



Фактори ризику виразкового коліту в дітей

For citation: Zdorov'e Rebenka. 2020;15(2):106-111. doi: 10.22141/2224-0551.15.1.2020.200273

Резюме. Актуальність. Запальні хвороби кишечника на сьогодні є однією з актуальних проблем дитячої гастроентерології, що обумовлено стрімким поширенням даної патології, зміщенням дебюту хвороби на ранній вік дитини (перші три роки життя), формуванням тяжких ускладнень, низькою ефективністю сучасних схем лікування. Проблема виразкового коліту в дітей вимагає подальшого всебічного вивчення, в тому числі факторів ризику виникнення захворювання, що надасть можливість формування груп ризику розвитку хвороби, обґрунтування профілактичних заходів з її попередження. **Матеріали та методи.** Вивчення факторів ризику проводилось шляхом опитування 100 матерів, діти яких хворіли на виразковий коліт. Контрольну групу становили 30 матерів здорових дітей. **Результати.** На підставі математичного аналізу медико-біологічних факторів ризику розвитку виразкового коліту в дітей визначені найбільш значимі: обтяжена спадковість по захворюванню органів травлення, а саме хворобам кишечника, кишечні дисфункції в ранньому віці, повторні курси антибіотикотерапії, вторинна лактазна недостатність, часті респіраторні хвороби. Розроблено алгоритм прогнозування виразкового коліту в дитячому віці, обґрунтовані підходи до профілактики даної патології.

Ключові слова: виразковий коліт; діти; фактори ризику

Вступ

Запальні захворювання кишечника (ЗЗК) — виразковий коліт (ВК) і хвороба Крона (ХК) на сьогодні є однією з актуальних проблем дитячої гастроентерології, що обумовлено стрімким поширенням даної патології, зміщенням дебюту хвороб на ранній вік дитини (перші три роки життя), формуванням тяжких ускладнень, низькою ефективністю сучасних схем лікування [3, 18, 21].

Останніми роками завдяки низці проведених фундаментальних клініко-експериментальних досліджень отримано нові наукові дані щодо ролі генетичних факторів, стану імунної системи, мікробіоценозу, протективної функції слизового бар'єру товстої кишки, які суттєво розширили існуючі уявлення відносно патології запальних хвороб кишечника, зокрема ВК у дитячому віці [4, 7, 9, 15].

У той же час найменш вивченою залишається проблема профілактики ВК, розробка якої сприяла би попередженню розвитку хвороби, особливо тотальних

високоактивних її форм як найбільш загрозливого клінічного варіанта даної патології.

Доцільність значимості даного напрямку наукових досліджень знайшла своє підтвердження у низці досліджень, результатами яких доведено, що ризик виникнення гастроентерологічних хвороб у дітей вірогідно підвищують фактори перинатального періоду, обтяжена спадковість по хворобах органів травлення, кишкові інфекції, повторні курси антибіотикотерапії в ранньому дитинстві [1, 8, 10, 11, 13, 14, 17, 20, 22, 23].

Слід відмітити, що в педіатричній літературі є поодинокі публікації, в яких наведена частота зустрічальності та інформативність генетичних, соціально-біологічних і перинатальних факторів ризику розвитку ВК як можливих тригерів формування хвороби. Так, М.Ф. Денисовою (1985) на підставі вивчення у 135 дітей з ВК частоти та інформативної цінності факторів ризику було показано, що найбільшу інформативну цінність у дітей з ВК мають патологія вагітності, рецидивуючі бактеріально-вірусні інфекції, частий прийом

© 2020. The Authors. This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International License, CC BY](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which allows others to freely distribute the published article, with the obligatory reference to the authors of original works and original publication in this journal.

Для кореспонденції: Букулова Нана Юріївна, науковий співробітник відділення проблем захворювань органів травлення, Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», вул. Платона Майбороди, 8, м. Київ, 04050, Україна; e-mail: nusichka77@gmail.com; контактний тел.: +38 (093) 092-28-66.

