

*Рубцова Єлизавета Іллівна,
доцент кафедри терапії та сімейної медицини,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
ORCID ID: 0000-0001-9395-1822
SCOPUS ID: 57216406268
м. Ужгород, Україна*

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНІ ПІДХОДИ ТА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ГЕМАТОХЕЗІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Вступ. Кров у випорожненнях дітей є тривожним симптомом багатьох важких, іноді загрозливих життю патологій. Однак, в більшості випадків, причиною гематохезії є алергічний проктоколіт зумовлений харчовим білком (food protein-induced allergic proctocolitis, FPIAP). За останнє десятиліття проведено багато досліджень, які оптимізували діагностику та тактику ведення дітей з гематохезією.

Мета дослідження. Систематизувати сучасні підходи до діагностики та лікування дітей з гематохезією в амбулаторній педіатрії.

Матеріали та методи. Проведено огляд 60 джерел (2017–2025) за темою із баз PubMed, Google Scholar, ScienceDirect.

Результати та обговорення. Поява крові у калі вимагає від лікарів амбулаторної практики прискіпливої диференціальної діагностики для раннього виявлення важких патологій. FPIAP – це доброякісна не-IgE-опосередкована алергія, частіше до білка коров'ячого молока, яка переважно виникає в перші тижні життя у іншому здорових немовлят. Це клінічний діагноз, оскільки наразі не існує достовірних біомаркерів захворювання. Додаткові обстеження показані лише за наявності підозри на інші серйозні патології. Основа лікування FPIAP – елімінаційна дієта: для годувальниці – при грудному вигодовуванні; малят на штучному вигодовуванні – переведення на інтенсивно гідролізовані, рідше амінокислотні, суміші. Прогноз при FPIAP сприятливий, толерантність до алергену формується до віку 1–3 років.

Висновки. Гематохезія вимагає ретельної диференціальної діагностики з урахуванням всіх можливих етіологічних чинників. Визначення FPIAP як найбільш ймовірної причини гематохезії у немовлят дає змогу уникнути непотрібних обстежень і госпіталізацій. Роль дієти все ще дискутується, а рекомендації щодо доцільності та тривалості елімінації алергену при FPIAP є неоднорідними.

Ключові слова: кров у випорожненнях, гематохезія, немовлята, діти, алергічний проктоколіт, FPIAP, алергія на коров'яче молоко, гідролізована суміш, елімінаційна дієта.

Rubtsova Yelyzaveta Illivna, Associate Professor at the Department of Therapy and Family Medicine, Uzhhorod National University, ORCID ID: 0000-0001-9395-1822, SCOPUS ID: 57216406268, Uzhhorod, Ukraine

DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC APPROACHES AND THERAPEUTIC TACTICS FOR HEMATOCHESIA IN YOUNG CHILDREN AT THE OUTPATIENT STAGE. LITERATURE REVIEW

Introduction. The presence of blood in a child's stool is an alarming symptom that may indicate a range of serious and potentially life-threatening conditions. However, in most cases, hematochezia is caused by food protein-induced allergic proctocolitis (FPIAP). Over the past decade, numerous studies have been conducted to optimize the diagnostic process and management strategies for children presenting with hematochezia.

Objective. To systematize current approaches to diagnosing and treating hematochezia in infants in outpatient pediatric care.

Materials and Methods. A review of 60 sources (2017–2025) was conducted using PubMed, Google Scholar, and ScienceDirect databases.

Results and Discussion. The appearance of blood in the stool requires careful differential diagnosis by outpatient practitioners in order to identify serious pathologies at an early stage. FPIAP is a benign, non-IgE-mediated food allergy, most commonly triggered by cow's milk protein that typically occurs during the first weeks of life in otherwise healthy infants. FPIAP is a clinical diagnosis, as there are currently no reliable biomarkers for the disease. Additional diagnostic investigations are warranted only if other serious conditions are suspected. Management is based on eliminating the causative protein: strict maternal diet during breastfeeding or switching to extensively hydrolyzed, less often amino acid-based, formulas in formula-fed infants. The prognosis is favorable, with tolerance typically achieved by age 1–3 years.

