

Денисова М.Ф., Музика Н.М., Чернега Н.В., Задорожна Т.Д.,
Арчакова Т.М., Букулова Н.Ю.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України»,
м. Київ, Україна

Особливості перебігу виразкового коліту в дітей на сучасному етапі

For cite: Zdorov'ye Rebenka. 2017;12:136-41. doi: 10.22141/2224-0551.12.2.2017.99769

Резюме. Актуальність. За тяжкістю перебігу, частотою ускладнень та летальністю виразковий коліт посідає одне з провідних місць у структурі хвороб шлунково-кишкового тракту в дітей. **Мета дослідження:** дати характеристику перебігу виразкового коліту в дітей на сучасному етапі. **Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз 184 історій хвороби дітей, які перебували на обстеженні та лікуванні у відділенні проблем захворювань органів травлення ДУ «ІПАГ НАМН України» з 2004 по 2014 рік. **Результати.** Виразковий коліт зустрічається в дітей усіх вікових груп, серед яких групами ризику є діти дошкільного віку та підлітки. До факторів ризику захворювання відносяться як анте-, так і постнатальні фактори: гестози та загроза переривання вагітності, дефіцит маси тіла при народженні, штучне вигодовування, кишкові інфекції. Виразковий коліт характеризується хронічним рецидивуючим перебігом з повільним розвитком хвороби, має типові клінічні прояви — діарея, гемоколіт, больовий абдомінальний синдром, інтоксикаційний синдром, затримка фізичного розвитку. За локалізацією запального процесу переважає тотальне ураження товстої кишки (59,6 %), дещо рідше діагностується лівобічний коліт (28,5 %) і проктосигмоїдит (11,9 %). Інформативними критеріями активності виразкового коліту є педіатричний індекс активності (PUCAI), рівень фекального кальпротектину, ряд показників загального аналізу крові (гемоглобін, лейкоцити, тромбоцити, швидкість осідання еритроцитів) та біохімічних досліджень (С-реактивний білок, α -2-глобуліни). Сучасна комбінована базисна терапія, за даними катамнестичного спостереження, ефективна у 22 % хворих із тотальним колітом, у 42–58 % — з лівобічним колітом. Монотерапія препаратами 5-аміносаліцилової кислоти в 68 % випадків була ефективною в пацієнтів із сегментарним колітом мінімального ступеня активності та 100 % хворих із проктосигмоїдитом. **Висновки.** Проведений аналіз історій хвороби дітей з виразковим колітом показав сучасну вікову структуру захворювання, наявність гендерних розбіжностей залежно від локалізації та тяжкості запально-деструктивного процесу в кишечнику, відсутність збігу між клінічною та лабораторною активністю хвороби, ефективність лікувальних схем, рекомендованих ECCO та ESPGAN, доцільність використання нових критеріїв оцінки запального процесу (педіатричний індекс (PUCAI), фекальний кальпротектин). Отримані дані можуть бути використані для обґрунтування науково-практичної програми з проблеми виразкового коліту в дитячому віці, спрямованої на розробку таких актуальних напрямків, як епідеміологія, патогенез, вікові клінічні особливості, оптимізація протоколів діагностики та лікування. **Ключові слова:** виразковий коліт; особливості перебігу; діти

Вступ

Запальні захворювання кишечника (ЗЗК) на сьогодні лишаються однією з найбільш складних і невіршених проблем дитячої гастроентерології. За тяжкістю перебігу, частотою ускладнень та летальністю ЗЗК, до яких належать виразковий коліт (ВК) та хво-

роба Крона (ХК), посідають одне з провідних місць у структурі хвороб шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у дітей [1]. ВК та ХК частіше реєструються в індустріально розвинутих країнах Північної Європи та Північної Америки. Низький рівень захворюваності відмічається в Азії, Японії, Південній Америці [2, 3].

Дані про епідеміологію ЗЗК у дітей в Україні відсутні. За приблизними оцінками, поширеність ЗЗК у дітей становить 3 випадки на 100 тис. дитячого населення [4]. У 20–30 % випадків ЗЗК маніфестують у віці до 18 років, при цьому відмічається тенденція до зростання частоти захворювання в більш ранньому віці [5–8].

ВК — дифузне запальне захворювання товстого кишечника, при якому первинно пошкоджується слизова оболонка прямої кишки з подальшим поширенням процесу в проксимальному напрямку [6].

