

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
ilova

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN PEDIATRIYA ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT MARKAZI

**“BOLALARDA SELIAKIYA” NOZOLOGIYA BO‘YICHA
MILLIY KLINIK BAYONNOMA**

Toshkent 2025



“TASDIQLAYMAN”

O'ZR SSV RIPIATM direktori

A.A.Abdukayumov

« _____ » 2025 yil

NOZOLOGIYA BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

“BOLALARDA SELIAKIYA”

Toshkent – 2025

**“BOLALARDA SELIAKIYA”
NOZOLOGIYASI
BO’YICHA TASHXISLASH VA DAVOLASH
MILLIY KLINIK BAYONNOMA**

Kirish qismi

Bolalarda seliakiya kasalligining dolzarbligini hisobga olgan holda, tibbiyot xodimlariga ilmiy asoslangan axborot va tavsiyalar berish, kasallikni erta tashxislash, asoratlarni oldini olish va davolashda yagona yondashuv tizimini tashkil yetish va joriy yetish. Ushbu protokol Yevropa pediatrik gastroenterologlar, gepatologlar va nutritsiologlar jamiyati <https://www.espgan.org/>, Shimoliy Amerika pediatrik gastroenterologlar, gepatologlar va nutritsiologlar jamiyati <https://www.naspghan.org/>, Rossiya pediatrlari ittifoqi <https://www.pediatr-russia.ru/> klinik tavsiyalari asosida ishlab chiqilgan.

Kod (dar) XKT-10:

XKT-10:	
K90.0	Seliakiya
	https://mkb-10.com/index.php?pid=10434

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: 2025 yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2028 yil yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo'lganda. Taqdim yetilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o'zgartirishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa: Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Klinik protokol va standartlarni ishlab chiqishda hissa qo'shganlar:

Jarayonni tashkil etish bo'yicha bolalar gastroenterologiya yo'nalishi bo'yicha ishchi guruh a'zolari:

1. **Kamilova Altinoy Tursunovna** – tibbiyot fanlari doktori, professor, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiy markazi gastroenterologiya bo'limi rahbari, O'zbekiston bolalar gastroenterologlari assosiasiyasi raisi

2. **Umarnazarova Zulxumor Yernazarovna** – tibbiyot fanlari doktori, bosh ilmiy xodim. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiy markazi gastroenterologiya bo'limi

3. **Ahmedova Inobat Muhamedjanovna** – tibbiyot fanlari doktori, tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi Pediatriya va bolalar ovqatlanishi kafedrasi mudiri.

4. Alieva Nigora Rustamovna – tibbiyot fanlari doktori, ToshPTI 1-sonli gospital pediatriya kafedrası mudiri.

5. Zaxarova Irina Nikolayevna - tibbiyot fanlari doktori, professor, pediatriya GBOU DPO RMAPO Rossiya Sog‘liqni saqlash vazirligi

Mas'ul ijrochilar:

1. Kamilova Altinoy Tursunovna – tibbiyot fanlari doktori, professor, O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiy markazi gastroenterologiya bo‘limi rahbari, O‘zbekiston bolalar gastroenterologlari assosiasiyasi raisi

2. Umarnazarova Zulxumor Yernazarovna – tibbiyot fanlari doktori, bosh ilmiy xodim. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiy markazi gastroenterologiya bo‘limi

3. Abdullaeva Dilrabo Abduazizovna - tibbiyot fanlari nomzodi, yetakchi ilmiy xodim O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiy markazi gastroenterologiya bo‘limi

4. Geller Svetlana Igorevna – tibbiyot fanlari nomzodi, katta ilmiy xodim. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiy markazi gastroenterologiya bo‘limi

5. Do‘stmuxamedova Dinora Xamidovna – tibbiyot fanlari nomzodi, O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiy markazi gastroenterologiya bo‘limi mudiri.

6. Ahmedova Inobat Muhamedjanovna – tibbiyot fanlari doktori, tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi Pediatriya va bolalar ovqatlanishi kafedrası mudiri.

7. Sultonxo‘jaeva Shozoda Saidbakievna – tibbiyot fanlari nomzodi, Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi pediatriya va bolalar ovqatlanishi kafedrası assistenti.

8. Alieva Nigora Rustamovna – tibbiyot fanlari doktori, ToshPTI 1-sonli gospital pediatriya kafedrası mudiri.

9. Azizova Gulnoza Kamaliddinovna – O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiy markazi gastroenterologiya bo‘limi kichik ilmiy xodimi.

10. Zaxarova Irina Nikolayevna - tibbiyot fanlari doktori, professor, pediatriya GBOU DPO RMAPO Rossiya Sog‘liqni saqlash vazirligi

11. Azimova Naiba Djamaliddinovna – O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiy markazi gastroenterologiya bo‘limi kichik ilmiy xodimi.

Ishchi guruh rahbariyati:

Kamilova A.T. - t.f.d., prof., Respublika ixtisoslashtirilgan Pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi gastroenterologiya bolimi rahbari.

Klinik protokol 2023 yil 27 oktyabrda Respublika ixtisoslashtirilgan Pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi ilmiy Kengashi tomonidan ko‘rib chiqildi va tasdiqlandi.

Ilmiy Kengash raisi- RIPIATM direktori, tibbiyot fanlari doktori A.A. Abdukayumov

Sharhlovchilar:

1. Shomansurova E.A. – t.f.d., professor, ToshPTI Ambulator tibbiyot, jismoniy tarbiya kafedrasini mudiri.
2. Revnova M.O. – t.f.d. prof., RF SSV A.Tur nomidagi GBOU DPO RMAPO Poliklinik pediatriya kafedrasini mudiri Rossiya Sog‘liqni saqlash vazirligi

Texnik ekspertiza va tahrirlash:

1. Shomansurova Elmira Amanullaevna - t.f.d., professor, ToshPTI Ambulator tibbiyot, jismoniy tarbiya kafedrasini mudiri.
2. Fayziev Obid Nishanovich - t.f.d., dotsent, ToshPTI Ambulator tibbiyot, jismoniy tarbiya kafedrasini.

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vaziri o‘rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Mundarija:

1.	TA'RIF VA TASNIFI	12
2	SELIAKIA DIAGNOZI	13
3	DIFFERENTIAL TASHHIS	37
4	SELIAKIANI DAVOLASH	39
5	REABILITASIYA VA DISPANSERIZASIYA	52
6	ADABIYOTLAR RO'YXATI	54
7	ILOVALAR	55

Qisqartmalar ro`yxati;

aDPG, anti-DPG - deamidatsiyalangan gliadin peptidlariga antitanachalar

AGA (AGA) - gliadina antitanachalar

Anti-tTG, anti-TSG - to'qimalarning transglutaminazasiga antitanachalar EMA - endomiziy antitanachalar

ESPGHAN - Yevropa bolalar gastroenterologiyasi, gepatologiyasi va ovqatlanishi jamiyati, Yevropa bolalar gastroenterologiyasi, gepatologiyasi va ovqatlanish jamiyati.

HLA - (Human Leukocyte Antigens) - gisto-moslashuvchanlik antigenlari guruhi, odamlarda asosiy gistomoslashuv kompleksi (MHC).

IgA - A sinfidagi immunoglobulinlar

IgG - G sinfidagi immunoglobulinlar

POC-test (Point of Care Test) - "tezkor test" - kapillyar qonda to'qima transglutaminazasiga antikorlarni aniqlash uchun sinov chizig'i

GFD - glyutensiz parhez

MEL, IEL - epiteliylararo (intraepitelial) limfotsitlar

IL - interleykin

SOTC - ingichka ichakning shilliq qavati

NSAIDlar - steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar

PPI - proton pompasi ingibitorlari

IBD - ichakning yallig'lanishli kasalliklari

SIBO – ortiqcha bakterial o'sish sindromi

IBS – qo`zg`atilgan ichak sindromi

RC - o'tga chidamli seliakiya

Protokol foydalanuvchilari:

- umumiy amaliyot shifokorlari;

- shifokor-pediatrlar;

- shifokor-gastroenterologlar

- shifokor - endokrinologlar;

- shifokor-dietologlar

- shifokor-genetiklar;

- sog`liqni saqlash tashkilotchilari

- Tibbiyot Oliy O`quv yurtlari o`qituvchilari, talabalar, klinik ordinatorlar va magistrantlar, doktorantlar

Bemor toifalari:

Seliakiyaga gumon qilinayotgan va tashhisi tasdiqlangan bemorlar

Isbotlangan tibbiyot asosida isbotlanish darajasi shkalasi

DD	Yoritish
1	Referens nazoratdagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish yoki meta-taxlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Alohida referens nazoratdagi tadqiqotlar yoki alohida randomizatsiyalangan klinik sinovlar va meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik sinovlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Referens usuli bo'yicha ketma-ket nazoratsiz tadqiqotlar yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan mos yozuvlar usuli bilan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holatlarni yoritish
5	Harakat mexanizmi yoki ekspert xulosasi uchun faqat mantiqiy asos mavjud

Profilaktik, terapevtik va rehabilitatsiya tadbirlari uchun dalillar darajasini (IDD) baholash shkalasi

DIDBSH	Yoritish
1	Meta-taxlil yordamida RSTlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Tanlangan RSTlar va meta-tahlil yordamida RSTlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, misollar hisobotlari yoki holatlar seriyasi, vaziyatni nazorat qilish bo'yicha tadqiqotlar
5	Faqat aralashuvning ta'sir qilish mexanizmi (klinikagacha tadqiqotlar) yoki ekspert xulosasi uchun asos mavjud

Profilaktik, diagnostik, davolash va rehabilitatsiya tadbirlari bo'yicha tavsiyalar bo'yicha tavsiyalarning ishonchlilik darajasini (IDD) baholash

IDD	Yoritish
A	Kuchli tavsiya (barcha samaradorlik choralari (natijalari) muhim hisoblanadi, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil)
B	Shartli tavsiyalar (barcha samaradorlik tadbirlarining (natijalari) hammasi ham muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki adolatli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari mos kelmaydi).
C	kuchsiz tavsiya tegishli sifati dalillarining yo'qligi, (ko'rib chiqilgan barochalar samaradorlik (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)

1.TA'RIF VA TASNIFLASH

1.1 Ta'rif

Zamonaviy ma'lumotlarga ko'ra, malabsorbsiya sindromining eng keng tarqalgan vakili - seliakiya kasalligidir – bu ingichka ichak shilliq qavatining glyuten bilan nospesifik zararlanishi bo'lib, bunda zararlangan sohada ozuqa modda absorbsiyasi buziladi, va ovqatdan bug'doy va unga analogik bo'lgan javdar, arpa, jo'xori fraksiyalarini olib tashlaganda zararlanishning yo'qolishi bilan xarakterlanadigan surunkali polisindrom irsiy kasallik hisoblanadi. Seliakiya kasalligining tarqalishi Shimoliy Amerika va G'arbiy Yevropadagi umumiy aholi orasida 0,5%dan 1%gacha, va kasallikka chalingan shaxslarning birinchi darajali qarindoshlari kabi yuqori kasallanish xavfi bor guruhlarda-5%gacha. Metataxliil shuni ko'rsatadiki, seliakianing umumiy serotarqalishi Osiyoda 47 873 kishida musbat IgA to'qima transglutaminazaga qarshi antitanachalar va/yoki endomiziyga qarshi antitanachalar (EMA) asosida 1,6 %ni tashkil qiladi. O'zbekistonda seliakianing tarqalishi o'rganilmagan va maxsus epidemiologik tadqiqotlar o'tkazilmagan. Shifoxona statistikasiga ko'ra RIPIATM gastroenterologiya bo'limidagi umumiy kasalliklar tarkibidagi seliakiya kasalligining nisbati barqaror, va taxminan 15% ni tashkil qiladi. (so'nggi 3 yil ichida seliakiya kasalligi bilan har yili 200ga yaqin bola stasionar sharoitda davolanadi).

Ushbu protokol diagnostika, parhez korreksiyasi, davolash, hamda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarning profilaktikasi bo'yicha tavsiyalarni o'z ichiga oladi.

Uning chop etilishi seliakiyani o'rganishga jalb qilingan mutaxassislar hamda ushbu bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatadigan gastroenterologlar, pediatrlar, endokrinologlar va boshqa soxa mutaxassislari uchun zarur.

Shunday qilib, kasallikning diagnostikasi, davolashga yagoni yondoshuvlar asosida samaradorlikni sezilarli oshirishi, bemorlar hayoti davomiyligi va sifatini yaxshilash mumkin.

1.2. Ta'rifi

Seliakiya – glyuten yoki tegishli prolaminalarni iste'mol qilishga javoban yuzaga keladigan va atrofik enteropatiyalarning rivojlanishi, qon zardobida o'ziga xos antitanachalarning paydo bo'lishi va glyutenga bog'liq klinik ko'rinishlarning keng doirasi bilan tavsiflanadigan immunitetga bog'liq genetik jihatdan aniqlangan tizimli kasallikdir [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>].

1.3. Tasnifi (etiologiya, bosqichlari bo'yicha).

Klinik ko'rinishi va laborator tekshirishlar natijalariga muvofiq kasallikning quyidagi shakllarini farqlashga qaror qilingan:

- **tipik (klassik) seliakiya**, klinik ko'rinishida malabsorbsiya sindromlari mavjudligi bilan tavsiflanadigan: surunkali diareya, ozib ketish, minarl moddalar va vitaminlar so'rilishining buzilish natijasida kelib chiqadigan “tanqislik” simptomlari;
- **atipik seliakiya**, gastrointestinal simptomlari mavjud emas yoki kuchsiz namoyon bo'ladi, osteoporoz, anemiya, bepustlik, nevrologik simptomlar va boshq. kabi ichakdan tashqi belgilar yetakchi o'irnga chiqqanda. Hozirgi kunda seliakianing “tipik” va “atipik” shaklga ajratish maqsadga muvofiq emas deb hisoblanmoqda, chunki kasallikning “atipik” shakli “tipik” shakliga nisbatan ancha ko'p uchraydi.

Kasallikning **simptomli** yoki **manifest** (gastroenterologik simptomlar va ichakdan tashqari belgilar bilan) va simptomlarsiz shakllarini ajratish tavsiya etiladi.

Seliakiyaning simptomsiz (yashirin) bemorlarda kasallikning har qanday ko‘rinishlari mavjud emas. Bunday holatlarda tashhis skrining tekshiruvlarda yoki qarindoshlarning takshiruvi paytida aniqlanadi [<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497>].

2C

Potensial seliakiya kasalligini aniqlash masalasi (seliakiya kasalligining normal tuzilishiga ega bo‘lgan o‘ziga xos antitanachalar va genetik belgilarning ortib borishi) hozirda munozarali bo‘lib qolmoqda. Klinik belgilar bo‘lmaganda bunday bemorlarga glyutensiz dietani tavsiya etmaslik kerak, ammo antitanachalar darajasini dinamik nazorat qilishni davom ettirish va belgilar paydo bo‘lganda takroran biopsiya o‘tkazish lozim.

Refrakter seliakiya 12 oy davomida glyutensiz dietaga javob bermaslik (klinik, serologik, morfologik) bilan tavsiflanadi [1,2]. Seliakiyaning refrakter shakli (glyutensiz dietani buzish holatlari mutlaqo istisno qilinganda) bolalar uchun mutlaqo xarakterli emas, va diagnostik izlanishni davom ettirishni talab qiladi.

Kasallik davrlarini ajratish maqsadga muvofiqdir: **latent, klinik manifestasiya (faol), remissiya, dekompensasiya**.

- **Latent** davr glyuten kirgandan to birinchi klinik belgilar paydo bo‘lgunga qadar davom etadi, 1 necha kundan 1 necha yillargacha davom etishi mumkin. Ko‘pincha tashxislanmaydi, xavf guruhlarida maqsadli tekshirilganda aniqlanishi mumkin.
- **Faol davr** – kasallikning klinik manifestasiya davri.
- **Noto‘liq remissiya davri (boshlang‘ich remissiya)** odatda, qat‘iy glyutensiz dieta tayinlangach 3-6 oydan so‘ng boshlanadi; asosiy belgilarning susayishi, IIShQ da atrofik enteropatiyaning ma‘lum bir belgilari bo‘lganda maxsus antitanachalar titrining susayishi kuzatiladi.
- **To‘liq remissii davri** (klinik-serologik, morfologik remissiya) qat‘iy glyutensiz dieta tayinlangandan 1-1,5 yil o‘tgach yuzaga keladi, maxsus antitanachalarning yo‘qligi va IIShQ morfologik tuzilmasining me‘yorlashishi bilan tavsiflanadi. Glyutensiz parhezga rioya qilinmaganda kasallik faol davrga o‘tadi (dekompensasiya).

2. SELIAKIYA DIAGNOSTIKASI

2.1.SELIAKIYA KLINIK BELGILLARI

Klinik manzarada gastrointestinal belgilar ustunlik qilishi mumkin, bunga **diareya** (yoqimsiz xidli ko‘p axlat), **steatoreya**, **qorinda og‘riq**, **meteorizm**, **qorinning kattalashishi**, **qusish**, **ishtaxaning buzilishi** kiradi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24417260/>]. Nospesifik belgilarga **fizik rivojlanishdan to‘xtash**, **ozish**, **mushak gipotoniyasi**, **apatiya** kiradi.

Seliakiyaning klinik belgilari ko'p hollarda sekin asta paydo bo'ladi. Bunda ishtahaning buzilishi, sababsiz qusish, vazn yo'qotishlar kuzatiladi. Ota-onalar bola xolatiga axamiyat berishni boshlaydilar – jizzaki, negativizm, apatiya, uyquning buzilishi, atrofqa qiziqish yo'qoladi.

Erta yoshdagi bolalarda seliakiyaning klinik ko'rinishlari
[\[https://elibrary.ru/item.asp?id=42516978\]](https://elibrary.ru/item.asp?id=42516978)

1 -Jadval

Gastrointestinal belgilar	Qorinda og'riq diareya, yoqimsiz xidli ko'p axlat steatoreya meteorizm, qorinning kattalashishi qusish ich qotishi ishtaxaning buzilishi
Nospesifik belgilar	fizik rivojlanishdan to'xtash vazn yo'qotish mushak gipotoniyasi apatiya, negativizm

O'smirlar va kattalarda ichakdan tashqari belgilar ustunlik qiladi (2 jadval). Kattalarda so'rilish buzilganligi sindromining klinik belgilariga quyidagilar kiradi: umumiy holsizlik, ishlovchanlikning pasayishi, vazn yo'qotishning kuchayishi, gipovitaminoz belgilari, mineral almashinuvining buzilishi, temir tanqislik anemiyasi.