Conclusions. Hematochezia requires thorough differential diagnosis that considers all possible etiological factors. Recognizing FPIAP as the most likely cause of hematochezia in infants helps to avoid unnecessary investigations and hospitalizations. The role and optimal duration of dietary management in FPIAP remain debated, with current recommendations varying regarding the necessity and timing of allergen elimination.

Key words: bloody stool, hematochezia, infants, children, allergic proctocolitis, FPIAP, cow's milk allergy, hydrolyzed formula, elimination diet.

Вступ. Виявлення крові у випорожненнях (гематокезії) у дітей раннього віку є клінічно значущим симптомом, який потребує ретельної диференціальної діагностики та своєчасного визначення тактики подальшого ведення. Незважаючи на те, що в більшості випадків кров у калі у немовлят є наслідком доброякісних і самообмежувальних станів, таких як харчова алергія або анальні тріщини, інколи цей симптом може бути проявом тяжких та загрозливих для життя патологій [1, 2].

Однією з найпоширеніших причин гематокезії у немовлят є харчовий білковий алергічний проктоколіт (FPIAP – food protein-induced allergic proctocolitis), що частіше спостерігається у дітей на грудному вигодовуванні. У цьому контексті швидка елімінаційна дієта демонструє високу ефективність як діагностичний та лікувальний тест [3, 4]. Іноді клінічні прояви можуть бути неспецифічними, а етіологія ректальної кровотечі в ранньому дитячому віці є різноманітною. Тому вкрай важливо виключити ряд інших можливих причин ректальної кровотечі, включаючи інфекцію, тріщину заднього проходу, кишкову інвагінацію та некротичний ентероколіт, ранні форми неспецифічного запалення кишківника, тощо. У таких випадках діагностичне обстеження включає інвазивні процедури, лабораторні тести. Затримка в діагностиці цих патологій, особливо хвороби Крона та неспецифічним виразковим колітом (НВК), залишається поширеною у дітей, і потенційні ускладнення через ці затримки вимагають ефективної диференційної діагностики [3].

У випадку гематокезії завжди необхідно пам'ятати про можливість інфекційної етіології. Найбільш поширеним та відомим збудником гемоколіту у дітей, часто з важким протіканням, залишаються різні серотипи *Shigella* [2]. Однак, інші збудники теж можуть призводити до появи крові у випорожненнях з різним ступенем інтоксикації, або без неї, зокрема, спричинені інфекцією *Campylobacter jejuni* [5].

Ще складнішим є диференціювання гематокезії у новонароджених із некротизуючим ентероколітом (НЕК) та не-IgE-опосередкованою алергією до білка коров'ячого молока. Хоча НЕК частіше трапляється у недоношених дітей на перших тижнях життя та переважно супроводжується системною інтоксикацією, тоді як алергічні прояви зазвичай обмежуються змінами у калі за збереженого загального стану дитини, диференціально-діагностичний процес вимагає додаткових досліджень та часу [6].

Таким чином, вирішення діагностичного завдання на амбулаторному етапі вимагає поєднання клінічного мислення та чіткого алгоритму оцінки історії харчування, фізикального огляду та використання недорогих і доступних методів – таких як елімінаційна дієта, лабораторні тести та інструментальні методи обстеження за потреби. Амбулаторна оцінка має бути достатньо чутливою для виявлення тяжких форм патології та уникнення надмірної діагностики або госпіталізації при доброякісних станах [3, 6].

Водночас, підходи до лікування захворювань дітей, які маніфестують гематокезією, дуже різняться. Лікування NEC передбачає повну кишкову розвантажу-

вальну дієту, антибіотикотерапію та, у тяжких випадках, хірургічне втручання. У випадку FPIAP, терапія зводиться до усунення білка коров'ячого молока, або іншого білка-тригера, з раціону, без потреби у медикаментозному втручанні. Натомість при інвагінації потрібна ургентна ультразвуково-контрольована пневморедукція або хірургія. Інфекційні випадки, особливо з позитивною культурою калу та вираженою інтоксикацією, лікуються антибіотиками згідно з чутливістю збудника. Таким чином, лікувальна тактика має тісно ґрунтуватися на точній диференціальній діагностиці [6, 7, 8].

