

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруғига  
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**  
**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ПЕДИАТРИЯ**  
**ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК ЭНТЕРОКОЛИТ»**  
**НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА**  
**МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

**ТОШКЕНТ 2025**



**«БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК  
ЭНТЕРОКОЛИТ»  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

## Кириш қисми

Болаларда озиқ-овқат аллергиясининг долзарблигини ҳисобга олган ҳолда, тиббиёт ходимларига илмий асосланган маълумотлар ва тавсиялар бериш, касалликни эрта ташхислаш, асоратларни олдини олиш ва даволашда ягона ёндашувни ташкил этиш ва амалга ошириш жуда ҳам муҳимдир. Ушбу протокол Европа болалар гастроэнтерологлари, гепатологлари ва нутрициологлари <https://www.espgghan.org/>, Шимолий Америка болалар гастроэнтерологлари, гепатологлари ва нутрициологлари жамияти <https://www.naspgghan.org/>, Россия педиатрлари Иттифоқининг <https://www.pediatr-russia.ru/> клиник тавсияномалари асосида ишлаб чиқилган.

Код(лар) ХКТ-10:

ХКТ-10	
K52.2	Аллергик ва алиментар гастроэнтерит ва колит
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=10238">https://mkb-10.com/index.php?pid=10238</a>

**Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** ишлаб чиқиш санаси 2025 йил ва қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки асосий тасдиқловчи далиллар келиб чиқиши билан. Тақдим этилган тавсияларга киритилган ҳар қандай тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

**Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассасалар:** Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишда ўз ҳиссаларини қўшганлар:

Жараённи ташкил этиш учун болалар гастроэнтерологияси соҳаси бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

**Камилова Алтиной Турсуновна** – т.ф.д., профессор, ЎзР ССВ РИПИАТМ гастроэнтерология бўлими раҳбари, Ўзбекистон болалар гастроэнтерологлари Ассоциацияси раиси

**Умарназарова Зулхумор Ерназаровна** - т.ф.д., ЎзР ССВ РИПИАТМ гастроэнтерология бўлими бош илмий ходими, ЎзР ССВ болалар гастроэнтерологи

**Ахмедова Инобат Мухамеджановна** – т.ф.д., Тиббиёт Ходимларининг Касбий Малакасини Ривожлантириш Маркази (ТХКМРМ) Педиатрия ва болаларни овқатланиши кафедраси мудири.

**Муаллифлар рўйхати:**

**Камилова Алтиной Турсуновна** - т.ф.д., профессор, ЎзР ССВ РИПИАТМ гастроэнтерология бўлими раҳбари, Ўзбекистон болалар гастроэнтерологлари Ассоциацияси раиси

**Умарназарова Зулхумор Ерназаровна** - т.ф.д., ЎзР ССВ РИПИАТМ гастроэнтерология бўлими бош илмий ходими, ЎзР ССВ болалар гастроэнтерологи

**Абдуллаева Дильрабо Абдуазизовна** – т.ф.н., ЎзР ССВ РИПИАТМ гастроэнтерология бўлими етакчи илмий ходими

**Геллер Светлана Игоревна** – т.ф.н., ЎзР ССВ РИПИАТМ гастроэнтерология бўлими катта илмий ходими

**Дустмухамедова Динора Хамидовна** – т.ф.н., ЎзР ССВ РИПИАТМ гастроэнтерология бўлими мудири

**Ахмедова Инобат Мухамеджановна** - т.ф.д., Тиббиёт Ходимларининг Касбий Малакасини Ривожлантириш Маркази (ТХКМРМ) Педиатрия ва болаларни овқатлантириш кафедраси мудири.

**Султанходжаева Шазода Саидбакиевна** – т.ф.н., Тиббиёт Ходимларининг Касбий Малакасини Ривожлантириш Маркази (ТХКМРМ) Педиатрия ва болаларни овқатланиши кафедраси ассистенти

Клиник протокол олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон педиатрлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИПИАТМ филиаллари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари), ҳудудий муассасалари шифокорлари ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий консенсусга эришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

Ишчи гуруҳ раҳбари — т.ф.д., профессор Камилова А.Т., ЎзР ССВ РИПИАТМ гастроэнтерология бўлими раҳбари, Ўзбекистон болалар гастроэнтерологлари Ассоциацияси раиси

Клиник протокол Республика Ихтисослаштирилган Педиатрия Илмий-Амалий Тиббиёт Маркази Илмий Кенгашида 2024 йил 25 апрелда муҳокама қилинди ва тасдиқланди.

Илмий Кенгаши раиси – РИПИАТМ директори А.А.Абдуқаюмов

Такризчилар:

1. Мирсалихова Н.Х. – т.ф.д., РИПИАТМ директорининг илмий ишлар бўйича ўринбосари
2. Ахмедова Д.И. – т.ф.д., профессор, ТошПТИ 2-Госпитал педиатрия, халқ тиббиёти кафедраси мудири, МДХ мамлакатлари педиатрлари Федерациясининг Ўзбекистондан вице-президенти, С.-Петербурги педиатрия тиббиёт университети фахрий профессори.

Техник эксперт баҳолаш ва тахрирлаш:

1. Шамансурова Эльмира Амануллаевна – ТошПТИ Амбулатор тиббиёт, жисмоний тарбия кафедраси профессори, т.ф.д.
2. Файзиев Обид Нишанович – ТошПТИ Амбулатор тиббиёт, жисмоний тарбия кафедраси доценти, т.ф.н.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларнинг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

**Протоколда фойдаланилган қисқартмалар:**

МИТ – меъда-ичак тракти  
IgE – иммуноглобулин E  
IgG – иммуноглобулин G  
IgM – иммуноглобулин M  
IgA - иммуноглобулин A  
АК – Аллергик касалликлар  
ОООТҚЭС - озиқ-овқат оксиллари томонидан кўзғатилган энтероколит синдроми  
FPIES- Food protein-induced enterocolitis syndrome  
ООА–озиқ-овқат аллергияси

**Ушбу нозология протоколидан фойдаланувчилар:**

- умумий амалиёт шифокорлари;
- шифокор -педиатрлар;
- шифокор-гастроэнтерологлар
- шифокор - эндокринологлар;
- шифокор-диетологлар
- шифокор-генетиклар;
- соғлиқни сақлаш ташкилотчилари
- тиббиёт ОЎЮ ўқитувчилари, талабалари, клиник ординаторлар ва магистрантлар, докторантлар

**Ушбу нозология бўйича беморлар тоифаси:**

Аллергик энтероколитга шубҳа қилинган ва аллергия энтероколит ташхиси қўйилган беморлар

## Мундарижа:

1.	ТАЪРИФИ ВА ТАСНИФИ	11
2	АЛЛЕРГИК ЭНТЕРОКОЛИТ ДИАГНОСТИКАСИ	19
3	ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ	21
4	АЛЛЕРГИК ЭНТЕРОКОЛИТНИ ДАВОЛАШ	22
5	РЕАБИЛИТАЦИЯ ВА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ	31
6	АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ	34
7	ИЛОВАЛАР	36

**Исботланган тиббиёт асосида исботланганлик даражаси шкаласи**

ИД	Ёритиш
1	Референс назоратдаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-тахлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
2	Алоҳида референс назоратдаги тадқиқотлар ёки алоҳида рандомизацияланган клиник синовлар ва мета-тахлил ёрдамида рандомизацияланган клиник синовлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
3	Референс усули бўйича кетма-кет назоратсиз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолатларни ёритиш
5	Ҳаракат механизми ёки эксперт хулосаси учун фақат мантиқий асос мавжуд

**Профилактик, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун далиллар даражасини (ИД) баҳолаш шкаласи**

ИДД	Ёритиш
1	Мета-тахлил ёрдамида РСТларни тизимли кўриб чиқиш
2	Танланган РСТлар ва мета-тахлил ёрдамида РСТлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, мисоллар ҳисоботлари ёки ҳолатлар серияси, вазиятни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақат аралашувнинг таъсир қилиш механизми (клиникагача тадқиқотлар) ёки эксперт хулосаси учун асос мавжуд

**Профилактик, диагностик, даволаш ва реабилитация тадбирлари бўйича тавсиялар бўйича тавсияларнинг ишонччилик даражасини (ТИД) баҳолаш**

ТИД	Ёритиш
А	Кучли тавсия (барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим ҳисобланади, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
В	Шартли тавсиялар (барча самарадорлик тадбирларининг (натижалари) ҳаммаси ҳам муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари мос келмайди).

С

кучсиз тавсия тегишли сифати далилларининг йўқлиги, (кўриб чиқилган барча самарадорлик (натижалар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)

### КИРИШ

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, чақалоқлар ва эрта ёшли болаларнинг 17,3 фоизда озик-овқат аллергияси белгилари (ООА) мавжуд. Ушбу ёш гуруҳидаги болаларда тасдиқланган касалликнинг тарқалиши 6 дан 8% гача, ўсмирларда – 2 дан 4% гача. Гастроинтестинал ООА муҳим тиббий ва ижтимоий муаммо бўлиб, клиник амалиётда у кўпинча кам баҳоланган касалликка айланади. Аллергик касалликларнинг тузилиши ҳозирда шундай кўринади: беморларнинг 50-70% аллергия терида намоён бўлади, 50-60% гастроинтестинал ООА, 20-30% аллергиянинг нафас олиш белгиларига эга. Аксарият тадқиқотчилар аллергиянинг янада кўпайишини тахмин қилмоқдалар, бу эса уни ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг замонавий усуллари тадбиқ этишни талаб қилади. Бу муаммо педиатрия амалиётида айниқса долзарбдир.

Сўнги пайтларда дунёда аллергик касалликларнинг олдини олиш, молекуляр диагностика ва даволаш усуллари топишга қаратилган илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Болаларда озик-овқат аллергиясининг ошқозон – ичак шакли учун патогенетик механизмлар ва прогностик хавф омилларини ўрганиш, озик-овқат оқсиллари билан боғлиқ аллергик жараёнларни ўрганиш (озик-овқат оқсиллари билан боғлиқ энтероколит синдроми-FPIES), озик-овқат аллергиясининг IgE- боғлиқ бўлган ва IgE- га боғлиқ бўлмаган шакллари учун диагностика мезонларини аниқлаш ва уни даволашнинг самарали усуллари такомиллаштириш алоҳида аҳамиятга эга.

Ушбу протокол диагностика, парҳезни тузатиш, даволаш ва юзага келиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш бўйича тавсияларни ўз ичига олади.

Унинг чиқарилиши аллергик энтероколит муаммосини ўрганиш билан шуғулланадиган мутахассисларнинг ҳам, ушбу контингентли беморларга амалий ёрдам кўрсатадиган гастроэнтерологлар, педиатрлар, эндокринологлар ва бошқа шифокорларнинг кенг доираси учун зарурдир.

Шундай қилиб, касалликни ташхислаш, даволашга ягона ёндашувлари асосида беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш ва унинг самарадорлигини сезиларли даражада ошириши мумкин.

### 1.1. Таърифи

Озик-овқат аллергияси – бу организмнинг иммунологик реакцияларга асосланган озик-овқат маҳсулотини истеъмол қилишга патологик реакциясидир. Овқат ҳазм қилиш тракти озик-овқат аллергенларининг кириб борадиган жойи ва аллергик реакциянинг биринчи нишонидир.

ООА нинг ривожланиши учун асос – бу ошқозон-ичак трактининг турли қатламлари ва бўлимларида аллергик яллиғланишнинг кейинги ривожланиши билан антигенга озик-овқат (оғиз) толерантлиги – ўзига хос иммунологик реактивликни шакллантириш жараёнларининг бузилиши.

**Озик-овқат оксиги боғлиқ бўлган энтероколит синдроми (FPIES) IgE га боғлиқ бўлмаган озик-овқат аллергиясини англатади.** FPIES нинг эрта бошланиши симптомлари 9 ойликдан олдин бўлган болаларни, 9 ойдан катта болаларда синдромнинг кеч бошланишини ўз ичига олади. Енгил ва ўртача оғирликдаги ўткир ҳолатларда чақалоқлар сигир сути ёки соя асосидаги аралашмалари билан озиклантиришдан кейин 1-4 соат ичида қусиш қайд қилинади

[<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>].

[**Тавсия кучи: кучли; ишонч даражаси: Па/Пб; далиллар даражаси: В**]

Аксарият болаларда FPIES сигир сути ёки соя асосидаги аралашмалар, шунингдек қўшимча овқатлар ёки иккаласи ҳам рационга киритилганда ривожланади.

**Аллергик проктоколит (FPIAP) - тарқалиши бўйича тадқиқотлар йўқлигига қарамай, FPIAP ошқозон-ичак трактининг аллергик шикастланишининг энг кенг тарқалган сабаби**

ҳисобланади. Бу ҳаётнинг биринчи ойларида қон кетишининг бошқа сабабларини (ич қотиши ёки анал ёриқлари, инфекциялар, ичакнинг яллиғланиш касалликлари) чиқариб ташлаган, афтидан соғлом болада қонли ахлат билан намоён бўлади [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>]. Энг кенг тарқалган озиқ-овқат кўзгатувчиси сигир сути, ундан кейин тухум, соя ва маккажўхори [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>]. Ташҳис кўпинча бир ойлик ёшда аниқланади. FPIAP тез ўтиб кетишига ишонилади: иккита тадқиқот шуни кўрсатдики, қонли ахлат ёки яширин қон бир неча ҳафта ичида, ҳатто парҳезсиз ҳам йўқолади. Бироқ, Лозинский ва бошқалар томонидан метаанализ аниқланишича, 3 ойдан кейинги провокацион тартибда парҳез 47 нафар беморларнинг 34 тасида (72,4%) ижобийлиги ва 1 йилдан кейин 47 нафар беморларнинг 10 тасида (21,2%) ижобий деб топилди [13].