Katta yoshdagi bolalarda seliakiyaning klinik belgilari
<https://elibrary.ru/item.asp?id=42516978>

2 -Jadval

Nospesifik simptomlar	surunkali charchash holsizlik jizzakilik
Gastrointestinal simptomlar	qorinda qaytalanuvchi og'riqlar qorinda shish ko'ngil aynashi ich qotishi jigar transaminazalarining oshishi
Teri va shilliq qavatlarining o'zgarishi	gerpetiform dermatit alopesiya vitiligo atopik dermatit aftoz stomatit, xeylit
Suyak tizimidagi o'zgarishlar	suyaklarda og'riq osteoporoz, osteomalyasiya, qaytalanuvchi sinishlar

	artritlar, bo‘g‘imlarda og‘riq ko‘plab karies, tish emalining nuqsoni bo‘y pastligi
Gematologik belgilar	temir tanqislik yoki V12 tanqis anemiya davosida refrakterlik qon ketishlar
Nevrologik belgilar	bosh og‘rig‘i uyquning buzilishi depressiya polineyropatiya ataksiya
Reproduktiv funksiyaning buzilishi	jinsiy rivojlanishdan to‘xtash ayol yoki erkak bepushtligi homilani ko‘tara olmaslik, spontan abortlar, o‘lik tug‘ilishlar

Kasallik bolalik davrida qo‘shimcha ovqat berilgandan so‘ng boshlanishi mumkin, ammo ko‘pincha u uzoq subklinik kechadi va kattalarda 1- chi marta yoki qarilikda ham namoyon bo‘lishi mumkin. Klinik belgilarni namoyon bo‘lishiga turtki beruvchi omillarga ayollarda homiladorlik va tug‘ruq, ichak infeksiyalari, stress holatlar va antibiotikoterapiya kiradi

[\[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497\]](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497)

1A	Seliakiyani aniqlashda klinik-laborator belgilari bor ya’ni diareya, vazn yo‘qotish, steatoreya, qorin shishi va og‘riq, ortiqcha bakterial o‘shish sindromi bor malabsorsbsiya sindromli bemorlarni tekshirish tavsiya etiladi.
-----------	--

2.1.1. Seliakiya xavf guruhlari

Seliakiyaning nevrologik belgilari

Bu toifadagi bemorlar uchun paydo bo‘lishi mumkin bo‘lgan nevrologik buzilishlardan ko‘proq glyuten ataksiyasi (ayrim ma’lumotlarga ko‘ra miyachada Purkine hujayralarining kamayib ketishi bilan miyachaning glioz va atrofiyasi aniqlanishi mumkin) va sensomotor aksonal polinevropatiya hisoblanadi [\[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497\]](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497). Barcha bemorlar orasida aksonal polinevropatiya salkam 40-50% holatda uchraydi, likvorning o‘zgarishi bilan ham kechishi mumkin (oligoklonal antitanachalarning paydo bo‘lishi) [\[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497\]](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497).

Seliakiya kasalligining markaziy nerv tizimining limfomasi, miopatiya, miasteniya, mielopatiya, demensiya, rigid odam sindromi, tarqalgan skleroz, hamda epilepsiya bilan (intrakranial kalsifikatlar ko‘rinishi mumkin, kasallik esa ko‘proq bolalarga xos) va ba’zi ruhiy kasalliklar (autizm, depressiya, shizofreniya) bog‘liqligini ko‘rsatadigan kuzatuvlar mavjud.

[\[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497\]](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497). Glyutensiz dieta 90% bemorlarga yordam beradi degan fikrlar ham mavjud [\[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24417260/\]](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24417260/).

2B

Seliakiya tashxisini istisno qilish uchun miyacha ataksiyasi va noaniq genozli distal simmetrik sensomotor polinevropatiyalı bemorlarnı tekshırısh tavsiya etiladi.

Seliakiyaning gematologik ko‘rinishlari

Kamqonlik seliakiya kasalligining eng keng tarqalgan belilaridan biri va uning yagona klinik ko‘rinishidir

[\[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497\]](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497).

Bemorlarning aksariyatida temir tanqisligi anemiyasi kuzatiladi, qon zardobidagi ferritin va temirning miqdorining pasayishi natijasida yuzaga keladi. Temir tanqislik anemiyasining sababi temirning 12 barmoqli ichak va ingichka ichakning proksimal qismida so‘rilishining buzilishi oqibatida kelib chiqadi, seliakiyada aynan shu sohalar zararlanadi. Seliakiya bilan davolanmagan bemorlarda ingichka ichakning eroziv-yarali zararlanishi ko‘rinishida asorat bo‘lishi mumkin va u anemiyaga olib keladigan okkult ba’zida esa massiv qon ketishga olib kelishim mumkin [\[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497\]](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497). Seliakiya tashxisi qo‘yilmagan va glyutensiz dietaga amal qilmayotgan bemorlarda temir preparatlarini qo‘llash samarasiz hisoblanadi [\[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497\]](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497). Normal gemopoez uchun zarur bo‘lgan komponentlardan biri bo‘lib foliy kislotasi hisoblanadi. Foliy kislotasi ham ingichka ichakning proksimal qismida so‘riladi. Aksari bemorlarda folatlar tanqisligi aniqlanadi. Foliy kislotasining yetishmasligi megaloblastik anemiyaga olib keladi. V12 vitamini 12 barmoqli ichakda ichki omil bilan bog‘lanib yonbosh suyakning distal qismida so‘riladi. Seliakiyada V12 vitamini tanqisligining aniq sababi noma’lum. Og‘ir seliakiyada ingichka ichakning total zararlanishi yoki oshqozon sekresiyasining susayishi natijasida V12 vitamini tanqisligi kelib chiqishi mumkin degan fikrlar ham bor [\[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497\]](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497). Shunday qilib, seliakiyalı bemorlarning aksariyatida temir tanqisligi anemiyasi rivojlanishi mumkin. Glyutensiz dietaga qat’iy rioya qilinganda qon zardobidagi temir va gemoglobin miqdori me’yorlashadi.

2A

Noaniq sababli temir tanqisligi bor bemorlarda seliakiyani aniqlash uchun tekshırısh tavsiya etiladi.

Gipertransaminazemiya va seliakiya

Jigar organizmning kimyoviy gomeostazini ta’minlashda asosiy rol o‘ynaydi. Adabiyotlarda ba’zi bir seliakiyalı bemorlarda transaminaz faolligining ortishi haqida xabarlar bor [\[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/\]](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/). Aksari bemorlarda glyutensiz dietaga amal qilish natijasida jigar transaminazalari miqdori me’yorlashishi

kuzatiladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>]. Kam hollarda seliakiya jigarning og‘ir zararlanishi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin – birlamchi biliar sirroz (3-7%), autoimmun gepatit (3-6%), birlamchi sklerozlanuvchi xolangit (2-3%) [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].

1A	Agarda sitolitik fermentlarning oshishiga olib keladigan boshqa jigar kasalliklari bo‘lmasa, jigar transaminazalari miqdorining ortishi seliakiyaga tekshiruvdan o‘tish uchun ko‘rsatma hisoblanadi.
-----------	---

Ayollarda reproduktiv faoliyatning buzilishi va seliakiya

Seliakiyali bemorlarda reproduktiv buzilishlar quyidagicha ko‘rinishda bo‘lishi mumkin: jinsiy rivojlanishdan orqada qolish, xayz siklining tartibsizligi, homilani ko‘tara olmaslik, bepustlik, erda menopauza. Ba’zi tadqiqotchilar fikriga qaraganda [<https://elibrary.ru/item.asp?id=42516978>], tTG (anti-tTG) ga qarshi antitanachalarning trofoblastlar bilan bog‘lanishi- plasentaning rivojlanishiga va embrionning implantasiyasi buzilishiga, hamda seliakiyali ayollarda homiladorlikning oqibatiga bog‘liq bo‘lgan kalit mexanizm bo‘lishi mumkin. Seliakiyali bemorlarda so‘rilish buzilganligi sababli vitaminlar va mikronutrientlar tanqisligi ham reproduktiv funksiyaning buzilishini rivojlanishida ma’lum bir ahamiyatga ega [<https://elibrary.ru/item.asp?id=42516978>]. K. Rostami ning fikricha endokrin buzilishlar oqibatida reproduktiv buzilishlar bo‘lishi mumkin, bu esa nutrientlarning selektiv malabsorbsiyasiga asoslanadi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>]. So‘nggi yillarda to‘plangan ma’lumotlarga ko‘ra glyutensiz dietaga qat’iy rioya qilinsa bola tug‘ish funksiyasining bosqicha bosqich tiklanishiga yordam beradi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24917550/>].

2B	Reproduktiv buzilishlari bor ayollarga (jinsiy rivojlanishdan orqada qolish, amenoreya, bepustlik, homilani ko‘tara olmaslik), ayniqsa gastroenterologik shikoyatlari bo‘lganda, tekshiruv tartibiga seliakiyaga ham tekshirish zarur
-----------	--

2.1.2. Autoimmun kasalliklar (qandli diabet 1-turi, autoimmun tireoidit, Dyuringning gerpetiform dermatiti) va seliakiya

Seliakiya diagnostikasida u qator autoimmun va genetik kasalliklar bilan yuqori chastotada assosialanishini unutmash kerak (3-jadval).

Seliakiya bilan bog‘liq kasalliklar

3-Jadval

Endokrin tizim kasalliklari	Qandli diabet 1-turi
------------------------------------	----------------------

	Qalqonsimon bez autoimmun kasalliklari Addison kasalligi Reproduktiv funksiyaning buzilishi
Nevrologik kasalliklar	Miyacha ataksiyasi Neyropatiya Epilepsiya
Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari	Idiopatik dilatasion kardiomiopatiya Autoimmun miokardit
Gepatobiliar tizim kasalliklari	Birlamchi biliar sirroz Autoimmun gepatit Autoimmun xolangit Shegren sindromi
Xromosom anomaliyalar	Daun sindromi Shershevskiy-Terner sindromi Vilyams sindromi
Boshqa kasalliklar	Revmatoid artrit Kron kasalligi Yarali kolit IgA selektiv tanqisligi

Qandli diabet 1-turi va seliakiya.

Seliakiya kasalligi qandli diabet 1-turiga chalingan bemorlarda umumiy aholiga qaraganda sezilarli darajada tez tez uchraydi [<http://www.omge.org/globalguidelines/guide13/guideline13.htm>]. Seliakiya kasalligi chastotasi 3-10% gacha uchraydi [<http://www.omge.org/globalguidelines/guide13/guideline13.htm>]. Qandli diabet 1-turi bilan kasallangan bemorlarda gastroenterologik belgilari bo'lganda seliakiyani istisno qilish uchun endoskopik tekshiruvga yuborilganda IShQ biopsiyasini ham o'tkazish lozim. Qandli diabet 1-turi bilan kasallangan belgisiz bemorlarda skrining qilish zaruriyati munozarali. Qandli diabet 1-turi mavjud seliakiyali bemorlarda diabetik retinopatiyaning rivojlanish xavfi yuqoridir. Qandli diabet 1-turi va tashxislanmagan seliakiya bilan kasallangan bemorlarda retinopatiya (25% ga qarshi 58%) va nefropatiyaning (4% ga qarshi 42%) tarqalishi yuqori bo'ladi. Bu holda bemorlarga glyutensiz dieta buyuriladi [<http://www.omge.org/globalguidelines/guide13/guideline13.htm>].

1A	Qandli diabet 1-turi mavjud bemorlarni seliakiyaga tekshirish tavsiya etiladi, ayniqsa seliakiya borligiga shubxa qiladigan gastroenterologik shikoyatlari yoki laborator o'zgarishlar kuzatilganda.
-----------	---

Qalqonsimon bez kasalliklari va seliakiya

Qalqonsimon bez kasalliklarini seliakiya bilan bog'liqligi o'rtacha 10-15%ni tashkil qiladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>]. Seliakiya bilan autoimmun tireoiditning aniq bog'liqligini D. Larizza va boshqalar topgan [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>], 7,8% autoimmun tireoidit va gipertireozli bolalarda seliakiyani aniqlashgan. Seliakiyada ko'pincha gipertireoidizmning subklinik shakli rivojlanadi. Seliakiya qalqonsimon bezning autoimmun kasalligi bor bo'lgan 3,4% bemorlarda uchragan, bu nazorat guruhidan (0,6 va 0,25%) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>] ko'ra ko'proq. Tadqiqotchilar aniqlashdiki, a'zo autoantitanachalari (masalan qalqonsimon bez to'qimasiga qarshi antitanachalar) autoimmun tireoiditda, assosirlangan seliakiyada glyutensiz parxezga amal qilganda 3-6 oygacha muddatda yo'qolishi kuzatilgan. AGD ga rioya qilish ushbu guruh bemorlarga autoimmun tireoidit belgilarini yo'q qilishga va boshqa autoimmun kasalliklarning rivojlanish xavfini cheklashga imkon berdi. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>].

2B	Seliakiyani istisno qilish uchun qalqonsimon bezning autoimmun kasalligi bor bemorlarni tekshirish lozim, ayniqsa seliakiyaga gumon qilish mumkin bo'lgan gastroenterologik shikoyat va laborator o'zgarishlari bor bemorlarga.
-----------	--

Dermatologik ko'rinishlar (Dyuring dermatiti)

Dyuring dermatitini ko'pincha teri seliakiyasi deb o'ylashadi [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]. Bu o'xshashlik juda asosli, chunki seliakiya kabi Dyuring dermatiti ham aniq genetik moyillikka ega. Ikkala kasalliklar ham 90%dan ortiq bemorlarda HLA-sinfiga kiruvchi II- antigenlari DR3/DQ2 bilan bog'liq, 70%dan ortiq bemorlarda HLA-AI, B8, DR3 gaplotipi mavjud. Seliakiya va gerpetiform dermatitining kombinatsiyasi chastotasi 7,8%ni tashkil qiladi [[https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/%D0%A6%D0%B5%D0%BB%\[\[HTTPS://WWW.PEDIATR-RUSSIA.RU/INFORMATION/KLIN-REK/PROEKTY-KLINICHESKIKH-REKOMENDATSIY/%D0%A6%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D1%8F%20%D0%9A%D0%A0_%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82_22.07.2021.PDF\]\]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%[[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]]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)].

2B	Seliakiyani istisno qilish uchun gerpetiform dermatitli bemorlarni tekshirish tavsiya etiladi.
-----------	---

2.1.3. Birinchi avlod qarindoshlarda seliakiya

Seliakiya chastotasi- 1chi avlod qarindoshlarda sezilardi ortadi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>]. Kasallanish bilan eng yuqori havf 1-hujayrali egizaklarda, so'ng bemorning ota-onasida, farzandlarida [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>]. Yevropaning ayrim davlatlarida gastroenterologik belgilari bo'lmagan 1chi avlod qarindoshlarda genetik tekshiruvlar va dinamik kuzatuvlar olib borish tavsiya etiladi.

So'rovni sinchkovlik bilan olib borilganda tekshiriluvchilar axamiyat bermagan, ayrim nospesifik bo'lgan shikoyatlarni aniqlab olish mumkin. Ammo AGD ga rioya qilinganda bemorlar hayot sifatining sezilarli yaxshilanganini aniqlashgan [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>].

1A	Seliakiyaga gumon qilish mumkin bo'lgan gastroenterologik shikoyat va laborator o'zgarishlari bor bemorlarga ayniqsa seliakiyali bemorning 1chi avlod qarindoshlarini seliakiyaga tekshirish lozim.
-----------	--

Seliakiya diagnostikasida uning bir qator autoimmun va genetik kasalliklar bilan assosirlanishi yuqori chastotada ekanligini yodda tutish lozim.

Autoimmun va endokrin kasalliklar bilan og'riqan bemorlar seliakiya rivojlanishi bo'yicha xavf guruhiga kiritilishi mumkin va skrining serologik testlarni o'tkazishga muxtoj.

Seliakiyani erta aniqlash va glyutensiz parhezni tayinlash asosiy kasallik zo'rayishini hamda, T xujayrali limfoma va boshqa xavfli o'sma turlarini o'z ichiga olgan seliakiyaning og'ir qaytmas asoratlarini oldini oladi.

2.1.4. Refrakter seliakiya

Refrakter seliakiya glyutensiz dietaga javob (klinik, serologik, morfologik) yo'qligi bilan tavsiflanadi.

12 oy qat'iy glyutensiz dietaga qaramasdan, refrakter seliakiya klinik belgilar va gistopatologik o'zgarishlar klinik belgilar bilan assosialanishi kabi persistirlanishi tasvirlangan [<http://www.omge.org/globalguidelines/guide13/guideline13.htm>]. Murojaat qilinganda (birlamchi) yoki glyutensiz dietani boshlagandan keyin (ikkilamchi) ham aniqlanishi mumkin [<http://www.omge.org/globalguidelines/guide13/guideline13.htm>].

Refrakter seliakyaning 2ta turi bor:

I turi, fenotipik normal intraepitelial limfositlar bilan

II turi, intraepitelial limfositlarning klonal tarqalishi va yuzaki CD3 reseptori yo‘q, CD8, T-hujayra reseptorlarining yo‘qligi bilan aberrant fenotip. II turi kasallik intraepitelial limfomaning kam differensiallangan shakli bo‘lib, glyutensiz dietaga javob bermaydigan og‘ir malabsorbsiya bilan kechadi. Bu o‘ta og‘ir turi bo‘lib, o‘lim ko‘rsatkichi yuqori. [<http://www.omge.org/globalguidelines/guide13/guideline13.htm>].