For correspondence: Nana Bukulova, Researcher in Children Digestive Issues Department, State Institution "Lukianova Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine", Platona Mayborody st., 8, Kyiv, 04050, Ukraine; e-mail: nusichka77@gmail.com; phone: +38 (093) 092-28-66.

Full list of author information is available at the end of the article.

антибіотиків, непереносимість молока, дисфункції кишечника в ранньому віці [6].

За даними епідеміологічного дослідження A. Niviid et al. [19] доведено, що використання антибіотиків в ранньому дитинстві є фактором ризику розвитку ЗЗК, і чим частіше призначалися повторні курси антибіотиків, тим частіше було формування цих хвороб.

Педіатри звертають увагу на тип харчування дитини в самому ранньому віці з точки зору його впливу на склад мікрофлори кишечника, який сьогодні розглядається як ключовий фактор патогенезу ЗЗК [16].

В.Г. Румянцев (2009) наводить публікації, висновки яких свідчать про те, що ризик ВК в 10–15 разів перевищує популяційний, якщо один з батьків хворів на це захворювання [12]. Ці дані підкреслюють суттєву роль родинної схильності у розвитку запальних хвороб кишечника, зокрема ВК.

На жаль, перші кроки з вивчення ролі факторів ризику у формуванні ВК у дітей залишилися на стадії визначення їх частоти, не було запропоновано конкретних рекомендацій щодо первинної профілактики ВК в дитячому віці, а саме можливості формування груп ризику розвитку даної хвороби, обґрунтуванню профілактичних заходів з її попередження.

Виходячи з вищенаведеного, **метою** роботи була розробка алгоритму прогнозування виразкового коліту в дітей шляхом вивчення факторів ризику його розвитку.

Матеріали та методи

Вивчення факторів ризику проводилось шляхом опитування 100 матерів, діти яких хворіли на виразковий коліт, із них 29 (29 %) дітей дошкільного віку (3–6 років), 31 (31 %) дитина шкільного віку (7–11 років), 40 (40 %) підлітків (12–18 років). Дівчат було 46 (46 %), хлопчиків — 54 (54 %). Тотальний ВК мали 65 (65 %) пацієнтів, сегментарний — 23 (23 %), дистальний — 12 (12 %); тяжку форму — 28 (28 %), середньотяжку — 62 (62 %), легку — 10 (10 %) дітей. Контрольну групу становили 30 матерів здорових дітей.

Аналіз даних проводили непараметричним методом статистики з використанням критерію χ^2 Пірсона, статистично значущими вважалися відмінності частот у двох незалежних групах при $p < 0,05$. Для виявлен-

ня провідних анамнестичних прогностичних факторів ризику розвитку ВК у дітей та визначення найбільш інформативних показників застосовували послідовну діагностичну процедуру Вальда — Генкіна із розрахунком діагностичного коефіцієнта (ДК) та оцінкою значимості ознак на основі міри інформативності. Для оцінки впливу факторів ризику на клінічні критерії перебігу ВК використовували метод однофакторного дисперсійного аналізу з розрахунком фактичного значення критерію Фішера (F), порівнянням його з критичним значенням ($F_{кр}$) при $p = 0,05$ та визначенням його значущості (p) [5].

Результати та обговорення

За нашими даними, у 75 % дітей з ВК батьки та найближчі родичі мали хвороби органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ). У 24 % родин (в одного або кількох її членів) були діагностовані захворювання шлунка та дванадцятипалої кишки, жовчовидільної системи (хронічні гастродуоденіти, виразки шлунка, хронічний холецистит). Родичі 20 % дітей мали в анамнезі захворювання кишечника (хронічні коліти, в тому числі в 2 % випадків — виразковий коліт, в 1 % — хвороба Крона). У 16 % родин було виявлено лише онкологічні хвороби органів травлення, серед яких у 70 % (11 випадків) діагностовано рак кишечника. У 15 % родин вищезазначені патології спостерігалися в різних поєднаннях: одні родичі мали хронічні захворювання органів травлення, інші — хронічні коліти, онкопатологію (рис. 1).