**Аллергик энтеропатия (FPE)** - пайдо бўлиш частотаси номаълум, гарчи у камроқ тарқалган бўлса-да. Касаллик сурункали диарея билан намоён бўлади ва натижада ҳаётнинг дастлабки 9 ойида ривожланишнинг кечикиши кузатилиши мумкин. [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>]. Кўпинча, бу ҳаётнинг дастлабки икки ойида, сигир сутли маҳсулотлар киритилгандан кейин бир неча ҳафта ўтгач бошланади. Касал чақалоқларнинг аксариятларида қусиш, қориннинг дам бўлиши, ўсишдан орқада қолиш ва иштаҳасининг йўқолиши кузатилади. Камдан кам ҳолларда, бу ахлатда яширин қон борлиги билан боғлиқ темир танқислиги анемиясига олиб келади. FPE, целиакияда бўлгани каби, малабсорбцияни келтириб чиқаради. Одатда, сабаб аллергияни сигир сути ҳисобланади, лекин соя ҳам ёки тухум ҳам бўлиши мумкин. Аллергенларни йўқ қилиш 1-4 ҳафта ичида симптомларнинг регрессиясига олиб келади, ичакдаги тукчаларнинг ўчоқли атрофияси сезиларли клиник тикланишдан сунг бир неча ой ўтгач регрессияланади [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>].

### **Сигир сути оксилени ўз ичига олган озиқ-овқат маҳсулотлари ва ингредиентлар**

Сариёғ, сариёғ мойи, айрон  
Казеин, Курт, казеинатлар, гидролизланган казеин, калций казеинат, натрий казеинат  
Пишлоқ, пишлоқ кукуни, творог  
Сигир сути (янги, қуюлтирилган, қуруқ, қуқунсимон (болалар аралашмалари)  
Қаймоқ, сунъий қаймоқ, сметана, кефир, қатик  
Гхи  
Музқаймоқ  
Лакталбумин, лактоглобулин  
Паст калорияли сут  
Солодовое молоко  
Маргарин  
Сут оксили, сут кукуни, сутнинг қуруқ ёғсиз моддалари, ёғсиз сутнинг қуруқ моддалари, сут, қаттик.  
Зардоб, гидролизланган зардоб, қуруқ зардоб, ширинлаштирувчи зардоб сиропи  
Йогурт, мевали пишлоқ

### **1.2. Таснифи (этиологияси бўйича, босқичлари бўйича)** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32674427/>.

#### **ОООББЭС (АЭ, FPIES):**

- *симптомлар келиб чиқиш вақтига кўра:*

- А) Ўткир – соатлар
- Б) Сурункали – кун ёки ҳафталар

- IgE га нисбатан:

А) Классик – IgE “-“

Б) Атипик – IgE “+“

- бошланиш ёшига кўра:

А) Эрта бошланиши – 9 ойгача

Б) Кеч бошланиши – 9 ойдан кейин

В) Катталар – 18 ёшдан катта

- оғирлигига кўра:

А) Енгил – қайт қилиш 1-2 марта, летаргия йўқ

Б) Ўртача – қайт қилиш >2-3 марта, енгил летаргия

В) Оғир – қайт қилиш >3 марта, оғир летаргия, гипотония, ранги кулсимон/цианотик, дегидратация, метаболит ацидоз

- келтириб чиқарган аллерген бўйича:

А) Сигир сути/соя

Б) Қўшимча овқат

В) Кўкрак сути (камдан-кам)

- кам учрайдиган шакллари:

А) Ноодатий кўринишлари – феталь, неонаталь, трисомия 21 га боғлиқ

### 1.3. Касалликнинг клиник кўриниши

**Ўткир FPIES** нинг ўзига хос хусусияти кўп ва такрорий қусиш (беморларнинг >95%), бу овқатдан 1-4 соат ўтгач содир бўлади. 5-10 соатдан кейин диарея ҳам пайдо бўлиши мумкин, гарчи бу камроқ тарқалган белгидир (25-50%). Чақалоқларда кўпинча септик синдром летаргия (65-100%), рангпарлик (30-90%) ва гипотермия (5%) белгилари билан кузатилади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32674427/>]. Симптомлар жуда жиддий бўлиши мумкин: 15% гача гемодинамик бекарорликдан азият чекади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32674427/>]. [Тавсия кучи: кучли; ишонч даражаси: Па; исботланганлик даражаси: В]

Иккинчи томондан, **сурункали FPIES** сурункали сувли диарея (баъзан қон ёки шиллик билан), даврий қусиш, қорин шишиши ва/ёки вазни кам қўшиши билан намоён бўлади. Беморларнинг кичик гуруҳида симптомлар тобора кучайиб боради ва сувсизланишга (15-45%) ва метаболит касалликларга (5%) олиб келиши мумкин [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32674427/>]. Одатда, сурункали FPIES сигир сути ёки соя аралашмалари доимий таъсир қилиш билан юзага келади, гуруч каби қаттиқ овқатларнинг вақти-вақти билан таъсир қилиш эса ўткир кўринишларини намоён бўлишига олиб келади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32674427/>]. **Сурункали FPIES** нинг ўзига хос хусусияти – бу чекиниш даврдан кейин ("ўткир-сурункали" фенотип) триггер овқатни такрорий юбориш билан кескин намоён бўладиган симптомларнинг қайталаниши ҳисобланади. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32674427/>]. [Тавсия кучи: кучли; ишонч даражаси: Па/Пб; исботланганлик даражаси: В]

FPIES камдан-кам ҳолларда истисносиз кўкрак сути билан боқиладиган чақалоқларда келиб чиққанлиги тўғрисида маълумот берилган [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32674427/>], баъзи ҳолларда, бу ҳодисанинг 0-5% болаларда кузатилганлиги маълумотлари бўлса ҳам [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32674427/>]. Бошланиш ёши ҳар хил бўлиши мумкин: сигир сути/соя учун FPIES одатда, эрта, ҳаётнинг биринчи ҳафталаарида ёки ойларида ўзини намоён қилади, қаттиқ овқатларга FPIES эса

бироз кейинроқ, тахминан 4-7 ойлигида намоён бўлади, бу эҳтимол, рационга қўшимча овқатларни киритилиши билан боғлиқ. FPIES одатда эрта болалик даврида келиб чиқсада, FPIES энди катта ёшда ҳам тобора кўпроқ аниқланмоқда, бунга кўпинча денгиз маҳсулотлари сабаб бўлади <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32674427/>]. Ва ниҳоят, яқинда ҳомила ичи сенсibiliзация натижасида камдан кам учрайдиган симптоматик ҳомила FPIES ва неонатал FPIES келиб чиққанлиги ҳақида маълумот берилган [\[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32674427/\]](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32674427/). [Тавсия кучи: кучли; ишонч даражаси: Пб-III; исботланганлик даражаси: C]

1-жадвал

**FPIES, FPIAP, FPE дифференциал диагностикаси**

Мезонлар	Аллергик проктоколит (FPIAP)	Аллергик энтеропатия (FPE)	Озиқ-овқат маҳсулотлари келтириб чиқарган энтероколит синдроми (FPIES)
Симптомларнинг келиб чиқиш ёши	Ҳаётининг 1-2 ойларида	Дастлабки 6 ойда	Ҳаётининг биринчи кунидан бир ёшгача
Симптомлар	Енгил симптомлар (ахлатида қон ± диарея бўлса ҳам бола СОҒЛОМ кўринади)	Оғир симптомлар (вазн қўшмаслик, қонсиз диарея, мальабсорбция синдроми, шишлар, анемия)	Янада оғир симптомлар (вазн қўшмаслик, қонли диарея, қайт қилиш, дегидратация, баъзан сепсисни эслатади)
Лаборатор маълумотлар	Ўртача эозинофилия ва ахлатида яширин қон кетиши	Лейкоцитоз, гипоальбуминемия	Лейкоцитоз, гипоальбуминемия, ацидоз, метгемоглобинемия
Аллергенлар	Она сути (60%) ёки сигир сути ёки соя асосидаги аралашмалар	Сигир сути, соя, бўтқалар, тухум ёки денгиз маҳсулотлари	Сигир сути, соя, гуруч, парранда, денгиз маҳсулотлари
Патогенетик механизм	Локал ёки диффуз колит, эозинофил инфильтрация, умумий ва тугунли лимфоид гиперплазия	Ингичка ичакнинг турли зарарланишлари/тукчалар атрофияси билан	Тукчалар зарарланиши ва колит; крипталар абсцесси ва диффуз яллиғланишли инфильтрат
Оқибат	Бир йил давомида соғайиш	Кўпчиликда 2-3 йилда бўлади	Даволашда 18 ойда 50%, 36 ойда 50% соғаяди
Орал провокация хавфи	Оғир реакцияларнинг келиб чиқиши хавфи паст	Оғир реакцияларнинг келиб чиқиши хавфи паст	ЮҚОРИ, гипотензии, шок ривожланиши мумкин

## 2. АЛЛЕРГИК ЭНТЕРОКОЛИТ ДИАГНОСТИКАСИ

FPIES диагностикаси FPIES га мос келадиган симптомлар тўплами мавжуд бўлганда ва реакцияни келтириб чиқарадиган озиқ-овқатларни рациондан чиқариб ташлангандан кейин симптомлар йўқолганда қўйилади. Ўткир FPIES ташхисини стандартлаштириш учун, мавжуд бўлган сўнгги маълумотлар асосида, ушбу диагностика мезонларининг аниқлиги ҳали ўрганилмаган бўлса-да эксперт хулосасига асосланган сўнгги халқаро консенсус тавсиялари асосий ва иккиламчи мезонларни аниқлади (2-жадвал) [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>]. Ушбу мезонларга асосланиб ташхисни тасдиқлаш учун оғзаки провокацияси энди талаб қилинмаса ҳам, фақатгина битта эпизод содир бўлганида ёки сабаб – аҳамиятга эга маҳсулот номаълум бўлиб қолганда, уни қатъий кўриб чиқиш керак.

2-жадвал

### FPIES диагностик мезонлари

[<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>].

<b>Ўткир FPIES<sup>1</sup></b>	
<b>Асосий мезонлари, ПЛЮС</b>	<b>Кичик мезонлари (≥3, эпизодда учрайдиган)</b>
<p>1. сабаб-аҳамиятли маҳсулот истеъмол қиландан 1-4 соат кейин қайт қилиш келиб чиқади. ВА</p> <p>2. IgE-келтириб чиқарган аллергик симптомларнинг йўқлиги.</p>	<p>1. Бир хил маҳсулот истеъмол қилгандан кейинги ≥2 ҳолат</p> <p>2. Бошқа овқатли 1 эпизод</p> <p>3. Ҳолсизлик</p> <p>4. Рангпарлик</p> <p>5. Тез ёрдамнинг зарурлиги</p> <p>6. Вена ичига инфузионни қўллаб-қувватлаш зарурати</p> <p>7. 24 соат давомида диарея (одатда 5-10 соат).</p> <p>8. Гипотония</p> <p>9. Гипотермия</p>
<b>Сурункали FPIES<sup>2</sup></b>	
<b>Симптомлар ва оғирлик</b>	<b>Мезонлар</b>
<p><u>Янада енгил (даврий ичишда янада пастрок дозалар):</u></p> <p>1. Даврий қайт қилиш ва/ёки диарея.</p> <p>2. Жисмоний ривожланишдан орқада қолиш</p> <p>3. Сувсизланиш ёки метаболик ацидознинг йўқлиги.</p>	<p>1. Сабабчи маҳсулот олиб ташлангандан кейин бир сутка давомида симптомларнинг йўқолиши</p> <p>2. Маҳсулот қайта киритилганда симптомларнинг ўткир қайталаниши (1-4 соатдан кейин қайт қилиш, 24 соатгача диарея, одатда 5–10 соатдан кейин)</p> <p>3. Оғзаки провокация ёки оғзаки провокация қилинмаган бўлса, дастлабки ташхис.</p>
<p><u>Оғир (доимий ичишда янада юкори дозалар):</u></p> <p>1. Даврий, аммо ривожланувчи қайт қилиш ва диарея. (баъзан қони билан)</p> <p>2. сувсизланиш ва метаболик ацидоз бўлиши мумкин.</p>	

<sup>1</sup> Асосий мезон (иккаласи ҳам) бажариллиши керак, шунингдек камида учта иккиламчи мезон;

<sup>2</sup> Мавжуд маълумотларнинг етишмаслиги туфайли умумий мезонлар

Патогномоник белгиларга эга сурункали FPIES учун ҳам дастлабки диагностика мезонлари таклиф қилинган. Бу реакцияга олиб келадиган озиқ-овқатларни истеъмол қилишни тўхтатгандан сўнг симптомларни тезда бартараф этиш (бир неча кун ичида) ва истисно давридан кейин сабабий аҳамиятга эга маҳсулот озиқ-овқатга қайта киритилганда касалликнинг ўткир намоён бўлиши [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>]. Ўткир FPIES дан фарқли ўлароқ, сурункали FPIES диагностикаси учун орал провокация мажбурийдир, бу касалликда аниқланган тез-тез ортиқча ташхисни камайтириш учун мўлжалланган.