Refrakter seliakyaning I turi diagnostik mezonlari:

1A	Saqlanuvchi yoki residivlanuvchi vorsinkalar atrofiyasi, AGDga qat’iy rioya qilinganda ham
1A	Marshning modifikasialangan mezonlari bo‘yicha vorsinkalarning atrofiyasi, eng kamida Marsh 3A bosqichiga to‘g‘ri keladi
1A	Vorsinkalar atrofiyasining boshqa sabablari istisno qilinganda; ingichka ichak biopsiyasida 20% gacha aberrant T-hujayrlarning bo‘lishi; me‘yoriy CD3, CD8 va T-hujayra reseptorlari bilan EAL fenotip
1A	RS ning I turida ingichka ichak SO da limfositlar infiltrasiyasi xuddi seliakya bilan davolanmaganga o‘xshaydi.

Refrakter seliakyaning II turi diagnostik mezonlari:

1. RS I turiga o‘xshash mezonlar, faqatgina ingichka ichak biopsiyasida abberant T-hujayralarning 20%dan ortiq bo‘lishi talab etiladi;
2. EAL me‘yoriy morfologik ko‘rinishga ega, ammo abberant fenotip mavjud bo‘ladi (CD3 va CD7 ning me‘yoriy ekspressiyasi, va yuzaki T-hujayra markerlari CD4, CD8 va T-hujayra reseptorlarining yo‘qligi);

1A	3.RSning tarqalgan belgilariga turg‘un diareya, qorinda og‘riq, tana vaznini yo‘qotish kiradi. Ushbu kasallik bilan hamroh vitamin yetishmovchiligi, anemiya, xolsizlik, tromboembolik epizodlar, va autoimmun kasalliklar kelishi mumkin.
1A	4.>1 sm dan katta nuqsonli ingichka ichakning yara nuqsoni RS 2 turi uchun xos. Yara nuqsonlarini aniqlashda va T-hujayra limfomasidan farqlashda chuqur enteroskopiya yoki KT yoki qorin bo‘shlig‘ini enterografiya bilan MRT o‘tkazish mumkin [1,2].

5. RS II turi yoki Seliakya bilan assosirlangan T-hujayra limfomali bemorlarda qorin bo‘shlig‘i KT sida ko‘pincha taloqning kichik xajmligi (122 sm³ dan kam), ichak tutilishi, ichak devorlarining qalinlashishi, limfa bezlarining kattalashishi aniqlanadi. [<http://www.omge.org/globalguidelines/guide13/guideline13.htm>].

1A	6.Qorin bo'shlig'ini pozitron-emission tomografiyasi an'anaviy KTdan ko'ra sezgirroq va spesifik tadqiqot usuli hisoblanadi [1,2].
1A	7.Intraepitelial limfositlarning anomal fenotipni aniqlash RSni 2 turi bo'lishda asos hisoblanadi, hamda prognostik ahamiyatga ega

8. RS ning II turida CD3-musbat intraepitelial T-hujayralar CD8 kabi normal hujayra yuzalarining farqlashda markerlar ekspressiyasini yo'qotish bilan limfositlarning anomal immunofenotipini namoyish qiladi .

9. Oqim sitometriyasi yordamida qotirilgan kesimlarda yoki to'qimalarning yangi muzlatilgan kesimlarida immunogistokimyoviy tekshiruvlar orqali CD3/CD8 va abberant T hujayrali reseptorlar aniqlanadi.

2.2. SELIAKIYA DIAGNOSTIKASI

2.2.1.ASOSIY LABORATOR TADQIQOTLAR

2.2.1.1. Serologik diagnostika

Kasallik diagnostikasi kompleks bo'lishi lozim va klinik ma'lumotlar, serologik va morfologik tekshiruvlar natijasini birgalikda baholashga va genotipda tipik allellarning bo'lishiga asoslanadi.

Glyuten qabul qilgan bemorlarning qon zardobida 4 xil maxsus antitanachalar aniqlanadi: **anti-tTG, anti-DPG (gliadinning anti-deamidlangan peptidlari), anti-gliadin antitanachalari (AGA), anti-EMA**. Dagnostika uchun ahamiyatlisi IgA sinfiga kiruvchi antitanachalar hisoblanadi, chunki ular IIShQ ning o'zining plastinkasidagi V limfositlarda hosil bo'ladi. Umumiy IgA kam miqdorda bo'lganda IgG sinfiga kiruvchi antitanachalar diagnostik ahamiyatga ega bo'ladi. [1,2].

1A	Anti-tTG titri qanchalik yuqori bo'lsa shunchalik musbat natijaning haqiqiyligi extimoli yuqori bo'ladi. IgA-EMA eng spesifik test hisoblanadi. Shuning uchun serologik tekshiruvning 1chi qadami aynan anti-tTGni aniqlashdir. IgA-EMA- tasdiqlovchi test sifatida qo'llanilishi mumkin, ayniqsa tTG titri past bo'lganda (< 2 norma yuqori me'yoriy chegaradan katta) IgA selektiv tanqisligi yo'q turli yosh vakillariga seliakiyani aniqlash uchun tTG IgA qarshi antitanachalarni aniqlash yagona afzal test hisoblanadi [1,2,7].
----	---

Anti-EMA - IIShQ o'zining plastinkasining silliq mushakli hujayralarini o'rab turadigan hujayralararo matriksning tTGsi antigen sifatida keladi. Test tizimida yashil maymunlar qizilo'ngachining to'qimasi substrati yoki odamning kindigidan olingan substrat ishlatiladi. Bilvosita immunofluoressensiya usuli 100% seliakiya xolatida maxsus antitanachalarni aniqlashga yordam beradi, ammo anti-EMA diagnostikada kam qo'llaniladi, chunki hozirgi vaqtda biologik substratlarni qo'llash keskin cheklangan. Davolanmagan seliakiya uchun boshqa hamma usullardan ko'ra eng yuqori spesifik usul bo'lib IgA sinfiga kiruvchi endomizial hujayralarni aniqlash

hisoblanadi (tajribali ekspert bilan bajarilganda spesifikliги 100%) va o‘rta sezgirlikka ega (80%) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26465908/>].

Deamidlangan gliadin peptidlari (IgA va IgG DPG).

Seliakiyali bemorlarning ingichka ichak shilliq qavatida T hujayralarning yallig‘lanishga javobini samarali stimullash uchun antigen taqdim etuvchi hujayralarida DPG yuqori affinlikka ega HLA-DQ2 yoki DQ8 bilan bog‘lanadi. Abdulbaqi Al-Toma et al. ma‘lumotlariga ko‘ra anti-DPG tekshiruvi nativ glyutenga qarshi antitanachalardan ko‘ra seliakiyaga nisbatan yuqori spesifiklikni ko‘rsatadi. O‘rganilgan populyasiyalarga ko‘ra IgA anti-DPG anti-TTG IgA ga o‘xshab sezuvchan va spesifik bo‘lishi mumkin. Shunga qaramasdan, anti – TTG IgA yaxshiroq ishlaydi va anti-DPG IgA testlashga nisbatan arzon.

Seliakiya rivojlanish xavfi past bo‘lgan bemorlarda DPG IgA- va /yoki IgG ga alohida musbat natija 15% xolatda seliakiya uchun prognostik hisoblanadi, qolgan holatlarda esa sohta musbat natija bo‘lishi mumkin. Selektiv IgA tanqisligi bor bemorlarda seliakiyani aniqlash uchun eng yaxshi usul bo‘lib DPG IgGni anti-TTG IgG bilan birga tekshirish hisoblanadi. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26465908/>]

1A	Birlamchi seliakiyaning skriningida antigliadin antitanachalarini aniqlash past spesifiklikka ega bo‘lgani uchun bu tekshiruv tavsiya etilmaydi, AGA nafaqat seliakiyada, balki ichakning yallig‘lanish kasalligi va ovqat allergiyasi bor bemorlarda ham aniqlanishi mumkin. Ammo 4-6 hafta davomida glyutensiz dietaga rioya qilinsa AGA IgA miqdori sezilarli kamayadi, va davolash samaradorligini baholash uchun tavsiya etiladi [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/]
1B	Serologik diagnostika o‘tkazilganda selektiv IgA yetishmovchiligi bilan og‘riydigan bemorlarga alohida ahamiyat berish lozim. Bolalarda aksari hollarda IgA yetishmovchiligi ehtimoli bor, shuning uchun umumiy IgA ni aniqlash lozim. Ularda seliakiya bo‘lganda ham IgA sinfiga kiruvchi markerlar aniqlanmasligi mumkin. IgA darajasi past yoki IgA yetishmovchiligi bor bemorlarni asosiy testlashda muqobil usuli anti-tTG IgA va IgG ni ham o‘z iichiga olishi kerak.
1B	Immunoglobulinlar miqdorini yetarliligini baholash uchun umumiy IgA miqdori bilan serologik testni baravariga o‘tkazish kerak.

Immunoglobulin A (IgA) (SIgAD) ning selektiv yetishmovchiligi - bu gipogammaglobulinemiya tipli genetik immun tanqislik hisoblanadi. Bu bemorlarda immunoglobulin A (IgA) yetishmovchiligi kuzatiladi, u esa og‘iz bo‘shlig‘i, nafas yo‘llari va hazm qilish trakti shilliq qavatini infeksiyadan himoya qiladi. Ig A tanqisligi 4 yoshdan katta bo‘lganlarda, IgG va IgM ko‘rsatkichlari meъyoriy bo‘lganda zardobdagi IgAning aniqlanmasligi bilan ifodalanadi. Aksari bunday odamlar butun umri davomida sog‘lom bo‘ladi va bu buzilish tashxislanmasligi ham mumkin [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26465908/>].

Selektiv umumiy IgA tanchisligi bor bemorlarni serologik diagnostikasi va kuzatuvini IgG (IgG-DGPs yoki IgG-TG2) antitanachalari asosida o'tkazish kerak [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26465908/>]. Seliakiyalı bemorlarning 2-3% da Selektiv umumiy IgA tanchisligi uchraydi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26465908/>]. IgA tanchisligi aniqlanganda ingichka ichak vorsinkalari atrofiyasiga olib kelgan etiologik omilni aniqlash lozim, masalan, lyamblioz, ortiqcha bakterial o'sish sindromi yoki umumiy variabel immun tanqislik [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>].

1B	2 yoshgacha bo'lgan bolalarda seliakiya diagnostikasida, anti-tTG IgA ni aniqlash anti-DPG (IgA i IgG) bilan birga qilinishi kerak. 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda ularning sezuvchanligi yetarli emasligi hisobiga, mualliflar ushbu yosh kategoriya uchun gliadinning deamidlangan peptidlariga qarshi antitanachalar tekshiruvini perspektiv deb hisoblashadi [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26465908/].
-----------	--

IgA darajasi me'yorda va antitanachalar mavjud bo'lmaganda seliakiya ham yo'q, lekin kasallik kechroq yuzaga chiqishi mumkin, shuning uchun serologik tekshiruvlarni har 2-3 yilda takrorlash maqsadga muvofiq bo'ladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>]. Anti-tTG IgA miqdori 3 me'yordan ortsa 12 barmoqli ichakning tushuvchi qismi biopstatida endoskopik va morfologik tekshiruv o'tkazish lozim. Anti-tTG IgA miqdori 3 me'yorgacha o'rtacha ortgan va anti-EMA manfiy bo'lgan bemor esa kuzatuvda bo'lishi kerak va har 3-6 oyda 3 me'yordan ortmasdan anti-tTG IgA miqdori nazorat qilinadi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>].

1A	Xavf guruhlarida skrining tekshiruvlar o'tkazilganda, ilk qadam sifatida endoskopik tekshiruv uchun bemorlarni tanlash maqsadida anti-tTG ni aniqlash tavsiya etiladi. [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/]
1A	Odatiy miqdorda glyuten saqllovchi mahsulotlarni iste'mol qilish fonida davolovchi dietani tavsiya etishdan oldin serologik diagnostikani o'tkazish zaruriy talab hisoblanadi. Rasiondan glyutenni cheklash yoki to'xtatish spesifik antitanachalar titrining tezda tushishiga olib kelishi mumkin, bu esa diagnostikani qiyinlashtiradi ayrim xollarda esa umuman imkon qoldirmaydi [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/].
1B	Seliakiyaga kuchli shubha qilinganda serologik testlar manfiy chiqqanda ham ingichka ichak biopsiyasini o'tkazish zarur. [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/].
1B	Gistologik tekshiruvlar bilan tasdiqlangan va boshqa serologik testlar mavjud bo'lmasa, seliakiyaning birlamchi diagnostikasi uchun ekspress-testlardan foydalanish mumkin. Noaniq natija va soxta salbiy natijalar chiqqanda test qo'shimcha tekshiruvlarni istisno qilmaydi, bunda istisno maqsadida diagnostik panelni kengaytirish kerakligini anglatadi.

Seronegativ seliakiya tashxisi chuqur tekshiruvlar natijasi bilan qo'yilishi mumkin. Shunday qilib, seliakiyaga hos klinik va morfologik o'zgarishlar bo'lsa ham anti-tTG gipogammaglobulinemiya shakllanmasligi mumkin. Seronegativ seliakiya 6-22% holatlarda uchraydi. anti-tTG seronegativ testlarida anti-EMA va anti-DPG aniqlanmasligi mumkin, ammo seliakiyaning aniq klinik belgilari va gumon qilinganda ingichka ichak biopsiyasi va HLA-DQ genetik testini o'tkazish tavsiya etiladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>].

Seliakiyaning erta morfologik bosqichlarida (Marsh I, II) ham EMA- va anti-tTG-testlari sohta manfiy natija berishi mumkin. Ma'lumki, shilliq qavatning atrofiya darajasiga qarab zardobda ushbu markerlar miqdori oshib boradi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>].

Antigliadin dieta qo'llagandan 6-12 oy o'tgandan so'ng 80% sub'ektlarda serologiya manfiy natija beradi. 5 yil davomida qat'iy dietaga rioya qilgan 90% bemorlarda serologik testlar natijasi manfiy bo'ladi.

Shunday qilib serologik algoritm va spesifik skrining usullarni (masalan, EMA) seriyali qo'llash, umumiy populyasiyada diagnostik aniqlikni yaxshilash uchun keng qo'llaniladi [1,2]. Testlar kombinatsiyasi kasallikning yangi holatlarini aniqlashni yaxshilashi mumkin. Agar testlar sinxron musbat bo'lsa seliakiya tashxisi extimolligi juda yuqori bo'ladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>].

1B Birinchi yil kuzatuvda bo'lgan bemorda nazorat serologik tekshiruvni 6 oy glyutensiz dieta qilgandan so'ng o'tkazish tavsiya etiladi, so'ng har yilda 1 marta.

2.2.1.2 Morfologik diagnostika

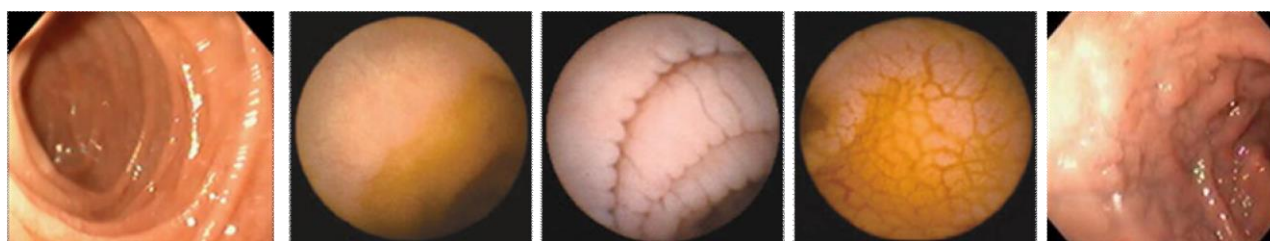
Ichak biopsiyasida aniqlangan vorsinkalar o'zgarishi va serologik testning musbatligi seliakiya diagnostik mezonining oltin standarti hisoblanadi. Ilamchi biopsiya va serologik testlarning noaniq natijasida yoki qat'iy glyutensiz dietaga javobning yo'qligida bemorlarga qayta biopsiya o'tkazish zarur [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>].

Seliakiya uchun xos ingichka ichak shilliq qavatining kompleks morfologik o'zgarishlari o'z ichiga quyidagilarni oladi: epiteliylararo limfositlar miqdorining ortishi (MEL), **turli darajadagi vorsinkalar atrofiyasi va kriptalar giperplaziyasi**. Hozirgi kunda patomorfologik tashxisot M.N.Marsh 1992 [<https://elibrary.ru/item.asp?id=42516978>] bo'yicha enteropatiyalar darajasi klassifikatsiyasidan qo'llaniladi, bunda IShQ zararlanishining 3 turi ajratiladi:
1-chi turi (Marsh 1) – infiltrativ;
2-chi turi (Marsh 2) – giperplastik;
3-chi turi (Marsh 3) – destruktiv.

1999 yilda G.Oberhuber Marsh bo'yicha klassifikatsiyani modifikatsiyalashni, bunda MEL (100 ta epitelial hujayraga xisoblaganda) ni kiritish lozimligini ko'rsatadi hamda atrofik o'zgarishlarning 3 ta darajasini taklif etadi [7,4].

Vorsinkali anomaliyalar uchun Marshning modifikatsiyalangan klassifikatsiyasi hozirda shilliq qavatda vorsinkalar atrofiyasining og'irligini baholashda klinik amaliyotda keng qo'llaniladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>].

Endoskopik tekshiruvda quyidagi makroskopik belgilar asosida seliakiyaga shubxa qilish mumkin: 12 barmoqli ichak shilliq qavatida sirkulyar burmalarning yo'qolishi yoki tekislanishi, burmalarda ko'ndalang terilishning paydo bo'lishi, katakchasimon rasmning yoki shilliq qavatda mikro tugunli tuzilmaning paydo bo'lishi (1-rasm).



