют тенденцию к росту [2]. В последние годы растет число больных детей раннего возраста с пищевой аллергией, которая встречается у 5-10% малышей первого и второго года жизни [3].

Несмотря на то, что родители многих детей не имеют отягощенного анамнеза по аллергии, большинство детей находятся в группе риска.

Известно, что микробиота кишечника является определяющим фактором здоровья человека и микробные сообщества влияют на иммунный ответ и устойчивость к патогенам [7, 9, 12]. В то же время на состояние микробиоценоза оказывают влияние состояние здоровья макроорганизма, его питание и окружающая среда [11, 20].

Формирование иммунного ответа и микробиоты кишечника у детей происходит в процессе онтогенеза задолго до рождения [15]. Микробное программирование иммунной системы, начинаясь антенатально, является главным фактором развития сбалансированной иммунной системы слизистой оболочки у новорожденных. Некоторые виды бактерий и их продукты жизнедеятельности, влияя на иммунный ответ с самых ранних этапов формирования, оказывают непосредственное воздействие на здоровье новорожденного, что влияет на его последующие периоды роста и развития [13, 17, 18].

Внутриутробно начавшееся программирование модулируется во время и после рождения ребенка и зависит от типа родоразрешения, перинатального применения антибиотиков и вида вскармливания. При этом играют роль как генетические, так и экологические факторы [16].

Индивидуальная микробиота ребенка формируется постепенно под воздействием генетических, врожденных и средовых факторов. На протяжении первых лет жизни ребенка происходит совместная эволюция питания, кишечного микробиоценоза и слизистой оболочки кишечника [3].

Анализ литературных данных показал, что микробиоценоз кишечника участвует в поддержании гомеостаза макроорганизма [14] и является лабильной системой, изменяющейся при воздействии различных внешних и внутренних факторов. Характер питания вызывает различные колебания в соотношении микроорганизмов, что определяет относительную лабильность микробиоты [8, 10, 19].

Несмотря на многочисленную и многообразную информацию о взаимосвязи состава микробиоты, иммунного ответа и предрасположенности к различным заболеваниям, возможности влияния на состав микробиоты человека до настоящего времени весьма недостаточны [4, 5].

У детей первых лет жизни среди заболеваний аллергического генеза наиболее частой причиной является аллергия на пищевые продукты, что требует дальнейших исследований. Совершенствуется тактика терапии и ведется поиск новых способов оптимизации терапии и профилактики пищевой аллергии.

**Цель исследования:** изучение микробиоты кишечника у детей с пищевой аллергией с точки зрения профилактики заболевания.

**Материал и методы исследования.** На базе I и II отделений экстренной педиатрии и детской реанимации Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи изучены результаты анамнестического, клинико-микробиологического обследования 68 детей первых 3-х лет жизни, госпитализированных по поводу пищевой аллергии. Средний возраст больных составил  $1,9 \pm 0,3$  лет. Больные были разделены на II группы: 34 ребенка с пищевой аллергией, находящиеся на традиционной терапии (I группа) и 34 ребенка, получавшие в комплексном лечении дополнительно к традиционной терапии про- и пребиотики (II группа).

Диагностика основывалась на данных общепринятых клинико-лабораторных и бактериологических методов исследования. Особое внимание уделено уточнению характеристики вскармливания и питания и микробиологическому исследованию кала. Микробиологическое изучение испражнений больных проводилось по методике Р.В. Эпштейн-Литвак, Ф.Л. Вильшанской в модификации М.А. Ахтамова с соавторами [1].

При невозможности исключительно грудного вскармливания выбор детской молочной смеси осуществлялся на таких критериях, как хорошая переносимость, минимальный риск развития аллергии у ребенка, состав смеси, содержащей в своем составе пробиотики и иммунонатуренты, приближенность к составу грудного молока, позволяющая обеспечить ребенку полноценный рост и развитие.

