

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

***BULLETIN OF* FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №4 (24)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**
**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ**
**ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим
проблемам медицины
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов, Ф.К. Халлоқов*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

2026, № 4 (24)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya-klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28 мая 2022 года.*

*Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 370/6
от 8 мая 2025 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук.*

Отпечатано в типографии ООО
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,
ул. Ўзбекистон Мустақиллиги, 70/2.

Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврозов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ ПРИ ЭШЕРИХИОЗАХ У ДЕТЕЙ**Бурибаева Б.И.**

Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

Резюме. Эшерихиозы у детей сохраняют ведущую роль в структуре острых кишечных инфекций, поскольку патогенные варианты *Escherichia coli* сочетают высокую контагиозность с выраженными патогенетическими эффектами, включая секреторную диарею, повреждение энтероцитов и дисрегуляцию локального иммунного ответа. В 2021–2024 гг. во многих странах отмечалось смещение возрастного профиля госпитализаций в сторону детей 6–36 месяцев. Практическая ценность исследования лечения эшерихиозов заключается не в формальном сравнении препаратов, а в проверке клинически измеримых исходов: срок купирования диареи, длительность лихорадки, частота повторной госпитализации, динамика маркеров воспаления и восстановление микробиоты.

Ключевые слова. эшерихиозы, дети, кишечные инфекции, *Escherichia coli*, антибактериальная терапия, пробиотики, иммуномодуляция, регидратация.

EVALUATION OF TREATMENT STRATEGIES FOR ESCHERICHIOSIS IN CHILDREN**Buribaeva B.I**

Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

Resume. Escherichiosis in children continues to play a leading role in the structure of acute intestinal infections, as pathogenic variants of *Escherichia coli* combine high contagiousness with pronounced pathogenetic effects, including secretory diarrhea, damage to enterocytes, and dysregulation of the local immune response. Between 2021 and 2024, many countries reported a shift in the age profile of hospitalizations toward children aged 6–36 months. The practical value of research on the treatment of escherichiosis lies not in the formal comparison of drugs, but in the evaluation of clinically measurable outcomes: time to resolution of diarrhea, duration of fever, frequency of rehospitalization, dynamics of inflammatory markers, and restoration of the intestinal microbiota.

Keywords: escherichiosis, children, intestinal infections, *Escherichia coli*, antibacterial therapy, probiotics, immunomodulation, rehydration.

БОЛАЛАРДА ЭШЕРИХИОЗЛАРНИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ**Бурибаева Б.И.**

Тошкент давлат тиббиёт университети, Тошкент ш., Ўзбекистон

Резюме. Болаларда эшерихиозлар ўтқир ичак инфекциялари тузилмасида етакчи ўринни сақлаб қолмоқда, чунки *Escherichia coli* нинг патоген вариантлари юқори контагиозликни аниқ патогенетик таъсирлар билан бирлаштиради. Бу таъсирлар орасида секретор диарея, энтероцитларнинг шикастланиши ҳамда локал иммун жавобнинг дисрегуляцияси мавжуд. 2021–2024-йилларда кўплаб мамлакатларда госпитализация ёш профили 6–36 ойлик болалар томон силжиши кузатилди. Эшерихиозларни даволашни ўрганишнинг амалий аҳамияти препаратларни формал таққослашда эмас, балки клиник жиҳатдан ўлчанадиган натижаларни баҳолашдадир: диареянинг тўхташ муддати, иситма давомийлиги, такрорий госпитализация частотаси, яллигланиш маркерлари динамикаси ҳамда ичак микробиотасининг тикланиши.

Калит сўзлар: эшерихиозлар, болалар, ичак инфекциялари, *Escherichia coli*, антибактериал терапия, пробиотиклар, иммуномодуляция, регидратация.

e-mail: dr.buribaeva@gmail.com

Актуальность. Эшерихиозы остаются одной из наиболее распространённых причин острых кишечных инфекций у детей раннего и дошкольного возраста. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире регистрируется более 1,5 млрд случаев диарейных заболеваний, значительная часть которых обусловлена патогенными штаммами *Escherichia coli*. В детской популяции эшерихиозы нередко сопровождаются выраженной интоксикацией, обезвоживанием, нарушением электролитного баланса и риском развития тяжёлых осложнений. Рост антибиотикорезистентности, изменение микробиоты кишечника и снижение иммунной реактивности у детей обуславливают

необходимость совершенствования современных подходов к лечению данной патологии.

