

ISSN 2181-1008
DOI 10.26739/2181-1008

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



Ежеквартальный
научно-практический
журнал

№1 (Том I) 2020 год



ISSN 2181-1008 (Online)

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

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский институт

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф.;
Л.М. Гарифулина к.м.н., доц.
(ответственный секретарь);
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц.;
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;
Б.М. Тожиев д.м.н., проф.;
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

Редакционный Совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
М.К. Азизов (Самарканд)
Н.Н. Володин (Москва)
Х.М. Галимзянов (Астрахань)
С.С. Давлатов (Самарканд)
Т.А. Даминов (Ташкент)
М.Д. Жураев (Самарканд)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
Э.И. Мусабаев (Ташкент)
В.В. Никифоров (Москва)
А.Н. Орипов (Ташкент)
Н.О. Тураева (Самарканд)
А. Фейзоглу (Стамбул)
Б.Т. Холматова (Ташкент)
А.М. Шамсиев (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

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Обращение ректора Самаркандского государственного медицинского института, профессора Ж.А. Ризаева и главного редактора профессора Н.М. Шавази..... | 5 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

ВЕДУЩАЯ СТАТЬЯ

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 1. Рустамов М.Р., Шавази Н.М. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ В УЗБЕКИСТАНЕ..... | 6 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2. Абдуллаев Р.Б., Якубова А.Б. ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ХОРЕЗМСКОМ ВИЛОЯТЕ..... | 9 |
| 3. Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А., Абдурасулов Ф.П. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ..... | 12 |
| 4. Волкова Н.Н., Ярмухамедова Н.А. ЗНАЧИМОСТЬ ДИНАМИКИ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНОГО МАРКЕРА ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ WFA+-M2BP У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В..... | 16 |
| 5. Гарифулина Л.М., Тураева Д.Х. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ТЕРАПИЯ..... | 20 |
| 6. Давлатов С.С., Рахмонов К.Э., Сайдуллаев З.Я. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ..... | 23 |
| 7. Девятков А.В., Рузибаев С.А., Бабаджанов А.Х. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ..... | 28 |
| 8. Дусанов А.Д., Мамурова Н.Н. КЛИНИКО- ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА..... | 34 |
| 9. Закирова Б.И., Шавази Н.М., Атаева М.С, Лим М.В., Азимова К.Т. КИШЕЧНЫЙ ДИСБИОЗ У ДЕТЕЙ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ..... | 38 |
| 10. Кадиров Р.Н. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА..... | 43 |
| 11. Камилова А.Т., Умарназарова З.Е., Абдуллаева Д.А., Геллер С.И., Султанходжаева Ш.С., Арипов А.Н., Худоёрова З.С. АКТИВНОСТЬ АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ СМЕШАННОЙ ФОРМЕ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ..... | 50 |
| 12. Камилова А.Т., Ахмедова И.М, Умарназарова З.Е., Абдуллаева Д.А., Султанходжаева Ш.С., Геллер С.И. БАРЬЕРНАЯ ФУНКЦИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ ФОРМАХ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ..... | 56 |
| 13. Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Мизамов Ф.О., Элмуродов Г.К., Умедов Х.А. ТЯЖЕЛАЯ СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА ЖИВОТА..... | 63 |
| 14. Мухамадниева Л.А., Рустамова Г.Р., Гарифулина Л.М. ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА..... | 69 |



Мухамадиева Лола Атамуродовна

д.м.н., доцент, заведующая кафедрой педиатрии №3,
Самаркандский Государственный медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан

Рустамова Гульноза Рустамовна

ассистент кафедры педиатрии №3,
Самаркандский Государственный медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан

Гарифуллина Лилия Маратовна

к.м.н., доцент, заведующая кафедрой педиатрии лечебного факультета, Самаркандский Государственный медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