Уперше хвороба описана Wilks і Мохон у ХІХ столітті (1859 р.), а перше повідомлення про ВК у дитини зроблено Helmholtz у 1923 році.

Сьогодні ВК є однією з найбільш складних проблем гастроентерології через тяжкий перебіг, високу частоту рецидивів, значну кількість місцевих і системних ускладнень, несприятливий прогноз та інвалідизацію [8, 9].

До цього часу, незважаючи на тривалу історію вивчення ВК, багато питань перебігу захворювання лишаються поза увагою дослідників. Чимало факторів розглядаються як етіологічні чинники хвороби, проте механізми розвитку ВК досі не з'ясовані. Вважається, що факторами ризику даної патології є генетична схильність, інфекція, зміни в імунній системі товстої кишки, негативні чинники навколишнього середовища, харчова алергія, психогенні травми [6, 8, 9]. Досі до кінця не вивчені ланцюги патогенезу формування запальної реакції в слизовій оболонці товстої кишки, захисні механізми, що обмежують процес ушкодження та сприяють її репарації. Також поза увагою дослідників лишаються дані про особливості клінічного перебігу ВК залежно від протяжності ураження кишечника (проктит, проктосигмоїдит, лівобічний коліт, тотальний коліт).

Останні публікації свідчать про те, що в дітей частіше, ніж у дорослих, має місце тотальне ураження кишечника. Початок захворювання в дитячому віці призводить до більш несприятливого перебігу ВК та в 30–40 % випадків закінчується колектомією протягом 10 років (порівняно з 20 % випадків у дорослих). Крім того, діти мають обумовлені віком особливості, такі як мінералізація кісток, статевий розвиток, характер харчування, психоемоційний стан та інші, що негативно впливають на перебіг хвороби та її наслідки [9–12].

Наші багаторічні спостереження за пацієнтами з ВК свідчать про еволюцію клінічного перебігу захворювання. Це стосується в першу чергу дебюту ВК, розподілу дітей за віком та статтю, особливостями перебігу хвороби залежно від локалізації запалення в кишечнику [9].

З огляду на вищевказане нами проведений ретроспективний аналіз 184 історій хвороби пацієнтів із ВК різного віку з метою визначення найбільш характерних клініко-параклінічних рис даної патології в дитячому віці.

Матеріали та методи

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби дітей, які перебували на обстеженні та лікуванні у відділенні проблем захворювань органів травлення в дитячому ДУ «ІПАГ НАМН України» з 2004 по 2014 рік. Усього проаналізовані 184 історії хвороби, з них вперше виявлених випадків захворювання — 84.

При розробці історій хвороби проводили оцінку анамнезу життя та хвороби дитини, показників основних патологічних симптомів і синдромів, даних лабораторних (загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові, коагулограма, фекальний кальпротектин) та інструментальних (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (УЗДОЧП), ректо- та колоноскопія з обов'язковим гістологічним дослідженням біоптату слизової оболонки кишечника) методів дослідження.

Результати та обговорення

За останні роки у відділенні проблем захворювань органів травлення у дітей ДУ «ІПАГ НАМН України» значно почастишали випадки госпіталізації дітей із запальними захворюваннями кишечника, особливо з виразковим колітом.

Так, до 2008 року включно у відділенні за рік проходило лікування 7–11 пацієнтів з виразковим колітом. У 2008 році зареєстровано 8 нових випадків ВК. У подальші роки кількість нових випадків ВК зростала в арифметичній прогресії. Запальні захворювання кишечника стали основною нозологічною одиницею хвороб кишечника, з якими діти перебували на обстеженні та лікуванні (рис. 1).

Проведений аналіз поширеності ВК по регіонах України показав, що частіше ВК реєструвався в Києві та Київській області (11 та 12,4 % відповідно), а також у Рівненській (10,3 %) та Тернопільській (8,6 %) областях.

При аналізі ante- та постнатального анамнезу привертати увагу значний відсоток гестозів вагітності (37 %), загроза переривання вагітності в першому триместрі (6 %), дефіцит маси тіла при народженні (18 %). У 20 % хворих на ВК мало місце штучне вигодовування на першому році життя, у 29 % — кишкові інфекції. Частота хвороб кишечника в родині пацієнтів із ВК становила 34 %.