Смесь NAN гипоаллергенный содержит в своем составе частично гидролизованный белок оптимизированного аминокислотного профиля OPTIPRO HA. Аллергенность белка OPTIPRO HA снижена так, чтобы минимизировать риск развития аллергической реакции, при этом сохраняя способность к формированию пищевой толерантности. В состав смеси NAN GA включены ДЦПНЖК – незаменимые жирные кислоты, необходимые для правильного формирования иммунного ответа. Основноеполагающее качество и критерий смеси - хорошая переносимость, что является основным ее преимуществом.

**Результаты исследования.** Критериями госпитализации больных были: неблагоприятный преморбидный фон, наличие сопутствующих заболеваний, риск развития осложненного течения заболевания, неэффективность лечения в домашних условиях в течение первых 2-3-х суток.

Изучение половой принадлежности показало, что 40-58,8% составили девочки и 28-41,2% мальчики.

Возраст, в котором был поставлен диагноз пищевой аллергии у детей: до 6 месяцев у 6-8,8% девочек, от 6 месяцев до 1 года у 8-11,8% девочек, от года до 2-х лет у 10-14,7% девочек, в 2-3 года - 16-23,5% детей женского пола. Детей мужского пола в возрасте младше 6 месяцев было 4-5,9% мальчика, от 6 месяцев до года - 6-8,8% мальчиков, от года до 2 лет - 8-11,8% и от 2 до 3 лет было 10-14,7% мальчиков. Дети с пищевой аллергией как среди девочек, так и среди мальчиков встречались чаще на втором году жизни.

Детей первого года жизни было 24-35,3%, второго года - 18-26,5% пациентов и 26-38,2% больных были старше 2-х лет. Наследственная предрасположенность к возникновению аллергических реакций выявлена из анамнеза в 23-33,8% случаев.

К основным аллергенам, вызывающим развитие пищевой аллергии среди больных детей было коровье молоко. У детей первого года жизни аллергия к коровьему молоку отмечалась у 15-22,1% младенцев, находящихся на искусственном вскармливании и у 9 (13,2%) детей, получавших грудное молоко. Аллергия к белкам коровьего молока развивалась очень рано (у 31-45,6% детей - в первые 6 месяцев жизни) и очень быстро (у 27-39,7% детей - в первую неделю от начала применения стандартной смеси) при раннем переводе ребенка на смешанное или искусственное вскармливание, раннее назначение молочных каш.

Возникновению аллергии к молоку способствовали чрезмерное употребление матерью во время лактации цельного коровьего молока. Среди продуктов, обладающих наибольшей аллергенностью отмечены: молоко, яйца, рыба, мед, шоколад, цитрусовые, клубника. Исследования показали, что аллергия к яйцам, рыбе растет с возрастом и сохранилась у 15-22,1% пациентов. У детей первых двух лет жизни ведущей причиной аллергии были пищевые продукты, у 11-16,2% детей в возрасте старше 2-х лет на фоне пищевой аллергии формировалась бытовая и лекарственная сенсibilизация.

Опрошенные матери пациентов указывали, что основным продуктом, вызвавшим аллергическую реакцию у детей второго года жизни, была рыба. У 11-16,2% девочек пищевая аллергия вызвана сахаросодержащими продуктами, у 9-13,2% пациентов - белок куриного яйца, у 8-11,8% имела аллергия на фрукты и

овощи. У 3-4,4% мальчиков пищевая аллергия спровоцирована употреблением шоколада.

Проведено анкетирование родителей пациентов. Нормы диетического питания соблюдали 32-47,1%, не соблюдали 24-35,3% и остальные 12-17,6% затруднились ответить и указали на то, что часто не могли отказать своему ребенку в употреблении определенных продуктов и позволяли ребенку выпить молочный коктейль, покушать омлет, шашлык, шоколад, торт или печеное.

У наблюдаемых больных изучены тяжесть течения, динамика заболевания и развитие рецидивов пищевой аллергии. Результаты исследований свидетельствуют о поздней обращаемости и диагностике пищевой аллергии у детей, что явилось причиной несвоевременной терапии, развития рецидивирующего течения и ухудшения прогноза. Больные поступали в стационар в среднем на  $2,1 \pm 0,5$  день от начала заболевания.