## 2.1. АСОСИЙ ТАДҚИҚОТЛАР

FPIES диагностикаси, биринчи навбатда, тахмин қилинган қўзғатувчи озиқ-овқат олиб ташлангандан кейин яхшиланиш билан типик характерли белгилар ва симптомларнинг клиник тарихи асосида белгиланиши керак. Агар анамнез ноаниқ бўлса ва хавф/фойда нисбати қулай бўлса, ташхисни тасдиқлаш учун бошқа мумкин бўлган сабабларни истисно қилиш ва орал провокациядан фойдаланиш керак. [Тавсия кучи: кучли; ишонч даражаси: Ib-III; исботланганлик даражаси: B]

### 2.1.1. CoMiSS®: Сигир сути оқсилга аллергияни баҳолаш шкаласи

Дастлабки диагностик мезон сифатида **йиғлаш ва безовталиқ** танлаб олинган. Ушбу параметр учун асосий ёш контингентини 2 ҳафталикдан 4 ойликкача болалар ташкил қилади.

Йиғлаш давомийлиги қуйидагича баҳоланади: бола қанчалик узоқ йиғласа, балл шунчалик юқори бўлади. Безовталиқ эпизодлари ота-оналарнинг баҳолашига кўра бошқа аниқ сабабларсиз, ҳафтада камида 3 кун 1 ҳафта ёки ундан кўпроқ вақт давомида ҳисобга олинади. Аксарият ҳолларда, кунига 3 соат, ҳафтада камида 3 кун, 1 ҳафтадан кўпроқ вақт давомида йиғлаш колликанинг мавжудлигини аниқлайди. Чегара шкаласи қуйидаги шаклга эга:

#### БАЛЛ

0	≤ 1соат/кун
1	кунига 1 дан 5 соатгча
2	кунига 1,5 соатдан 2 соатгача
3	кунига 2 соатдан 3 соатгача
4	кунига 3 соатдан 4 соатгача
5	кунига 4 соатдан 5 соатгача
6	≥ 5 соат/кун

Кейинги кўрсаткич - бу **қайт қилиш** бўлиб, регургитациянинг ҳажми ва оғирлигини аниқлаш имконини беради. 2 ҳафтадан 6 ойгача бўлган болаларда фойдаланиш учун тўғри келади.

#### БАЛЛ

0	кунига 0 дан 2 мартагача
1	≥ 3 дан ≤ 5 бироз камроқ
2	>5 марта >1 чой қошиқда
3	>5 марта ± егинининг ярмиси < еган овқатининг ярмиси
4	ҳар бир овқатланишдан 30 минутдан кейин кичик ҳажмда узлуксиз қайт қилишлар
5	Регургитация еганининг ярмисидан тўлиқ ҳажмигача
6	Регургитация ҳар бир овқатланишдан кейин «овқатнинг ҳаммаси»

**Бристол нажасини баҳолаш шкаласи** учинчи асосий диагностика мезонининг моҳиятини аниқлаш учун ишлатилади..

Унга кўра, **қабзият 1 ва 2 типга** киради:

- ёнғоққа ўхшаш қаттиқ бўлақлар тўғри ичакка қийинчилик билан ўтади;
- колбасасимон нажас бўлаги (3 типга кўра, диаметри каттароқ).

**Идеал нажас 3-4 типли:**

- колбасасимон юзаси ёриқлар бўлган нажас (2 типга кўра диаметри кичикроқ);
- колбасасимон ёки илонсимон юмшоқ ва силлиқ юзали нажас.

**Диарея 5 ва 6 тип** билан аниқланади:

- тўғри ичакдан осонгина ўтадиган, қирралари аниқ бўлган юмшоқ бўлақлар шаклидаги нажас;
- ғовакли, бўшашган, шаклланмаган нажас қирралари йиртиқ пахмоқ бўлақлар шаклида.




**Кучли диарея 7-тиофа** билан тавсифланади:

- сувли нажас, қаттиқ бўлақларсиз; ёки бутунлай суюқ [6,12].

Баҳолаш шкаласининг тўртинчи нуқтаси **нафас олиш тизимининг тавсифидир**. Бирок, бу унчалик муҳим ва ўзига хос диагностика мезони эмас, чунки кўпинча сурункали йўтал, бурун оқиши ва ҳатто хириллаш вирусли инфекциянинг белгиси бўлиши мумкин. Аммо шуни ҳисобга олиш керакки, сигир сутидан фойдаланиш ҳам ушбу аломатларнинг сабаби бўлиши мумкин.

### **Респиратор симптомлар**

#### **БАЛЛ**

- 0 Респиратор симптомлар йўқ
- 1 Енгил симптомлар  Сурункали йўтал
- 2 Ўртача оғирлик  Бурун оқиши
- 3 Оғир симптомлар  Хириллашлар

Баҳолаш шкаласининг бешинчи пункти – бу **атопик жараёндан таъсирланган терининг майдонини аниқлаш** (4-жадвал). Ушбу параметр учун куйиш майдонини ҳисоблаш усуллари қўлланилади, масалан: "тўққизлик қоидаси" ва "тананинг умумий сиртининг фоизи" (1,2-расм). Атопик экзема ёки қаварчиқ мавжудлиги ҳисобга олинган.

#### **Балл**

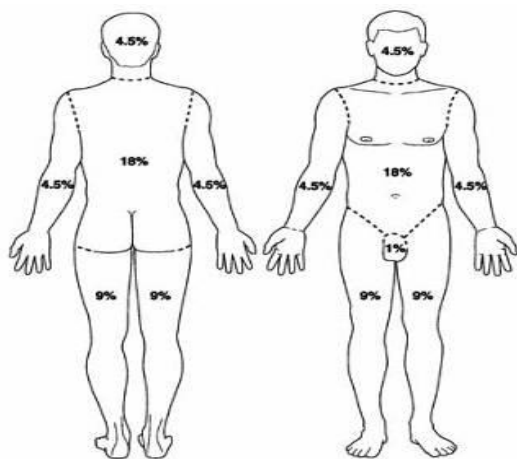
0 дан 6 гача **Атопик экзема**

**БОШ-БЎЙИН ҚЎЛ-КАФТ**  
**ТАНА ОЁҚЛАР-ТОВОН**

Йўқ	0	0
Енгил	1	1
Ўртача	2	2
Оғир	3	3

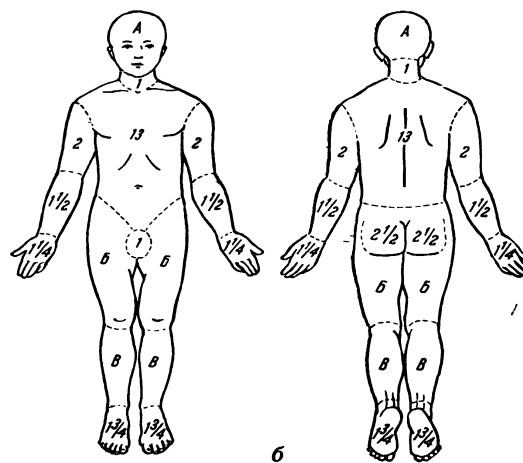
#### **Балл**

0 ёки 6 **Қаварчиқ** ЙЎҚ ҲА  
0 6



1-расм. 1. Баҳоланадиган юзалар:

- \*0 = 0
- \* < 1/3 = 1
- \* 1/3-2/3 = 2
- \* > 2/3 = 3



2-расм. Ёшига нисбатан тана юзасининг фоиз (%) нисбати

A = бошининг ярмиси

B= битта соннинг ярмиси

B= битта болдирнинг ярмиси

0	1 ёш	5 ёш	10 ёш	15 ёш
9 <sup>1/2</sup>	8 <sup>1/2</sup>	6 <sup>1/2</sup>	5 <sup>1/2</sup>	4 <sup>1/2</sup>
2 <sup>1/4</sup>	3 <sup>1/4</sup>	4	4 <sup>1/4</sup>	4 <sup>1/2</sup>
2 <sup>1/2</sup>	2 <sup>1/2</sup>	2 <sup>1/4</sup>	3	3 <sup>1/4</sup>

Тадқиқот охирида, юқорида айтиб ўтилганидек, баллар 0 дан 33 гача бўлган ораликда ҳисобланади, ҳар бир симптом максимал 6 баллга эга, нафас олиш белгилари бундан мустасно, бу ерда максимал балл 3 га тенг. **Агар умумий балл  $\geq 12$  бўлса**, симптомлар сигир сути билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бу потенциал ССОА бўлиши мумкин. **Агар умумий балл  $< 12$  бўлса**, симптомлар сигир сути билан боғлиқ эмас. Шифокор бошқа сабабларга эътибор бериши керак.

### 2.1.2 Орал провокация

Орал провокация FPIES ташхисини тасдиқлаш учун олтин стандартни англатади ва болаликнинг бошқа кенг тарқалган ошқозон-ичак касалликларининг нотўғри ташхисини олдини олиш учун айниқса муҳимдир (3-жадвал). Шунини таъкидлаш керакки, FPIES гумон қилинганда амалга ошириладиган орал провокация юқори хавфли муолажа ҳисобланади.

Келишилган протокол **0,3 г/кг (0,06–0,6 г/кг)** озиқ-овқат оқсиллини (максимал: 3 г оқсил, 10 г тўлиқ озиқ-овқат ёки 100 мл суюқлик) учта тенг дозада 30 дақиқа давомида юбориш ва потенциал реакциялар учун 4-6 соат давомида беморни кузатиб боришдир. [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>]. Оғир реакциялар билан оғриган беморларда бошланғич дозадан пастроқ ва узоқроқ кузатув давридан фойдаланиш мумкин. sIgE бўлган беморларда зудлик билан реакция хавфи туфайли ҳар доим босқичма-босқич орал провокация қилиш керак.

Орал провокация протоколлари ҳар бир марказда бошқасидан биров фарқ қилиши мумкин бўлса-да, асосий тамойил шундаки, уни реанимация учун жиҳозланган муассасада ўқитилган мутахассислар бажариши керак, чунки бу аралашув беморларнинг 50 фоизгача талаб қилиниши мумкин [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>]. **[Тавсия кучи: кучли; ишонч даражаси: Ib; исботланганлик даражаси: B]**

Операциядан олдин периферик вена ичига киришни мунтазам равишда таъминлаш зарурати мунозарали бўлиб қолмоқда, аммо бу вена ичига кириш қийин бўлиши кутилаётган беморларда, шунингдек, оғир реакциялар тарихи бўлган беморларда ҳисобга олиниши керак. Агар симптомлар енгил бўлса, оғиз орқали суюқлик юбориш етарли бўлиши мумкин. Ондансетрон, кимётерапия олган беморларда кучли қусишга қарши дори сифатида ишлатиладиган серотонин рецепторлари антагонисти бўлиб, қўшимча терапия сифатида ишлатилганда ўткир симптомларни енгиллаштириш учун фойдали бўлиши мумкин [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24993542/>]. Хавфсизлик маълумотлари йўқлиги сабабли ондансетронни 6 ойгача бўлган болаларга буюрмаслик керак ва QT оралиғини узайтириш имконияти туфайли мойил беморларга эҳтиёткорлик билан буюриш керак. Метилпреднизон шубҳали хужайра воситачилигидаги яллиғланишни бостириш учун ишлатилган бўлса-да, унинг ишлатилишини тасдиқловчи тадқиқотлар ўтказилмаган. Бундан ташқари, мавжуд маълумотлар ўткир FPIESни даволашда эпинефрин автоинъекторлари ва антигистаминларнинг ролини тасдиқламайди [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>].

**FPIAP** билан, орал провокация симптомлар регрессиясидан 2-4 ҳафта ўтгач амалга оширилиши керак. Истисно қилинадиган биринчи озиқ-овқат одатда сигир сути ёки онаси гумон қилган овқатдир. Агар бу самарасиз бўлиб туюлса, бошқа маҳсулотлар (тухум, ёнғоқ ва бошқалар.) ҳар бир маҳсулот учун бир хил диагностика процедурасидан сўнг чиқариб ташланиши керак. Аллерген аниқланганда, элиминация диетаси одатда 12 ойликгача давом этади. Кейин сезгирлик ривожланишини баҳолаш учун орал провокацияни таклиф қилишингиз мумкин.

## 2.2. ЛАБОРАТОР ДИАГНОСТИКА

FPIES ёрдамида қон тестида анемия, гипоалбуминемия, тромбоцитоз ва чапга силжиш билан кўп миқдордаги оқ қон хужайралари, баъзан эозинофилия аниқланиши мумкин.

Оғирлигининг ошиши билан метаболик ацидоз ва метгемоглобинемия ҳам ривожланиши мумкин [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>].

### 2.2.1. Аллергологик диагностика

Тери тестини ва қон зардобиди озиқ-овқат маҳсулотлари билан боғлиқ sIgE ни аниқлашни ўз ичига олган аллергия тести одатда салбий натижа беради ва IgE га боғлиқ бўлмаган озиқ-овқат аллергиясини ўрганиш учун қўлланилмайди [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>]. Бирок, FPIES ли беморларнинг 25% гачасида sIgE озиқ-овқат кўзгатувчисига сезгирлиги ошганлиги аниқланган. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31940468/>]. Ушбу беморларда FPIES нинг атипик шакли мавжуд бўлиб, улар узок муддатли курсга эга бўлиши мумкин ва сабабларга кўра муҳим озиқ-овқатга дарҳол аллергия реакцияларни ривожланиш хавфини ошириши мумкин. Шундай қилиб, одатда FPIESни биринчи баҳолашда аллергия текшируви тавсия этилмаса ҳам, атипик FPIES ни истисно қилиш учун кузатув пайтида, айниқса, агар керак бўлса, протоколни мослаштириш учун орал провокацияни амалга оширишдан олдин қўллаш мумкин [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>]. **[Тавсия кучи: ўртача; ишонч даражаси: IIб-III; исботланганлик даражаси: C].**

Одатда, клиник ташхисни тасдиқлаш учун тери тестида шиш ўлчами учун чегаралар, агар яхши клиник анамнез мавжуд бўлса,  $\geq 3$  мм, ёки sIgE  $\geq 0,35$  кЕд/л (**далиллар даражаси C**) томонидан салбий назорат ҳажмидан ошиб кетади (**далиллар даражаси C**).