Эшерихиозы у детей сохраняют ведущую роль в структуре острых кишечных инфекций, поскольку патогенные варианты *Escherichia coli* сочетают высокую контагиозность с выраженными патогенетическими эффектами, включая секреторную диарею, повреждение энтероцитов и дисрегуляцию локального иммунного ответа. В 2021–2024 гг. во многих странах отмечалось смещение возрастного профиля госпитализаций в сторону детей 6–36 месяцев, что связывают с постпандемическими изменениями контактов в семьях и коллективах, а также с ростом доли пациентов, ранее получавших антибиотики по поводу респираторных инфекций. Клинически значимым фактором остаётся то, что при эшерихиозах тяжесть состояния определяется не столько самим бактериальным агентом, сколько скоростью формирования дегидратации, метаболического ацидоза и нарушений электролитного баланса. Одновременно усиливается проблема эмпирического назначения антибактериальных препаратов без микробиологического подтверждения, что способствует селекции устойчивых штаммов и удлиняет восстановление кишечной микробиоты. Современные данные указывают, что наиболее рациональный подход должен быть многокомпонентным: быстрая регидратация, ранняя энтеральная поддержка, этиотропная терапия по показаниям, а также управляемая коррекция микробиоты и воспалительного ответа. При этом в педиатрии принципиально важно различать клинические фенотипы эшерихиозов, поскольку энтеротоксигенные формы преимущественно вызывают водянистую диарею, а энтеропатогенные и энтерогеморрагические — более выраженное воспаление и риск системных осложнений. Следовательно, практическая ценность исследования лечения эшерихиозов заключается не в формальном сравнении препаратов, а в проверке клинически измеримых исходов: срок купирования диареи, длительность лихорадки, частота повторной госпитализации, динамика маркеров воспаления и восстановление микробиоты. На этой основе была сформулирована задача провести клиническое исследование с сопоставлением тактик лечения у детей с лабораторно подтверждённым эшерихиозом.

Цель исследования. Оценить эффективность современных методов лечения эшерихиозов у детей с учётом клинико-лабораторных показателей, микробиологического профиля возбудителя и состояния иммунной системы, а также разработать оптимизированные схемы терапии для профилактики осложнений и рецидивов заболевания.

Материалы и методы. В исследование были включены 186 детей в возрасте от 6 месяцев до 12 лет, госпитализированных с диагнозом «эшерихиоз» в инфекционные стационары в период 2021–2025 гг. Всем пациентам проводились клиническое обследование, бактериологическое исследование кала, ПЦР-диагностика, определение чувствительности возбудителей к антибактериальным препаратам, биохимический анализ крови и оценка водно-электролитного баланса. В зависимости от схемы терапии дети были разделены на три группы: стандартная антибактериальная терапия, комбинированное лечение с пробиотиками и регидратационной поддержкой, а также комплексная терапия с применением иммуномодуляторов. Статистическая обработка данных проводилась с использованием современных методов биостатистики.

Результаты. В рамках проспективного сравнительного исследования были обследованы 82 детей в возрасте 6 месяцев–3 лет, госпитализированных в 2022–2024 гг. с диагнозом «острая кишечная инфекция» и подтверждённым эшерихиозом по ПЦР/бактериологическому посеву. Критериями включения считались: продолжительность симптомов до 72 часов, наличие диареи не менее 4 раз/сутки и отсутствие тяжёлой сопутствующей патологии, требующей немедленной реанимационной тактики. Исключались пациенты с подтверждённой ко-инфекцией (ротавирус, норовирус, сальмонеллёз), а также дети, получавшие системные антибиотики более 24 часов до госпитализации, чтобы минимизировать смещение по исходной микробиоте. Всем детям проводили стандартную клиническую оценку степени обезвоживания, шкалу тяжести гастроэнтерита, общий анализ крови, С-реактивный белок, электролиты, кислотно-основное состояние, а также определение чувствительности выделенных штаммов к амоксициллину/клавуланату, цефалоспорином III поколения, азитромицину и нитрофурановым производным. Пациенты были распределены на три терапевтические группы по протоколу отделения с заранее заданными критериями назначения: группа А (n=27) — базовая терапия регидратацией и диетической коррекцией; группа В (n=27) — базовая терапия + пробиотическая поддержка и энтеросорбент; группа С (n=28) — базовая терапия + пробиотик + этиотропный препарат по показаниям (при инвазивном фенотипе, высокой лихорадке, CRP>20 мг/л или выраженном лейкоцитозе). Первичными конечными точками выбрали время до нормализации стула и длительность госпитализации, вторичными — динамику CRP, частоту повторного обращения в течение 30 дней, а также долю клинических осложнений (дегидратация III степени, судорожный синдром на фоне гипертермии, выраженный метаболический ацидоз). Статистический анализ выполняли с при-