Рисунок 1. Динаміка зростання частоти ВК у дітей (за даними відділення проблем захворювань органів травлення в дитячому віці)

Віковий розподіл дітей із ВК виглядав таким чином: діти до 7 років — 36 %, 7–12 років — 17 %, підлітки — 47 %. Середній вік пацієнтів становив 9,1 року, переважали дівчатка (65 %). Наші дані збігаються з даними інших авторів про те, що серед вікових груп дитинства підлітки та діти дошкільного віку становлять групу ризику щодо розвитку ВК [6–8].

Аналіз клінічних проявів перебігу ВК показав, що найбільш характерними симптомами хвороби були болі в животі (до чи після дефекації), діарея з кров'ю та слизом, зниження апетиту, втрата маси тіла. Слід відмітити, що для виразкового коліту характерним є повільний розвиток хвороби. Симптоми захворювання персистують протягом тижнів і навіть місяців до першого звернення до лікаря. Діарея не є обов'язковим симптомом виразкового коліту — хворі з проктитом та проктосигмоїдитом частіше скаржились на запори та щільний кал. Проте в більшості дітей усе ж мала місце діарея. Характерною була нічна діарея, а також тенезми.

Слід відмітити, що в дітей із ВК частіше, ніж у дорослих, реєструвалися позакишкові прояви захворювання, обумовлені імунopatологічними процесами в організмі. Серед них значне місце посідали реактивні артрити (19,6 %), афтозний стоматит (8,7 %), ураження шкіри (10,9 %), стеатогепатит (5,5 %), нефролітаз (3,3 %), склерозуючий холангіт (1,7 %).

Аналіз супутніх захворювань у пацієнтів із ВК виявив відносно високу частоту ураження верхніх відділів травного тракту: функціональна диспепсія реєструвалася у 23,5 % хворих дітей, хронічний дуоденіт — у 26 %, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба — у 29,4 % пацієнтів. Поліп товстої кишки були виявлені у восьми пацієнтів, лямбліоз кишечника — у чотирьох, амєбіаз — у двох випадках.

При проведенні фізикального обстеження дітей із ВК майже в 25 % пацієнтів реєструвався дефіцит маси тіла, у 18 % хворих — затримка фізичного розвитку.

Важливим, з нашої точки зору, є визначення ступеня активності запального процесу за допомогою педіатричного індексу активності виразкового коліту (PUCAI) [13]. Даний індекс визначається шляхом збору клінічних даних (абдомінальний біль, ректальна кровотеча, консистенція, форма

та частота випорожнень, нічні випорожнення, ступінь активності пацієнта), що мають відповідну бальну оцінку. Показник суми балів характеризує тяжкість захворювання. За отриманими даними, при первинному обстеженні 30 % хворих мали сумарний індекс PUCAI 10–34 бали (легкий ступінь активності), 52 % — 35–64 бали (середній ступінь активності), 18 % хворих — понад 65 балів (тяжкий ступінь активності).

Оцінка ступеня тяжкості перебігу ВК з використанням педіатричного індексу активності виявила, що тотальний коліт з тяжким ступенем активності реєструвався в 35 % хворих, решта мали середній ступінь активності. ВК з локалізацією у лівих відділах кишечника характеризувався в 64 % пацієнтів середнім ступенем активності, 20 % пацієнтів — тяжким, 16 % — легким ступенем. ВК із локалізацією запалення в дистальних відділах кишечника (проктосигмоїдити) у більшості випадків (74 %) мав легкий ступінь активності, і тільки у 26 % хворих відмічений середній ступінь активності.

При аналізі даних лабораторного обстеження (табл. 1) привертала увагу зміни в загальному аналізі крові — суттєве зниження гемоглобіну (анемія, переважно 1–2-ї ст., реєструвалася у 53,3 % хворих), помірний лейкоцитоз (у 25 % хворих), прискорена швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) (у 27 % хворих), підвищена концентрація тромбоцитів (у 16 % хворих). Проте вищеперераховані зміни в загальному аналізі крові переважно зустрічалися у пацієнтів з тяжким ступенем запального процесу в кишечнику й були відсутні у хворих на ВК з легким ступенем активності.

Оцінка відхилень у біохімічному аналізі крові показала, що в період загострення ВК частіше мало місце підвищення концентрацій С-реактивного білка (46,8 % пацієнтів) та альфа-2 глобулінів (28,8 %).