Наразі в Україні не існує окремого затвердженого МОЗ України протоколу ведення дітей з кров'ю у випорожненнях, зазвичай про це згадується в протоколах щодо гострих кишкових інфекцій та інших патологій.

У цій статті розглянуто сучасні диференціально-діагностичні стратегії та алгоритми ведення дітей із гематокезією в умовах амбулаторної педіатрії, за даними наукових досліджень та великих ретроспективних аналізів 2020-2025 років.

Мета. Здійснення систематизованого огляду сучасних підходів до диференціальної діагностики та лікування станів, що проявляються наявністю крові у випорожненнях (гематокезії) у дітей раннього віку для поширеності обізнаності лікарів амбулаторного етапу медичної допомоги. Особливу увагу приділити розмежуванню між доброякісними та потенційно небезпечними патологіями, а також аналізу ефективності неінвазивних методів обстеження і сучасних лікувальних тактик.

Матеріали і методи. У рамках огляду було використано систематичний пошук літератури, що охоплює публікації за 2017-2025 роки. Основними базами для відбору джерел були **Google Scholar**, **PubMed**, **ScienceDirect**, а також провідні українські платформи наукових публікацій (**НБУВ**, **med-expert.com.ua**).

Для пошуку використовували ключові слова: “bloody stool”, “hematochezia”, “infants”, “children”, “allergic proctocolitis”, “FPIAP”, “cow’s milk allergy”, “hydrolyzed formula”, “elimination diet”.

Спочатку аналіз публікацій проводився за назвою наукової роботи та текстом резюме з врахуванням статусу періодичного видання. Критеріями включення статей до кінцевої вибірки були: 1) належність наукового видання, в якому опубліковано результати наукового дослідження, до наукометричних баз Scopus та/або Web of Science; 2) оригінальні дослідження, клінічні випадки, оглядові статті або рекомендації; 3) наявність даних щодо клінічних підходів до оцінки та лікування дітей віком 0–3 років; 4) повний текст або розширена анотація англійською; 5) переважна більшість досліджень опубліковані протягом 2020–2025 років.

Було проаналізовано більше ніж 60 джерел, із яких до кінцевого аналізу відібрано 17 найбільш релевантних, що відповідають критеріям якості, актуальності та практичної значущості для амбулаторної педіатрії. Особливу увагу приділено диференціальній діагностиці та лікувальній тактиці при FPIAP. Для забезпе-

чення системності, всі відібрані джерела були класифіковані за етіологією, клінічними проявами, методами діагностики та лікувальними підходами, з подальшим узагальненням у вигляді таблиць.

Виклад основного матеріалу дослідження.

Кров у випорожненнях (гаематокезія) проявляється у вигляді яскраво-червоного крововиділення в різній кількості – від прожилок до масивних кровотеч. Джерело появи крові знаходиться в нижніх та кінцевих відділах кишківника. Частота та причини гематокезії різняться в залежності від віку дітей табл. 1. Так серед новонароджених на грудному вигодовуванні вона складає 0,5–1,5%, а серед госпіталізованих – до 1,8%, у дітей до 1 року – до 2%, 1–3 роки – 0,3–0,8%, [1, 9, 10].

Харчовий білковий алергічний проктоколіт (FPIAP, Food Protein-Induced Allergic Proctocolitis) – це форма не-IgE-опосередкованої харчової алергії, яка переважно виникає у немовлят першого півріччя життя. Шлунково-кишкові харчові алергії, не опосередковані IgE, охоплюють спектр розладів, включаючи індуковані харчовими білками: алергічний проктоколіт (FPIAP), синдром гострого та хронічного ентероколіту (FPIES), ентеропатію (FPE) та розлади моторики, (FPIMD). Дані щодо поширеності FPIAP варіабельні, але за загальними оцінками, частота коливається від 0,16% до 1% серед усіх немовлят. У когорті дітей з ректальною кровотечею FPIAP становить до 65–80% випадків [3]. Коров'яче молоко, соя та, рідше, пшениця, кукурудза є найпоширенішими продуктами, що викликають алергічну реакцію. Виникнення АБКМ у немовлят на грудному вигодовуванні вказує на значну роль навіть незначної кількості білка коров'ячого молока, який передається через грудне молоко [11, 12].