Атопик патч – тест FPIES ташхис қарама-қарши самарадорлигини кўрсатди: бита тадқиқот у ишончли OFC натижалари 85% башорат деган хулосага келди [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16846453/>], бошқа иккита тадқиқотда бундай фойда топилмади [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3586209/>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24565539/>]. Шунинг учун ҳозирда ушбу тестлар тавсия этилмайди.

Молекуляр аллергия диагностикаси (компонент диагностикаси) энди озиқ-овқат аллергиялари, шу жумладан сигир сути учун ҳам мавжуд. Молекуляр аллергиядиагностика бизга маҳсулотнинг бир қисми бўлган шахсий оқсилларга сезувчанлик табиати ҳақида кўшимча маълумот олиш имконини беради ва клиник кўринишларнинг хусусиятларини ва ПА курсини башорат қилиш имконини беради. Молекуляр диагностика имкониятларига қуйидагилар қиради: ўзаро реактивликдан ҳақиқий сезувчанлик белгиларини таниб олиш; ўткир тизимли ёки маҳаллий реакциялар хавфини баҳолаш; толерантлик шаклланиши ёки аллергиянинг доимий шаклга ўтиш эҳтимолини башорат қилиш

### 2.2.2 Эндоскопик ва морфологик диагностика

Эндоскопик текширув FPIES ни баҳолаш доирасида мунтазам равишда ўтказилмаслиги керак. **[Тавсия кучи: заиф; ишонч даражаси: IV; далил даражаси: D]**

Гистология натижалари, одатда, гарчи улар унчалик оғир бўлмаса ҳам, целиакия касаллигида кўрилган натижаларни фенокопуляция қилади. Буларга ингичка ичак тукчалари атрофиясининг турли даражалари ва крипт гиперплазияси қиради, ингичка ичак тукчалари ва криптларнинг нисбати эса ингичка ичакнинг зарарланиши туфайли морфологик ўзгаришларнинг сезгир белгиси ҳисобланади. Ректосигмоидоскопия шиллиқ қаватнинг петехиал жойлар билан турғунлигини аниқлаши мумкин. Яллиғланиш эозинофил инфильтрация ва лимфонодуляр гиперплазия билан тавсифланади. FPIES да кузатилган яллиғланиш хужайралари инфильтрациясига лимфоцитлар, плазма хужайралари, эозинофиллар ва семиз хужайралари қиради [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>].

### 2.2.3 Копрологик текширишлар

FPIES ли беморларда копрологик тадқиқотлар ўтказишда нейтрофиллар, эозинофиллар, Чарсот-Лейден кристаллари каби ўзига хос бўлмаган маълумотларни аниқлаш мумкин

[<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>]. [Тавсия кучи: заиф; ишонч даражаси: IV; далил даражаси: D]. Яширин қон учун нажас FPIESда ҳам, бошқа касалликларда ҳам ижобий бўлиши мумкин. Худди шундай, фекал калпротектин бу касалликка хос бўлмаса-да, FPIESда нажас калпротектин даражасининг ошиши ичак шиллик қаватининг яллиғланишини кўрсатмоқда [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>]. Бирок, чақалоқларда кўрсаткичларнинг кенг ўзгарувчанлиги ва тасдиқланган меъёрий диапазонларнинг йўқлиги сабабли, бу тестни бир ёшдан олдин ишлатмаслик керак [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25742018/>].

#### 2.2.4. Рентгенография

Радиологик баҳолаш, агар у бошқа касалликларни истисно қилиш учун ишлатилмаса, мунтазам текширувнинг бир қисми эмас. [Тавсия кучи: кучли; ишонч даражаси: III; далиллар даражаси: C]

Агар FPIES ли болаларда қорин бўшлиғининг рентгенологик текшируви ўтказилса, у ҳаво-суюқлик даражаси, йўғон ичакнинг торайиши, шунингдек ўн икки бармоқли ичакнинг думалоқ бурмаларининг қалинлашиши каби ўзига хос бўлмаган маълумотларни аниқлаши мумкин. Бундан ташқари, интрамурал газ ҳам қайд этилган, бу некротик энтероколитнинг (НЭК) нотўғри ташхисига олиб келиши мумкин [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17413436/>]. Беморларнинг 100% да ултратовуш текшируви ингичка ичак деворларининг қалинлашишини ва ёмон перисталтикани кўрсатди, бу айбдор озиқ-овқат бартараф этилгандан кейин йўқолди. Бирок, ичак ултратовуш текширувини мунтазам равишда ишлатишдан олдин унинг самарадорлигини тасдиқлаш учун кўпроқ тадқиқотлар ўтказиш керак.

### 3.ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ

2-жадвал

Сабаблар	Ўткир FPIES	Сурункали FPIES
Аллергик	Анафилаксия Эозинофил гастроэнтерит	Аллергик проктоколит (FPIAP) Аллергик энтеропатия (FPE) Эозинофил гастроэнтерит
Инфекцион	Сепсис Вирусли/бактериал/ Паразитар гастроэнтерит	Вирусли/бактериал/ Паразитар гастроэнтерит
Гастроинтестинал	Гиршпругн касаллиги Тўсиқ стенози Инвагинация Айланиб қолиши НЭК (некротик энтероколит)	Гтроззофагеал рефлюкс касаллиги Гиршпругн касаллиги Тўсиқ стенози Ичакнинг яллиғланиш касалликлари жуда эрта бошланиши Муковисцидоз
Метаболик	Метаболизмнинг туғма бузилишлари Қандли диабет 1 типи	Метаболизмнинг туғма бузилишлари Қандли диабет 1 типи
Гематологик	Туғма метгемоглобинемия	Туғма метгемоглобинемия
Неврологик	Циклик қайт қилиш синдроми Бош мия шиши	Циклик қайт қилиш синдроми Бош мия шиши
Юрак-қон томир	ЮТН Кардиомиопатия Аритмия	ЮТН Кардиомиопатия
Эндокринологик	Буйрак усти бези туғма гипоплазияси	Буйрак усти бези туғма гипоплазияси

Иммунологик		Бирламчи иммунтанқислик Аутоиммун энтеропатиялар
Психологик	Овқатдан нафратланиш	Овқатдан нафратланиш

## 4. АЛЛЕРГИК ЭНТЕРОКОЛИТНИ ДАВОЛАШ

### 4.1. АМБУЛАТОР БЎҒИМДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:

#### 4.1.1 Консерватив даволаш

*Ҳозирги кунда даволаш ва асоратларни профилактика қилишининг ягона усули қатъий элиминацияли парҳез ҳисобланади.*

Симптомларнинг оғирлигига ва кўзгатувчи маҳсулотлар миқдорига қараб, икки хил стратегиядан фойдаланиш мумкин. Аксарият ҳолларда сабабчи маҳсулотлар кутилмаган кўзгатувчиларга кенг чекловларсиз доимий равишда чиқариб ташланадиган “пастдан юқорига” ёндашув қўлланилади. Дарҳақиқат, озиқ-овқат аллергиясини даволашнинг умумий тамойилларидан бири шундаки, фақат уни келтириб чиқарадиган маҳсулотларни, тоқат қилинадиган маҳсулотларга ҳеч қандай чекловларсиз чиқариб ташлаш меъёр бўлиши керак. Бироқ, энг оғир ҳолатларда, оқсил-энергетик етишмовчилик ва сувсизланиш аниқланганда, “юқоридан пастга” усулидан фойдаланиш мумкин. Ушбу ёндашув, баъзида бошланғич диетадан бошлаб, симптомларнинг қайталанишини диққат билан кузатиб бориш билан индивидуал озиқ-овқатларни кетма-кет қайта киритиш билан кенг турдаги озиқ-овқатларни дастлабки рад этишдан иборатдир.

**Кўкрак сути билан эмизиладиган чақалоқларда FPIES** да жуда кам учрайди. Шундай қилиб, агар симптомлар аниқ исботланмаган бўлса, она касалликни келтириб чиқарадиган овқатлардан воз кечмаслиги керак. [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>].

ССОА белгилари бўлган болаларнинг оналари сутсиз парҳезга риоя қилишлари керак, шу билан бирга уларнинг парҳезини калций билан бойитиш тавсия этилади (кунига 1000 мг).

Сигир сути FPIES да энг кўп кўзгатувчи омил бўлиб, уни **юқори гидролизланган аралашма** (EHF) билан алмаштириш керак. Юқори гидролизланган терапевтик аралашмалар учун асос ҳам казеин, ҳам сут зардоби оқсиллари бўлиши мумкин.

Юқори гидролизланган аралашмалар таркибининг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда ҳар бир бола учун мақбул маҳсулотни танлаш имконини беради. Шундай қилиб, ССО аллергияси туфайли озиқ-овқат аллергиялари ва малабсорбция синдромининг ошқозон-ичак намоён бўлиши бўлган болалар учун эмулсификация ва панкреатик липаза иштирокини талаб қилмасдан, лимфа томирларини четлаб ўтиб, портал томир тизимига осонгина кириб борадиган ўрта занжирли триглицеридларни ўз ичига олган махсус аралашмаларга устунлик бериш керак. Ушбу аралашмаларнинг липид таркибининг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, ССОА билан оғриган беморларда овқатланиш ҳолатини жиддий бузган ҳолларда ҳам буюрилади. Ушбу терапевтик аралашмалар ҳам лактозасиз, шунинг учун улар лактаза етишмовчилиги билан биргаликда ССОА учун ҳам ишлатилади.

Юқори гидролизланган казеинга асосланган аралашмалар ССО га аллергиянинг ўртача ва оғир кўринишлари бўлган болаларда қўлланилиши мумкин.

Атопиянинг изоляцияланган, енгил тери кўринишларида углевод компонентида пребиотиклар ва лактозани ўз ичига олган юқори гидролизланган зардоб оқсилларига асосланган аралашмалардан фойдаланиш мумкин.

Кўпгина беморлар EHF га жавоб беришса-да, беморларнинг 10-20% **аминокислоталарга** асосланган аралашмаларга муҳтож бўлиши мумкин.

Протеин компоненти бутунлай эркин аминокислоталар билан алмаштирилган аралашмалар ССОАнинг оғир шакллари бўлган болалар учун, айниқса малабсорбция ва жисмоний ривожланишдан орқада қолиш (шу жумладан, парҳез оқсиллари томонидан кўзгатирилган энтероколит) билан бирга бўлганлар учун энг мақбул танловдир. Ушбу

тоифадаги беморлар учун аминокислота аралашмалари биринчи танлов маҳсулотидир. Аминокислота аралашмалари юқори гидролизланган оқсилга асосланган аралашмаларга таъсир кўратадиган болалар учун ҳам кўрсатилади.

Аминокислота аралашмалари сут оқсилларига аллергияни аниқлаш учун ҳам, ССОА билан оғриган беморларда узок муддатли фойдаланиш учун рационнинг асоси сифатида ҳам қисқа вақт ичида ишлатилиши мумкин.

Аминокислоталар асосида аралашмалар тайинланишига кўрсатма [Тавсия кучи– III; далиллар даражаси – C]

- Сигир сути оқсилларига оғир аллергия (ССОА)
- Анафилаксия
- Кўп сонли озик-овқат аллергияси
- Истисносиз кўкрак сути билан эмизиладиган болаларда аллергия белгилари ёки оғир атопик дерматит
- IgE -га боғлиқ бўлмаган ССОАнинг оғир шакллари
- Жисмоний ривожланишдан орқада қолиш
- Юқори гидролизланган формулаларга аллергик реакциялар ёки уларни қабул қилишдан бош тортиш

Шуни таъкидлаш керакки, гипоаллерген аралашмалардан фойдаланганда нажаснинг ўзгариши кўпинча юзага келиши мумкин, лекин бу давом этаётган колитнинг белгиси ҳисобланмайди. Қисман гидролизланган аралашмаларнинг қолдиқ антиген таркиби туфайли барча ҳолатларда ундан воз кечиш керак, бунда сигир сути оқсилнинг концентрацияси, ЕНФ га нисбатан 1000-100 000 баравар юқори эканлигини ҳам эътиборга олиш зарурдир.

Ҳазм қила олмасликда соя аралашмалари мақбул алтернатив ҳисобланади, гарчи бу аралашма одатда FPIESли беморларнинг 40-60 фоизида кузатилган сигир сути билан юқори реакцияга эга булса ҳам. [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>].

Эчки ва сигир сути оқсилларининг ўзаро реактивлиги яхши маълум, шунинг учун эчки сути ва бошқа қишлоқ хўжалик ҳайвонларининг сутига асосланган аралашмалар FPIESда профилактика ёки терапевтик мақсадларда тавсия этилмайди [<https://www.efsa.europa.eu/en/efsajournal/pub/2603>].