Нормальная структура слизистой

Исчезновение циркулярных складок (Spada С., 2008)

Поперечная исчерченность складок (Spada С., 2008)

Ячеистый рисунок слизистой (Spada С., 2008)

Микронодулярная структура слизистой

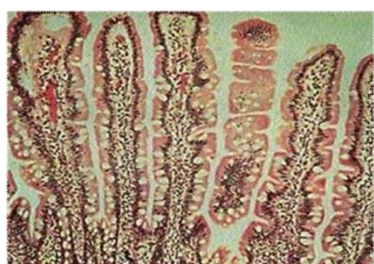
1 -rasm- Seliakiyaning endoskopik belgilari [<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497>]

Birlamchi diagnostikada vorsinkalarning kalta bo'lishi, kriptalarning chuqurlashishi, EAL miqdorining oshishi ahamiyatiga ko'ra teng mezonlardir. Ingichka ichakning distal qismlarida vorsinkalar balandligining kriptalar chuqurligiga me'yoriy nisbati **3:1 dan 5:1 gacha**, 12 barmoqli ichakning piyozchasiga esa 2:1 nisbatda bo'ladi. Glyutensiz dietaga amal qilgan sharoitda vorsinka/kripta nisbati sezilarli musbat dinamikaga ega bo'ladi, EAL esa uzoq muddatgacha miqdori yuqori bo'ladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, 1 yildan ortiq muddat davomida qat'iy glyutensiz dietaga amal qilinganda klinik va gistologik remissiyaga erishiladi, ammo 50-70% bemorlarda MEL yuqori ko'rsatkichlarda saqlanishi mumkin [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>]. MELni aniq miqdoriy hisobidan olingan o'rtacha qiymati diagnostikaning samarasini oshiradi, kriptalarning chuqurligi va vorsinkalar balandligining aniq ko'rsatkichlari esa klinik ahamiyatga ega emas. Nurli mikroskopiyada MEL (Marsh–Oberhuber bo'yicha 1 turi) miqdorini aniqlash seliakiya diagnostikasi uchun asos bo'lib hisoblanmaydi. Chunki MEL miqdori turli patologik holatlarda ortishi kuztiladi: ovqat allergiyasida, virusli ichak infeksiyalarida, lyambliozda, autoimmun kasalliklarida, ichakning yallig'lanishli kasalliklarida va boshqalarda [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>].

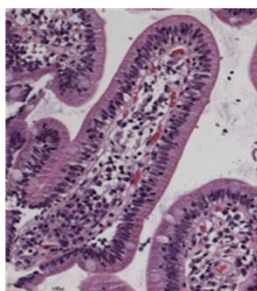
Shilliq qavat zararlanish turining Marsh- Oberhuber bo'yicha klassifikatsiyasi 2015 (Seliakiyaning gistologik klassifikatsiyasi)

4-Jadval

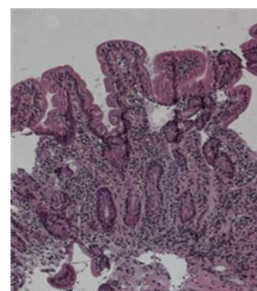
Ko'rsatkich	0 turi	1 turi	2 turi	3 a turi	3b turi	3c turi
MEL	< 25	> 25	>25	> 25	> 25	> 25
kriptalar	norma	norma	gipertrofiya	gipertrofiya	gipertrofiya	gipertrofiya
vorsinkalar	norma	norma	norma	Yaqqol		



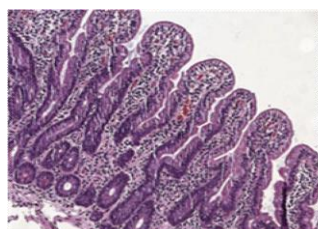
Норма



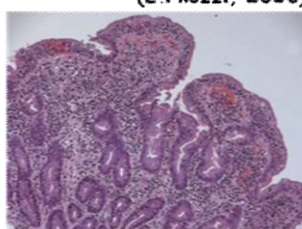
Marsh 1
увеличение
количества МЭЛ
(E. Pilozzi, 2010)



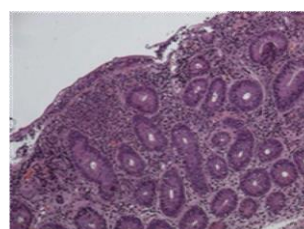
Marsh 2
гиперплазия крипт
(E. Pilozzi, 2010)



Marsh 3A
умеренная атрофия
(E. Pilozzi, 2010)



Marsh 3B
выраженная атрофия
(E. Pilozzi, 2010)



Marsh 3C
отсутствие ворсинок
(E. Pilozzi, 2010)

2 расм - Целиакиянинг Marsh-Oberhuber бўйича гистологик таснифи
[<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>]

1A	5ta bioptatdan kam bo'lasligi kerak, shu jumladan bolalarda 12 barmoqli ichak piyozcha qismidan ham, seliakiyaning morfologik diagnostikasini aniqligini oshiradi. Bemor glyutenli dietaga amal qilgan paytida biopsiya olinishi kerak (2 hafta mobaynida eng kamida 3 gr glyuten sutkasiga) [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/].
1A	Hattoki 12 barmoqli ichak endoskopik ko'rinishi me'yoriy bo'lsa ham, seliakiya borligiga shubha qilinganda biopsiya olish zarur
1A	Kasallikning klinik belgilari bo'lmaganda ham, mikroskopik tekshiruvda 2, 3A–3S tipli zararlanish seropozitiv bemorlarda seliakiya tashxisi uchun yetarli asos bo'lib hisoblanadi [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26465908/]

1A	Seliakiya tashxisi qo‘yilganda musbat serologik natijalar - IIShQ bioptatini MEL (100ta) miqdorida hisoblangan gistologik tekshiruvi bilan birlashtirilishi kerak
1A	Marsh–Oberhuber bo‘yicha 1 turli IIShQ tuzilmasining gistologik o‘zgarishi immunogistokimyoviy tahlil o‘tkazmasdan seliakiya tashxisini qo‘yish uchun asos bo‘lib hisoblanmaydi, bunda serologik, genetik va klinik ma’lumotlar bilan birgalikda baholanishi kerak.
1A	Morfologik tekshiruvni odatiy miqdorda glyuten saqlovchi oziq ovqatni iste’mol qilish fonida o‘tkazish lozim. Glyutenni rasiondan istisno qilish shilliq qavatning meyyoriy tuzilmasining tezkor tiklanishiga olib keladi, bu esa seliakiyani morfologik tasdiqlash uchun qiyinchilik uyg‘otadi, ayrim xollarda esa iloji bo‘lmaydi [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26465908/].

Shilliq qavatning shikastlanish darajasi anti-tTG va EMA ning mavjudligi va titrlari bilan korrelyatsiyasi isbotlangan. Tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, YeMA bo‘yicha seropozitivlik vorsinkalarning og‘ir atrofiyasi bilan korrelyatsiyalanadi [<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497>].

1S	Klinik belgilari saqlangan bemorlarga 1 yilda 1 marta qayta endoskopik tekshiruvni biopsiya bilan o‘tkazish tavsiya etiladi.
1S	Klinik belgilar bo‘lmaganda har yilgi EGDS bilan biopsiya o‘tkazmaslik mumkin
1B	Davolash vaqtida IIShQning tiklanishini baholash uchun takroriy biopsiya 2 yildan 5 yilgacha bo‘lgan muddatda o‘tkazish tavsiya etiladi.

2.2.1.3. Genetik diagnostika

Glyuten oqsillarni antigen sifatida namoyish qilishda HLA-DQA1 va HLA-DQB1 genlarining o‘ziga hos roli MHC HLA lokusini seliakiyaning rivojlanishidagi eng muhim genetik omilga aylantiradi. Kasallik HLA-DQ2 va -DQ8. HLA-DQ2 lar bilan bog‘liq bo‘lib, 95% shimoliy yevropadagi bemorlarda uchraydi, qolganlar esa HLA-DQ8 tashuvchisi hisoblanadi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26465908/>]. So‘nggi tahlillar shuni ko‘rsatadiki, HLA I sinfiga kiruvchi molekulalar ham seliakiya bilan bog‘liq.

1B HLA-DQ2 geterodimeri HLA-DR3-DQA1*0501 DQB1*0201 sis-konfiguratsiyasi bilan kodlanadi, trans-konfiguratsiyasida HLADR11- DQA1*505 DQB1*0301; DR7 – DQA1*0201 DQB1*0202; DQ8 – geterodimeri DQA1*0301 DQB1*0302 kodlanadi.

HLA-DQ2/8 genotiplanishidagi manfiy natija seliakiya tashxisoti extimolini kamaytiradi. (musbat prognostik ko‘rsatkich > 99%) [<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497>].

1A	Shubhali morfologik ma'lumotga ega yoki serologik testi manfiy bemorlarni gistomoslikning asosiy kompleksiga HLA-DQ2 va HLA-DQ8 gaplotiplarini aniqlash uchun tiplash maqsadga muvofiq bo'ladi. Seliakiyaning rivojlanishi uchun ushbu molekulalarning ekspressiyasi kerakli shartlardan hisoblanadi, shuning uchun ularning yo'qligi tashxisni istisno qiladi [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497].
1B	HLA-DQ2/DQ8 tiplash usuli seliakiyaning birlamchi diagnostikasi uchun muntazam usul hisoblanmaydi. HLA-genlarini genetik tiplash xavf guruhiga kiradigan (1chi avlod qarindoshlarda) yoki seliakiyaning atipik shakli bor bemorlarda va hamroh kasalliklari bor bemorlarda o'tkazish ayniqsa muhim. Serologik testi manfiy yoki gistologik tahlili shubhali natijali bemorlarda seliakiya tashxisini tasdiqlash yoki istisno qilish uchun gistologik tekshiruvga qo'shimcha tarzda HLA genlarini tiplash tavsiya etiladi. Bundan tashqari, seliakiyaning refrakter shaklida ham genetik tiplashni qo'llash mumkin.
1B	DQ2 yoki DQ8 ning bor yo'qligiga qarab seliakiya tashxisini qo'yib bo'lmaydi, chunki 36—53% tashuvchilardagina kasallik rivojlanadi, ammo uning yo'qligi seliakiyani istisno qilishga imkon beradi [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497].

Bemorlarda DQ2 yoki DQ8 ni serologik markerlar TkTG va/yoki YeMA bilan birgalikda aniqlash yuqori extimollik bilan seliakiyani tashxislash uchun imkor beradi [<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497>].

HLA-DQ2/DQ8 tiplash ayrim klinik xolatlarda seliakiyani istisno qilish uchun qo'llaniladi:

1. Marsh 1-2 gistologik manzarali seronegativ bemorlarda.
2. Aglyutenli dietaga o'tishdan oldin seliakiyaga serologik test o'tkazilmagan bemorlarni tashxislash
3. Serologik test va gistologik tekshiruvning natijalari bir biriga mos kelmaganda [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26465908/>].

Seliakiya rivojlanishi uchun HLA xavfi allellarining borligi - kerakli ammo ahamiyatsiz omil hisoblanadi. (< 1% bemorlarda DQ2 va DQ8 bo'lmaydi) [<http://www.omge.org/globalguidelines/guide13/guideline13.htm>].

Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, HLA gaplotiplari seliakiya patogenezing kaliti bo'lsa ham, genetik xavfning taxminan 35–40% ni tashkil qiladi. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26465908/>].

HLA tiplash katta bashorat qiluvchi ahamiyatga ega, HLA-DQ2/-DQ8 ning yo'qligi moyilligi bor shaxslarda seliakiyani istisno qiladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26465908/>]

Seliakiya bilan bog'liqligi aniqlangan qo'shimcha HLA genomsiz bo'lgan hududlar, mas'uliyat shkalasida hisoblangan tarqalishi bo'yicha 1% bo'lgan 32% genetik moyilligi bor: 25,5% MHC HLA uchun va 6,5% HLA-siz hududlarda extimolini tushuntiradi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26465908/>].

Parhezda glyutenning bo'lishi kerakli omildir; glyutensiz seliakiya bo'lmaydi, xattoki genetik moyillik bo'lsa xam.

Bolalarda seliakiya diagnostikasi uchun 2020 yilda ESPGHAN [22] chop etgan rasmiy protokol yangi boshqaruv tamoyillarini o'z ichiga oldi. Agarda bemorda seliakini biopsiya yordamida tashxislash uchun ko'rsatma bo'lsa, va zardobda yuqori miqdorda TGA-IgA (>10 ULN) va EMA-IgA-musbat chiqqanda TGA-IgA musbat bemorlarda HLA-DQ2 va DQ8 tiplash talab etilmaydi

Agar bemorda HLA DQ2 va DQ8 natijasi manfiy chiqsa, seliakiya xavfi juda ham kichik, agar musbat chiqsa bu tashxisni tasdiqlamaydi.

HLA tekshiruvi quyida xollarda tavsiya qilinadi

[\[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26465908/\]](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26465908/):

1. HLA manfiy test natijasi seliakini istisno qilish uchun yordam beradi.
2. Seliakiya tashxisi aniq qo'yilmagan bemorlar – manfiy serologiya, ammo gistologik o'zgarishlar seliakiya borligiga shubha uyg'otadi. Ushbu xolatda HLA tekshiruvi uning manfiy natijasida yordam beradi. Musbat serologiya va gistologik belgilari bo'lmagan holatda HLA tekshiruvi natijasi musbat chiqishi extimoli bor.
3. Kasallik belgilari paydo bo'lishi mumkin bo'lganda dinamik kuzatuvni talab etadigan va seliakiya rivojlanishi extimoli kam bo'lgan qarindoshlarni tekshirish lozim bo'lganda.
4. 2B boshqa autoimmun kasalliklari va genetik buzilishlari bor shaxslarni seliakiyaga tekshirish lozim (masalan, autoimmun tireoidit).
5. 1A genetik tiplanishning manfiy natijasi seliakini istisno qilish uchun yordam beradi. Ushbu gaplotip sog'lom aholining 30%ida bo'lishi- bu tekshiruvning skrining usul sifatida qo'llanilishiga qarshilik qiladi va seliakiya tashxisini qo'yish uchun asos hisoblanmaydi. 6. 1A Genetik tiplanish qiyin diagnostik holatlarda seliakiya tashxisini istisno qilish uchun yordam beradi. Genetik markerlarning bebaholigi shundaki, tekshiruv vaqtida ular bemorning qat'iy AGD daligiga yoki unga rioya qilmaganligiga bog'liq bo'lmaydi.

Tashxisni qo'yishda qiyinchilik tug'ilganda provokasion sinama o'tkaziladi, masalan tekshiruv paytida bemor glyutensiz dietaga rioya qiladi va morfologik ma'lumotlarga ko'ra parhez fonida tashxis qo'yish mumkin emas.

2S

Kasallikning klinik belgilari bo'lmaganda, gistologik va serologik tekshiruvlar shubxali bo'lganda, seliakiyaga gumon qilinganda provokasion test o'tkaziladi

[\[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/\]](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/).

Serologik va morfologik tasdiqlanmagan xolatda bemorlar glyutensiz parhezni boshlaganda yoki tashxisning to'g'riligiga shubxa uyg'otadigan birlamchi tekshiruvlarning natijasiga qarab yuklamali sinamani o'tkazish tavsiya etiladi. Ushbu xolatlarda glyuten bilan yuklama tashhisni tasdiqlash uchun yagona usul sifatida taklif qilinadi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>].

Glyuten bilan provokasiya 3 yoshdan katta bolalarga o'tkaziladi. Seliakiya tashxisi tasdiqlangan xolatda provokasiya ta'qiqlanadi!

Yuklamani o'tkazishdan oldin genetik tekshiruvni o'tkazish tavsiya etiladi, bunda manfiy javobni olish provokasiya o'tkazishni oldini olish uchun yordam beradi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>].

Provokasiya vaqtida har kunggi simptomlar bilan har haftadagi vaznning dinamikasini yozib boradigan kundalik tutiladi. Provokasion test bajarganda biopsiya olish bilan 2ta endoskopik tekshiruv o'tkazish tavsiya etiladi: 1chisi- AGD fonida, 2chisi – glyuten saqlovchi ozuqa moddalarini iste'mol qilganda klinik belgilarning paydo bo'lganida yoki 6 oydan so'ng kasallik qaytalanish belgilari bo'lmaganda. Bolalarga glyuten bilan yuklama ovqatiga glyuten kukunini sepish bilan o'tkaziladi va bemorga bug'doy nonini (pechenье, non mahsulotlari) berilmaydi, agarda seliakiya tashxisi tasdiqlansa bolaga bu mahsulotlarni iste'mol qilishni qayta ta'qiqlash juda qiyin bo'ladi.

Provokasiya uchun kunlik dozasi kamida 10gr glyuten bo'lishi kerak, bu 150 gr un yoki 200gr bug'doy noniga to'g'ri keladi. Agar glyuten kukuni mavjud bo'lmasa bemorga kuniga 1 porsiya (taxminan 250gr) manka yoki vermishel berish tavsiya etiladi

[<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497>]. Agar 6 oy mobaynida glyuten qabul qilgandan keyin biopsiyada hech qanday o'zgarish bo'lmasa, glyuten bilan zo'riqtirgandan 2 yil o'tgandan so'ng qayta morfologik tekshiruvni o'tkazish lozim. Shu vaqtgacha ham shilliq qavatda tuzilmali o'zgarishlar bo'lmasa, belgilar paydo bo'lganda yoki qon zardobida antitanachalar miqdori ortganda bemorlarni endoskopik tekshiruv bilan dinamik kuzatuv tavsiya etiladi.

2.2.2.2. Videokapsulali endoskopiya (VKE)

VKE seliakiya bilan bog'liq asoratlarni aniqlashi mumkin. VKE yordamida aniqlangan shilliq qavatning katta hajmda zararlanishi, RS II turi va albumin miqdorining pastligi bilan bog'liq. Davolashga sekin javob beradigan bemorlarda stenoz, eroziyalar, yaralar va limfomalar aniqanadi. Ushbu bemorlarda ayniqsa limfoma, adenokarsinoma yoki yarali yeyunitga klinik shubha uyg'ongan bemorlarda VKE keyingi o'tkaziladigan enteroskopiya usulining zarurligini baholash uchun qo'llaniladi. Diagnostikada yarali kolit belgilarini Kron kasalligi deb hisoblamalik kerak [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>].

1V

VKE – seliakiyaning birlamchi diagnostikasi uchun qo'llanilmaydi, bundan istisno: bemor serologik taxlilida musbat natijaga ega bo'lib,

	endoskopiya va biopsiyani o‘tkazishdan bosh tortsa yoki o‘tkazib bo‘lmaydigan xolatda
1V	VKE – seliakiya bilan bog‘liq asoratlarni aniqlash uchun muxim

2.2.2.3. Yog‘ kislotalarini bog‘laydigan oqsil

U ingichka ichakdagi epitelial hujayralardan ishlab chiqariladigan sitozol oqsil hisoblanadi. Hujayralar zararlanganda u qon aylanish tizimiga tushadi. Dietaga rioya qilinmaganda va glyutenni bilmasdan iste‘mol qilinganda zardobdagi «yog‘ kislotalarini bog‘lovchi oqsil» foydali bo‘lishi mumkin [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>].