Основним дослідженням, на якому базувався діагноз ВК, була колоноскопія із серійною біопсією слизової товстої кишки кишечника. На відміну від дорослих у дитячій практиці локальне ураження слизової оболонки товстого кишечника при ВК (ізолюваний проктит або лівобічний коліт) зустрічається дуже рідко [7, 8]. Дані, отримані нами, не були винятком: проктосигмоїдит мав місце лише в 10 (11,9 %) первинно обстежених пацієнтів. Лівобічний коліт реєструвався

Таблиця 1. Середні значення показників загального аналізу крові в період загострення виразкового коліту

Показник	Середні значення показника
Еритроцити, $\times 10^{12}/\text{л}$	4,83 \pm 0,12
Гемоглобін, г/л	113,80 \pm 4,24
Лейкоцити, $\times 10^9/\text{л}$	10,46 \pm 1,88
Тромбоцити, $\times 10^9/\text{л}$	401,8 \pm 25,3
ШОЕ, мм/год	18,10 \pm 2,53

Таблиця 2. Ефективність лікування пацієнтів залежно від локалізації запального процесу в кишечнику (%)

Локалізація запального процесу	Частота ремісії через 1,5 року лікування залежно від ступеня активності (за PUCAI) виразкового коліту		
	Тяжкий	Середній	Легкий
Тотальний коліт	22,0	32,0	–
Лівобічний коліт	42,0	58,0	68,0
Проктосигмоїдит	–	78,0	100,0

у 24 (28,5 %) випадках, тотальний коліт — у 50 (59,6 %) пацієнтів. Середній вік дітей з локалізованим ураженням кишечника (проктосигмоїдит) становив 11 років. Лівобічний коліт частіше зустрічався в дітей 15 років, тотальне ураження кишечника з високою частотою реєструвалося в молодшій групі пацієнтів (8–9 років). Дані дослідження виявляють більш високий рівень загрози тотального ураження кишечника в дітей молодшого віку, що обумовлює необхідність проведення цим хворим тотальної колоноскопії з оглядом до ілеоцекального кута.

Усім хворим проводилось морфологічне дослідження слизової оболонки кишечника. На жаль, на сьогодні чітких морфологічних критеріїв ступеня активності запального процесу при ВК у дітей не існує. Є лише характерні ознаки активної стадії запалення — зменшення кількості залоз на тлі виражених застійних явищ у капілярах, їх деформація, зменшення кількості келихоподібних клітин, формування крипт-абсцесів, виражена клітинна інфільтрація строми. У стадії одужання спостерігається зменшення застійних явищ, відновлення популяції келихоподібних клітин, утворення лімфоїдних фолікулів, зменшення клітинної інфільтрації власної пластинки. Розробка індексу гістологічної активності виразкового коліту в дітей — важливе питання, вирішення якого є предметом наукових досліджень, що проводяться у відділенні проблем захворювань органів травлення в дітей і лабораторії патоморфології інституту.

Як додаткові методи дослідження для верифікації активності ВК використовувались імунологічні методи визначення концентрації кальпротектину в калі. За даними літератури, для уточнення діагнозу запального захворювання кишечника, моніторингу ефективності терапії, констатації ремісії показник фекального кальпротектину є надійним і точним маркером [13]. Як свідчили проведені нами дослідження, існує прямий зв'язок концентрації кальпротектину в калі не тільки з педіатричним індексом активності, але й із поширеністю запального процесу в кишечнику.

Тяжкість та агресивний перебіг ВК у дітей обумовлюють актуальність розробки оптимальних схем лікування даної хвороби. У вересні 2012 року Європейською асоціацією дитячих гастроентерологів, гепатологів та нутриціологів

(ESPGHAN) були опубліковані рекомендації з лікування ВК у дітей, на основі яких розроблено протокол діагностики та лікування даної патології, затверджений МОЗ України (наказ № 53 від 29.01.2013) [1, 2].

Згідно з ретроспективним аналізом історій хвороби дітей, які перебували на лікуванні у відділенні, терапія хворим призначалась відповідно до протоколу та передбачала застосування як базисної (лікувальна суміш модулів, глюкокортикоїди, препарати 5-аміносаліцилової кислоти, цитостатики), так і симптоматичної (антидіарейні препарати, сорбенти, спазмолітики, пробіотики, стимулятори гемопоезу, ферменти) терапії.

Згідно з даними катamnестичного аналізу, ефективність патогенетичної терапії ВК залежала як від поширеності патологічного процесу в кишечнику, так і від активності запалення (табл. 2).