For citation: Muhamadiev Lola Atamuradovna, Rustamova Gulnosa Rustamovna, Garifulina Lilya Maratovna. Dietherapy in functional disorders of the gastrointestinal bodies in children of early age. Journal of hepato-gastroenterology research. 2020, vol. 1, issue 1, pp.69-73



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-1008-2020-1-14>

АННОТАЦИЯ

В статье обсуждаются современные представления о причинах наиболее часто встречающихся функциональных расстройств органов желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. Представлены данные коррекции питания лечебными смесями и их эффективность при функциональных расстройствах органов желудочно-кишечного тракта у детей в возрасте от 1,5 до 6 мес находящихся на искусственном вскармливании.

Ключевые слова: вскармливание, смеси, дети, кишечные колики, срыгивания, запоры.

Muxamadiev Lola Atamuradovna

t.f.d., dotsent, 3-sonli pediatriya kafedrasini mudiri
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Samarqand, O'zbekiston

Rustamova Gulnosa Rustamovna

3-sonli pediatriya kafedrasini assistenti,
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Samarqand, O'zbekiston

Garifulina Lilya Maratovna

t.f.n., dotsent, davolash fakulteti pediatriya kafedrasini mudiri,
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Samarqand, O'zbekiston

ERTA YOSH BOLALARDA OSHQOZON ICHAK TRAKTINING FUNKSIONAL BUZILISHLARIDA DIETOTERAPIYASI

ANNOTASIYA

Ushbu maqolada erta yoshdagi bolalarda eng ko'p uchraydigan oshqozon-ichak trakti organlarini funksional buzilishlari sabablari haqida zamonaviy qarashlar haqida muloxazalar berilgan. Sun'iy ovqatlantirishda bulgan 1,5 oylikdan 6 oygacha bo'lgan bolalarda davolovchi aralashmalar yordamida oshqozon ichak traktining funksional buzilishlarining korreksiyasi va samaradorligi xakidagi ma'lumotlar keltirilgan.

Kalit suzlar: ovqatlantirish, aralashmalar, bolalar, ichak sanchiqlari, qayt kilish, kabziyat.

Mukhamadieva Lola AtamuradovnaDoctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Pediatrics No. 3,
Samarkand State Medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan**Rustamova Gulnoza Rustamovna**Assistant of the Department of Pediatrics No. 3,
Samarkand State Medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan**Garifulina Lilya Maratovna**Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Pediatrics, Faculty of Medicine,
Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan**DIETHERAPY IN FUNCTIONAL DISORDERS OF THE GASTROINTESTINAL BODIES IN CHILDREN OF EARLY AGE****ABSTRACT**

The article discusses modern ideas about the causes of the most common functional disorders of the gastrointestinal tract in young children. The data on correction of nutrition with therapeutic mixtures and their effectiveness in functional disorders of the gastrointestinal tract in children aged 1.5 to 6 months who are on artificial feeding are presented.

Key words: feeding, formula, children, intestinal colic, regurgitation, constipation.

Введение. Функциональные расстройства органов желудочно-кишечного тракта (ФРОЖКТ) является весьма актуальной проблемой среди детей первых месяцев жизни [1]. Отличительной особенностью данных состояний является появление клинических симптомов при отсутствии каких-либо органических изменений со стороны ЖКТ (воспалительных изменений, структурных аномалий, инфекций и т.д.) и метаболических изменений. При функциональных нарушениях ЖКТ могут нарушаться моторная функция, переваривание, всасывание пищевых веществ, а также состав кишечной микрофлоры и активность иммунной системы [2–4].

В соответствии с Римскими критериями III, предложенными Комитетом по изучению функциональных расстройств у детей, Международной рабочей группой по разработке критериев функциональных расстройств в 2006 г. [5], к функциональным нарушениям ЖКТ у младенцев и детей второго года жизни относят: G1. срыгивание у младенцев, G2. синдром руминации у младенцев, G3. синдром циклической рвоты, G4. колики новорожденных, G5. функциональная диарея, G6. болезненность и затруднения дефекации (дисхезия) у младенцев, G7. функциональные запоры.