Развитие атопической реакции стимулировали у 47-69,1% детей позднее первое прикладывание к груди матери, у 11-16,2% пациентов - оперативное родоразрешение, в 22-32,4% случаях - использование антибиотиков на ранних этапах жизни ребенка, ведущие к дисбалансу иммунной системы и кишечного микробиоценоза.

Чаще пациенты госпитализированы в среднетяжелом и тяжелом состоянии. Почти все больные имели фоновую патологию – анемию 65-95,6%, опрелости и атопический дерматит 41-60,3%, рахит 19-27,9%. Основной жалобой матерей были наличие сыпи на кожных покровах и зуд. Из анамнеза выявлено, что кожные проявления пищевой аллергии возникали на 1-3 сутки после приема аллергена и нередко сопровождалась гастроинтестинальным синдромом.

Жалобами матерей были беспокойство 53-77,9%, вздутие живота 37-54,4%, срыгивания 33-48,5%, расстройство стула – 23-33,8%, рвота – 17-25,0%. 55-80,9% детей заболели после приема грубой пищи, несоответствующей возрасту ребенка по объему или составу. Известно, что недостаточно расщепленная пища создает условия для подавления нормальной микрофлоры и роста условно-патогенных микроорганизмов.

Причиной аллергии у детей грудного возраста при естественном вскармливании часто являлось несбалансированное питание матери с употреблением фруктов – 33-48,5% и недоброкачественной пищи 23-33,8%, принятой матерью накануне.

Внешний вид испражнений зависел от длительности и тяжести заболевания. У всех больных в кале присутствовали эозинофилы. В 7-10,3% случаях испражнения были с зеленоватым оттенком с преобладанием лейкоцитов.

Микробиологический анализ кала больных с пищевой аллергией выявил, что при поступлении в стационар у всех детей имеется дефицит бифидофлоры. Бифидобактерии были высеяны у 21-30,9% больных в 6-ом разведении в количестве  $3,1 \times 10^6$ , в 28-41,2% случаях в 7-ом  $2,2 \times 10^7$  и у 19-27,9% детей – в 8-ом разведении. Выявлено, что лидирующее место занимает рост уровня кишечных палочек и энтерококков, что в десятки раз превышало норму. Дрожжеподобные грибы высеяны у 14-20,6% больных, стафилококки - в 8-11,8% случаях у детей младшего возраста (до 3-х лет), протейные палочки – у 5-7,3% у больных детей старшей возрастной группы (после 3-х лет). У больных высеяны гемолитические штаммы кишечной палочки (13-19,1%) и энтерококков (7-10,3%).

Дисбиотические изменения у детей в основном были связаны с уменьшением количества бифидобактерий и типичных эшерихий. Снижение микробной стимуляции и изменение колонизации кишечника у обследованных детей объясняет рост распространенности пищевой аллергии.

В лечении больных детей с первого дня госпитализации до полного купирования пищевой аллергии пациентам II-ой группы назначались про- и пребиотики в возрастной дозировке 3-4 раза в день.

Детям раннего возраста из гипоаллергенных смесей с лечебной и профилактической целью назначались - смеси NAN ГА 1,2. Молочные продукты полностью исключались и рекомендовались

в виде кисломолочных (NAN-кисломолочный, NESTOGEN-кисломолочный) только на втором этапе диетотерапии - в периоде расширения безмолочного рациона.

Функциональные нарушения пищеварения (срыгивания, вздутие живота) наблюдались достоверно реже у детей, получавших NAN Гипоаллергенный по сравнению с детьми, получавшими стандартную молочную смесь.

Обязательным компонентом лечения с учетом результатов исследования состояния микробиоценоза кишечника явилось назначение про- и пребиотиков в периоде явных клинических проявлений в течение двух недель. Кормящим матерям рекомендовалась гипоаллергенная диета на весь период кормления ребенка грудью. Для обогащения рациона матери назначались продукты с пробиотическими свойствами.