Встановлено, що найбільш несприятливий для лікування варіант ВК — тотальний коліт. У значного відсотка хворих із лівобічним колітом через 1,5 року лікування зупинити патологічний процес у кишечнику не вдалося, і лише у хворих на ВК з ураженням дистальних відділів кишечника (проктосигмоїдит) ефективність лікування була високою.

Як показали дослідження, тотальний коліт тяжкого ступеня частіше реєструвався у хлопчиків дошкільного віку та дівчаток-підлітків, мав невисоку ефективність лікування (у 22 % хворих встановлена клініко-лабораторна ремісія через 1,5 року комбінованої терапії), характеризувався рецидивуючим перебігом.

Тотальний коліт середнього ступеня активності частіше був діагностований у підлітків, мав агресивний перебіг із частими рецидивами; комбінована терапія (глюкокортикоїди + салофальк) у даній групі хворих протягом 1,5 року була ефективною в 32 % пацієнтів.

Лівобічний коліт із тяжким ступенем активності зустрічався в хлопчиків та дівчаток різних вікових груп. Комбінована або монотерапія через 1,5 року ефективна в 42 % хворих. Лівобічний коліт середнього ступеня тяжкості, за отриманими даними, частіше відмічався в дівчаток. Вікових відмінностей відмічено не було. Комбінована терапія або монотерапія дали ефект у 58 % хворих.

Серед хворих на лівобічний коліт легкого ступеня за частотою виявлення хвороби не було гендер-

них та вікових відмінностей. У 68 % пацієнтів після проведення монотерапії салюфальком відмічена клініко-лабораторна ремісія. На проктосигмоїдит середнього ступеня активності хворіли переважно дівчатка дошкільного та молодшого шкільного віку. Як правило, індукція ремісії досягалась шляхом застосування монотерапії (салюфальк мікроклізми, свічки). Рецидиви спостерігались рідко.

Проктосигмоїдит легкого ступеня активності переважно реєструвався в дітей молодшого шкільного віку. Півторарічна монотерапія салюфальком була ефективною в усіх хворих.

З огляду на тяжкість перебігу ВК в дитячому віці, труднощі діагностики з урахуванням клінічних варіантів захворювання, значний відсоток неефективності загальноприйнятої терапії актуальним є індивідуальний підхід до призначення пацієнту лікувальних засобів.

Висновки

Ретроспективний аналіз історій хвороби дітей із виразковим колітом, які перебували на обстеженні та лікуванні у відділенні проблем захворювань органів травлення в дітей, дозволив доповнити існуючі уявлення щодо клінічного перебігу захворювання в різні вікові періоди дитинства в сучасних умовах.

Виразковий коліт зустрічається в дітей усіх вікових груп, серед них групами ризику є діти дошкільного віку та підлітки. До факторів ризику захворювання належать як анте-, так і постнатальні фактори: гестози та загроза переривання вагітності, дефіцит маси тіла при народженні, штучне вигодовування, кишкові інфекції.

Виразковий коліт характеризується хронічним рецидивуючим перебігом з повільним розвитком хвороби, має типові клінічні прояви — діарея, гемоколіт, больовий абдомінальний синдром, інтоксикаційний синдром, затримка фізичного розвитку.

За локалізацією запального процесу переважає тотальне ураження товстої кишки (59,6 %), дещо рідше діагностується лівобічний коліт (28,5 %) і проктосигмоїдит (11,9 %).

Інформативними критеріями активності виразкового коліту є педіатричний індекс активності (PUCAI), рівень фекального кальпротектину, ряд показників загального аналізу крові (гемоглобін, лейкоцити, тромбоцити, ШОЕ) та біохімічних досліджень (С-реактивний білок, α -2-глобуліни).

Сучасна комбінована базисна терапія, за даними катамнестичного спостереження, ефективна у 22 % хворих з тотальним колітом, 42–58 % — з лівобічним колітом. Монотерапія препаратами 5-аміносаліцилової кислоти у 68 % випадків була ефективною в пацієнтів із сегментарним колітом мінімального ступеня активності та 100 % хворих із проктосигмоїдитом.