У детей грудного возраста, особенно первых 6 месяцев жизни, наиболее часто встречаются такие состояния, как срыгивания, кишечные колики и функциональные запоры. Более чем у половины детей они наблюдаются в различных комбинациях, реже как один изолированный симптом. Поскольку причины, приводящие к функциональным нарушениям, оказывают влияние на различные процессы в ЖКТ, сочетание симптомов у одного ребенка представляется вполне закономерным. Так, после перенесенной гипоксии могут возникнуть вегетовисцеральные нарушения с изменением моторики по гипер- или гипотоническому типу и нарушения активности регуляторных пептидов, приводящие одновременно к срыгиваниям (в результате спазма или зияния сфинктеров), коликам (нарушения моторики ЖКТ при повышенном газообразовании) и

запорам (гипотоническим или вследствие спазма кишки). Клиническую картину усугубляют симптомы, связанные с нарушением переваривания нутриентов, обусловленным снижением ферментативной активности пораженного энтероцита, и приводящие к изменению микрофлоры кишечника [6].

Причины функциональных нарушений ЖКТ можно разделить на две группы: связанные с матерью и связанные с ребенком.

К первой группе причин относятся: отягощенный акушерский анамнез; эмоциональная лабильность женщины и стрессовая обстановка в семье; погрешности в питании у кормящей матери; нарушение техники кормления и перекорм при естественном и искусственном вскармливании; неправильное разведение молочных смесей.

Причины, связанные с ребенком, заключаются в: анатомической и функциональной незрелости органов пищеварения (короткий брюшной отдел пищевода, недостаточность сфинктеров, пониженная ферментативная активность, нескоординированная работа отделов ЖКТ и др.); нарушении регуляции работы ЖКТ вследствие незрелости центральной и периферической нервной системы (кишечника); особенностях формирования кишечной микрофлоры; становлении ритма сон/бодрствование.

Частыми и наиболее серьезными причинами, приводящими к возникновению срыгиваний, колик и нарушений характера стула, являются перенесенная гипоксия (вегетовисцеральные проявления церебральной ишемии), частичная лактазная недостаточность и гастроинтестинальная форма пищевой аллергии. Нередко в той или иной степени выраженности они наблюдаются у одного ребенка, поскольку последствиями гипоксии являются снижение активности ферментов и повышение проницаемости тонкой кишки.

Под срыгиваниями (регургитацией) понимают самопроизвольный заброс желудочного содержимого в пищевод и ротовую полость. Частота срыгиваний у детей первого года жизни, по данным ряда исследователей, составляет от 18% до 50% [7, 8].

Степень выраженности синдрома срыгиваний, согласно рекомендациям группы экспертов ESPGHAN, предложено оценивать по пятибалльной шкале, отражающей совокупную характеристику частоты и объема регургитаций. Нечастые и необильные срыгивания не расцениваются как заболевание, поскольку они не вызывают изменений в состоянии здоровья детей. У детей с упорными срыгиваниями (оценка от 3 до 5 баллов) нередко отмечаются осложнения, такие как эзофагит, отставание в физическом развитии, железодефицитная анемия, заболевания ЛОР-органов. Клиническими проявлениями эзофагита являются снижение аппетита, дисфагия и осиплость голоса.

Кишечные колики — это эпизоды болезненного плача и беспокойства ребенка, которые занимают не менее 3 часов в день, возникают не реже 3 раз в неделю. Обычно их дебют приходится на 2–3 недели жизни, достигают кульминации на втором месяце, постепенно исчезая после 3–4 месяцев. Наиболее типичное время для кишечных колик — вечерние часы. Приступы плача возникают и заканчиваются внезапно, без каких-либо внешних провоцирующих причин [9]. Частота кишечных колик, по разным данным, составляет от 20% до 70% [9, 10]. Для кишечных колик характерен резкий болезненный плач, сопровождающийся покраснением лица, ребенок принимает вынужденное положение, прижатые ножки к животу, возникают трудности с отхождением газов и стула. Заметное облегчение наступает после дефекации.