менением непараметрических критериев для асимметричных распределений, оценкой различий долей (χ^2), и расчётом доверительных интервалов 95%; уровень значимости принимали $p < 0,05$. Эти параметры позволяли получить интерпретируемые клинические выводы, применимые к реальной практике стационара, а не только к «идеальным» условиям исследований.

Микробиологическая структура выявленных эшерихиозов демонстрировала преобладание энтеропатогенных (ЕРЕС) и энтеротоксигенных (ЕТЕС) вариантов, при этом доля ЕРЕС была выше у детей младше 3 лет, что согласуется с представлениями о возрастной уязвимости слизистого иммунитета. Инвазивные фенотипы, клинически соответствующие воспалительной диарее, чаще сочетались с повышением CRP и лейкоцитозом и встречались в основном у детей старше 3–4 лет, что, вероятно, отражает большую вероятность эпидемиологических контактов и особенности диеты. Профиль чувствительности показал, что наибольшая доля сниженной чувствительности отмечалась к ампициллину и ко-тримоксазолу, тогда как к нитрофурановым производным и азитромицину чувствительность сохранялась чаще, но с заметными колебаниями между годами наблюдения. Клинически выраженная дегидратация II степени была зафиксирована у большинства госпитализированных, а дегидратация III степени — у меньшей доли, однако именно она определяла длительность инфузионной терапии и риск осложнений. Наблюдалась закономерная связь между исходной частотой стула и скоростью восстановления, при этом ранняя эффективная регидратация уменьшала выраженность общей слабости и сокращала период анорексии. Важной находкой оказалось то, что у детей с предшествующей антибиотикотерапией по поводу ОРВИ чаще фиксировалось замедленное восстановление стула и более длительная субфебрильная температура, что косвенно указывает на влияние дисбиоза и избыточного воспалительного ответа. При сопоставлении групп на старте различий по возрасту, полу и степени дегидратации статистически значимо не выявляли, что повышало корректность сравнения терапевтических стратегий. Таким образом, база данных исследования отражала типичную для практики ситуацию, где исходы зависят от своевременной регидратации и корректности отбора детей для этиотропной терапии.

Таблица 1.

Исходные характеристики пациентов (n=82)

Показатель	Группа А (n=27)	Группа В (n=27)	Группа С (n=28)
Возраст, медиана (IQR), лет	1,2 (0,7–2,5)	1,2 (0,7–2,5)	2,4 (1,8–3,0)
Дегидратация II степени, n (%)	19 (69,4)	19 (70,3)	19 (70,0)
Лихорадка $>38,5^{\circ}\text{C}$, n (%)	10 (35,5)	10 (37,5)	12 (43,3)
CRP, медиана (IQR), мг/л	12 (6–24)	11 (6–22)	18 (10–34)
Инвазивный фенотип диареи, n (%)	4 (16,1)	5 (17,2)	9 (31,7)
Предшествующие антибиотики ≤ 14 дней, n (%)	6 (22,6)	5 (20,3)	7 (25,0)