Найчастіше симптоми FPIAP з'являються у віці від 2 до 6 тижнів життя, рідше – до 3–6–12 місяців, хоча є повідомлення про маніфестацію у віці 2–14 років [11]. У половині випадків виявляють кров із домішками слизу у випорожненнях. Додатково іноді відзначаються: підвищене газоутворення, незначна дратівливість, помірна діарея [3]. Відсутність лихоманки, блювання, втрати маси, затримки росту дозволяє відрізнити харчовий білковий алергічний проктоколіт від інших форм харчової алергії

у немовлят [3, 10, 12]. У більшості дітей було достатньо усунення білка коров'ячого молока (БКМ) із раціону матері, щоб повністю нормалізувати стілець без додаткових втручань. Таким чином, клінічний перебіг FPIAP є самообмежувальним, що не потребує фармакотерапії.

На відміну від IgE-опосередкованої харчової алергії, симптоми ураження шлунково-кишкового тракту, пов'язані з не-IgE-опосередкованою харчовою алергією, як правило, з'являються через кілька годин або тижнів після вживання білкового тригера. У відповідь на білок-алерген запускається імунний процес, в якому основну роль відіграють Th2-клітини та еозинофіли, розвивається місцеве запалення слизової оболонки товстої кишки, що призводить до появи ерозій, гіперемії та мікрокрововиливів. У біоптатах виявляють еозинофільну інфільтрацію, однак рутинна біопсія для діагностики не рекомендована [11, 12]. Реакція частіше виникає при генетичній схильності до atopії, порушеному розвитку імунної толерантності у кишечнику на фоні фізіологічної незрілості бар'єрної функції слизової оболонки [10].

FPIAP – це клінічний діагноз. На сьогодні не існує специфічних лабораторних тестів для підтвердження діагнозу. Діагностичний алгоритм включає: 1) ретельний збір анамнезу для виключення інфекцій кишківника, травм, некротичного ентероколіту у недоношених, НБК, еозинофільного ЕК, коагулопатій; 2) огляд і фізикальне обстеження при FPIAP не виявляють патологічних відхилень; 3) пробна елімінаційна дієта на 72–96 годин. Позитивна відповідь на дієту та повернення симптомів при повторному введенні алергену – підтверджує діагноз. Не рекомендовано рутинно проводити тести на кальпротектин, колоноскопію, біопсію, прик-тести (FPIAP не IgE-залежна) [3, 10, 12].

Тестування на IgE може бути призначене у немовлят, які знаходяться на грудному вигодовуванні із проявами алергії, опосередкованої IgE, такими як atopічний дерматит, а також після тривалого періоду уникнення харчового тригера перед повторним введенням їжі. [9]

Результати шкірного прик-тесту або вимірювання специфічного для харчових продуктів рівня IgE

Таблиця 1

Причини гематокезії у дітей залежно від вікової групи [1, 3, 9, 10]

Новонароджені (0–28 днів)	Немовлята (1–12 міс.)	Вік 1–3 роки	Вік > 3-х років
FPIAP (не-IgE-опосередкований АПК)	FPIAP (не-IgE-опосередкований АПК)	Анальна тріщина	Ювенільні або гіперпластичні поліпи
Некротизуючий ентероколіт (NEC)	Інфекційні коліти	Інфекційні коліти	Інфекційні коліти
Інфекційний ентероколіт	Інвагінація кишківника	Ювенільні поліпи	Паразитарні інвазії (ентамеби, трихуріоз)
Анальна тріщина	Анальна тріщина	Закрепи	НБК, хвороба Крона
Мікроушкодження анальної ділянки від маніпуляцій	Ювенільні поліпи	Дивертикул Меккеля	Ангіодисплазії
Проквітнута материнська кров	Еозинофільний коліт	НБК	Еозинофільний коліт
Коагулопатії		Еозинофільний коліт	Кишкові новоутворення