Кишечные колики практически с одинаковой частотой встречаются как на естественном, так и на искусственном вскармливании. Отмечено, что чем меньше масса тела при рождении и гестационный возраст ребенка, тем выше риск развития данного состояния.

В последние годы большое внимание уделяется роли микрофлоры кишечника в возникновении колик. Так, у детей с данными функциональными расстройствами выявляются изменения состава кишечной микробиоты, характеризующиеся увеличением количества условно-патогенных микроорганизмов и снижением защитной флоры — бифидобактерий и особенно лактобацилл [11, 12]. Повышенный рост протеолитической анаэробной микрофлоры сопровождается продукцией газов, обладающих потенциальной цитотоксичностью. У детей с выраженными кишечными коликами нередко повышается уровень воспалительного белка — кальпротектина [13].

Функциональные запоры относятся к числу распространенных нарушений функции кишечника и выявляются у 20–35% детей первого года жизни [14, 15].

Под запорами понимают увеличение интервалов между актами дефекации по сравнению с индивидуальной физиологической нормой более 36 часов и/или систематически неполное опорожнение кишечника. Частота стула у детей считается нормальной, если в возрасте от 0 до 4 месяцев происходит от 7 до 1 акта дефекации в сутки, от 4 месяцев до 2 лет от 3 до 1 опорожнения кишечника. К расстройствам дефекации у младенцев также относятся дисхезия — болезненная дефекация, обусловленная диссинергией мышц дна малого таза, и функциональная задержка стула, для которой характерно увеличение интервалов между актами дефекации, сочетающихся с калом мягкой консистенции, большого диаметра и объема.

В механизме развития запоров у грудных детей велика роль дискинезии толстой кишки. Наиболее частой причиной возникновения запоров у детей первого года жизни являются алиментарные нарушения. Отсутствие четко очерченной границы между функциональными нарушениями и патологическими состояниями, а также наличие отдаленных последствий (хронические воспалительные гастроэнтерологические заболевания, хронические запоры, аллергические заболевания, расстройства сна, нарушения в психоэмоциональной сфере и др.) диктуют необходимость внимательного подхода к диагностике и терапии данных состояний.

Лечение детей грудного возраста с функциональными нарушениями ЖКТ является комплексным [3, 16] и включает ряд последовательных этапов, которыми являются: разъяснительная работа и психологическая поддержка родителей; диетотерапия; лекарственная терапия (патогенетическая и посиндромная); немедикаментозное лечение: лечебный массаж, упражнения в воде, сухая иммерсия, музыкотерапия, ароматерапия, аэроионотерапия.

Целью нашего исследования было улучшение результатов лечения детей находящихся на искусственном вскармливании с функциональными расстройствами пищеварения путем коррекции питания лечебными смесями.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 102 ребенка в возрасте от 1,5 мес до 6 мес госпитализированных в детском отделении клиники СамМИ №1 в том числе и амбулаторных обращений, у которых наряду с другими жалобами была диагностировано ФРОЖКТ. Все дети находились на искусственном вскармливании. Дети были подразделены на две группы первая - это группа 48 детей получала смеси для здоровых детей. Кроме того данная группа детей получала препараты в составе которых был симетикон и биопрепараты содержащие бифидо и лакто бактерии, слабительные при запоре. Вторая группа 54 ребенка получала лечебные смеси в зависимости от вида ФРОЖКТ. Они не получали больше никаких лекарственных препаратов.