Анализ сравнительной оценки микробиоты кишечника, клинических показателей до и после лечения показал наличие положительной динамики исчезновения признаков пищевой аллергии в обеих группах, однако, она была более выраженной и быстрее купировалась при приеме про- и пребиотиков у больных II группы. Так, в I группе на 3 день госпитализации сыпь держалась у 9-13,2% детей, а у пациентов II группы, получавших про- и пребиотики, сыпь отмечена в 5-7,4% случаях.

Сравнительное изучение динамики исчезновения основных клинических симптомов больных обеих групп показал, что у детей I-й группы улучшение общего состояния наступило на  $5,3 \pm 0,4$  сутки заболевания, тогда как во II группе при приеме про- и пребиотиков на  $4,9 \pm 0,3$  сутки, зуд кожи исчез соответственно на  $3,7 \pm 0,3$  и  $2,8 \pm 0,4$  дни, уменьшение интенсивности сыпи с последующим ее исчезновением наблюдалось на  $5,9 \pm 0,4$  и  $4,6 \pm 0,3$  сутки пребывания в стационаре. С третьего дня терапии купировались такие клинические симптомы, как отечность кожи и слизистых губ.

Терапия с применением про- и пребиотиков и гипоаллергенной смеси привела к тому, что дисбиоз кишечника II степени достоверно чаще отмечался у детей I группы 21-30,9% против 14-20,6% во II группе ( $P < 0,05$ ), дисбиотические нарушения III степени были выявлены только в I группе детей ( $P < 0,001$ ), во II группе дисбиоз III степени не констатирован.

Условно-патогенная флора, превышающая нормативные значения, выделена лишь у детей I группы, у которых констатирован дисбиоз II-III степени. Представители семейства энтеробактерий высеяны у детей на фоне снижения уровня бифидобактерий.

К концу лечения все параметры улучшились при включении про- и пребиотиков в комплексную терапию. Критериями выписки были удовлетворительное состояние больного, улучшение общего состояния и микрофлоры кишечника.

Применение про- и пребиотиков и диетотерапии в комплексном лечении пищевой аллергии проявилось сокращением длительности пребывания больных в стационаре ( $P < 0,05$ ) в среднем на 1,1 койко-дней (соответственно  $4,3 \pm 0,2$  койко\дня и  $5,4 \pm 0,2$  койко\дня у больных II и I групп).

Неблагоприятных побочных эффектов при применении про- и пребиотиков не наблюдалось, что соответствовало достаточному уровню их безопасности.

Таким образом, изучение микрофлоры кишечника у детей раннего возраста наряду с изучением тщательного и целенаправленного анамнестического анализа поможет выявлению аллергической предрасположенности. В лечении и профилактике больных детей, имеющих аллергию в анамнезе, главное место занимает грудное вскармливание и коррекция микробного дисбаланса кишечника.

#### **ВЫВОДЫ.**

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о клинической эффективности диетотерапии, про- и пребиотиков в комплексной терапии больных детей с пищевой аллергией. Назначение про- и пребиотиков и гипоаллергенных смесей минимизирует риск развития аллергической реакции и способствует профилактике пищевой аллергии.