З огляду на не уточнену до цього часу етіологію, мультифакторний генез ВК доцільним є подальше

вивчення патогенетичних механізмів розвитку та прогресування хвороби. Перспективним видається визначення структурно-функціональних особливостей слизової оболонки кишечника при різних клінічних варіантах ВК у дітей, а також вивчення змін мікроекології кишечника та обґрунтування ролі кишкового дисбіозу в прогресуванні захворювання, розробка індивідуальних схем патогенетичної терапії захворювання.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

References

1. Turner D, Levine A, Escher JC, Griffiths AM, Russell RK, Dignass A, et al. Management of Pediatric Ulcerative Colitis: Joint ECCO and ESPGHAN Evidence-based Consensus Guidelines. *JPGN*. 2012;55(3):340-61. PMID: 22773060; doi: 10.1097/MPG.0b013e3182662233.
2. IBD Working Group of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Inflammatory bowel disease in children and adolescents: recommendations for diagnosis — the Porto criteria. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2005;41(1):1-7. PMID: 15990620.
3. Sandhu BK, Fell JM, Beattie RM, Mitton SG, Wilson DC, Jenkins H, compilers. Guidelines for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Children in the United Kingdom. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2010;50(1):S1-13. doi: 10.1097/MPG.0b013e3181e92e53.
4. Shadrin OG, compiler. Crohn's disease in children: state of the problem and the prospects of its solution in Ukraine. *Zdorov'ja Ukrainy. Medychna gazeta*. 2015;1:3-4. (in Ukrainian).
5. Mack DR, Langton C, Markowitz J, Leleiko N, Griffiths A, Bousvaros A, et al. Laboratory values for children with newly diagnosed inflammatory bowel disease. *Pediatrics*. 2007;119(6):1113-9. PMID: 17545378; doi: 10.1542/peds.2006-1865.
6. Behrens R, Buderus W, Keller K. Crohn's disease and ulcerative colitis in children and adolescents: a practical guide. Freiburg: Dr Falk Pharma GmbH; 2005. 46p.
7. Rummyantsev VG, Schigoleva NE. Ulcerative colitis in children. *Consilium medicum; Appendix. Gastroenterology*. 2002;2:20. (in Russian).
8. Yablokova EA, Gorelov AV, Ratnikova MA, et al. Inflammatory bowel disease in children. *Pediatrics*. 2006;5:99-102. (in Russian).
9. Denisova MF. Modern approaches to the diagnosis of ulcerative colitis in children. *Sovremennaja pediatrija*. 2014;3:113-5. doi: 10.15574/SP.2014.59.113. (in Russian).
10. Kim SC, Ferry GD. Inflammatory bowel diseases in pediatric and adolescent patients: Clinical, therapeutic, and psychosocial considerations. *Gastroenterology*; 2004;126(6):1550-60. PMID: 15168366.
11. Turner D, Otley AR, Mack D, et al. Development, validation, and evaluation of a pediatric ulcerative colitis activity index: a prospective multicenter study. *Gastroenterology*. 2007;133(2):423-32. PMID: 17681163. doi: 10.1053/j.gastro.2007.05.029.
12. Turner D, Travis SP, Griffiths AM, et al. Consensus for managing acute severe ulcerative colitis in children: a systematic review and joint statement from ECCO, ESPGHAN, and the Porto IBD Working Group of ESPGHAN. *Am J Gastroenterol*. 2011;106(4):574-88. PMID: 21224839. doi: 10.1038/ajg.2010.481.
13. Tatianina OF, Potapov AS, Namazov LS, et al. Fecal calprotectin in the non-invasive diagnosis of inflammatory bowel disease in children. *Pediatric Pharmacology*. 2008;5(3):46-54. (in Russian).

Отримано 01.03.2017 ■

Денисова М.Ф., Музыка Н.Н., Чернега Н.В., Задорожная Т.Д., Арчакова Т.Н., Букулова Н.Ю.
 ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины»,
 г. Киев, Украина

Особенности течения язвенного колита у детей на современном этапе

Резюме. Актуальность. По тяжести течения, частоте осложнений и летальности язвенный колит занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта у детей. **Цель исследования:** изучить особенности течения язвенного колита у детей на современном этапе. **Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 184 историй болезни детей, которые находились на обследовании и лечении в отделении проблем заболеваний органов пищеварения ГУ «ИПАГ НАМН Украины» с 2004 по 2014 год. **Результаты.** Язвенный колит встречается у детей всех возрастных групп, среди них группами риска являются дети дошкольного возраста и подростки. К факторам риска относятся как ante-, так и постнатальные показатели: гестозы и угроза прерывания беременности, дефицит массы тела при рождении, искусственное вскармливание, кишечные инфекции. Язвенный колит характеризуется хроническим рецидивирующим течением, медленным прогрессированием заболевания, имеет типичные клинические проявления — диарея, гемоколит, болевой абдоминальный синдром, интоксикационный синдром, задержка физического развития. По локализации воспалительного процесса превалирует тотальное поражение толстой кишки (59,6 %), реже диагностируются левосторонний колит (28,5 %) и проктосигмоидит (11,9 %). Информативными критериями активности язвенного колита являются педиатрический индекс активности (PUCAI), показатель фекального кальпротектина, ряд показателей об-