FPIES учун чегара дозаси ишончли тарзда ўрнатилмаган бўлса-да, битта тадқиқот фақат 0,15 г оқсил/кг орал провокацияси билан 13 та ўткир FPIES реакциясидан 13 тасини келтириб чиқариш учун етарли бўлганлигини кўрсатди [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16846453/>]. Шунинг учун реакцияни келтириб чиқарадиган барча маҳсулотлардан қатъиян воз кечиш керак. Аллерген излар бўлиши мумкин бўлган маҳсулотлар, аллергенлардан огоҳлантирувчи маркерлари бўлганлиги сабабли рад этилади. [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>]. FPIES доирасида одатда интенсив пишириш ва қайта ишловдан ўтган маҳсулотлардан воз кечиш тавсия этилади. Бироқ, тадқиқотлар шуни кўрсатдики, FPIESли бир қатор беморлар бу пиширилган овқатларни ҳазм қилишлари мумкин.

Бола камида 6 ой давомида ёки 9-12 ойликгача терапевтик аралашма ёрдамида элиминация парҳезига риоя қилиши керак. Анамнезида тезкор IgE-боғлиқ оғир реакциялар бўлган болалар 12-18 ойгача элиминация парҳезида қолишлари мумкин, кейин махсус IgE такрорий тестидан сўнг провокацион тест ўтказилади.

**FPIAP** да орал провокация. симптомлар регрессиясидан 2-4 ҳафта ўтгач амалга оширилиши керак. Истисно қилинадиган биринчи озик-овқат одатда сигир сути ёки онаси гумон қилган овқат ҳисобланади. Агар бу самарасиз бўлиб туюлса, бошқа маҳсулотлар (тухум, ёнғоқ ва бошқалар) ҳар бир маҳсулот учун бир хил диагностика муолажасидан сўнг чиқариб ташланиши керак. Аллерген аниқланганда, элиминация парҳези, одатда, 12 ойликгача давом этади. Кейин сезгирлик ривожланишини баҳолаш учун орал провокацияни таклиф қилиниши мумкин.

#### 4.1.1 Медикаментоз даволаш.

Медикаментоз даволаш ёрдамчи таснифга эга бўлиши, аммо бир қатор ҳолатларда ҳаётий муҳим бўлиши мумкин. Асосан у малабсорбция синдроми фонида ривожланадиган метаболик бузилишларни тўғрилашга қаратилган. Овқат ҳазм қилиш жараёнларини тузатиш юқори фаол микросфера панкреатик ферментларининг препаратларини буюриш орқали амалга оширилади. Препаратнинг дозаси боланинг ёши, овқатланиш тавсифи ва стеатореянинг оғирлиги билан белгиланади. Дастлабки доза кунига 1 кг тана вазнига 1000 ХБ липаза бўлиши мумкин. Кучли диарея фонида адсорбентлар-мукоцитопротекторлар буюрилиши мумкин.

Темир танқислиги анемияси бўлса, темир ва фолий кислотаси препаратлари буюрилади. Калций метаболизмининг бузилиши (рахитсимон синдром, гипокалцемик талвасалар, остеопения) бўлса, калций ва D витамини препаратлари буюрилади.

#### Асосий дори воситалари рўйхати (қўллаш эҳтимоли 100 %)

4-жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситаси МНН	Қўллаш усули	Ишончлилик даражаси
A12CB01 Минерал қўшимчалар	Цинк сульфат	Ичишга ОЭЕда 2 мг/кг тана вазнига, кунига 20 мг 6 ойликдан катта болаларга 10-14 кун давомида	1А <a href="https://www.cochrane.org/ru/CD005436/INFECTN_dopolnitelnoe-peroralnoe-vvedenie-cinka-dlya-lecheniya-diarei-u-detey">https://www.cochrane.org/ru/CD005436/INFECTN_dopolnitelnoe-peroralnoe-vvedenie-cinka-dlya-lecheniya-diarei-u-detey</a>
A07BC05 A07B A07BC A07BA01 Энтеросорбент моддалар	Смектит диоктаэдрик, кремний диоксид коллоидли, полиметилсилоксан полигидрат, фаоллаштирилган кўмир, лигнин гидролизли	Ичишга ёш дозаларида	3В <a href="https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/%D0%A6%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D1%8F%20%D0%9A%D0%A0_%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82_22.07.2021.pdf">https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/%D0%A6%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D1%8F%20%D0%9A%D0%A0_%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82_22.07.2021.pdf</a>
A11CC05 Витамин D	Колекальциферол	Ичишга Ичишга ҳаётининг биринчи йилида 400–1000 ХБ ва 1 ёшдан 18 ёшгача 600– 1000 ХБ	2С <a href="https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext">https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext</a>

A12AA04 Кальций моддалари	Кальций карбонат, кальций цитрат	Гўдаклар ва болаларга кунига 500 мг дан ўсмирларга 1000 мг	2C <a href="https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext">https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext</a>
------------------------------	-------------------------------------	--	---

**Қўшимча дори воситалари рўйхати (қўллаш эҳтимоли 100%дан паст)**

**5-жадвал**

<b>Фармакотерапевтик гуруҳ</b>	<b>Дори воситаси МНН</b>	<b>Қўллаш усули</b>	<b>Ишонччилик даражаси</b>
A07FA02 A07FA Ичак микрофлорасини меъёрга келтирувчи воситалар	Saccharomyces boulardii, Bacillus clausii, бифидоген штаммлар, Lactisacibacillus rhamnosus GG (LGG)	Ичишга ёш дозаларида	3B <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8912170/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8912170/</a>
B03AB05 Анемияга қарши воситалар	Темир (III) гидроксид полимальтозат Темир (III) гидроксид декстран	Ичишга Кундузги стационар мавжуд бўлганда мушак орасига 3-5 мг элементар темир/кг вазнга, профилактика мақсадида – 2 мг/кг вазнга	2C <a href="https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext">https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext</a>
A09AA02 Полифермент воситалар	Панкреатин минимикросферик	Ичишга 1000-2000 ЕД липаза/кг вазнга	2C <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9260863/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9260863/</a>

Биринчи авлод антигистаминлари (хлоропирамин коди АТХ R06AC03, мебгидролин - код АТХ R06AX, клемастин - код АТХ R06AA04) аниқ седатив ва антиколинергик таъсири мавжудлиги сабабли тавсия этилмайди.

Диметинден 6 ойгача бўлган болаларга қисқа курс учун буюрилиши мумкин (1 ойдан 1 йилгача бўлган беморлар учун дозалаш режими, кунига 3 марта 3-10 томчи). ССОАда иккинчи авлод антигистаминларини қўллаш ҳаёт учун хавфли бўлмаган кўринишларни бартараф этиш учун тавсия этилади.

## **4.2. СТАЦИОНАР ДАРАЖАСИДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:**

### **4.2.1. Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутизацияси:**

- 1) тажрибали гастроэнтеролог, диетолог, алерголог консультацияси
- 2) касалликка нисбатан маълумот,
- 3) сутсиз парҳезга риоя қилиш,
- 4) мальдигестия синдроми диагностикаси:

қонда умумий оқсил ва альбумин миқдорини аниқлаш  
қонда витамин Д ва В12 миқдорини аниқлаш  
қонда калций миқдорини аниқлаш  
ферритин миқдорини аниқлаш  
5) мальдигестия синдромини даволаш.  
6) турли соха мутахассисларининг давомли кузатуви.

#### 4.2.2. Номедикаментоз даволаш.

*Ҳозирги кунда ягона даволаш усули ва асоратларнинг профилактикаси қатъий элиминацияли пареҳз ҳисобланади.*

Симптомларнинг оғирлигига ва қўзғатувчи маҳсулотлар миқдорига қараб, икки хил стратегиядан фойдаланиш мумкин. Кўп ҳолларда сабабчи маҳсулотлар кутилмаган қўзғатувчиларга кенг чекловларсиз доимий равишда чиқариб ташланадиган “пастдан юқорига” ёндашув қўлланилади. Дарҳақиқат, озиқ-овқат аллергиясини даволашнинг умумий тамойилларидан бири шундаки, меъёр фақат уни келтириб чиқарадиган маҳсулотларни, ҳазм қилина олинмаган маҳсулотларга ҳеч қандай чекловларсиз чиқариб ташлашдан иборат бўлиши керак. Бироқ, энг оғир ҳолатларда, оқсил-энергетик етишмовчилик ва сувсизланиш аниқланганда, “юқоридан пастга” усулидан фойдаланиш мумкин. Ушбу ёндашув, баъзида бошланғич пареҳздан бошлаб, симптомларнинг қайталанишини диққат билан кузатиб бориш билан индивидуал озиқ-овқатларни кетма-кет қайта киритиш билан кенг турдаги озиқ-овқатларни дастлабки рад этишдан иборат.

Кўкрак сути билан эмизиладиган гўдаклар FPIESда жуда ҳам кам учрайди. Шундай қилиб, агар симптомлар аниқ исботланмаган бўлса, она касалликни келтириб чиқарадиган овқатлардан воз кечмаслиги керак. [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>].

ССОА симптомлари бўлган болаларнинг оналари сутсиз пареҳзга риоя қилишлари керак, бунда уларнинг рационини калций билан бойитиш керак (кунига 1000 мг).

Сигир сути FPIESДА энг кўп қўзғатувчи омил бўлиб, уни **юқори гидролизланган аралашма** (EHF) билан алмаштириш керак. Юқори гидролизланган терапевтик аралашмалар учун асос ҳам казеин, ҳам зардоб оқсиллари бўлиши мумкин.

Юқори гидролизланган аралашмалар таркибининг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда ҳар бир бола учун махсус маҳсулотни танлаш имконини беради. Шундай қилиб, ССО аллергияси туфайли озиқ-овқат аллергиялари ва малабсорбция синдромининг гастроинтестинал намоён бўлиши бўлган болалар учун эмулсификация ва панкреатик липаза иштирокини талаб қилмасдан, лимфа томирларини четлаб ўтиб, портал томир тизимига осонгина кириб борадиган ўрта занжирли триглицеридларни ўз ичига олган махсус аралашмалар бериш керак. Ушбу аралашмаларнинг липид таркибининг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, улар ССОАли беморларда овқатланиш ҳолатини жиддий бузган ҳолларда ҳам буюрилади. Ушбу терапевтик аралашмалар ҳам лактозасиз, шунинг учун улар лактаза етишмовчилиги билан биргаликда ССОА учун ҳам ишлатилади.

Юқори гидролизланган казеинга асосланган аралашмалар ССОАга аллергиянинг ўртача ва оғир кўринишлари бўлган болаларда қўлланилиши мумкин.

Атопиянинг изоляцияланган, енгил тери кўринишларида углевод компонентида пребиотиклар ва лактоза ўз ичига олган юқори гидролизланган зардоб оқсилларига асосланган аралашмалардан фойдаланиш мумкин.

Кўпгина беморлар EHFга жавоб беришса-да, беморларнинг 10-20% **аминокислоталарга** асосланган аралашмаларга муҳтож бўлиши мумкин.

Оқсил компоненти бутунлай эркин аминокислоталар билан алмаштирилган аралашмалар ССОАнинг оғир шакллари бўлган болалар учун, айниқса малабсорбция ва жисмоний ривожланишдан орқада қолиши (шу жумладан, **индуцирланган** энтероколит) бўлган болалар учун энг мақбул танлов ҳисобланади. Ушбу тоифадаги беморлар учун

аминокислота аралашмалари биринчи танлов маҳсулотидир. Аминокислота аралашмалари юқори гидролизланган оқсилга асосланган аралашмалар таъсир қиладиган болалар учун ҳам тавсия этилади.

Аминокислота аралашмалари сут оқсилларига аллергияни аниқлаш учун ҳам, ССОА бўлган беморларда узоқ муддатли фойдаланиш учун парҳезнинг асоси сифатида ишлатилиши мумкин.

Аминокислоталарга асосланган аралашмаларни тайинлаш учун кўрсатмалар **(тавсияларнинг кучи – III; далилларнинг ишончилиги - C).**

- Сигир сути оқсилларига оғир аллергия (ССОА)
- Анафилаксия
- кўп сонли озиқ-овқат аллергияси
- истисносиз кўкрак сути билан эмизиладиган болаларда аллергия ёки оғир атопик дерматит симптомлари
- IgE-боғлиқ бўлмаган ССОАнинг оғир шакллари
- жисмоний ривожланишдан орқада қолиш
- юқори гидролизланган формулаларга аллергик реакциялар ёки уларни қабул қилишдан бош тортиш.

Шуни таъкидлаш керакки, гипоаллерген аралашмалардан фойдаланганда нажаснинг ўзгариши кўпинча юзага келиши мумкин, лекин бу давом этаётган колитнинг белгиси хисобланмайди. Қисман гидролизланган аралашмаларнинг қолдиқ антиген таркиби туфайли барча ҳолатларда ундан воз кечиш керак, бунда сигир сути оқсилнинг концентрацияси, ЕНФ га нисбатан 1000-100 000 баравар юқори эканлигини ҳам эътиборга олиш зарурдир.

Ҳазм қилаолмасликда **соя аралашмалари** мақбул алтернатив хисобланади, гарчи улар одатда FPIES ли беморларнинг 40-60 фоизида кузатилса ҳам, сигир сути билан юқори реакцияси туфайли улардан воз кечилади [<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>].

Эчки ва сигир сутлари оқсилларининг ўзаро реактивлиги яхши маълум, шунинг учун эчки сути ва бошқа қишлоқ хўжалик ҳайвонларининг сутига асосланган аралашмалар FPIESда профилактика ёки терапевтик мақсадларда тавсия этилмайди [<https://www.efsa.europa.eu/en/efsajournal/pub/2603>].