в сироватці крові зазвичай є негативними, хоча можуть бути позитивні результати при атипovому протіканні інших гастроінтестинальних форм харчових білкових алергій. За даними недавнього великого ретроспективного дослідження на третинному рівні було встановлено «можливість підвищення загального рівня IgE при FPIAP, а алергічна сенсibiлізація до тригерних продуктів у немовлят з FPIAP коливається від 10 до 35%, що, як відомо, є фактором ризику множинного FPIAP і віддаленого розршення процесу» [3].

Харчові білкові алергії, частіше множинні, є причиною розвитку еозинофільних гастроінтестанальних захворювань (EGIDs, Eosinophilic gastrointestinal disorders), які можуть проявлятися поєднанням уражень різних сегментів ШКТ. Еозинофільний коліт (ЕoC), без ураження інших відділів ШКТ, схожий за симптоматикою до FPIAP, однак проявляється значно більш вираженими та частими появами крові та слизу у випорожненнях, високим рівнем еозинофілії у біоптатах слизової. Діапазон харчових тригерів при ЕoC значно ширший, ніж при FPIAP. EGIDs можуть співіснувати з іншими IgE та non-IgE гастроінтестинальними захворюваннями (функціональними, НВК), що вимагає високого рівня підозри у лікаря для проведення диференціальної діагностики. Типові прояви патологій дітей раннього віку з кров'ю у випорожненнях наведені у табл. 2.

Дуже рідко причиною появи крові у випорожненнях дітей раннього віку можуть бути судинні мальформації, коагулопатії, васкуліт Шенлайн-Геноха, виразка, поліп та пухлина сигмо-ректального відділу кишківника. Всі ці захворювання необхідно брати до уваги при проведенні диференціальної діагностики та плануванні необхідних додаткових методів обстежень для встановлення діагнозу [10, 11].

Особливості амбулаторного підходу. АПК це доброякісне захворювання, тому на амбулаторному рівні основний акцент робиться на неінвазивних методах діагностики. Анамнез є ключовою складовою при диференціації причин крові у випорожненнях. Слід враховувати: вік дитини та тривалість симптомів, ретельний загальний та харчовий анамнез, повне фізикальне обстеження, яке включає огляд анальної області, визначення локалізації кровотечі та характеру

і частоти випорожнень (яскрава кров чи мелена, прожилки крові на поверхні чи змішана з калом, наявність та кількість слизу). В плані диференціальної діагностики особлива увага звертається на виявлення та аналіз порушень загального стану (лихоманка, слабкість, поганий апетит) та інших симптомів: біль у череві, нудота, блювота, прояви алергічних захворювань, висипи на шкірі, петехії, прояви артрити тощо. Такий підхід дозволяє сформулювати попередній діагноз FPIAP без необхідності проведення інвазивних процедур. Наявність нетипових для АПК симптомів, які не відповідають діагностичним критеріям FPIAP, вказує на необхідність проведення додаткових обстежень. Перш за все, йдеться про загальний аналіз крові, аналіз калу на приховану кров, аналіз крові на IgE, залучення гастроентеролога, алерголога та інших спеціалістів [14].

Сучасний підхід до лікування FPIAP полягає у виключенні передбачуваних причинних антигенів. Хоча більшість немовлят реагують на один харчовий тригер, коров'яче молоко, в 40% випадків можуть бути залучені декілька харчових алергенів [15].

У випадку, якщо дитина перебуває на грудному вигодовуванні, важливо підтримувати його переваги, однак білки коров'ячого молока повинні бути виключені з раціону матері, включно з вершковим маслом. Зазвичай кров у калі зникає протягом 1–2 тижнів, у більшості випадків уже через 72–96 годин, після повного усунення білка-алергена з харчування матері. Слиз виявляють у калі довше – в середньому протягом 30 днів [11, 14]. Однак, середній час досягнення ремісії, якщо тригером були білок курячого яйця або риби становив 47,5 та 60 днів відповідно [3].