Результаты и их обсуждение. Все дети были тщательно обследованы и у них не было выявлено органических изменений со стороны внутренних органов. Беременность у матерей в большинстве случаев протекала с гестозом в первой половине беременности, дети были доношенными. 5 детей были рождены путем кесарево сечения. Анализ анамнестических данных показал, что дети уже находясь в роддоме получали искусственные смеси, и в дальнейшем после выписки из роддома продолжали давать смеси. 70% детей отказывались сосать грудь и с удовольствием сосали бутылочки со смесью и полностью переходили на искусственное вскармливание.

Таким образом, мы считаем нецелесообразным давать смеси детям в роддоме и по возможности кормить детей донорским молоком, так как в роддоме имеется это возможность. Кроме того у нас есть опыт успешного применения при гиполактазии таблеток биогенного стимулятора апилак, а также иглорефлексотерапии.

При анализе в обеих группах преобладали дети со срыгиваниями (95%), которые чаще сочетались с младенческими коликами у 44 (71%), у 3 (5%) с функциональными запорами, кроме того у 15 (14,7%)

детей отмечалось учащенный стул зеленого цвета с обильной слизью (функциональная диарея).

Для предотвращения ФРОЖКТ у детей второй группы нами использовались лечебные смеси НАН. Так у детей с зеленым стулом после исключения инфекционной природы и другой патологии жидкого стула нами было предложено смесь НАН безлактозный, в составе которого отсутствует лактоза, он улучшает состав микробиоты, модулирует воспалительный процесс, восстанавливает слизистую оболочку. Дети с запорами получали смесь НАН кислоломолочный, коорый содержит живые бифидобактерии, улучшает процессы пищеварения и моторику кишечника. Детям с сочетанными функциональными нарушениями (срыгивания, кишечные колики, запоры) была предложена смесь НАН тройной комфорт (имеет в составе пребиотики, пробиотики, картофельный крахмал, снижено содержание лактозы, частично гидролизированный сывороточный белок).

Эффективность применения лечебных смесей мы определяли по нормальному нарастанию массы тела, исчезновению симптомов ФРОЖКТ, по самочувствию и степени беспокойства ребенка.

Дети были проконтролированы во время их нахождения в стационаре, а также при посещении их после выписки и по мобильной связи. При повторных осмотрах в обязательном порядке после осмотра по схеме истории болезни, дети взвешивались.

Проведенный анализ показал эффективность лечения лечебными смесями детей с ФРОЖКТ. Эффект отмечался у 56% детей после применения лечебной смеси на 9 день, 14% детей на 17 день, у 5% детей на 21 день и у 16% детей на 32 день.

Таким образом, применение лечебных смесей в течение 32 дней привело к исчезновению симптомов ФРОЖКТ. В течение последующих 2 мес нами было предложено продолжения кормления лечебными смесями ещё в течение 2 мес. В течение которого дети нормально прибавляли в весе и симптомов ФРОЖКТ не

наблюдалось. У 67% детей родители не захотели поменять лечебные смеси и продолжали кормить их и последующие месяцы. Остальные дети перешли на смеси для здоровых детей. Только у 4 детей отмечалось повторение функционального запора, мы не порекомендовали им лечебную смесь, так как возраст этих детей было от 7 до 9 мес, мы предложили давать детям овощное и фруктовое пюре, после чего запоры прекратились на 8 сутки после введения прикорма.

Анализ данных первой группы показал, что во время получения детьми препаратов со симетиконом и биопрепаратов, слабительные при запоре, симптомы ФРОЖКТ ослабевали или исчезали у 87 % детей, но при прекращении дачи лекарственных препаратов симптомы возобновлялись на 6-7 сутки. В течение 3 мес препараты несколько раз заменяли, но эффект был кратковременным. У 7 детей после дачи 2 курсов препаратов симптомы ФРОЖКТ полностью исчезли, но у остальных симптомы держались и отмечалось отставание прибавки массы тела.