FPIES учун чегара дозаси ишончли тарзда ўрнатилмаган бўлса-да, битта тадқиқот фақат 0,15 г оқсил/кг орал провокацияси билан 13 та ўткир FPIES реакциясидан 13 тасини келтириб чиқариш учун етарли бўлганлигини кўрсатди [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16846453/>]. Шунинг учун реакцияни келтириб чиқарадиган барча маҳсулотлардан қатъиян воз кечиш керак. Аллерген излар бўлиши мумкин бўлган маҳсулотлар, аллергиялардан огоҳлантирувчи маркерлари бўлганлиги сабабли рад этилади.

[<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>], FPIES доирасида одатда интенсив пишириш ва қайта ишлашдан ўтган маҳсулотлардан воз кечиш тавсия этилади. Бироқ, тадқиқотлар шуни кўрсатдики, FPIES билан оғриган бир қатор беморлар бу пиширилган овқатларни ҳазм қила олишлари мумкин.

Бола камида 6 ой давомида ёки 9-12 ойликгача терапевтик аралашма ёрдамида элиминация парҳезига риоя қилиши керак. Анамнезида тезкор IgE-боғлиқ оғир реакциялар бўлган болалар 12-18 ойгача элиминация парҳезида қолишлари мумкин, кейин махсус IgE такрорий тестидан сўнг провокацион тест ўтказилади.

### 4.2.3. Медикаментоз даволаш

#### 4.2.3.1. Ўткир FPIES

Ўткир FPIES олиб бориш оғирлигига қараб, шахсий олиб борилади [Тавсия кучи: ўртача; ишонч даражаси: IIb/III; далиллар даражаси: C]

Ўткир FPIES осонликча гиповолемик шокка олиб келиши мумкин ва бу орал провокациянинг ижобий натижаси бўладими ёки тасодифий таъсир қиладими, уни тўғри даволаш керак. Оғир FPIESни даволашда устувор вазифа агрессив изотоник инфузион терапияни (масалан, болюс 10-20 мл/кг физиологик эритма) керак бўлганда такрорлаш ва декстрога физиологик эритмасини томир ичига доимий парваришлаш инфузияси орқали барқарор гемодинамикани тиклашдир. Вена ичига метилпреднизолоннинг бир марталик дозасини (1 мг/кг; максимал 60-80 мг) юбориш хужайрага боғлиқ яллиғланишни камайтириши мумкин, аммо ҳеч қандай тадқиқотлар бу тавсияни тасдиқламайди. Оғир реакцияларда беморлар қўшимча кислород, механик шамоллатиш ёки инвазив бўлмаган даволанишни талаб қилиши мумкин: нафас етишмовчилиги учун ижобий босимли вентилляция, гипотензия учун вазопрессорлар, ацидемия учун бикарбонат ва метгемоглобинемия учун метилен кўк. Адреналин автоинъекторлари, одатда FPIES учун тавсия этилмайди/буюрилмайди, гарчи IgE-боғлиқ аллергия билан оғриган беморларга, агар беморда озукавий анафилаксия хавфи мавжуд деб ҳисобланса, шифокорнинг хоҳишига кўра эпинефрин автоинъектори буюрилиши керак. Ўткир FPIES нинг енгил ва ўртача шакли уйда оғиз орқали регидратация, шу жумладан эмизиш орқали ҳал қилиниши мумкин.

Ондансетрон, кимё терапия олган беморларда кучли қусишга қарши дори сифатида ишлатиладиган серотонин рецепторлари антагонисти, қўшимча терапия сифатида ишлатилганда ўткир симптомларни енгиллаштириш учун фойдали бўлиши мумкин [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24993542/>]. Хавфсизлик маълумотлари йўқлиги сабабли ондансетронни 6 ойгача бўлган болаларга буюрмаслик керак ва QT оралиғини узайтириш имконияти туфайли мойил беморларга эҳтиёткорлик билан буюриш керак. 6 ойликдан ошган болалар учун ондасетрон мушак ичига (оғир ҳолатларда вена ичига) 0,15 мг/кг/дозада, максимал 16 мг/дозада юборилади [**Тавсия кучи: Заиф; Ишонч даражаси: IV; Далиллар Даражаси: D**].

Овқат ҳазм қилиш жараёнларини тузатиш юқори фаол микросфера панкреатик ферментларининг препаратларини буюриш орқали амалга оширилади. Препаратнинг дозаси боланинг ёши, овқатланиш табиати ва стеатореянинг оғирлиги билан белгиланади. Дастлабки доза кунига 1 кг тана вазнига 1000ХБ липаза бўлиши мумкин. Кучли диарея фонида адсорбентлар-мукоцитопротекторлар буюрилиши мумкин.

Элементар калцийнинг қўшимча дозаси гўдаклик ва болалик даврида кунига 500 мг дан ўсмирлик даврида кунига 1000 мг гача бўлиши мумкин. D витамини қўшимчаларига келсак, D витамини етишмаслиги хавфи бўлган беморларда ҳаётнинг биринчи йилларида кунлик эҳтиёж 400-1000 ХБ ва 1 ёшдан 18 ёшгача 600-1000 ХБ ташкил қилади.

#### Асосий дори воситалари рўйхати (қўллаш эҳтимоли 100 %)

6-жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситаси МНН	Қўллаш усули	Ишончлилик даражаси
B05BB01 B05BB04 Электролитлар	Физиологик эритма 0,9%	Вена ичига болюс 10-20 мл/кг	1A <a href="https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext">https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext</a>
H02AB04 Глюкокортикоидлар	Метилпреднизолон	1 мг/кг; максимум 60–80 мг	1A <a href="https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext">https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext</a>

A04AA Серотонин 5HT3- рецепторлари блокаторлари	Ондансетрон	0.15 мг/кг/доза мушак орасига	1A <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24993542/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24993542/</a>
A12CB01 Минерал қўшимчалар	Цинк сульфат	Ичишга ОЭЕ да 2 мг/кг вазнга, 6 ойдан катта болаларга кунига 20 мг 10-14 кун давомида	1A <a href="https://www.cochrane.org/ru/CD005436/INFECTN_dopolnitelnoe-peroralnoe-vvedenie-cinka-dlya-lecheniya-diarei-u-detey">https://www.cochrane.org/ru/CD005436/INFECTN_dopolnitelnoe-peroralnoe-vvedenie-cinka-dlya-lecheniya-diarei-u-detey</a>
A07BC05 A07B A07BC A07BA01 Энтеросорбентлар	Смектит диоктаэдрик, кремний диоксид коллоид, полиметилсилоксан полигидрат, фаоллаштирилган кўмир, лигнин гидролизланган	Ичишга ёш дозаларида	3B <a href="https://www.pediatr-russia.ru/information/clin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/%D0%A6%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D1%8F%20%D0%9A%D0%A0_%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82_22.07.2021.pdf">https://www.pediatr-russia.ru/information/clin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/%D0%A6%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D1%8F%20%D0%9A%D0%A0_%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82_22.07.2021.pdf</a>
B05B A10 Парентерал овқатлантиришга Комбинирланган эритмалар	Парентерал овқатлантиришга Аминокислоталар	Вена ичига томчилаб 5-10 мл/кг	5B <a href="https://www.pediatr-russia.ru/information/clin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/%D0%A6%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D1%8F%20%D0%9A%D0%A0_%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82_22.07.2021.pdf">https://www.pediatr-russia.ru/information/clin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/%D0%A6%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D1%8F%20%D0%9A%D0%A0_%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82_22.07.2021.pdf</a>
B05BA03 Углеводлар	Глюкоза эритмаси	Вена ичига томчилаб 5-10 мл/кг	2B <a href="https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext">https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext</a>
A11CC05 Витамин D	Колекальциферол	Ичишга бир ёшгача 400–1000 МЕ ва 1 ёшдан 18 ёшгача 600– 1000 МЕ	1A <a href="https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext">https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext</a>
A12AA04	Кальция карбонат,	Гўдаклик ва илк	2C

Кальций препаратлари	кальция цитрат	болалик даврларида кунига 500мг ўсмирлик даврида кунига 1000 мг	<a href="https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext">https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext</a>
----------------------	----------------	---	---

**Қўшимча дори воситалари рўйхати (қўллаш эҳтимоли 100%дан паст)**

**7-жадвал**

<b>Фармакотерапевтик гуруҳ</b>	<b>Дори воситаси МНН</b>	<b>Қўллаш усули</b>	<b>Ишонччилик даражаси</b>
A07FA02 A07FA Ичак микрофлорасини яхшиловчи воситалар	Saccharomyces boulardii, Bacillus clausii, бифидоген штаммлар, Lactisacibacillus rhamnosus GG (LGG)	Ичишга ёш дозаларида	3B <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8912170/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8912170/</a>
Анемияга қарши воситалар B03AB05	Темир (III) гидроксид полимальтозат Темир (III) гидроксид декстран	Ичишга Мушак орасига Вена ичига 3-5 мг элементар темир тана вазнига /кг, профилактика мақсадида– 2 мг/кг	1A <a href="https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext">https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext</a>
A09AA02 Полифермент препаратлар	Панкреатин минимикросферик	Ичишга 1000-2000 ЕД липаза/кг вазнга	2C <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9260863/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9260863/</a>
B03BB01 Анемияга қарши бошқа воситалар	Фолий кислотаси	Ичишга кунига 1 мг 3 ой давомида, кейин кунига 400-800 мкг гача камайтириш	2C <a href="https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/%D0%A6%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D1%8F%20%D0%9A%D0%A0%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82_22.07.2021.pdf">https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/%D0%A6%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D1%8F%20%D0%9A%D0%A0%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82_22.07.2021.pdf</a>

Биринчи авлод антигистаминлари (хлоропирамин коди АТХ Р06АС03, мебгидролин коди АТХ Н06БХ, клемастин коди АТХ Р06АА04) аниқ седатив ва антихолинергик ноўя таъсири мавжудлиги сабабли тавсия этилмайди.

Диметинден 6 ойгача бўлган болаларга қисқа курс учун буюрилиши мумкин (1 ойдан 1 йилгача бўлган беморлар учун дозалаш режими, кунига 3 марта 10-3 томчи). ССОАда иккинчи авлод антигистаминларини қўллаш ҳаёт учун хавфли бўлмаган кўринишларни бартараф этиш учун тавсия этилади.

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори-дармонларни клиник протоколга киритиш бепул тиббий ёрдамнинг қафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида қоплаш учун асос бўлмайди.

**Даволаш самарадорлиги индикаторлари:**

- клиник симптомларни бартараф этиш;
- беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш;

**ТИББИЙ ЁРДАМ ТУРЛАРИНИ ҲИСОБГА ОЛГАН ҲОЛДА КАСАЛХОНАГА ЁТҚИЗИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР:**

**1) Режали госпитализация учун кўрсатма:**

- FPIES ўрта-оғир кечиши бўлган болалар
- оксил-энергетик етишмовчилиги ўрта ва енгил даражалари

**2) Шошилиш госпитализация учун кўрсатма:**

- ўткир FPIES ли болалар
- оғир FPIESли болалар
- мальабсорбция синдромининг оғир кўринишлари
- оксил-энергетик етишмовчиликнинг оғир даражаси
- сувсизланишнинг оғир даражаси

**БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК ЭНТЕРОКОЛИТ. РЕАБИЛИТАЦИЯ  
ВА ПРОФИЛАКТИКА»  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

## 1. РЕАБИЛИТАЦИЯ ВА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Реабилитация талаб этилмайди

### Ташҳис тасдиқланганда диспансер кузатув

**Кузатиш муддати: симптомларни бартараф этилишига қараб 12-18 ой.**

Беморни болаларни гастроэнтерологлар олиб боради.

Диспансер кузатиш давомида текшириш:

- сўров,
- кўрик,
- бўй ва вазнини ўлчаш,
- копрограмма,
- қонни клиник текшириш,
- қонни биокимёвий текшириш (умумий оқсил, жигар синамалари, глюкоза, кальций, фосфор, темир, холестерин, триглицеридлар),
- овқат ҳазм қилиш аъзолари УТТ
- серологик текширувлар.
- Мутахассислар консултацияси (эндокринолог, аллерголог).

## 2. ПРОФИЛАКТИКА

Илгари хавф мавжуд бўлганда ҳомиладорлик ва лактация даврида профилактика мақсадида гипоаллерген парҳезлар тавсия этилган бўлса, энди тадқиқотчилар ўртасида келишувга эришилди. Кўпгина илмий ишларда аёлларда тухум ва сут каби озиқ-овқат аллергенлари берилмаган болаларда озиқ-овқат аллергияси (ССОА) тарқалишининг пасайишини аниқланмади. Тадқиқотчиларнинг таъкидлашича, ҳомиладорлик ва эмизиш даврида ушбу озиқ-овқатларни истисно қилиш озиқ-овқат аллергиясининг потенциал хавфини камайтиришдан кўра кўпроқ зарар етказиши мумкин. Озиқ-овқат аллергенлари алоҳида ҳолда мавжуд эмас, шунинг учун озиқ-овқат гуруҳларини чиқариб ташлаш, шунингдек, ҳаётини озуқа моддалар ва биологик фаол моддаларни истеъмол қилишнинг пасайишига олиб келиши мумкин, бу эса аёллар ва уларнинг чақалоқларининг соғлиғига салбий таъсир қилади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33710678/>]. **[Тавсиянинг кучи: заиф; ишончлилик даражаси: II-III; далиллар даражаси: C].**

Ҳаётнинг биринчи йилидаги болани боқиш учун идеал вариант, албатта, она сuti (ОС) бўлиб, унда боланинг саломатлиги ва ривожланиши, микробиота шаклланишига таъсир қилувчи зарур макро-, микроэлементлар, биологик фаол моддаларнинг тўлиқ ассортименти мавжуд. Боланинг кўплаб соғлиқ учун фойдалари туфайли эмизишни рағбатлантириш керак.