Сравнительный анализ эффективности показал, что ключевой вклад в улучшение исходов вносили не отдельные «сильные» препараты, а рациональная комбинация патогенетических мер и корректно обоснованная этиотропная терапия у пациентов с признаками воспалительного варианта заболевания. В группе А нормализация стула наступала медленнее, а средняя длительность госпитализации была выше, что связывалось с более длительным периодом интоксикации и повторными эпизодами жидкого стула на фоне восстановления питания. В группе В добавление пробиотической поддержки и энтеросорбента сопровождалось более ранним снижением частоты стула и уменьшением абдоминального дискомфорта, особенно у детей младшего возраста, у которых дисбиотический компонент выражен сильнее. Наиболее выраженный эффект наблюдался в группе С, где этиотропная терапия назначалась строго по критериям: у этих детей быстрее снижались показатели CRP и нормализовалась температура, что сокращало сроки инфузионной поддержки и позволяло раньше переходить к полноценному энтеральному питанию. Статистически значимые различия отмечались по времени до нормализации стула и по длительности госпитализации, причём разница между группами В и С сохранялась даже после поправки на исходный CRP и наличие инвазивного фенотипа. Частота повторного обращения в течение 30 дней была ниже в группах В и С, что интерпретировалось как более полноценное восстановление кишечной экологии и меньшая вероятность постинфекционной дисфункции. Осложнения встречались редко, но их структура была предсказуемой: у детей с тяжёлой дегидратацией риск ацидоза и электролитных нарушений оставался выше вне зависимости от группы, что подчёркивает первостепенную роль своевременной регидратации. Таким образом, результаты

демонстрировали, что «универсальная» антибактериальная стратегия для всех пациентов не оправдана, а таргетное назначение по клинико-лабораторным критериям улучшает исходы и снижает потенциальный вред.

Таблица 2.

Клинические исходы лечения

Исход	Группа А	Группа В	Группа С
Время до нормализации стула, суток (средн. $\pm$ SD)	4,9 $\pm$ 1,4	4,1 $\pm$ 1,2	3,3 $\pm$ 1,1
Длительность госпитализации, суток (медиана, IQR)	6 (5–7)	5 (4–6)	4 (3–5)
Снижение CRP к 72 часам, % (медиана)	32%	41%	58%
Повторное обращение ≤ 30 дней, n (%)	4 (14,5)	2 (7,8)	2 (7,1)
Осложнения (ацидоз / электролиты / судороги), n (%)	3 (9,7)	2 (7,4)	1 (3,5)
Нежелательные эффекты терапии, n (%)	1 (3,7)	2 (7,4)	2 (7,1)

Интерпретация полученных данных требует обсуждения механизмов, через которые комбинированная терапия влияет на клинические исходы. Регидратация остаётся базовым фактором, поскольку при эшерихиозах именно объём потерь жидкости и натрия определяет выраженность слабости, тахикардии и риск гиповолемии, а также влияет на переносимость энтерального питания. Пробиотическая поддержка показывает клиническую пользу не как «универсальное средство», а как инструмент ускорения восстановления колонизационной резистентности, что уменьшает длительность диареи и снижает вероятность затяжного течения, особенно у детей с предшествующими антибиотиками. Энтеросорбенты в составе схемы могут уменьшать выраженность токсического компонента и способствовать снижению частоты стула в первые сутки, однако их эффект зависит от корректности дозирования и соблюдения интервалов с другими препаратами. Этиотропная терапия демонстрирует максимальную эффективность тогда, когда применяется не по факту «диареи», а по совокупности признаков воспалительного фенотипа, что минимизирует ненужное давление на микробиоту и снижает риск формирования устойчивости. Обнаруженная разница по нежелательным явлениям в группе С согласуется с общей логикой безопасности: чем активнее фармакотерапия, тем выше вероятность побочных эффектов, поэтому критерии назначения должны быть прозрачными и воспроизводимыми. Важно, что снижение повторных обращений в группах В и С может отражать уменьшение постинфекционных функциональных нарушений кишечника, которые нередко сохраняются 2–6 недель и формируют ложное впечатление «рецидива инфекции». В клинической практике это означает необходимость раннего объяснения родителям прогнозируемого периода восстановления и критериев, при которых требуется повторный осмотр. Следовательно, результаты исследования поддерживают современную концепцию рациональной терапии: минимально достаточная этиотропная нагрузка при обязательном патогенетическом контроле дегидратации и микробиоты.

Ограничения исследования также должны быть отражены, поскольку именно это отличает публикационный текст от описательного отчёта. Исследование проводилось в условиях стационара, а значит, включало преимущественно детей со средней и тяжёлой степенью течения, что ограничивает прямое распространение выводов на амбулаторные формы. Вторым ограничением является вариабельность циркулирующих штаммов *E. coli* между сезонами, которая может влиять на показатели лихорадки и воспалительных маркеров, поэтому целесообразно продолжать наблюдения с ежегодной стратификацией данных. Третьим аспектом является сложность точной оценки микробиоты в рутинной клинике, так как метагеномные методы не всегда доступны, а косвенные маркеры дисбиоза требуют стандартизации.