1V	Dietaga rioya qilinmaganda va glyutenni bilmasdan iste‘mol qilinganda zardobdagi «yog‘ kislotalarini bog‘lovchi oqsil» foydali bo‘lishi mumkin.
-----------	---

2.2.2.4. Rentgenografiya

Shifokorlar va radiologlar seliakiyani belgilovchi ayrim rentgenologik natijalarni bilishi muxim, masalan, ingichka ichak burmalarining kamayishi, yonbosh ichak burmalarining ortishi, ingichka ichakning kengayish, devorining qalinlashishi, ichak invaginasiyasi, (kavitasion) qorinpardali limfadenopatiya, taloqda qon tomirlari o‘zgarishi va atrofiyasi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>].

2.2.2.5. Refrakter seliakiya diagnostikasi

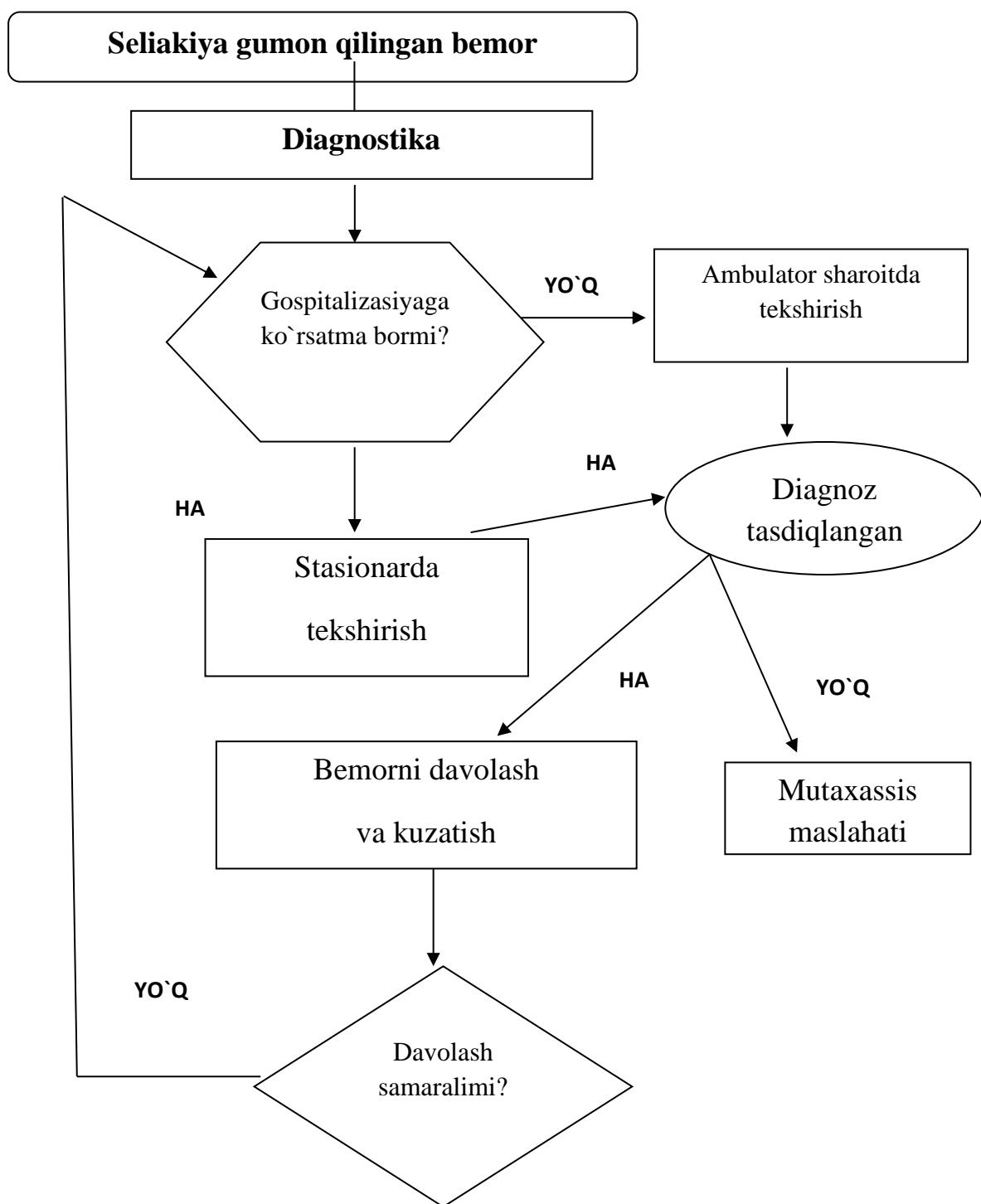
RS diagnostikasi uchun quyidagi klinik belgilar va laborator-instrumental usullar qo‘llaniladi:

1A	AGDga qat‘iy 6-12 oy davomida rioya qilinganda, seliakiya klinik belgilarining saqlanishi yoki qaytalanishi asosida RS tashxislanadi, bunda kasallik belgilari kelib chiqishining boshqa sabablari xususan onkologik kasalliklar bo‘lmaganda. [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497]
1A	RS diagnostikasining 1chi etapida serologik markerlarni aniqlash va AGD ga qat‘iy rioyani taxlil qilish lozim.
1A	RS holatini baholashda seliakiya tashxisining to‘g‘riligini tasdiqlash 1chi qadam hisoblanadi. RS bor-yo‘qligi ko‘rib chiqilayotganda manfiy serologiya seliakiyani istisno qilmaydi, HLA-DQ ning yo‘qligi esa bu tashxisni istisno qiladi [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497].
1A	Seliakiya mavjudligining ishonchli dalillari asosida AGDga reaksiya qilmaganda RS tashxisi qo‘yiladi. Klinik belgilar kelib chiqishining boshqa sabablarini inkor qilish kerak, xususan, AGDga qatsiy rioya qilmaslik, ortiqcha bakterial o‘shish sindromi, sikroskopik kolit va boshqalar [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497].

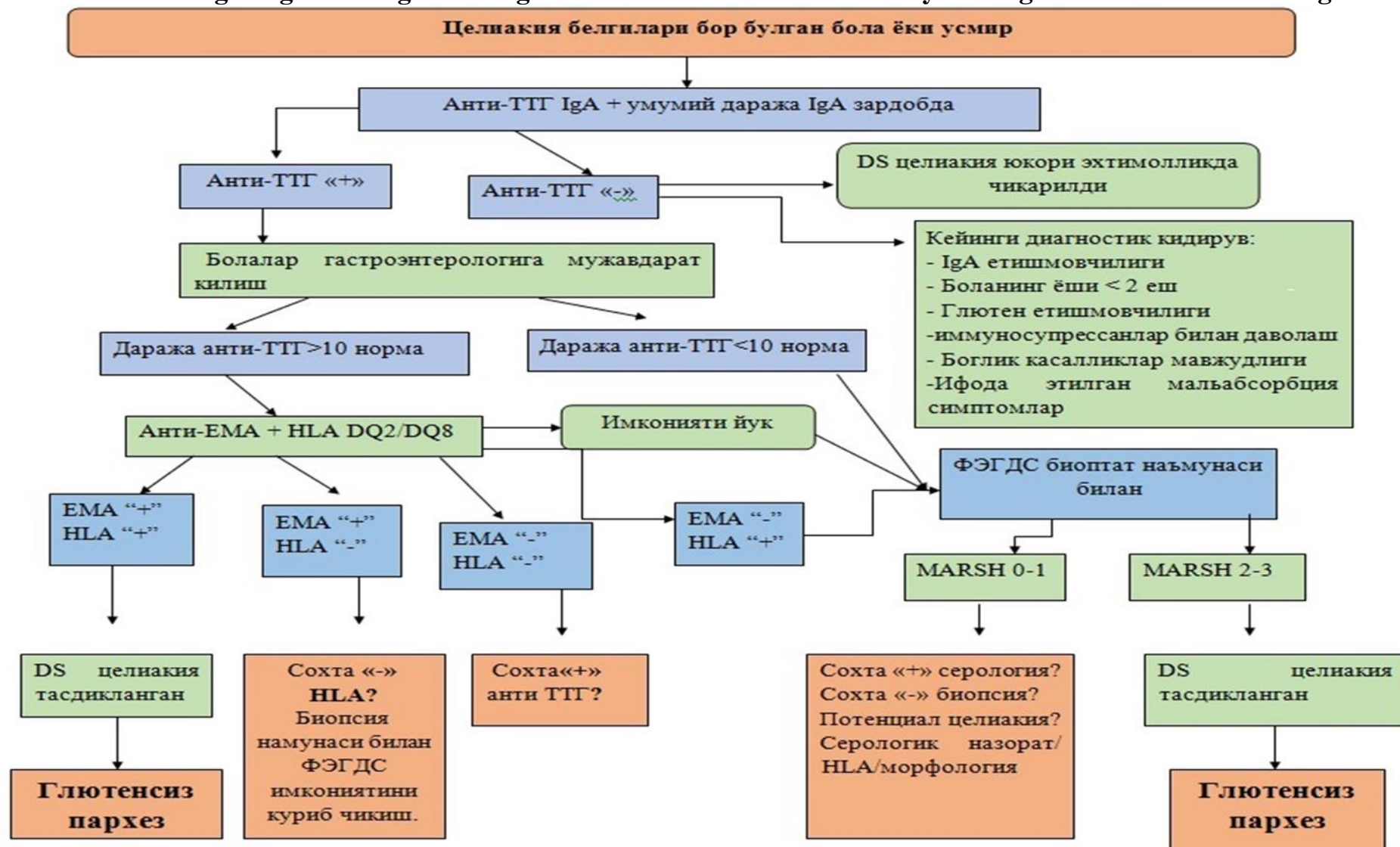
1A	Boshlang'ich etapda tashxis qo'yishda xal qiluvchi axamiyatga ega bo'lgan oldingi taxlillarni sinchkovlik bilan tekshirish lozim (serologik, morfologik, genetik). Seliakiya tashxisining isboti bo'lganda – kasallik belgilarining qaytalanishiga va AGDga yomon javobiga olib keladigan xamma sabablarni ko'rib chiqish keyingi etap hisoblanadi [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497].
1A	Simptomlar (diareya sindromi va so'rilishning og'ir buzilish sindromi) saqlanishi yoki paydo bo'lishi bilan klinik belgilar xarakterlanadi. Klinik belgilardan quyidagilar ko'proq uchraydi: diareya, qorinda og'riq, tana vaznini yo'qotish, tez charchash, holsizlik [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497]
2A	Laborator ko'rsatkichlarga gemoglobin, oqsil va albuminning pastligi, jigar fermentlari miqdorining oshishi kiradi.
1A	Manfiy prognostik omillar: albumin $\leq 3,2$ g/dl, gemoglobin ≤ 11 g/dl, vorsinkalarning total atrofiyasi, epiteliylararo limfositlar o'zgargan immunofenotip bilan [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497].

AGD ga qat'iy rioya qilgan taqdirda ham 19-30%gacha bo'lgan refrakter seliakiyali bemorlar musbat spesifik serologik sinamalarga ega (EMA, anti-tTG) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>]. RS rivojlanishini birlamchi baholashda immunogistokimyoviy usul bilan CD3/CD8ni aniqlash muxim hisoblanadi.

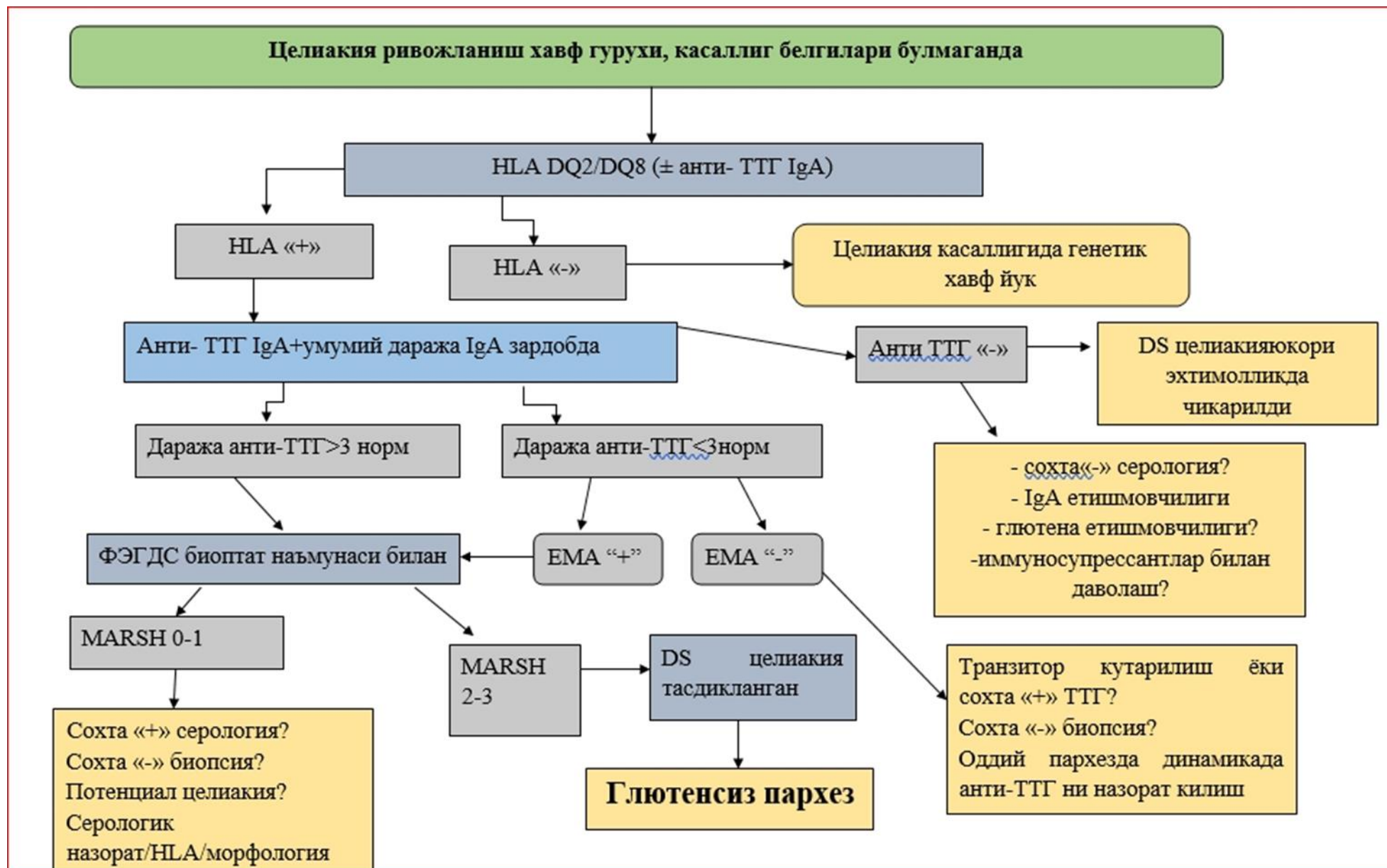
3-rasm. Bolalar va o'smirlarda seliakni diagnostikasi va davolash algoritmi



4-rasm. Kasallikning o'ziga xos belgilari bo'lgan bolalar va o'smirlarda seliakiyani diagnostikasi va davolash algoritmi [1,2]



5-рasm. Xavf guruxidagi kasaddik belgilari bo'lmagan bemorlarda seliakiyani diagnostikasi algoritmi [1,2]



3. DIFFERENSIAL DIAGNOZ

5-jadval

Diagnoz	Differensial diagnostikani asoslash	Tekshirishlar	Tashhisni inkor qilish mezonlari
1. malabsorbsiya sindromi bilan namoyon bo'ladigan kasalliklar: - mukovissidoz,	- OEN -Diareya, yog'li najas -qorin shishishi - qayt qilish -boshlanishi go'daklikdan bo'lishi mumkin	-Ter sinamasi -IRT -Genetik test -najasda elastaza	mukovissidozga xos sinamalarning manfiy natijalari
- Shvaxman-Daymond sindromi,	- OEN -anemiya, neytropeniya, trombositopeniya, leykemiya -diareya - skelet deformatsiyasi - qorin shishishi -raxit	- o'ziga xos mutasiyalarga genetik taxlil	mutasiyaning yo'qligi
- autoimmun enteropatiya,	- diareya -OEN - qorin shishishi -anemiya	ichak epiteliysi, bokalsimon hujayralar, antiyadroli, anti-DNK, silliy mushaklarga AT	sinamalarning manfiy natijalari
ichakning tug'ma limfangioektaziya (Val'dman sindrom),	- shishlar, - o'tib ketuvchi diareya, ko'ngil aynishi, - qayt qilish, - qorinda og'roiq - assit	- endoskopik tekshirishda ingichka ichak biopsiyasi - alfa-1-antitripsin bilan kontrastlash bilan limfangiografiya	sinamalarning manfiy natijalari
tripsin-enterokinaza yetishmovchiligi	- OEN va jsimoniyy rivojlanishdan orqada qolish - qayt qilish, - gipoproteinemik shishlar - anemiya - steatoreya	- enterokinazaga najas taxlili - duodenal massada enterokinazani aniqlash	ferment miqdori me'yorda

<p>2. O‘shish va rivojlanishdan orqada qolish: gipofizar nanizm,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - bo‘y o‘shidan orqada qolish - tishlar almashinuvining kechikishi - jismoniy rivojlanishning kechikishi - skelet deformatsiyalari 	<ul style="list-style-type: none"> - sutkaning turli qvaqtlarida qonda somatotrop gormonning miqdorini aniqlash, stimullash va stimullashsiz; - terk egarining rentgeni, KT yoki MRT; - suyak yoshini aniqlash uchun qo‘l rentgeni; boshqa gormonlar miqdorini aniqlash (somatomedin, tireoid gurux, kortizol, jinsiy va boshq.); - o‘sma jarayonini inkor qilish uchun bosh miya KT yoki MRT 	<p>gormonlar miqdorida o‘zgarish yo‘q</p>
<p>3. Bug‘doyga oziq-ovqat allergiyasi gastrointestinal shakli</p>	<ul style="list-style-type: none"> - qorinda og‘riq, - qorinning kattalashishi, meteorizm, - qusish va qayt qilish, - polifekaliya, - ishtahaning buzilishi 	<ul style="list-style-type: none"> - umumiy Ig E va spesifik Ig E - allergiyannig mollekulyar diagnostikasi 	<p>seliakiyaga sinamalarning manfiy natijalari</p>
<p>Infeksiyalar (masalan, virusli enterit, lyamblioz, kriptosporidiaz)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - OEN -diareya, - qorin shishishi - qayt qilish - isitma 	<p>infeksiya mavjudligiga PZR diagnostika</p>	<p>sinamalarning manfiy natijalari</p>
<p>SIBR</p>	<ul style="list-style-type: none"> - diareya - qorin shishishi - qorinda og‘riq 	<ul style="list-style-type: none"> - ingichka ichak aspiratining bakteriologik tekshirish, - 	<p>sinamalarning manfiy natijalari</p>

	- jismoniy rivojlanishdan orqada qolish	glyukoza va laktuloza bilan vodorod nafas testi	
SRK	- qorinda og‘riq - diareya - qabziyat - shilliqli najas - holsizlik - bosh og‘rishi	- Rim mezonlari - anamnez - morfologik tekshirishlar bilan ingichka ichak biopsiyasi	seliakiyaga sinamalarning musbat natijalari
glyutenga noseliakiyali ssezgirlik	- qorinda og‘riq - diareya - qabziyat - shilliqli najas - holsizlik - bosh og‘rishi - hushining xiralashishi	Salerno mezonlari	seliakiyaga sinamalarning musbat natijalari

4. SELIAKIYANI DAVOLASH

4.1. AMBULATOR DARAJADA DAVOLASH TAKTIKASI:

4.1.1. Konservativ davolash

Seliakiyani davolashning yagona usuli va uning asoratlarining profilaktikasi hozirgi kunda umrbod qat‘iy glyutensiz parhezga rioya qilish hisoblanadi.