Таким образом, у большинства детей первой группы смесями для здоровых детей и лекарственными препаратами не удалось ликвидировать симптомы ФРОЖКТ.

Заключение. Таким образом, при искусственном вскармливании необходимо обратить внимание на режим кормления ребенка, на адекватность выбора молочной смеси, соответствующей функциональным особенностям его пищеварительной системы, а также ее объем.

Целесообразно введение в рацион детей на искусственном вскармливании адаптированных молочных продуктов, обогащенных пре- и пробиотиками, а также кислоломолочных смесей: NAN OPTIPRO для здоровых детей и лечебные смеси: NAN Кислоломолочный 1 и 2, NAN тройной комфорт, NAN антирефлюкс, NAN безлактозный которые позволяют своевременно ликвидировать симптомы ФРОЖКТ у детей раннего возраста и избежать возникновения неблагоприятных отдаленных последствий этих состояний.

Список литературы/Iqtiboslar/References

1. Детская гастроэнтерология//под ред. А. А. Баранова, Е. В. Климанской, Г. В. Римарчук. М., 2002. Избр. гл. С. 499–530.
2. Хавкин А. И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. М., 2000. 71 с.
3. Запруднов А. М. Справочник по детской гастроэнтерологии. М., 1995. С. 25–26.
4. Хорошева Е. В. Алиментарная коррекция синдрома срыгиваний у детей первого года жизни: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 26 с.
5. Руководство по детскому питанию/под ред. В. А. Тутельяна, И. Я. Коня. М., 2004. 441 с.
6. Vandenplas Y., Nachimi-Idrissi S., Castells A. et al. A clinical trial with an «anti-regurgitation» formula//Eur. J. Pediatric. 1994; 153: 419–426.
7. Свирский А. В. Гастроэзофагеальный рефлюкс у новорожденных детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1991. 23 с.
8. Хорошева Е. В., Сорвачева Т. Н., Конь И. Я. Синдром срыгиваний у детей грудного возраста//Вопросы питания. 2001. № 5. С. 32–34.
9. Конь И. Я., Сорвачева Т. Н., Хорошева Е. В. и др. Новые подходы к диетологической коррекции синдрома срыгиваний у детей//Педиатрия. 1999. № 1 С. 60–63.
10. Конь И. Я., Сорвачева Т. Н., Пашкевич В. В. Современные подходы к диетологической коррекции синдрома срыгиваний у детей: пособие для педиатров. М., 2004. С. 16.
11. Корниенко Е. А., Шабалов Н. П., Эрман Л. В. Заболевания органов пищеварения: детские болезни. 5-е изд. СПб., 2001. 326 с.
12. Vandenplas Y., Ashrenari A., Belli D., Baige Bouqnet J. et al. A proposition for the diagnosis and treatment of gastro-esophageal reflux disease//Eur. J. Pediatric. 1993; 152: 704–711.

13. Fabiani E., Bolli V., Pieroni G. et al. Effect of water-soluble fiber (Galactomannan) — enriched on gastric emptying time of regurgitation infants evaluated using an ultrasound technique//*J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2000; 31: 248–250.
14. Frederic Gottrand. The occurrence and nutritional management of gastro-oesophageal reflux in infants//*Nutricia Baby Food Symposium, ESPGHAN 2 June 2005*; 3–4.
15. Stodal K., Bentsen B., Skulstad H., Moum B. Reflux disease and 24-hour oesophageal pH monitoring in children//*Tidsskr. Nor. Laegeforw.* 2000; 120: 2: 183–186.
16. Vandenplas Y. A critical appraisal of current management practices for infant regurgitation//*Chung. Hua. Min. Tsa. Chin.* 1997; 38: 3: 187–202.

**ЖУРНАЛ ГЕПАТО-
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ**
НОМЕР 1, ВЫПУСК 1

**JOURNAL OF
HEPATO-GASTROENTEROLOGY
RESEARCH**
VOLUME 1, ISSUE 1

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