Сунъий озиқланган болаларга нисбатан, 2016 йилгача илмий жамоалар профилактика мақсадида чуқур гидролизланган аралашмаларни ҳамда қисман гидролизланган аралашмаларни бемордаги гипоаллерген хусусиятлар исботланган ҳолдагина аралашмаларни тавсия қилишган [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24909706/>]. 2019 йилда Америка Педиатрия Академияси 2008 йилги тавсияларни қайта кўриб чиқиб, болаларда аллергиянинг олдини олиш учун ва хавф остида бўлган болалар учун атопияга нисбатан қисман ёки чуқур гидролизланган формулаларнинг профилактик таъсири тўғрисида далиллар йўқлигини кўрсатадиган ва янги ҳисоботни эълон қилди [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30886111/>]. ЕААСІ экспертлари, 2021 йилда янгиланган тавсияларида, ССОАнинг олдини олиш мақсадида, сигир сutiга асосланган сут аралашмаларини болага беришни тавсия этилади (ҳаётнинг биринчи ҳафтасидан ташқари).

[\[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33710678/\]](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33710678/). Шу билан бирга, хужжат муаллифлари ушбу тавсия қатъий эмаслигини таъкидлашади (аниқ), чунки ҳақиқий маълумотларнинг ишончилиги паст.

Олимларнинг фикрига кўра, ҳозирги босқичда кўпчилик аҳоли гуруҳлари учун universal қўлланиладиган тавсиялар: **"Ҳомиладорлик ёки лактация даврида онада озиқ-овқат маҳсулотларига (аллергия келтириб чиқарадиган) чекловлар йўқ", "Чақалоқларда аллергия маҳсулотларнинг хилма-хиллигига чекловлар йўқ", "Хавф остида бўлган чақалоқларнинг рационига аллергия маҳсулотларни кечиктирмасдан киритиш"**.

### **3. РАЦИОНГА САБАБ-АҲАМИЯТЛИ АЛЛЕРГЕННИ ТАКРОРАН КИРИТИШ**

FPIES билан орал провокациянинг ижобий натижаси бўлса, FPIES йўқ қилинганлигини аниқлаш учун кейинги текширувни ўтказиш керак. Орал провокацияни амалга ошириш учун энг яхши вақт тўғрисида халқаро консенсус йўқлигига қарамай, Қўшма Штатларда одатда уни охириги реакциядан кейин ҳар 12-18 ойда такрорлаш тавсия этилади, гарчи бу озиқ-овқат турига, касалликнинг оғирлигига, реакция ва турли географик хусусиятлар қараб фарқ қилиши мумкин. [\[https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext\]](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext).

FPIES одатда 3 ёшдан 5 ёшгача бўлади, аммо бу озиқ-овқат турига (яъни қаттиқ ёки суюқ) ва географик жойлашувига қараб фарқ қилиши мумкин. Ташхис қўйишда каттароқ ёш ва атипик FPIES чўзилувчан кечиши билан билан боғлиқ. Бундан ташқари, атипик FPIESли одамларда IgE-га боғлиқ бўлмаган касалликдан дарҳол IgE-боғлиқ фенотипга ўтиш хавфи ортади.

## АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Nowak-Wegrzyn A, et al. International consensus guidelines for the diagnosis and management of food protein-induced enterocolitis syndrome: Executive summary—Workgroup Report of the Advers Reactions to Foods Committee, American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. *J Allergy Clin Immunol.* 2017; 139 (4):1111-26e4. (<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>)
2. Roxane Labrosse и соавт. Non-IgE-Mediated Gastrointestinal Food Allergies in Children: An Update. *Nutrients* 2020, 12, 2086; doi:10.3390/nu12072086 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32674427/>)
3. Sopo, S.M.; Battista, A.; Greco, M.; Monaco, S. Ondansetron for Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome. *Int. Arch. Allergy Immunol.* 2014, 164, 137–139 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24993542/>)
4. Su, K.-W.; Patil, S.; Stockbridge, J.; Martin, V.; Virkud, Y.; Huang, J.L.; Shreffler, W.; Yuan, Q. Food aversion and poor weight gain in food protein-induced enterocolitis syndrome: A retrospective study. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2020, 145, AB52 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31940468/>)
5. I Fogg, M.; Pawlowski, N.A.; Spergel, J.M.; Brown-Whitehorn, T.A. Atopy patch test for the diagnosis of food protein-induced enterocolitis syndrome. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2006, 17, 351–355 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16846453/>)
6. Järvinen, K.M.; Caubet, J.-C.; Sickles, L.; Ford, L.S.; Sampson, H.A.; Nowak-Wegrzyn, A. Poor utility of atopy patch test in predicting tolerance development in food protein-induced enterocolitis syndrome. *Ann. Allergy, Asthma Immunol.* 2012, 109, 221–222 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3586209/>)
7. Ruffner, M.A.; Ruymann, K.; Barni, S.; Cianferoni, A.; Brown-Whitehorn, T.; Spergel, J.M. Food Protein-induced Enterocolitis Syndrome: Insights from Review of a Large Referral Population. *J. Allergy Clin. Immunol. Pr.* 2013, 1, 343–349 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24565539/>)
8. Li, F.; Ma, J.; Geng, S.; Wang, J.; Liu, J.; Zhang, J.; Sheng, X. Fecal Calprotectin Concentrations in Healthy Children Aged 1-18 Months. *PLoS ONE* 2015, 10, e0119574 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25742018/>)
9. Jayasooriya, S.; Fox, A.T.; Murch, S.H. Do Not Laparotomize Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome. *Pediatr. Emerg. Care* 2007, 23, 173–175 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17413436/>)
10. Bocquet A, Dupont C, Chouraqui JP, et al. Committee on Nutrition of the French Society of Pediatrics (CNSFP) Efficacy and safety of hydrolyzed rice-protein formulas for the treatment of cow's milk protein allergy. *Arch Pediatr.* 2019;26:238–246. doi:10.1016/j.arcped.2019.03.00 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30979632/>)
11. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). Scientific opinion on the suitability of goat milk protein as a source of protein in infant formulae and in follow-on formulae. *EFSA Journal* 2012;10(3):2603 (<https://www.efsa.europa.eu/en/efsajournal/pub/2603>)

12. Halken S, Muraro A, de Silva D, Khaleva E, Angier E, Arasi S, et al; European Academy of Allergy and Clinical Immunology Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. EAACI guideline: Preventing the development of food allergy in infants and young children (2020 update). *Pediatr Allergy Immunol.* 2021 Jul;32(5):843-858. DOI: 10.1111/pai.13496 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33710678/>)
13. Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K, Roberts G, Beyer K, BindslevJensen C, et al; EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: diagnosis and management of food allergy. *Allergy.* 2014 Aug;69(8):1008-25. DOI: 10.1111/all.12429 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24909706/>)
14. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW; Committee on nutrition; section on allergy and immunology. The Effects of Early Nutritional Interventions on the Development of Atopic Disease in Infants and Children: The Role of Maternal Dietary Restriction, Breastfeeding, Hydrolyzed Formulas, and Timing of Introduction of Allergenic Complementary Foods. *Pediatrics.* 2019 Apr;143(4):e20190281. DOI: 10.1542/peds.2019-0281 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30886111/>)
15. Камилова А.Т., Умарназарова З.Е., Дустмухамедова Д.Х., Ахмедова И.М., Султанходжаева Ш.С., Геллер С.И. Лечение и катamnестическое наблюдение детей с энтеропатией и синдромом энтероколита, индуцированного белками пищи. *Педиатрия № 4 Ташкент.* 2016. С. 118-122 (<https://tadqiqot.uz/index.php/gastro/article/download/1605/1491/3294>)

**1-илова. Сигир сути билан очик орал провокация протоколлари (шифохона базасида)**  
[\[https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext\]](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext).

1. Дозани ошириш тезлиги, дозалар орасидаги интервал ва провокациядан кейинги кузатув даври алоҳида ҳолатларда хавфни баҳолашга қараб фарқ қилиши мумкин. Хавфсизликни таъминлаш ва шу билан қайта қабул қилишни осонлаштириш учун дозани секинроқ ошириш тавсия этилади.

2. FPIES да дарҳол аллергия симптомлар кам учрайди ва кечиктирилган симптомлар махсулот қабул қилинганидан кейин 2 соат ичида пайдо бўлиши мумкин. Шундай қилиб, бутун порцияни 3 та овқатланиш бўлиб, 45 дақиқа давомида берилиши мумкин, аммо узок кузатув муддати 4 соат ташкил қилиши керак.

**Эритилган сут билан провокация.**

1. Печеньенинг майда ушоғи
2. Печеньенинг йирик ушоғи
3. 1/16 печенье
4. 1/8 печенье
5. 1/4 печенье
6. Печеньенинг қолидиғи

*Провокация овқати – малт сутли печеньееси.*

*Идеал ҳолатда печеньеда янги сутли оқсил бўлиши керак (< 1 г печеньега).*

*Дозалар орасидаги кузатиш 15 минутдан 30 минутгача бўлиши керак.*

*Тадқиқот якунида 60 минутли (минимум) кузатиш даври.*

**Тоза сут билан провокация.**

1. Сигир сути бир томчисини оғиз шиллиқ қаватининг пастки қисмига томизиш.
2. Сигир сути 0,1 мл.
3. 0,25 мл сигир сути
4. 0,5 мл сигир сути
5. 1,0 мл сигир сути
6. 2,5 мл сигир сути
7. 5,0 мл сигир сути
8. 10 мл сигир сути
9. 20 мл сигир сути
10. 50 мл сигир сути