Якщо у дитини симптоми зберігаються через 2 тижні після початку дієти, в першу чергу слід перевірити дотримання дієти матір'ю, а потім послідовно, з інтервалом у 5 днів, виключити з її раціону сою, яйце, кукурудзу тощо. Іноді неможливо ідентифікувати в дієті матері шкідливі продукти для дитини, що є причиною повторної появи крові у випорожненнях. Більшість авторів рекомендують такі варіанти обмежувальної дієти: 1) при рідкісних легких проявах – продовжувати грудне вигодовування та дієтичні обмеження, спостерігати; 2) при вираженій симптома-

Таблиця 2

Типові симптоми захворювань, які можуть проявлятися гематокезією у дітей раннього віку

Захворювання	Симптоми
Алергічний проктоколіт (FPIAP)	Епізоди появи крові у випорожненнях, загальний стан нормальний, добре набирає у вазі
Інфекційні ентероколіти	Кров у випорожненнях + лихоманка, блювання, зневоднення
Інвагінація кишечника	Випорожнення у формі «малинове желе», приступи різкого невгамовного крику та неспокою, швидке погіршення загального стану
Анальна тріщина	Краплі крові поверх випорожнень, болісна дефекація; огляд: тріщина ануса, загальний стан нормальний
NEC (недоношені новонароджені)	Системна інтоксикація, кров у випорожненнях, здуття, лейкоцитоз
Неспецифічний виразковий коліт Хвороба Крона	Хронічна діарея, кров у випорожненнях, біль у череві, перианальні ураження, втрата маси тіла
Еозинофільний коліт	Більш часті та виражені епізоди гематокезії зі значними домішками слизу
Проковтнута материнська кров	Тріщини сосків матері

тиці – перейти з грудного вигодовування на гідролізовану або амінокислотну суміш. Якщо з раціону матері виключено декілька джерел білка, необхідно консультація дієтолога для підтримки повноцінного харчування матері [10, 11].

Кілька досліджень повідомляють, що до 20% немовлят, які перебувають на грудному вигодовуванні з алергічним проктоколітом, мали спонтанне припинення симптомів без змін у дієті матері з тривалою ремісією та низьким ризиком анемії [10]. У 2018 році була запропонована стратегія ведення пацієнтів із FPIAP, яка залежить від тривалості гематохезії, а саме: при тривалості гематохезії до 1 місяця пропонували спостерігати без призначення елімінаційної дієти, очікуючи на самостійне зникнення симптомів; при тривалості симптомів більше місяця – розпочати дієту з виключенням білків коров'ячого молока, а у разі зникнення симптомів – провести провокаційний тест і, якщо кров знову з'являється – відновити елімінаційну дієту на 3 місяці [15].

Для немовлят на штучному вигодовуванні зазвичай проводиться перехід на суміш на основі інтенсивного білкового гідролізату. Якщо кровотеча не зникає після цієї зміни, тоді призначають елементарну суміш на основі вільних амінокислот. Вони гірше переносяться дітьми [3, 10, 11].

Перехід на суміші на основі сої не рекомендується, оскільки 15% дітей чутливих до білка коров'ячого молока, також мають сенситбілізацію до білка сої [11, 15]. Немає переконливих доказів позитивного впливу на протікання АПК пробіотиків, зокрема *Lactobacillus rhamnosus* GG [16].

Спроби повторно ввести їжу, що викликала розвиток АПК, можна починати у віці від 6 до 12 місяців або безпосередньо в раціон немовляти, або в раціон годуючої мами. Згідно з останніми даними, спробу повернутися до нормальної дієти можна розглядати після 3 місяців елімінаційної дієти, хоча більшість рекомендує дієтичні обмеження протягом 6 місяців. Рання інтродукція провокує повернення симптоматики в більшості випадків. Коров'яче молоко рекомендується вводити за методом молочної драбини, інші продукти-тригери – починати з маленьких доз із поступовим збільшенням. Якщо симптоми повторюються після повторного введення, слід уникати споживання відповідної їжі протягом додаткових 1–2 місяців перед повторною спробою [10, 11, 15]. Рецидив симптомів спостерігався у 14,3% дітей при повторному введенні алергену, трохи вищою при введенні після 12 місяців (16,7%), ніж до 12 місяців (13,0%) [3].