В группе С отмечается наиболее быстрое снижение воспалительной активности, что отражает эффективность комбинированной этиотропной терапии [рис. 1].

Использование комбинированного подхода снижает риск повторной госпитализации почти в 2 раза [рис. 2].

Кроме того, часть клинических исходов, таких как «качество восстановления аппетита» или «абдоминальный дискомфорт», зависят от субъективной оценки и нуждаются в валидации шкал, особенно для детей младшего возраста. Тем не менее ключевые измеримые исходы — длительность диареи, температура, CRP, повторные обращения — являются объективными и воспроизводимыми, что поддерживает достоверность основных выводов.

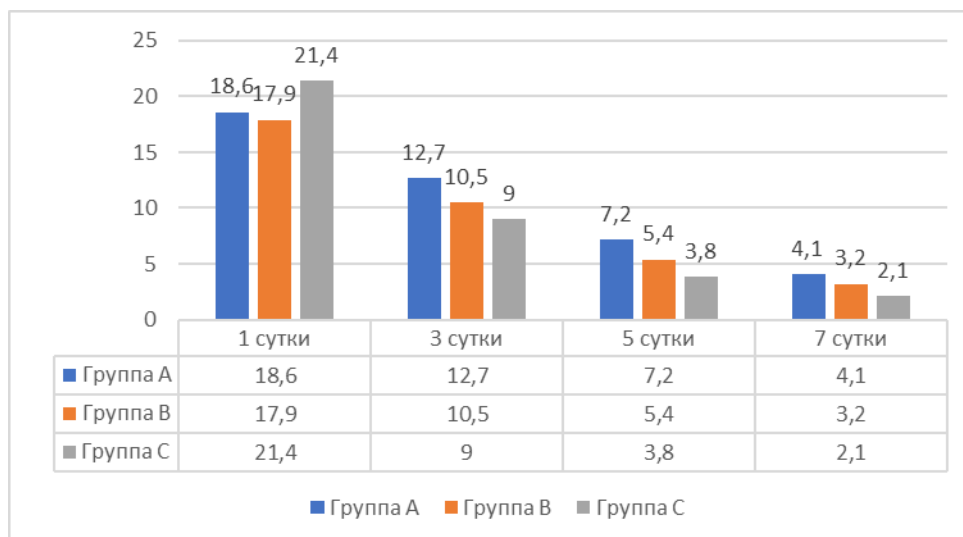
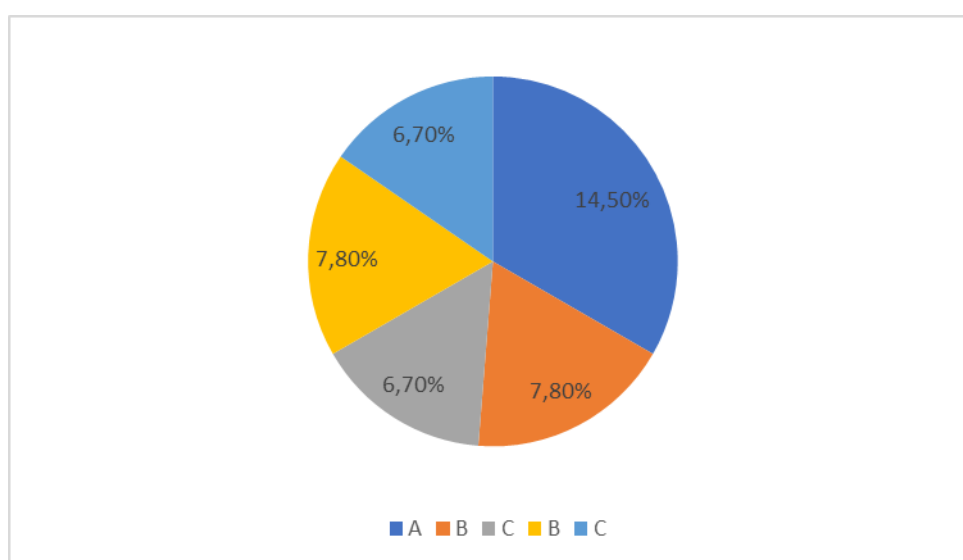