Eliminatsiyali parhez terapiya asosini **ovqatlanish ratsionidan glyuten yoki uning qoldiqlarini saqlovchi mahsulotlarni to‘liq chiqarib tashlash** tashkil qiladi. Faqat “aniq” glyuten (non, non mahsulotlari va qandolat mahsulotlari, makaron mahsulotlari, bug‘doy/manna, arpa/perlovka, yormalar, bulgur, kus-kus, polba, spelta, tritikale, kamut) o‘z ichiga olgan mahsulotlarni iste‘mol qilmaslik juda muhimdir, shuningdek, ishlab chiqarish jarayonida oziq-ovqat qo‘shimchalari sifatida ishlatiladigan “yashirin” glyutenni o‘z ichiga oladi.

1A	Qat‘iy glyutensiz parhez ham simptomli
2C	ham simptomsiz bemorlarga tavsiya etiladi [1,10].

Seliakiya bilan kasallangan bemorning ovqatlanish ratsioni uning yoshi, ahvolining og‘irlik darajasi va davriga bog‘liq bo‘lib, umumiy tamoyillar asosida tuziladi: uglevodni – yormalar, kartoshka, dukkaklilar, sabzavotlar, mevalar, rezavorlarni hazm qilish; oqsil va yog‘li – go’sht, tuxum, baliqlar, sut mahsulotlari, o‘simlik yog‘i va sariqyog‘ hisobiga.

2C	“Potensial seliakiya”li bemorlarda (IIShQ normal tuzilishiga ega bo’lgan o’ziga xos antitanachalar va genetik belgilarning ortib borishi) klinik belgilar bo’lmaganda glyutensiz parhezni tavsiya etmaslik kerak, ammo antitanachalar darajasini dinamik nazorat qilishni davom ettirish va belgilar paydo bo’lganda takroran biopsiya o’tkazish lozim [1,10].
-----------	--

Seliakiyalı bemorlarga sulining toksikligi masalasi ochiq qolmoqda. Sulining aveninlari toksik emasligi to’g’risidagi fikr eng keng tarqalgan, ammo ko’pincha suli yormasi boshqa bug’doylilar, ayniqsa, bug’doy aralamalari qaraganda ko’proq ifloslangan.

1B	Seliakiyalı bemorlarning ovqatlantirish uchun maxsus glyutensiz mahsulotlar – non, makaron mahsulotlari va qandolat mahsulotlarini o’rnini bosuvchi albatta “bug’doy boshog’ining ustidan chizilgan” belgili mahsulotlar tavsiya etiladi. tavsiya etiladigan glyutenning eng maqbul miqdori <20 ppm* (20 mg/kg tayyor masulot) tashkil qiladi [1,10].
1A	Tanqislik holatlarini korreksiya qilish tavsiya etiladi [1,10].

Organ va tizimlarning ikkilamchi buzilishlari va tanqislik holatlari mavjudligini hisobga olish kerak, ular maxsus ovatlanishni talab qilishlari mumkin. Kichik bolalik yoshida seliakiyaning faol davrining kechishi uchun yaqqol dispeptik buzilishlar va distrofiyagacha ovatlanishning buzilishlari xosdir.

4.1.2. Medikamentoz davolash.

Seliakiyada medikamentoz davolash yordamchi tavsifga ega, ammo bir qator holatlarda hayotiy muhim bo’lishi mumkin. Asosan u malabsorbsiya sindromi fonida rivojlangan metabolik buzilishlarning korreksiyasiga yo’naltirilgan.

2C	Medikamentoz davolashni mikrosferik shakldagi pankreatin bilan olib borish tavsiya etiladi [1,4].
-----------	---

Ovqat hazm bo’lish jarayonlarining korreksiyasi yuqori faol mikrosferali pankreatik fermentlar tayinlanishi bilan amalga oshiriladi. Dori vositasi dozasi bolaning yoshi, ovqatlanish turi va steatoreyannig namoyon bo’lishi bilan aniqlanadi. Lipaza bo’yicha dastlabki doza kuniga 1 kg massaga 1000XB tashkil qiladi. Yaqqol namoyon bo’lgan diareya fonida adsorbentlar-mukotsitoprotektorlar tayinlanadi.

1C	Loperamidni qo’llash tavsiya etilmaydi [1,4].
2C	Zarur bo’lganda ichak mikroflorasi buzilishlarini korreksiya qilish tavsiya etiladi[1,4].
2C	Birinchi marta seliakiya tashhisi qo’yilgan bemorlarni mikronutrientlarga (temir, kalsiy, foliy kislotasi, vitamin D, vitamina B12) tekshirish va ularning tanqisligini davolash tavsiya etiladi [1,4].

Temir yetishmovchiligi anemiyasida temir preparatlari va foliy kislotasi tayinlanadi. Kaliy almashinuvi buzilishlarida (raxitsimon sindrom, gipokaltsiemiik talvasalar, osteopeniya) kalsiy va vitamin D tayinlanadi.

2C	Oqsil va suv-elektrolit almashinuvi buzilishlarida sindromal parenteral korrektsiya tavsiya etiladi. Og'ir holatlarda qisqa muddatli parenteral oziqlanish o'tkazish talab etiladi [1,4].
2C	Yaqqol oqsil energetik yetishmovchiligi bilan kechadigan kasallikning og'ir holatlarida va buyrak usti yetishmovchiligini korrektsiya qilish uchun o'rindosh terapiya sifatida seliakiyada glyukokortikoid preparatlarni qo'llash tavsiya etiladi [1,2,4].

4.1.2 Refrakter seliakiyani davolash

Bugungi kunda refrakter seliakiyannig samarali davolash mavjud emas, va davolash nutritiv qo'llab-quvvatlash va immunosupressiv yoki ablyasion davolashga bog'liq. Davolash stasionar sharoitida olib boriladi va keyinchalik ambulator kuzatuvda davom ettiriladi (refrakter anemiyani stasionar davolash bo'limiga qarang).

Asosiy dori vositalari ro'yxati (qo'llash ehtimoli 100 %)

6-jadval

Farmakoterapevtik guruh	MHH	Preparat shakllari	Ishonchlilik darajasi
A12CB01 Mineral qo'shimchalar	Rux sulfat	Peroral OEE da 2 mg/kg vaznga, 6 oydan katta bolalarga 20 mg/kun X 10-14 kun davomida	1A https://www.cochrane.org/ru/CD005436/INFECTN_dopolnitelnoe-peroralnoe-vvedenie-cinka-dlya-lecheniya-diarei-u-detey
A07BC05 A07B A07BC A07BA01 Enterosorblovchi vositalar	Smektit dioktaedrik, kremniy dioksid kolloid, polimetsiloksana poligidrat, faollashtirilgan ko'mir, gidrolizlangan lignin	Peroral yosh dozalarida	3B [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]]
A11CC05 Vitamin D	Kolekalsiferol	Peroral 6000 ME/kuniga qon	2C [https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-

		zardobida vitamin B miqdori me'yorga kelguncha, profilaktik doza – 2000 ME	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]
--	--	--	--

Qo'shimcha dorilar ro'yxati (ehtimoliylik darajasi 100% kam): ishonchlilik darajasini ko'rsatish kerak

7-jadval

Farmakoterapevtik guruh	Dori vositasi MHH	Preparat shakllari	Ishonchlilik darajasi
A07FA02 A07FA Ichak mikroflorasini me'yorga keltiradigan vosita	Saccharomyces boulardii, Bacillus clausii	Peroral yosh dozalarida	3B https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8912170/
B03AB05 Antianemik dori vositasi	Temir (III) gidroksid polimaltozat Temir (III) gidroksid dekstran	Peroral Kunduzgi shifoxona mavjudligida mushak ichiga 3-5 mg elementar temir / kg vazn, profilaktika maqsadida - 2 mg / kg vazn	2C [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]
A09AA02 Poliferment vositalar	Pankreatin mikrosferik	Peroral 1000-2000 MQA lipaza/kg og'irlik	2C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9260863/
A12AA04 Kalsiy vositalari	Kalsiy karbonat, kalsiy sitrat	Peroral yosh dozalarida	2C [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]

Boshqa anemiyaga qarshi vositalar B03BB01	Foliy kislotasi	Pereoral 3 oy davomida kuniga 1 mg, so'ngra 400-800 mkg / kungacha kamayadi.	2C [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]
--	-----------------	---	---

4.2 STATIONAR DARAJADA DAVOLASH TAKTIKASI:

4.2.1. Bemorning kuzatuv kartasi, bemorning marshrutizatsiyasi:

- 1) tajribali gastroenterolog, dietolog maslahati,
- 2) kasallikka ma'lumotli munosabat,
- 3) umri davomida glyutensiz parhez,
- 4) maldigestiyalar sindromi diagnostikasi:
qonda umumiy oqsil va albumin miqdorini aniqlash
qonda vitamin D va V12 miqdorini aniqlash
qonda kalsiy miqdorini aniqlash
ferritin miqdorini aniqlash
- 5) maldigestiya sindromini davolash (6.2-bo'limga qarang)
- 6) mutaxassislarining ko'p sonli guruhini davomli kuzatish.

4.2.2. Nomedikamentoz terapiya.

Seliakiyani davolashning yagona usuli va uninig asoratlarining profilaktikasi hozirgi kunda umrbod qat'iy glyutensiz parhezga rioya qilish hisoblanadi.

Seliakiyali bemorlarda parhezterapiyaning holati va amalga oshirilishi faol davrida ko'p sonli ovqat hazm qilishning tez-tez rivojlanishi ham murakkablashadi. Ko'pincha bu – ikkilamchi laktaza yetishmovchiligi (75%), sigir suti oqsiliga (72%), ko'pincha boshqa oziq-ovqat mahsulotlari – guruch, banan, tovuq tuxumiga va boshq. sezgirlik. Sut mahsulotlarining o'rnini bosuvchilar gidrolizlangan oqsillar asosida tarkibiga yog' qo'shilgan maxsus aralashmalar bo'lishi mumkin: Nutrilak Peptidi STsT (Infaprim); Alfare (Nestle); NutriLo Pepti Gastro (Nutritsiya); 1 yoshdan katta bolalarda – Peptamen Yuniior (Nestle). Biroq, ko'rsatilgan mahsulotlardan foydalanish ushbu aralashmalarning maxsus organoleptik xossalari ta'sirida ishtahasi past bemorlarda chegaralangan bo'lishi mumkin.

4.2.3. Medikamentoz terapiya

2C	Medikamentoz davolashni mikrosferik shakldagi pankreatin bilan olib borish tavsiya etiladi [1,4].
-----------	---

Ovqat hazm bo'lish jarayonlarining korrektsiyasi yuqori faol mikrosferali pankreatik fermentlar tayinlanishi bilan amalga oshiriladi. Dori vositasi dozasi bolaning yoshi, ovqatlanish turi va steatoreyannig namoyon bo'lishi bilan aniqlanadi. Lipaza bo'yicha dastlabki doza kuniga 1 kg massaga 1000XB tashkil qiladi. Yaqqol namoyon bo'lgan diareya fonida adsorbentlar-mukotsitoprotektorlar tayinlanadi.

1C	Loperamidni qo'llash tavsiya etilmaydi [1,4].
2C	Zarur bo'lganda ichak mikroflorasi buzilishlarini korrektsiya qilish tavsiya etiladi [1,4].
2C	Birinchi marta seliakiya tashhisi qo'yilgan bemorlarni mikronutrientlarga (temir, kalsiy, foliy kislotasi, vitamin D, vitamina B12) tekshirish va ularning tanqisligini davolash tavsiya etiladi [1,4].

Temir yetishmovchiligi anemiyasida temir preparatlari va foliy kislotasi tayinlanadi. Kaliy almashinuvi buzilishlarida (raxitsimon sindrom, gipokaltsiemiya talvasalar, osteopeniya) kalsiy va vitamin D tayinlanadi.

2C	Oqsil va suv-elektrolit almashinuvi buzilishlarida sindromal parenteral korrektsiya tavsiya etiladi. Og'ir holatlarda qisqa muddatli parenteral oziqlanish o'tkazish talab etiladi [1,4].
2C	Yaqqol oqsil energetik yetishmovchiligi bilan kechadigan kasallikning og'ir holatlarida va buyrak usti yetishmovchiligini korrektsiya qilish uchun o'rindosh terapiya sifatida seliakiyada glyukokortikoid preparatlarni qo'llash tavsiya etiladi [1,2,4].

4.2.4. Refrakterli seliakiyani davolash

Hozirgi kunda refrakter seliakiyaning effektiv davosi yo'q, va davo nutritiv quvvatlash, immunosupressiv va ablyatsion davoga bog'liq bo'ladi.

Refrakter seliakiya I turini davolash

Nutritiv quvvatlash bilan immunosupressiv davoni kombinatsiya qilish zarur. RCD-I uchun immunodepressant davosi sifatida steroidlar, tiopurinlar va infliksimab qo'llaniladi. SR-mesalamin ham samarali, ammo gistologik javob achinarli bo'lishi mumkin. Budesonidni peroral qabul qilish klinik yaxshilanishga olib kelgan, ammo 90% bemorlarda gistologik o'zgarishlarga olib kelmagan

[\[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/\]](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/). Budesonid ingichka ichakning proksimal qismiga ta'sirini oshirish maqsadida ochiq kapsula ko'rinishida berilgan. Ijobiy klinik va gistologik javob refrakter seliakiya-I da ham, refrakter seliakiya-II da ham kuzatilgan. **Azatioprin va prednizolon** kombinatsiyasi eng ijobiy gistologik tiklanishga olib kelishi mumkin, ammo vorsinkalar me'yorlashishi 50% bemorlardagina kuzatiladi, va limfomalar rivojlanishiga olib kelishi, steroidlar bilan bog'liq asoratlarga olib kelishi havotirga soladi. **Infliksimumab** bilan davolash bir necha holatlardagina qo'llanilgan. **Tioguanin** yaxshi hazm bo'ladi, va vorsinkalar atrofiyasiga qaramasdan yaxshi biochiqishishlikka ega. Refrakter seliakiya – I turi bilan og'rigan 83% bemorda klinik va gistologik javob kuzatilgan. Bu preparat tugunli regenerativ jigar giperplaziyasi rivojlanishining kichik havfi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Seliakiyani o'rganish bo'yicha Yevropa jamiyati refrakter seliakiya – I turini davolashda quyidagi strategiyani tavsiya etadi [\[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/\]](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/):

1. Nutritiv quvvatlash.
2. Budesonid (ochiq kapsula yoki, agarda bo'lsa, darhol ochiladigan) (3 mg kuniga 3 mahal) 3 oydan kam bo'lmagan muddatda. Steroidlarga javob bo'lgandan so'ng azatioprin boshlash kerak (2–2,5 mg / kg / kuniga). Natijani baholash uchun 3oy azatioprindan so'ng 12 barmoqli ichakni qa yta biopsiyasi o'tkazilishi lozim. 6-tioguanin xavfsiz alternativa hisoblaniishi mumkin.
3. Samara bo'lmaganda refrakter seliakiya-I tashhisini qayta baholash kerak va tiopkrin dozasi optimallashtirish talab etiladi
4. Samara ko'rgan bemorlarni har yili endoskopiya va abberant MELni miqdoriy baholaydigan biopsiyadan o'tkazish lozim. 2-3 yil to'liq samara bo'lganda azatioprinni to'xtatishni ko'rib chiqish mumkin.