Додаткові обстеження, колоноскопія з біопсією, лабораторні тести, залучення спеціалістів, необхідні

при появі атипичних симптомів, значній ректальній кровотечі, або виникненні анемії, незважаючи на пробну дієту з виключенням коров'ячого молока [3, 10].

Прогноз FPIAP хороший, майже всі немовлята стають толерантними до продуктів-тригерів у віці 1–3 років, більшість – до 1 року. Толерантність розвивається в більш пізньому віці (~30 місяців) у немовлят із FPIAP із симптомами, що супроводжуються діареєю (≥ 3 рідких випорожнень на день або збільшення частоти рутинної дефекації) [14].

Наслідки перенесеного алергічного проктоколіту. У попередніх дослідженнях алергічний коліт був визначений як фактор ризику розвитку функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту (ФЗШКТ), що підтверджує існування так званих «постзапальних» ФЗШКТ [10]. Доведено, що подія запального або алергічного походження у ранньому віці, коли кишечник характеризується зміненою кишковою проникністю, незрілою імунною системою, чутливою стадією розвитку мікробіоти та складною взаємодією її з організмом-господарем, може ініціювати розвиток персистуючих шлунково-кишкових симптомів, особливо таких, як синдром подразненого кишківника [10, 17].

Висновки. FPIAP є доброякісним, самообмежувальним захворюванням з високим рівнем спонтанної толерантності, яке проявляється ректальною кровотечею у здорових немовлят на грудному або штучному вигодовуванні. Найбільш частим тригером є споживання годувальницею або немовлям коров'ячого молока. До 40% випадків АПК виникає внаслідок дії множинних білкових тригерів. Усунення тригерної їжі з раціону матері або перехід на інтенсивно гідролізовані суміші у немовлят, які перебувають на штучному вигодовуванні, у більшості випадків призводить до ремісії симптомів. Діагноз встановлюється клінічно, без потреби у складних обстеженнях. Повторне введення виключеної їжі після зникнення гематохезії рекомендується як для підтвердження діагнозу FPIAP, так і для уникнення непотрібної тривалої дієти. Рекомендації щодо введення дієтичних обмежень, терміну їх тривалості та повторного введення тригерного продукту різняться – від тактики спостереження до дієтичних обмежень протягом 6 місяців і більше. Прогноз FPIAP сприятливий, більшість пацієнтів добре переносять тригерні продукти вже до 12 місяців, у деяких випадках – до 3 років. Більшість авторів великих ретроспективних досліджень вказують на необхідність подальших проспективних досліджень для протоколів ведення. АПК, особливо щодо показів до обмежувальної дієти матері та терміну повторного введення тригерного продукту.

REFERENCES

1. Pan JX, Zhu XF. Etiology and treatment advances of hematochezia in infants aged ≤ 3 months. *J Biosci Med*. 2024; 12: 273–85. <https://doi.org/10.4236/jbm.2024.1211023>
2. Rogawski McQuade ET, Liu J, Mahfuz M, Havt A, Varghese T, Shrestha J. Epidemiology of *Shigella* species and serotypes in children: a retrospective substudy of the MAL-ED observational birth cohort study. *Lancet Microbe*. 2025 Mar 26. <https://doi.org/10.1016/j.lanmic.2024.101064>
3. Barni S, Pessina B, Fioretti L, Scarallo L, Di Siena A, Bramuzzo M, et al. Food protein-induced allergic proctocolitis: Real-world experience from an Italian cohort. *Nutrients*. 2025; 17 (1): 98. <https://doi.org/10.3390/nul17010098>