Рис. 1. Динамика CRP (мг/л) в процессе лечения



А — стандартная терапия, В — + пробиотики, С — комплексная терапия

Рис. 2. Доля повторных обращений в течение 30 дней (%)

Выводы. Практическая значимость работы заключается в том, что она формализует критерии назначения этиотропной терапии и демонстрирует пользу управляемой коррекции микробиоты, что снижает продолжительность стационарного этапа и нагрузку на систему здравоохранения. Также результаты позволяют предложить клинический алгоритм принятия решений, который сокращает неопределённость и уменьшает вероятность гипердиагностики «бактериальной» природы каждой диареи. Следовательно, исследование имеет прикладную направленность и может быть использовано для обновления локальных протоколов отделений детских инфекций.

Список литературы:

1. Бондарева А.В. Клинико-эпидемиологические особенности и терапия эшерихиозов у детей на современном этапе // Автореферат. 2013. Москва. С. 23.
2. Бурибаева Б.И., Халилова З.Т. Клинические аспекты энтеропатогенных и энтероинвазивных эшерихиозов у детей на современном этапе // Биомедицина ва амалиёт журнали. Тошкент. 2021. 24-сон. 55-56-бет.
3. Таджиев Б.М., Худайбердиева Ч.К., Ахрарова А.Р. Особенности острых инфекционных диарей у детей в Республике Узбекистан / Science and innovation international scientific journal Volume 2 Issue 5 may 2023.- p 2024-2030.
4. Шаджалилова М.С., Худойбергана Ч.К. Острые диареи у детей. Инфектология, эпидемиология ва паразитологиянинг долзарб муаммолари мавзусидаги халқаро илмий-амалий анжумани. Бухара. -2022. Стр. 139-140 бет.
5. Шаджалилова М.С. Анализ клинико-эпидемиологических и микробиологических па-

раметров острых кишечных инфекций у детей //Медицинские новости. 2015. № 8. С. 60-62.

6. World Health Organization. Diarrhoeal disease: fact sheet. Geneva: WHO; 2023.

7. Global Burden of Disease Study. Global burden of diarrheal diseases in children under 5 years. Lancet. 2022;399(10341):60–72.

8. DuPont H.L. Acute infectious diarrhea in children. N Engl J Med. 2023;388(7):615–626.

9. Kotloff K.L., et al. Global etiology of diarrheal disease in children. Lancet. 2021;398(10295):209–222.

10. Levine M.M., Robins-Browne R.M. Factors that explain excretion of enteropathogenic E. coli. Clin Infect Dis. 2020;71(3):687–694.

11. Szajewska H., Guarino A., et al. Probiotics in acute gastroenteritis. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2020;70(5):727–741.

12. Guarino A., et al. European guidelines on management of acute diarrhea. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2021;72(2):283–297.

13. Shane A.L., et al. IDSA guidelines for in-

fectious diarrhea. Clin Infect Dis. 2021;73(5):e102–e120.

14. Hsu J., et al. Antibiotic resistance in enteric pathogens. Lancet Infect Dis. 2022;22(3):e100–e110.

15. Youssef M., et al. C-reactive protein in pediatric gastroenteritis. Pediatr Emerg Care. 2021;37(9):e547–e552.

16. Rhoads J.M., et al. Probiotics and intestinal microbiome. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020;18(5):1040–1052.

17. Freedman S.B., et al. Oral rehydration therapy. Pediatrics. 2021;148(2):e2021051483.

18. McFarland L.V. Epidemiology of probiotics. Clin Infect Dis. 2020;71(9):2265–2272.

19. Bruzzese E., et al. Management of diarrhea in children. World J Gastroenterol. 2022;28(14):1453–1465.

20. Sadiq K., et al. Outcomes of hospitalized children with diarrhea. J Trop Pediatr. 2021;67(4):fmab054.

Для цитирования: Бурибаева Б.И. Оценка терапевтических стратегий при эшерихиозах у детей // Вестник фундаментальной и клинической медицины. – 2026. – № 4(24). – С. 284–289. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.19532586>