## 11. 100 мл сигирт сути

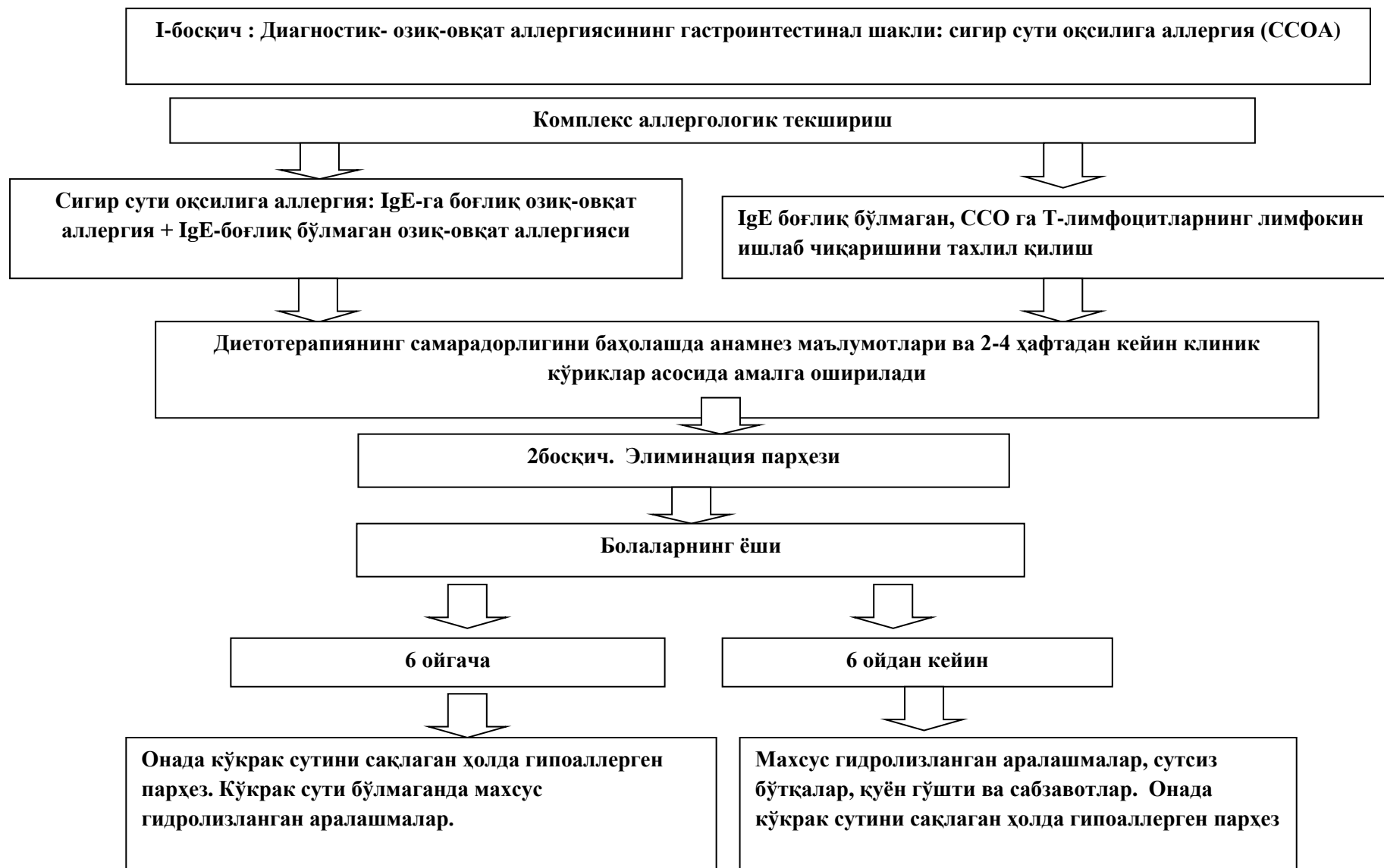
*Провокация овқати – янги сут.*

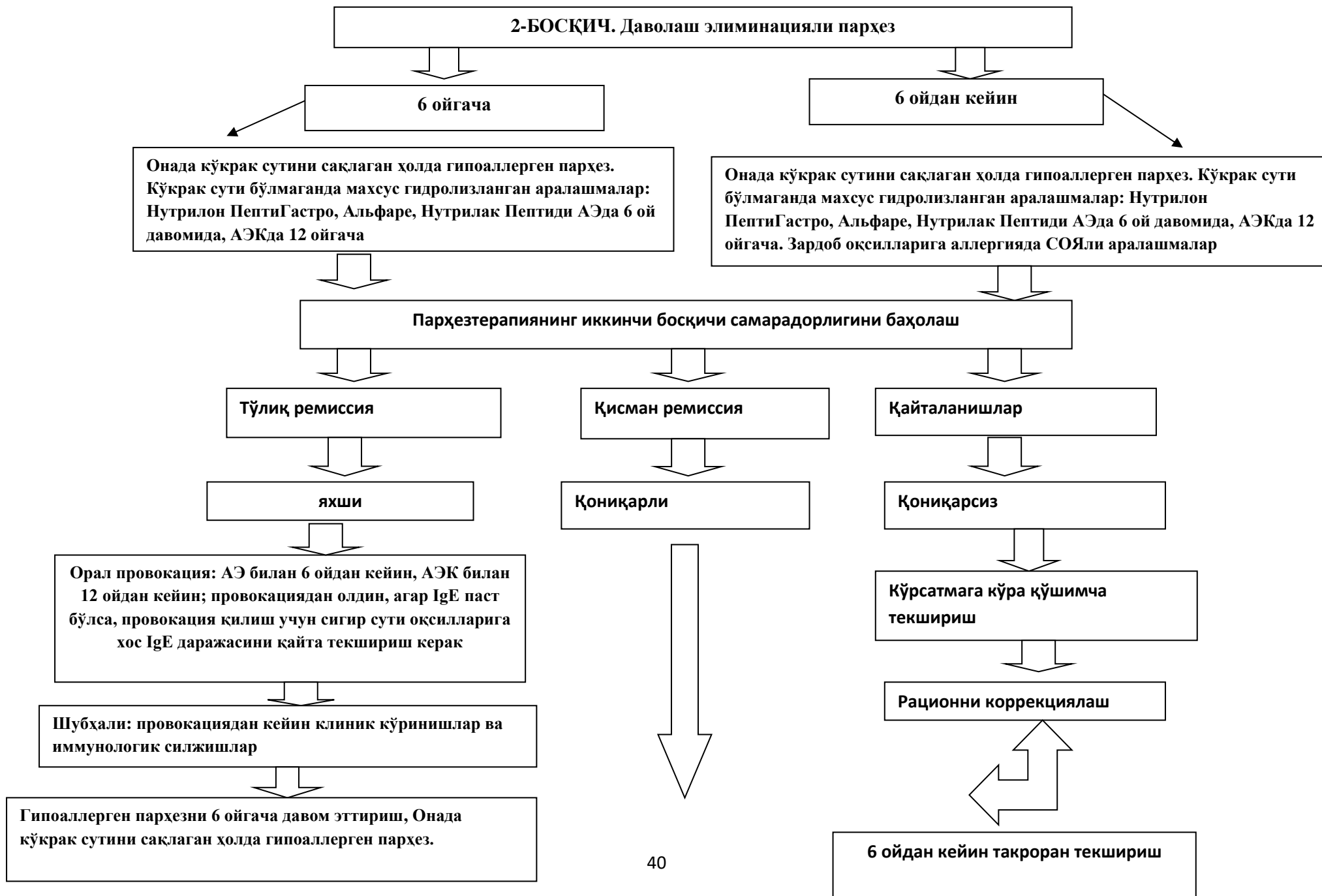
*Провокация болалар аралашмалари учун мос келади.*

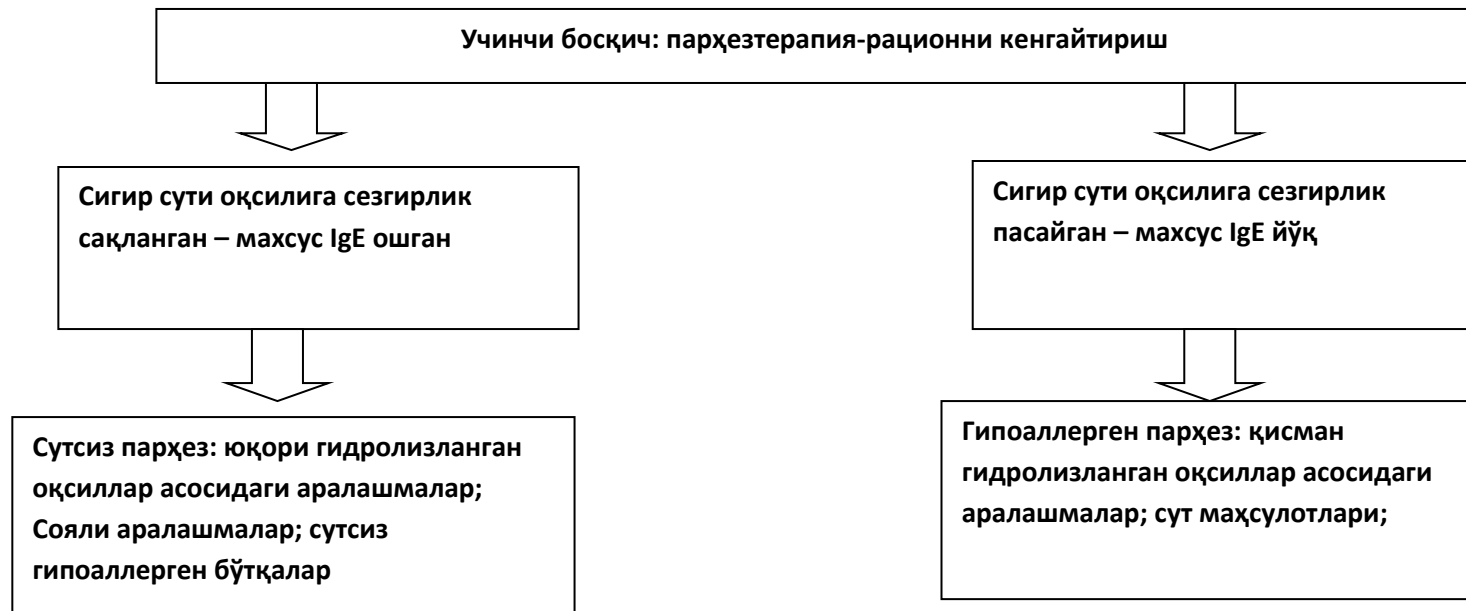
*1 қадамдан кейин 10-минутли кузатиш даври, кейинги дозалардан кейин 15 минутдан 30 минутгача кузатиш.*

*Тадқиқот якунида 60 минутли (минимум) кузатиш даври.*

**ОЗИҚ-ОВҚАТ АЛЛЕРГИЯСИНИНГ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛ ШАКЛИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ОВҚАТЛАНИШНИ ТАНЛАШ  
АЛГОРИТМИ** [<https://tadqiqot.uz/index.php/gastro/article/download/1605/1491/3294>]







**2-илова. Қўшимча овқатни эмпирик танлаш схемаси**

[<https://www.jacionline.org/article/S0091-6749%2817%2930153-7/fulltext>]

Ёши ва босқичлари	Хавфлилиги паст бўлган маҳсулотлар	Хавфлилиги ўртача бўлган маҳсулотлар	Хавфлилиги юқори бўлган маҳсулотлар
<p><b>4-6 ой (ААР, СоN асосан)</b> Ривожланишига мос келадиган хавфсиз ва фойдали маҳсулотлар мавжуд бўлса: -Бир хил, суюқроқ пюрелар билан бошланг ва аста-секин қуюқроқ пюресини киритинг; - Таркибида темир миқдори юқори бўлган овқатларни танланг. - Сабзавот ва меваларни кўшинг</p>	<p>сабзавотлар: Брокколи, гул карам, шолғом, қовоқ</p>	<p>Қовоқлар оиласи, сабзи, оқ картошка, яшил нўхот (дуккаклилар)</p>	<p>ширин картошка, яшил нўхот (дуккаклилар)</p>
<p><b>6 ой (ЖССТга мувофиқ):</b> Қўшимча овқатларни 6 ойликдан кечиктирмасдан бошлаш керак: - 6 ойликдан бошлаб эмизикли чақалоқларга темир миқдори юқори бўлган овқатларни истеъмол қилиш ёки темир препаратларини қўллаш тавсия этилади (Кунига 1 мг / кг). - сезгирлигига қараб мева, сабзавот, дуккаклилар, дон, гўшт ва бошқа озиқ-овқат маҳсулотлари турларини кенгайтиришда давом этинг.</p>	<p>Мевалар: Черника, қулупнай, олхўри, тарвуз, шафтоли, авокадо</p>	<p>олма, нок, апельсин</p>	<p>Бананлар</p>
<p><b>8 ой. ёки ривожланиш даражасига мос келганда:</b> - тишлаб оладиган ва бола ейиши мумкин бўлган юмшоқ тайёрланган текстураларни 8 ойдан таклиф этинг</p>	<p>Юқори темир сақловчи маҳсулотлар: Кўзичок гўшти, тўйинтирилган киноали ёрмалар</p>	<p>Мол гўшти, тўйинтирилган ёрма ва жўхори доналари, буғдой (тўлик доналар ва тўйинтирилган навлар), Тўйинтирилган арпа доналари</p>	<p>Юқори темир сақловчи маҳсулотлар: тўйинтирилган, болалар гуруч ва сули бўтқалари</p>
<p><b>12 ой. ёки ривожланиш даражасига мос келганда:</b> - бола ейиши мумкин бўлган таомларни умумий дастурхондан таклиф этинг: тўғралган гўшт, пишган</p>	<p>Ер ёнғоқ ва данак ёғлари* (седана, кунгабоқар ва бошқ.) *мос келувчи</p>	<p>ёнғоқ, бошқа дуккаклилар (яшил нўхотдан ташқари)</p>	<p>Сут, соя, парранда, тухум, балиқ</p>

сабзавотлар, ёрмалар ва мевалар	болалар текстурасини олиш ва қалқиб кетишини олдини олиш учун сув ёки болалар пюреси билан суюлтирилади		
---------------------------------	---	--	--

### 3-илова. Сигир сутини рационга қайта киритишнинг "зинапоеси"

#### 1-ҲАҲТА

ИЗЛАР ЁКИ ОЗ МИҚДОРДАГИ СИГИР СУТИ БИЛАН ПИШИРИШ (битта вариантни танланг)

- печенье<sup>1</sup>: бошлаш 1/кун ва ошириш 3-4/кун.

- Сут билан нон: кунига 1-2 тилим нон ва қўпайтиришни бир тилим билан бошлаш.

- кекс ёки торт, кекслар, булочка, уйда тайёрланган ширинликлар: ¼- ½ қисмлардан аста секин бошлаш

Ҳафта давомида дозани аста-секин 1 порцияга оширинг, ҳафтасига 2-3 марта давом этинг.

#### 2-ҲАҲТА

ОДДИЙ ЙОГУРТ<sup>2</sup>

1-2 чой қошиқдан бошланг ва кунига 1 йогуртга (125 куб.см) етгунча ҳар куни дозани аста-секин оширинг.

#### 3-ҲАҲТА

ПИШЛОҚЛАР

Янги пишлоқлар: ¼ порциядан бошланг, аста-секин 1 порция (40-50 г) га қўпайтиринг.

Кейинчалик, 10 г дан бошлаб юмшоқ пишлоқларни қўшинг ва уларни аста-секин 20-25 г гача оширинг.

#### 4-ҲАҲТА

СУТ<sup>3</sup>

- Махсус аралашмани олаётган болалар<sup>4</sup> (<24 ой): 60 мл мослаштирилган аралашмадан бошланг<sup>5</sup>, уни аста-секин 90 мл, 120 мл, 150 мл ва 180-240 мл га оширинг.

- > 24 ойлик болалар<sup>6</sup>: 100 мл аралашмадан бошланг, аста-секин 150 мл, 200 мл, 250 мл гача оширинг.

*<sup>1</sup> оддий печенье, масалан, (шоколадсиз, кремсиз, ва бошқ.). Чақалоқларга қўшимча овқат сифатида мева пюреси билан аралаштириш мумкин*

*<sup>2</sup> янги мевалар ва бироз миқдорда қанд билан озгина ширин қилиш мумкин.*

*<sup>3</sup> кўкрак сути билан эмизилаётган болаларда сигир сутини рационга киритиш, кўкрак билан эмизишдан чиқарилгунча ёки қўшимчаларга талаб келиб чиққунча қолдирилади.*

*<sup>4</sup> юқори гидролизли аралашмалар, гидролизланган гуруч оқсили ёки сояли аралашма.*

*<sup>5</sup> аста-секин лактозасиз аралашмани киритинг, кейин мослаштирилган аралашмага ўтинг.*

*<sup>6</sup> махсус аралашмалар билан озиқлантирилмаётган болалар (масалан, ўсимлик сути билан боқилаётган), сизир сутини такроран ёғсизлантирилган сут бериш билан киритиш мумкин (қабул қилинишини енгиллаштириш учун), 2 ҳафтадан кейин тўлиқ сутга ўтилади.*