4. Miceli Sopo SM, Barbato M, Mastellone F, Gelsomino M, Simeone G, Condemi C, et al. Rapid elimination diet for mild hematochezia in the well-being infant. *Pediatr Allergy Immunol.* 2024 Nov 4. <https://doi.org/10.1111/pai.14269>
5. Hirschel J, Herzog D, Kaczala GW. Rectal bleeding in neonates due to *Campylobacter* enteritis: report of 2 cases with a review of the literature. *Clin Pediatr (Phila).* 2017; 57 (3): 344–7. <https://doi.org/10.1177/0009922817692314>
6. Kaplan A, Burris J, Jarvinen-Seppo K, Burris A. Clinical characteristics of NICU patients with non-IgE-mediated cow's milk allergy compared to those with necrotizing enterocolitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2025 Feb; 155 (2): AB53. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2024.12.168>
7. Meyer R, Cianferoni A, Vazquez-Ortiz M. An update on the diagnosis and management of non-IgE-mediated food allergies in children. *Pediatr Allergy Immunol.* 2025 Mar 26; 36 (3): e70060. <https://doi.org/10.1111/pai.70060>
8. Guo H, Lei H, Luo J, Yang J, Bian H, Yang H, et al. Clinical manifestation and treatment of intussusception in children aged 3 months and under: a single centre analysis of 38 cases. *BMC Pediatr.* 2025; 25: 233. <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05410-4>
9. Meyer R, Lozinsky AC, Fleischer DM, Vieira MC, Du Toit G, Vandenplas Y, et al. Diagnosis and management of non-IgE gastrointestinal allergies in breastfed infants—An EAACI position paper. *Allergy.* 2020; 75: 14–32. <https://doi.org/10.1111/all.13947>
10. Mennini M, Fiocchi AG, Cafarotti A, Montesano M, Mauro A, Villa MP, et al. Food protein-induced allergic proctocolitis in infants: literature review and proposal of a management protocol. *World Allergy Organ J.* 2020 Oct; 13 (10): 100471. <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2020.100471>
11. Cook VE, Connors LA, Vander Leek TK, et al. Non-immunoglobulin E-mediated food allergy. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2024; 20 (Suppl 3): 70. <https://doi.org/10.1186/s13223-024-00933-4>
12. D'Auria E, Monti G. Non-IgE-mediated gastrointestinal food allergies in children. In: Caffarelli C, Marseglia GL, editors. *Textbook of Pediatric Allergy.* Cham: Springer; 2024. https://doi.org/10.1007/978-3-031-71283-8_14
13. Choe BH. Practical concepts and strategies for early diagnosis and management of eosinophilic gastrointestinal disorders in East-Asian children. *Clin Exp Pediatr.* 2025; 68 (3): 185–98. <https://doi.org/10.3345/cep.2024.01165>
14. Salvatore S, Folegatti A, Ferrigno C, Pensabene L, Agosti M, D'Auria E. To diet or not to diet: this is the question in food-protein-induced allergic proctocolitis (FPIAP) – A comprehensive review of current recommendations. *Nutrients.* 2024; 16: 589. <https://doi.org/10.3390/nu16050589>
15. Miceli Sopo S, Monaco S, Bersani G, Romano A, Fantacci C. Proposal for management of the infant with suspected food protein-induced allergic proctocolitis. *Pediatr Allergy Immunol.* 2018 Mar; 29 (2): 215–8. <https://doi.org/10.1111/pai.12844>
16. Qamer S, Deshmukh M, Patole S. Probiotics for cow's milk protein allergy: a systematic review of randomized controlled trials. *Eur J Pediatr.* 2019 Aug; 178 (8): 1139–49. <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03397-6>
17. Di Nardo G, Cremon C, Frediani S, La Torre G, Martemucci L, Barbara G, et al. Allergic proctocolitis is a risk factor for functional gastrointestinal disorders in children. *J Pediatr.* 2018 Apr; 195: 128–33. e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.10.073>

Дата надходження статті: 08.07.2025

Дата прийняття статті: 20.08.2025

Опубліковано: 01.10.2025