Refrakter seliakiya II turini davolash

Immunodepressantlar chegaralangan rol o'ynaydi. Budesonid ochiq kapsula ko'rinishida yoki darhol ochish shaklida taskin beruvchi ko'rinadi. Refrakter seliakiya-II li bemorlarda T-hujayrali limfomalarga assotsirlangan enteropatiyaning rivojlanishi yuqoriligini inobatga olib, refrakter seliakiya-II davolashda so'nggi maqsad bo'lib abberant hujayralar populyatsiyasini yo'qotish hisoblanadi. **Kladribin*** (2-CDA) qo'llanilganda abberant hujayralarning qisqarishi bilan kechadigan klinik va gistologik remissiya qayd qilingan [1,2]. 83% odamlarda 5 yillik yashovchanlikka ega. Bu davodan oldin T-hujayrali limfomaga assotsiirlangan enteropatiyalarni istisno qilish kerak. Mumkin bo'lgan alternativ strategiyalardan biri yuqori dozali kimyoviy terapiyani so'ng **autologik gemopoetik o'zak hujayralarni transplantatsiyasini** o'z ichiga oladi [\[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/\]](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/). Transplantatsiya klinik va biokimyoviy ko'rsatkichlarning va xayot sifatining sezilarli yaxshilanishi bilan kechadi. Davolangan bemorlarda abberant T hujayralarning qisqarishi kuzatilmaydi, shuning uchun uzoq muddatli natijalar kutiladi, ayniqsa transplantatsiya boshlagandan so'ng. Transplantatsiya belgisiz bemorlarda MEL aberrant populyatsiyasini yo'qotish

uchun emas, faqat simptomatikasi bor bemorlarga ko'rsatma hisoblanadi. Yomon sifatli transformatsiyaning yuqori xavfi abberant MELdan ekspressiyalanadigan turli retseptorlarning umumiy quyidagi signal molekullarni ingibitorini o'z ichiga oladigan davolash strategiyasini talab etadi.

Tofatsitinib* bir necha sitokinlarning γ -zanjiri retseptori orqali signalni bloklaydigan yanus-kinaza 3 ingibitori hisoblanadi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>]. Ushbu ingibirlanish Refrakter seliakiya– Iida antiapoptotik samara va immun aktivatsiyaning susayishiga olib keladi. Seliakiyani o'rganish bo'yicha Yevropa jamiyati refrakter seliakiya – II ni davolashda quyidagi strategiyani tavsiya etadi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>]:

1. Nisbatan turg'un bemorlarda ochiq kapsulalar/tez ta'sir qiladigan budesonid (3 mg 3 mahal kuniga) yoki peroral prednizolon (0,5–1 mg/kg/kuniga) ni qo'llash mumkin).
2. Og'ir bemorlarda keyinchalik enteral terapiyaga o'tish uchun vena ichiga prednizolon kerak.
3. Bu davrda purin analoglari ingibitorlari qo'llash mumkin: **kladribin** yoki **fludarabin**, 0,15 mg/kg/kuniga 5 kun davomida. Ijobiy samara ko'rgan bemorlarga agar retsidiv 6-12 oydan so'ng kuzatilsa ikkinchi kurs davoni olishlari mumkin.
4. Kladribin bilan terapiyadan so'ng simptomatik ahvoli yomonlashgan bemorlar tashxisini qayta baholash zarur. Autologik gemopoetik o'zak hujayralarini transplantatsiyasi keyingi qadam hisoblanadi.

1B	RSsli bemorlarda medikamentoz terapiya. Ayniqsa RTs I turi mavjud bemorlarda AGD ga qat'iy rioyani davom ettirish zarur. 28–60% RTsli bemorlar og'ir vazn yo'qotgani hamda mal'absorbtsiya sindromi oqibatida rivojlanadigan metabolik yetishmovchiliklar (og'ir gipoproteinemiya) bo'lgani uchun to'liq parenteral oziqlanishga o'tkaziladi.
1A	RSs li bemorlar chuqur dispanser kuzatuvda bo'lishi kerak va kerakli nutritiv quvvatlashni olishi kerak, bunda parenteral oziqlanish ham kiritiladi.
1B	Bemorlarni keyingi olib borish va prognozni baholash uchun RTs I va II turini differentsial diagnostikasi zarur.

Asosiy dori vositalari ro'yxati (qo'llash ehtimoli 100 %)

8-jadval

Farmakoterapevtik guruh	MHH	Preparat shakllari	Ishonchlilik darajasi
A12CB01			A12CB01

Mineral qo'shimchalar	Rux sulfat	Peroral	Mineral qo'shimchalar
OEE da 2 mg/kg vaznga, 6 oydan katta bolalarga 20 mg/kun X			OEE da 2 mg/kg vaznga, 6 oydan katta bolalarga 20 mg/kun X
B05BA03 Uglevodlar	Glyukoza eritmasi	Vena ichiga tomchilab 5-10 ml/kg	5B [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]
B05BB01 B05BB04 Elektrolitlar	Fiziologik eritma 0,9%, Ringen laktat eritmasi, Reosorбилakt	Vena ichiga tomchilab 5-10 ml/kg	5B [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]
A11CC05 Vitamin D	Kolekaltsiferol	6000 ME/kun do fqon zardobida vitamin D ning me'yoriy miqdoriga erishilguncha, profilaktik doza – 2000 ME	1A [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]

			0%D0%B9%D1%82_22 .07.2021.pdf]
--	--	--	-----------------------------------

Qo'shimcha doralar ro'yhati (qo'llash ehtimoli 100% dan kam): dalil darajasi ko'rsatilishi kerak

9-jadval

Farmakoterapevtik guruh	дори воситаси МНН	Preparat shakllari	Ishonchlilik darajasi
H02 Kortikosteroidlar tizimli ta'sir ko'rsatuvchi	Prednizolon	mushak orasiga vena ichiga 1-2mg/kg	5B [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]
C03CA01 Diuretiklar	Furosimed	Vena ichiga 1 mg/kg	2C [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]
H01CB02 Gipofiz gormonlari va uning analoglari	Oktreotid	teri ostiga yoki vena ichiga 50-3000 mkg/sut	1A [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]

			0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82_22.07.2021.pdf]
A04AA01 Serotonin 5HT3- retseptorlari blokatorlari	Ondansetron	mushak orasiga vena ichiga 0,1 mg/kg	1A https://mediqlab.com/drugs/a912a75b-7a97-47e0-a5ca-7b51b8687912
B05AA01 Qon o'rnini bosadigan va qon plazmasi preparatlari	Albumin 20%	Vena ichiga 3-5 ml/kg	1A https://mediqlab.com/drugs/71467260-4c0c-4e73-bd0f-ed8fe424054e
A07AX03 A07AA11 J01X D01 Mikroblarga qarshi ichak preparatlari Ichak antibiotiklari Boshqa mikroblarga qarshi preparatlari	nifuroksazid Rifaksimin Metronidazol	Peroral yosh dozalarida 20-30 mg/kg/sut 22,5 mg/kg	5B [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]
A07FA02 A07FA Ichak mikroflorasini me'yorlashtiruvchi vositalar	Saccharomyces boulardii, Bacillus clausii	Peroral yosh dozasi	3B https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8912170/
Anemiyaga qarshi preparatlar B03AB05	Temir (III) gidroksid polimaltozat Temir (III) gidroksid dekstran	Peroral mushak orasiga Vena ichiga 3-5 mg elementar temir/kg vaznga, profilaktika maqsadida – 2 mg/kg vaznga	1A [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]
B03XA01 Boshqa anemiyaga qarshi preparatlar	Eritropoetin	Vena ichiga 40 ME/kg	1A https://mediqlab.com/drugs/89fa1cab-fdf3-44a0-a568-f352ab0009fd

A09AA02 Poliferment preparatlar	Pankreatin mikrosferik	Peroral 1000-2000 ME lipaza/kg vaznga	2C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9260863/
A16AA01 Aminokislotalar va uning mahsulotlari	Levokarnitin	Vena ichiga Peroral 100 mg/kg	2C [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]
A12AA04 Kaltsiy preparatlari	Kalsiy karbonat, kalsiy sitrat	Peroral yosh dozalarida 400-1200 mg/sut	2C [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]
B03BB01 Boshqa anemiyaga qarshi vositalar	Foliy kislotasi	Peroral 1 mg/kuniga X 3 oy davomida keyin 400-800 mkg/ykun gacha dozasini kamaytirish bilan	2C [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]
R03BA02 Glyukokortikoidlar	Budesonid	Peroral 3 mg 3 marta kuniga	2C [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]
L04AX01 Boshqa antidepressantlar	Azatioprin	Peroral 2-2,5 mg/kg/kuniga	2C [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]

Klinik protokollarga O'zbekiston Respublikasida ro'yxatdan o'tmagan dori vositalarini kiritish kafolatlangan bepul tibbiy yordam ko'rsatish doirasida va majburiy tibbiy sug'urta tizimida qoplab berish uchun asos bo'lmaydi.

4.2.5 Seliakiyani xirurgik davolash

Talab etilmaydi

TIBBIY YORDAM KO'RSATISH TURLARINI INOBATGA OLIB STACIONARGA YOTQIZISH UCHUN KO'RSATMA:

1) Rejali gospitalizasiya uchun ko'rsatma:

- seliakining o'rta-og'ir va yengil kechishi bo'lgan bolalar
- oqsil-energetik yetishmovchilik o'rta va yengil darajasi

2) Shoshilinch gospitalizasiya uchun ko'rsatma:

- seliakining og'ir kechishi bo'lgan bolalar
- malʼabsorbsiya sindromining og'ir ko'rinishlari
- oqsil-energetik yetishmovchilik og'ir darajasi
- suvsizlanishning og'ir darajasi
- yaqqol oqsilsiz shishlar

5. REABILITATSIYA VA DISPANSERIZATSIYA

Reabilitatsiya talab etilmaydi

Seliakiya tashhisi qo'yilganda dispanser kuzatish

Kuzatish muddatdlari: umri davomida.

Bemorni bolalar gastroenterologigi olib boradi.

Jispanser kuztuv davomida tekshirish:

- so'rash,
- ko'rik,
- bo'yi va vaznini o'lchash,
- koprogramma,
- qonning klinik tekshirish,
- qonning biokimyoviy tekshirish (umumiy oqsil, jigar sinamalari, glyukoza, kaltsiy, fosfor, temir, xolesterin, triglitseridlar),
- ovqat hazm qilish a'zolari va qavlqonsimon bez UTT, 12 yoshli qizlarda – kichik tos a'zolari UTT,
- ko'rsatmaga ko'ra umurtqaning bel soxasi densitometriyasi,
- serologik tekshirish.
- ko'rsatmaga ko'ra IIShQ biopsiya bilan EGDS,
- mutaxassislar konsultatsiyasi (endokrinolog, stomatolog, osteolog, psixolog vaboshq.).

Serologik tekshirish (IgG, IgA, anti-TTG, AGA) GP rioya qilishni ob'ektiv nazorat qilish maqsadida **har yili** takrorlash tavsiya etiladi.

Seliakiya kasalligi aniqlangan morfologik/gistologik jihatdan tasdiqlangan barqaror remissiya bo'lsa, takroriy EGDS/biopsiya tavsiya etiladi.

Endoskopik/gistologik tekshirish birinchi marta kelganda, kasallikning faol davrida va klinik remissiya holatida 12-18 soatdan keyin, shu jumladan bemorning ahvoli yomonlashganda o'tkaziladi.

Qaytalanishga qarshi davolash sifatida, ingichka ichakning tuzilishi va funktsiyalarini me'yorlashtirish, metabolik kasalliklarni bartaraf etish va bolaning jismoniy, ruhiy va jinsiy rivojlanishining me'yoriy sur'atlarini ta'minlashning garovi bo'lgan umrbod qat'iy glyutensiz parhez tavsiya etiladi. qo'shimcha dori-darmonli davolash shaxsiy ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshiriladi.

2C	Remissiya davrida profilaktik emlashlar tavsiya etiladi
2C	Pnevmonokokk infeksiyaning xavfi ortishi bilan pnevmokokkli emlash tavsiya etiladi [1,4,5].

Seliakiya tashhisi tasdiqlanganda dispanser kuzatish

Serologik tekshirishlarni (IgG, IgA, anti-TTG, AGA) LPga rioya qilinishini ob'ektiv nazorat qilish maqsadida har yili takrorlash tavsiya etiladi.

Davolash samaradorligi indikatorlari:

- klinik simptomlarni bartaraf etish;
- bemorning hayot sifatini yaxshilash;
- ingichka ichak shilliq qavati gistologik tuzilmasini tiklash (IEL kamaytirish);
- periferik qon ko'rsatkichlarini me'yorlashtirish (gemoglobin, eritrositlar);
- BXA – umumiy oqsil va albuminlar, zardorb temiri miqdorini ko'paytirish;
- qonning elektrolit tarkibini tiklash va me'yorlashtirish (K,Na,Mg, Ca);
- antitTG, EmA, DGP immunoglobulinlar miqdorini pasaytirish.

Qaytalanishga qarshi davolash sifatida, ingichka ichakning tuzilishi va funksiyalarini me'yorlashtirish, metabolik kasalliklarni bartaraf etish va bolaning jismoniy, ruxiy va jinsiy rivojlanishining me'yoriy sur'atlarini ta'minlashning garovi bo'lgan umrbod qat'iy glyutensiz parhez tavsiya etiladi. qo'shimcha dori-darmonli davolash shaxsiy ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshiriladi.

ADABIYOTLAR RO‘YXATI

1. Abdulbaqi Al-Toma et al. European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) guideline for coeliac disease and other gluten-related disorders. *United European Gastroenterology Journal* 2019, Vol. 7(5) 583–613 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/>)
2. Husby S, Koletzko S. et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Guidelines for the Diagnosis of Coeliac Disease. *JPGN* 2020;70: 141–157. (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/MPG.0000000000002497>)
3. Theethira TG, Dennis M, Leffler DA. Nutritional consequences of celiac disease and the gluten-free diet. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2014;8(2):123–129. doi:10.1586/17474124.2014.876360 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24417260/>)
4. Всероссийский консенсус по диагностике и лечению целиакии у детей и взрослых*. Принят на 43-й Научной сессии ЦНИИГ (2-3 марта 2016 г.). *Consilium medicum. Педиатрия.* 2016;01:6-19 (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)
5. И.А. Иськова, И.Л. Кляритская, Т.А. Цапьяк, В.В. Кривой. Диагностика целиакии в свете новых рекомендаций Европейского общества по изучению целиакии (ESsCD). *Крымский терапевтический журнал.* 2019, №4, 9 (<https://elibrary.ru/item.asp?id=42516978>)
6. Giersiepen K, Lelgemann M, Stuhldreher N, Ronfani L, Husby S, Koletzko S, et al. Accuracy of diagnostic antibody tests for coeliac disease in children: summary of an evidence report. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;54(2):229–41. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22266486/>)
7. Sugai E, Hwang HJ, Vázquez H, Moreno ML, Costa F, Longarini G, et al. Should ESPGHAN guidelines for serologic diagnosis of celiac disease be used in adults? A prospective analysis in an adult patient cohort with high pretest probability. *Am J Gastroenterol* 2015;110(10):1504–5. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26465908/>)
8. Ludvigsson JF, Bai JC, Biagi F, Card TR, Ciacci C, Ciclitira PJ, et al. Diagnosis and management of adult coeliac disease: guidelines from the British Society of Gastroenterology. *Gut* 2014;63(8):1210–28. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24917550/>)
9. Celiac Disease: WGO—OMGE Practice Guideline // World Gastroenterology Organisation [Electronic resource]. – 2021 – Mode of access: <http://www.omge.org/globalguidelines/guide13/guideline13.htm>
10. Codex Alimentarius Commission of FAO/WHO. Draft revised standard for foods for special dietary use for persons intolerant to gluten, FAO/WHO, Geneva 30 June–4 July 2018 9 (<https://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/codex-texts/list-standards/en/>)
11. Ревнова, М.О.; Романовская, И.Э. Целиакия: болезнь или образ жизни? Издательство: СПб: Ольга. 156 страниц; 2003 г. (<https://www.libex.ru/detail/book63136.html>)

1-ilova. Kim seliakiyaga tekshirilishu kerak
[\[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/\]](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/)

On ikki barmoqli ichak endoskopiyasi va biopsiyasi, hatto seliakiyaga serologic tekshirish manfiy bo`lsa ham	Seliakiyaga serologik tekshirishga ko`rsatma: serologiya musbat bo`lgandagina biopsiya kerak
Surunkali diareya (qon aralashmasi yo`q)	SRK
Malabsorbsiya belgilari bilan diareya, ayniqsa vazn yo`qotishda	Boshqa sabablarsiz jigar transferazalarining ortishi
Boshqa sabablarsiz temir tanqisligi anemiyasi	Oilada seliakiya kasalligi yoki autoimmun kasalliklar tarixi bo'lmagan surunkali oshqozon-ichak kasalliklari
Gastrointestinal simptomlar oilada seliakiya kasalligi tarixi bilan birlashtirilgan	Mikroskopik kolit
Gastrointestinal simptomlar autoimmun kasalliklari va IgA etishmovchiligi bo'lgan bolalarda	Hashimoto tiroiditi va Graves kasalligi
Bolalarda vazn va boyining kechikishi	Osteopeniya / osteoporoz
Teri biopsiyasi bilan tasdiqlangan During dermatiti	Tushunmagan ataksiya yoki periferik neyropatiya
Vorsinka atrofiyasiga mos keladigan videokapsulali endoskopiya natijalari bo'lgan bemor	Takroriy aft yaralari/tish emalidagi nuqsonlar
Ileo-kolostomadan chiqadigan sababsiz ko'p miqdorda najas	Bepushtlik, abort, hayz ko'rishning kech boshlanishi, erta menopauza
	Surunkali charchoq sindromi
	O'tkir yoki surunkali pankreatit, agar boshqa sabablar chiqarib tashlansa
	Epilepsiya; bosh og'rig'i, shu jumladan migren; kayfiyatning buzilishi; yoki diqqat etishmasligi buzilishi / kognitiv buzilish
	Giposplenizm yoki funktsional aspleniya
	Psoriaz yoki boshqa teri shikastlanishlari, gerpetiform dermatitdan tashqari
	Daun va Tyorner sindromlari

	O'pka gemosiderozi
	IgA nefropatiya

2-ilova. Bemorlar uchun ma'lumot

Seliakiya – bu irsiy kasallik hisoblanadi. Seliakiyali insonlarga glyutenni – bir qator donli mahsulotlar (bug'doy, javdar va boshq.) tarkibiga kiradigan oqsilni hazm qila olmaslik hos. Glyuten taʼsirida bemorlarda ichak shilliq qavati zararlanadi va hazm qilish aʼzolarining faoliyati buzilishining bir qancha simptomlari paydo boʻladi – tez-tez suyuq ahlat, qorin dam boʻlishi hamda oziq moddalar soʻrilishining buzilish belgilari – vazn yoʻqotish, oʻsishdan orqada qolish, avitaminozlar, mikroelementlar yetishmovchiligi paydo boʻladi.