## Список литературы/ Iqtiboslar/ References

1. Ахтамов М.А., Рахимов А.Х., Сидикова К.А. и др. Этиология, бактериологическая диагностика и лечение кишечного дисбактериоза. Методические рекомендации Ташкент. 1981.-14 с.
2. Закирова Б.И., Мамаризаев И.К. Течение рецидивирующих респираторных инфекций у детей на фоне атопического дерматита. Ж. Вопросы науки и образования. № 9 (134), 2021. С. 26-29].
3. Макарова С.Г., Болдырева М.Н., Лаврова Т.Е., Петровская М.И. Кишечный микробиоценоз, пищевая толерантность и пищевая аллергия. Современное состояние проблемы // Вопросы современной педиатрии. — 2014. — Т.13. — №3. — С. 21-29.
4. Шавози Н.М., Ибрагимова М.Ф., Лим М.В., Закирова Б.И., Азимова К.Т. Комплексное лечение атопического дерматита у детей раннего возраста. Ж. Наука через призму времени. №12 (45) 2020. С. 92-93
5. Шавози Н.М., Рустамов М.Р., Закирова Б.И., Лим М.В., Мамаризаев И.К. Аллергические заболевания у детей с нарушением дисбиоза кишечника. «Вопросы науки и образования». № 31 (115), 2020. С. 10-13.
6. Are infantile seborreic and atopic dermatitis clinical variants of the same disease? I C. B. Moises-Alfaro [et al.] II Int. J. Dermatol. - 2002. - Jun; 41 (6). -P. 349-351.
7. Belda-Ferre P, Alcaraz LD, Cabrera-Rubio R, et al. The oral metagenome in health and disease. ISME J. 2012;6(1):46-56. doi: 10.1038/ismej.2011.85.
8. Claesson MJ, Jeffery IB, Conde S, et al. Gut microbiota composition correlates with diet and health in the elderly. Nature. 2012;488(7410):178-184. doi: 10.1038/nature11319.
9. Goodacre R. Metabolomics of a superorganism. J Nutr. 2007;137(1 Suppl):259S-266S. doi: 10.1093/jn/137.1.259S.
10. Human Microbiome Project Consortium. Structure, function and diversity of the healthy human microbiome. Nature. 2012;486(7402):207-214. doi: 10.1038/nature11234.
11. Kau AL, Ahern PP Griffin NW, et al. Human nutrition, the gut microbiome and the immune system. Nature. 2011;474(7351):327-336. doi: 10.1038/nature10213.
12. Kho ZY, Lal SK. The human gut microbiome — a potential controller of wellness and disease frontiers in microbiology. Front Microbiol. 2018;9:1835. doi: 10.3389/fmicb.2018.01835.
13. Koenig JE, Spor A, Scalfone N, et al. Succession of microbial consortia in the developing infant gut microbiome. Proc Natl Acad Sci U S A. 2011;108 Suppl 1:4578-4585. doi: 10.1073/pnas.1000081107.
14. Lyte M. The microbial organ in the gut as a driver of homeostasis and disease. Med Hypotheses. 2010;74(4):634-638. doi: 10.1016/j.mehy.2009.10.025
15. Payne MS, Bayatibojakhi S. Exploring preterm birth as a polymicrobial disease: an overview of the uterine microbiome. Front Immunol. 2014;5:595. doi: 10.3389/fimmu.2014.00595.
16. Romano-Keeler J, Weitkamp J-H. Maternal influences on fetal microbial colonization and immune development. Pediatr Res. 2015;77(0):189-195. doi: 10.1038/pr.2014.163.
17. Tanaka M, Nakayama J. Development of the gut microbiota in infancy and its impact on health in later life. Allergo! Int. 2017;66(4):515-522. doi: 10.1016/j.alit.2017.07.010.
18. Wesemann DR, Nagler CR. The microbiome, timing, and barrier function in the context of allergic disease. Immunity. 2016;44(4):728-738. doi: 10.1016/j.immuni.2016.02.002.
19. Wu GD, Chen J, Hoffmann C, et al. Linking long-term dietary patterns with gut microbial enterotypes. Science. 2011;334(6052):105-108. doi: 10.1126/science.1208344
20. Zakirova B. I., Shavazi N.i M., Azimova K.T., Ibragimova M. F. Current problems of food allergy in children. Journal of hepatogastroenterology. research. Vol. 2, issue 1. pp.8-10. <http://dx.doi.org/10.26739/2181-1008-2021-1-2>
21. Гарифулина Л. М. и др. Психологический статус и пищевое поведение у детей с ожирением //Вопросы науки и образования. – 2020. – №. 26 (110). – С. 45-50.



# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 1

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 1

**Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://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](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

**Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

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

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