щего анализа крови (гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, скорость оседания эритроцитов) и биохимических показателей (С-реактивный белок, α -2-глобулины). Современная комбинированная базисная терапия, по данным катamnестического наблюдения, эффективна у 22 % больных с тотальным колитом, у 42–58 % пациентов с левосторонним колитом. Монотерапия препаратами 5-аминосалициловой кислоты в 68 % случаев была эффективной у пациентов с сегментарным колитом минимальной степени активности и 100 % больных с проктосигмоидитом. **Выводы.** Проведенный анализ историй болезни детей с язвенным колитом показал современную возрастную структуру заболевания, наличие гендерных различий в зависимости от локализации и тяжести воспалительно-деструктивного процесса в кишечнике, несоответствие между клиническими и лабораторными показателями, эффективность схем терапии, рекомендованных ECCO и ESPGAN, целесообразность использования новых критериев оценки воспалительного процесса в кишечнике. Полученные данные могут быть использованы для обоснования научно-практической программы по проблеме язвенного колита в детском возрасте, направленной на разработку таких актуальных разделов, как эпидемиология, патогенез, возрастные и клинические особенности, оптимизация протоколов диагностики и лечения.

Ключевые слова: язвенный колит; особенности течения; дети

M.F. Denisova, N.M. Muzyka, N.V. Chernenha, T.D. Zadorozhna, T.M. Archakova, N.Yu. Bukulova
 State Institution "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Peculiarities of the course of ulcerative colitis in children at the present stage

Abstract. Background. As to severity of the course, the incidence of complications and mortality rate, ulcerative colitis hold a position within the top of the gastrointestinal system diseases in children. Goal of research — to study peculiarities of the course of ulcerative colitis at the present stage. **Materials and methods.** The retrospective analysis was conducted of 184 clinical records of the children, who were on examination and treatment at the Department of the diseases of gastrointestinal system of the State Institution "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" between 2004 and 2014. **Results and discussion.** Ulcerative colitis is common in the children of all ages, among which the preschool children and teenagers are at greater risk than others. The risk factors include both the antenatal and the postnatal ones: gestational toxicosis and miscarriage threat, weight deficit at birth, artificial feeding, intestinal infections. Ulcerative colitis is characterized by chronic relapse, slow progression of the disease, and the typical clinical symptoms are: diarrhea, hemorrhagic colitis, abdominal pain syndrome, toxic syndrome, late physical development. In terms of localization, the inflammation process most often affects the entire large bowel (59.6 %), left-sided colitis (28.5 %), and proctosigmoiditis (accounts for 11.9 %) are less common. The informative criteria of ulcerative colitis activity are the Pediatric

Ulcerative Colitis Activity Index (PUCAI), fecal calprotectin level, a number of complete blood count values (hemoglobin, leucocytes, platelets, erythrocyte sedimentation rate) and biochemical studies (C-reactive protein, alpha-2 globulins). The modern combined baseline therapy is efficient in 22 % of patients suffering from total colitis, in 42–58 % — from left-sided colitis according to the follow-up study results. Monotherapy with 5-aminosalicylic acid medications was efficient in 68 % of patients with the least active segmental colitis and in 100 % of patients with proctosigmoiditis. **Conclusion.** Analysis of the clinical records of the children with ulcerative colitis has showed the current age pattern of the disease, the gender difference depending on localization and severity of the inflammation and destructive processes in the bowel, incongruity of the clinical and the laboratory findings, efficiency of the treatment patterns suggested by ECCO and ESPGAN, relevance of the use of new criteria to assess the inflammation process in the bowel. The findings received can be used for substantiation of the research and practice program on the problem of ulcerative colitis in the children aimed at the development of the relevant branches, such as epidemiology, pathogenesis, age clinical features, optimization of clinical practice guidelines.

Keywords: ulcerative colitis; peculiarities of the course; children