Seliakiya ham erkak, ham ayollarda uchrashi mumkin. Seliakiya prognozi oʻz vaqtida tashxis qoʻyish va davolashni boshlashga bogʻliq.

Umrbod qatʼiy glyutensiz parhez seliakiyaning yagona davo usuli hisoblanadi.

Glyutensiz parhezni erta boshlanishi prognozni va seliakiyali bolalar xayot sifatini yaxshilaydi, asoratlar rivojlanishini oldini oladi.

Kundalik xayotda bir qator ozuqa boʻlmagan mahsulotlardan ham organizmga glyuten tushishi mumkin. Bu mahsulotlarga: pochta markalar va konvertlaridagi kley, kosmetikalarning ayrimlari, lab boʻyogʻi, tish pastasining ayrim turlari kiradi. Dori preparatlari ham glyuten saqlashi mumkin, tabletkalar, qobiq bilan oʻralgan tabletkalar.

Bemorlar va ularning ota onalari oshxona asboblari, tosterlar, plitalarni alohida qoʻllash haqida koʻrsatmaga ega boʻlishi kerak. Agar orada umumiy predmetlar suvda sovun bilan yaxshilab yuvilsa, bu koʻrsatma kerak boʻlmasligi ham mumkin, tosterlarning alohida qopchalarining boʻlishi, 2 ta toster ishlatish kerakligini oldini olishga imkon beradi.

3- ilova. Seliakiyada ovqat ratsionidan istisno qilinadigan glyuten-saqlovchi mahsulotlar va ovqatlar [<https://www.libex.ru/detail/book63136.html>]

Mahsulotlar	Bug'doy	Javdar	Arpa	Suli
Yormalar, bo'tqalar	Manka, bug'doy, kuskus, spel'ta, tritikale, durum, bulgur, polba, hamda tarkibida bug'doy saqlaydigan bir necha yormalar («5 yorma», «7 yorma» va boshqalar.)	Javdari, hamda bir nechta yormalardan bo'lgan, tarkibida javdar yormalar («5 yorma», «7 yorma» va boshqalar.)	arpali, perlovka, arpali, tarkibida arpa bo'lgan bir necha yormalar («5 yorma», «7 yorma» va boshq.)	Ovsyanka, «Gerkules», tolokno, tarkibida suli bo'lgan bir necha yormalar («5 yorma», «7 yorma» va boshq.)
Un va kepaklar	Bug'doy uni va kepaklari, tarkibida bug'doy uni bo'lgan unli aralashmalar	Javdari un va kepaklar, tarkibida javdari un bo'lgan unli aralashmalar	Arpali un va kepaklar, arpa uni tarkibida bor bo'lgan unli aralashmalar	Ovsyanka uni, Ovsyanka uni tarkibida bor bo'lgan unli aralashmalar
Bolalar bo'tqalari	Bug'doy, manniy yormasiidan bo'lgan instant bolalar bo'tqalari (tez eruvchan),	«4 yorma», «7 yorma», «aralash zlaklar»	Arpa, arpali bo'tqa, 4 yorma», «7 yorma», «aralash zlaklar»	Ovsyanka unli va xlopyali barcha tayyor bo'tqalar, 4 yorma», «7 yormalar», «aralash zlaklar»
Tayyor bankadagi ozuqa	Bolalar uchun go'shtli, baliqli, sabzavotli va boshqa konservalar - bug'doy uni yoki manniy qo'shilgan (qadoqdagi tarkibga qarang)			Bolalar uchun suli uni qo'shilgan go'shtli, go'sht-sabzavotli, baliqli, mevali, konservalar
Non va non mahsulotlari; Qandolat mahsulotlari	Non, teshkulcha, suxari, pechen'ye, vafli, sdoba, piroglar, tortlar, karamel', to'ldirilgan	Non, yopilgan non, Yupqa (tiniq) non, qotgan non,	Arpali non, Jo'xori qalamchalari , jo'xori va arpali	Non, pechen'ye, galet, yupqa (tiniq) non, blinchik, donlar,

	shokoladli konfetalar, chupa-chups, solodli konfetalar, vaflili urvoq, bug'doy unli, muzqaymoq, povidlo, sharq shirinliklari, blinchik, donchalar, bug'doy unidan tez nonushtalar va boshq.	javdari undan bo'lgan tez nonushtalar	donlar, arpali solod va arpali patoka saqlaydigan tez nonushtalar va boshqalar.	sulili undan bo'lgan tez nonushtalar
Makaron mahsulotlari	Makaron, vermishel, javdarki, spagetti, ugra, hamda boshqa bug'doy navini saqlaydigan turli makaron mahsulotlari (masalan, speltu, polbu, tritikale, durum)			
Go'sht, baliq, va sut yarim tayyor mahsulotlar	Qaynatilgan kolbasa, sosiska, sardel'ka, yarimfabrikat kotleta va boshq., maydalangan go'shtdan mahsulotlar (masalan, dudlangan cho'chqa go'shti) va baliqlar, farsh (uydan tashqarida tayyorlangan), go'sht konservalari va pashtetlar, baliq konservalari pomidorli sousda, krab qalamchalari, chuchvara, vareniklar, pishloqchalar, tvorogli pasta va pishloqchalar, go'shtli va baliqli ovqatlarga bug'doy unida bo'lgan qaylalar, urvok uchun un va qotgan non			
Ichimliklar	Pivo, vodka	Non kvasi, pivo	Kofeli ichimliklar, eriydigan kofe, choy konsentrati, kukunli vitaminli ichimliklar, arpali kisel	Sulili kisel
Sanoatda ishlab chiqarilgan	Bug'doy, arpa, suli, javdar donalari va kepaklari qo'shilgan sutli mahsulotlar. Сырник, glazurlangan pishloqchalar, yumshoq сыр, an'anaviy retseptlar bo'yicha bug'doy qo'shiladigan сырning ayrim			

sut mahsulotlari	qattiq sortlari, sutli mahsulotlarning o'rindoshi (tvorogli mahsulotlar, smetanali mahsulot, spred, sirlil mahsulot), yogurt, mayonez, margarin, yumshoq yog'
Sabzavot va mevalar	kabachkali, baqlajonli ikra, pomidorli pasta (sanoat)
Ziravorlar	Solod yoki bug'doy uni saqlaydigan ko'p komponentli ziravorlar, sho'rva kubiklari, ketchup, uksus

4-ilova. Glyutensiz parhezda ruxsat etilmagan dukkakililar, kraxmallar va un
[\[https://www.libex.ru/detail/book63136.html\]](https://www.libex.ru/detail/book63136.html):

- Arpa
- Kepak
- Bulgur
- Kuskus
- Krupka
- Beotain bug'doyi (*Triticum monococcum*)*
- Polba (*Triticum dicoccum*)*
- Farro*
- Glyuten, kleykovina uni
- Grema uni (dag'al maydalangan)
- Kamut™ (kamut; Xorasan bug'doyi)*
- Solod, solod ekstrakti, solod xushbo'ylari, solod siropi
- Suli, suli kepagshi, suli siropi — glyutensiz kabi markirovka qilinmagan
- Javdar
- Semolina (qattiq bug'doy)*
- Spelta (dinkelъ, *Triticum spelta*)
- Tritikale
- Bug'doy urug'i, bug'doy kraxmali, bug'doy kepagi
- Nomida "bug'doy", "arpa" yoki "javdar" so'zi bo'lgan turli mahsulotlar

Glyutensiz parhezda ruxsat etilgan glyutensiz bug'doylilar, un va kraxmal:

- Amarant
- Maranta
- Dukkakililardan un
- Grechka
- Makkajo'xori
- No'xat
- Pista
- Proso
- Montina uni (xingd guruchi)
- Yong'oq uni va yong'oqdan taomlar
- Suli (aralashmasiz, belgilangan)
- Kartoshka uni, kartoshka kraxmali
- Kinoa
- Guruch, barcha sortlari (jigarrang, oq, shirin, yovvoyi, jasmin, basmati, yopishqoq guruch, oqshoqlangan guruch, guruch kepagi)
- Jo'xori uni
- Soya uni
- Tapioka
- Teffa uni

5- ilova. “Yashirin”glyuten bo’lishi mumkin (ishlab chiqaruvchining retseptiga ko’ra):

- pishirilgan kolbasalar, sosiskalar, maydalangan go’sht va baliqdan yarim tayyor mahsulotlar;
- aksariyat go’sht, baliq konservalari;
- aksariyat sabzavot va meva konservalari, shu jumladan tomat pastalari, ketchuplar;
- muzqaymoq, yogurtlar, tvorogli sirchalar va pastalar, yumshoq va eruvchan pishloqlarning ba’zi sortlari
- glyuten saqlovchi stabilizatorlar bilan margarinlar;
- sirkalar va salat souslari, mayonezning ba’zi turlari;
- soyali souslar;
- ko’pkomponentli quruq ziravorlar;
- kontsentrlangan quruq sho’rvalar, bul’bon kubiklari, tez tayyorlanadigan kartoshkali pyure;
- kartoshkali va makkajo’xorili chipslar;
- muzlatilgan kartoshka – «fri»;
- choy, kofening ba’zi turlari, tez tayyorlanadigan kakao-aralashmalar (tezeriydigan);
- arpa melasidan foydalanganda makkamakko’xori donalari;
- dengiz mahsulotlariga taqlid qilish – “krab tayyoqchalari”, “krab go’shti”;
- karamel, soyali va shokoladli konfetlar ichi to’ldirilgan, sharq shirinliklari, sanoatda ishlab chiqarilgan povidlo;
- **moslashtirilgan kraxmal, ba’zi oziq-ovqat qo’shimchalari (bo’yoq annato Ye-160b, karamel bo’yyoqlar Ye-150a - Ye-150d, maltol Ye-636, izomaltol Ye-953, maltit va maltitli sirop Ye-965), emulgatorlar, stabilizatorlar**
- kvas, pivo
- tseliakiyada guruch, grechixa, makkajo’xori, arpa, amarant, kinoa, montina, chumiza, sago, sorgo, teff xavfsiz dukkakkililar hisoblanadi. Un va kraxmallar, ildiz sabzavotlaridan tayyorlanganlar xavfsiz hisoblanadi: kartoshka, manioklar, tapioklar, batat, dukkakkililar: loviya, no’xot, soya, turli yong’oqlar.

6- ilova. Iste'mol qilishga ruxsat etilgan mahsulotlar ro'yxati.

boshhoqlilar	sabzavot va mevalar
<ul style="list-style-type: none"> • grechka, guruch, makkamakkajo'xori, soya va uning mahsulotlari, shu jumladan un; • tariq (yaxshilab tozalash va yuvish kerak); • makkajo'xori, soya, kungaboqar, zaytun yog'i 	<ul style="list-style-type: none"> • mavsumga ko'ra turlicha va turli ko'rinishda; • dukkakililar (loviya, no'xot, soya)**; • mavsumga ko'ra turlicha
go'sht va go'sht mahsulotlari	ichimliklar
<ul style="list-style-type: none"> • yangi tabiiy go'sht, shu jumladan qush, baliq, turli usulda tayyorlangan; • dudlangan go'sht, qaynatilgan cho'chqa go'shti; • glyutensiz tayyorlangan qazi, xasip va boshqa kolbasalar; • tuxum yangi tabiiy go'sht, shu jumladan qush, baliq, turli usulda tayyorlangan; • dudlangan go'sht, qaynatilgan cho'chqa go'shti; • glyutensiz tayyorlangan qazi, xasip va boshqa kolbasalar; • tuxum 	<ul style="list-style-type: none"> • uyda tayyorlangan sharbat; • solodsiz sharbat yoki nektar; • kofe, tabiiy kakao; • kisel', kompot; • mineral suv; • mevali va o'tli choy; • uzum vinosi, kon'yak, shampän vinosi, rom, guruch va makkajo'xori arog'i (sake, tekila)
sut mahsulotlari	shirinliklar
<ul style="list-style-type: none"> • sut, smetana**, qaymoq; • kefir, ryajenka; • sariyog'* 	<ul style="list-style-type: none"> • shakar; • asal; • tabiiy shokolad; • fabrikaning glyutensiz belgisi bilan: pastila, zefir, marmelad, shokolad; • novvot; • murabbo va shaxsan ishlab chiqilgan konfityurlar
ziravorlar	
<ul style="list-style-type: none"> • o'simlik, tabiiy, bittali ziravorlar; • sarimsoq, murch, lavr yaprog'i; • pamildoridan qovurma (un qo'shilmagan); • olma va vino sirkasi 	

** ushbu mahsulotlarni qabul qilishni parhezterapiya boshlanganidan 6 oydan 12 oygacha cheklanadi.

7 ilova. Seliakiya bo'yicha foydali vebsaytlar:

Seliakiya tadqiqotlari markazi (Merilend Universiteti)

<http://www.celiaccenter.org/>

Seliakiya Markazi BIDMC, Harvard Medical School

<https://www.bidmc.org/conditions-and-treatments/digestive-and-gastrointestinal/celiac-disease>

Seliakiya Jamg'armasi

<http://www.celiac.org/>

Seliakiya Assotsiatsiyasi

<http://www.csaceliacs.org/>

Seliakiya va glyutensiz parhez varog'i

<http://www.celiac.com/>

Glyutensiz bufet

<http://www.glutenfree.com/>

Glyuten hazm qilaolmaslik guruxi

<http://www.gluten.net/>

Seliakiyaning yordam chizig'i

<http://www.celiac.co.uk/>

Bug'doydan holi xudud

<http://www.nowheat.com/grfx/nowheat/index.htm>

AQSh gastroenterologik kasalliklar Milliy axborot markazi (NDDIC)

<http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/celiac/index.htm>

WGO-OMGE "Ask a Librarian" for Celiac Disease Research support

<http://www.omge.org/>

Glyutensiz mahsulotlar va dori vositalari bo'yicha foydali havolalar:<http://xn--e1aaaqebhnlbbncvjp7d4d.xn--p1ai./potrebityu/proizvoditeli/garnec/>

<http://xn--e1aaaqebhnlbbncvjp7d4d.xn--p1ai./potrebityu/proizvoditeli/makfa/>

<http://xn--e1aaaqebhnlbbncvjp7d4d.xn--p1ai./potrebityu/proizvoditeli/dr-korner/>

<http://xn--e1aaaqebhnlbbncvjp7d4d.xn--p1ai./potrebityu/proizvoditeli/berezniki-fabrika-udivitelnyh-sladostey/>

<http://xn--e1aaaqebhnlbbncvjp7d4d.xn--p1ai./potrebityu/proizvoditeli/dieti/>

<http://xn--e1aaaqebhnlbbncvjp7d4d.xn--p1ai./potrebityu/proizvoditeli/zdorovey/>

<http://xn--e1aaaqebhnlbbncvjp7d4d.xn--p1ai./potrebityu/proizvoditeli/mit-star/>

<http://www.aoecs.org/gluten-free-products-under-license>

<http://www.aoecs.org/gluten-free-products-under-license>

<http://www.aoecs.org/gluten-free-products-under-license>

<http://www.aoecs.org/gluten-free-products-under-license>

<http://www.aoecs.org/gluten-free-products-under-license>

<http://www.aoecs.org/gluten-free-products-under-license>

8-ilova. Glyutensiz taomlarni tayyorlashda rioya qilinishi kerak bo'lgan 10 qoidalar [<https://www.libex.ru/detail/book63136.html>].

1. Agarda sharoit bo'lsa, barcha glyutensiz mahsulotlarni alohida shkafda saqlang.
2. “Parhez”da bo'lgan har bir bolaning shaxsiy piyolasi, likopchasi, kosachasi bo'lishi kerak. Idishlar va qoshiqlar, hatto kichik yoshli bola ham ajratib olishi uchun – rangi yoki rasmi bilan aniq ajralib turishi kerak. Bu bilan, bolaning katta opasi piyolada sut ichib uni yaxshi yuvmaganligi uchun, shu piyoladan, sutga allergiyasi bo'lgan bola sharbat ichganda, uning ichi ketib qolishi istisno qilinadi.
3. Agarda imkoni bo'lsa, alohida qozon, tova va likopcha bo'lgani yaxshi. Aks holda ularni yaxshilab yuvish kerak. Yodda tuting, parhezda bo'lgan bolaga odatiy taom tayyorlangan tovada ovqat pishirish mumkin emas, chunki bolada reaksiya bo'lishi mumkin. Bu har bir idishlarga tegishli: qoshiq, kastyulka, taxtakach va oshxonada ishlatiladigan barcha buyumlar.
4. Nonning turli turlarini (glyutensiz va glyutenli) kesish uchun alohida taxtakach bo'lishi kerak. Ular shakli, o'lchami, rangi bilan farqlanishi yoki alohida belgilari bo'lishi kerak.
5. Agarda farzandingizda sutga allergiya bo'lsa, alohida pichoq, hattoki sariyog' pichog'i bo'lishi kerak.
6. Agarda Siz bir vaqtning o'zida “parhez”dagilar va oilaning sog'lom a'zolari uchun taom tayyorlasangiz, qo'lni yuvishni yodda tuting. Glyutensiz shirinlikni (non, non mahsulotlari) qo'lga olishingizdan avval oddiy non kesgan bo'lsangiz, qo'lingizni yuvish kerak.
7. Agarda Siz bir vaqtda glyutensiz va glyutenli quymoqlar pishirayotgan bo'lsangiz, yaxshisi turli o'lchamdagi tovalar hamda turli likopchalardan foydalaning. Bunda quymoqlarni aylantirish uchun turli kapgirlardan foydalaning.
8. Glyutenli va glyutensiz qandolat mahsulotlari pishirayotganda ham har doim turli shakllardan foydalaning.
9. Glyutenli va glyutensiz pishiriqlarni bir vaqtda pishirayotganingizda bug'doy unining changini glyutensiz masalliqqa tushirmaslikka harakat qiling. Yaxshisi avval glyutensiz pishiriqni pishirish kerak.
10. Agarda oilada turli mahsulotlardan va seliakiyali parhezda bo'lgan bolalar bo'lsa, qaysi mahsulot kimniki ekanligini hal qiling. Bolalar buni eslab qolishadi va adashishmaydi.