Таким чином, індивідуальне опитування батьків дозволило виявити значну питому вагу (75 %) родинної схильності до хвороб органів травлення, що значно більше порівняно з аналогічними показниками, встановленими в 80-ті роки минулого століття (20 % родин). При цьому ми вперше документували в їх структурі рак кишечника, хворобу Крона, виразковий коліт.

Нами проведено порівняльний аналіз частоти зустрічальності факторів обтяженої спадковості у дітей з ВК та у здорових дітей. Встановлено, що у близьких родичів дітей контрольної групи також мають місце хвороби шлунково-кишкового тракту, але частота їх зустрічальності значно нижче, ніж в родинах дітей з ВК; особливо це стосується хвороб кишечника (табл. 1).

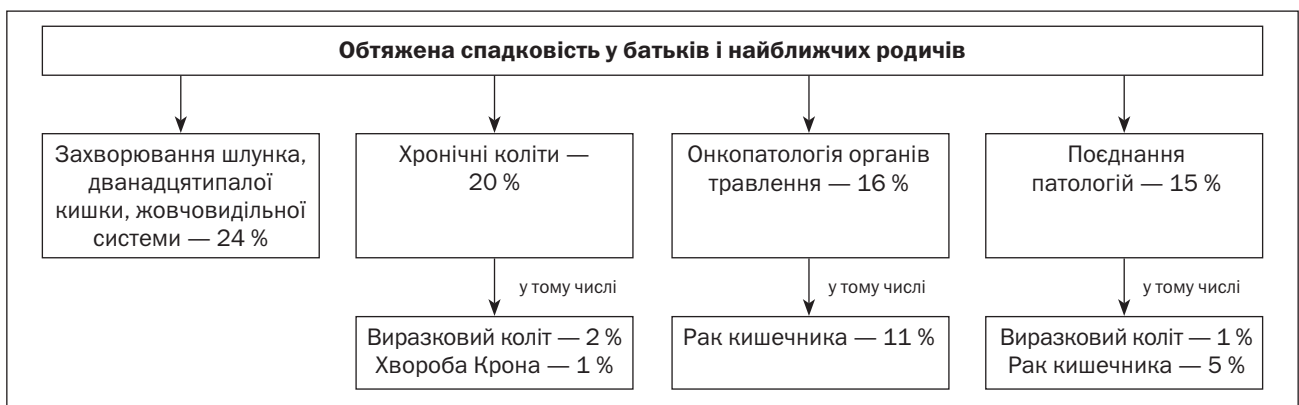


Рисунок 1. Структура захворювань органів шлунково-кишкового тракту в батьків і найближчих родичів дітей з виразковим колітом (n = 100)

Таким чином, проведений аналіз обтяженої спадковості в родинях хворих на ВК дітей підкреслює значимість спадкових факторів як факторів ризику розвитку ВК в дитячому віці.

Виходячи з даних літератури про те, що різноманітні захворювання та стани перинатального періоду несприятливо впливають на плід [2], нами був проведений аналіз акушерського анамнезу матерів обстежених дітей (табл. 2).

Наведена структура визначених факторів свідчить про досить питому їх вагу в анамнезі обстежених дітей з ВК. Так, згідно з отриманими даними, обтяжений акушерський анамнез, а саме перебіг вагітності, встановлено у 66 (66 %) дітей з ВК; серед вивчених факторів домінували ранній гестоз, загроза переривання вагітності та патологія пологів. Зіставлення частоти наведених факторів в двох групах дітей показало, що статистичну розбіжність з контрольною групою мав лише один фактор — загроза переривання вагітності (18 % проти 3,3 % у групі здорових дітей ($p < 0,05$)).

Отримані дані щодо акушерського анамнезу матерів обстежених дітей з ВК є важливими з урахуванням існуючої точки зору про те, що один з найчастіших факторів порушення внутрішньоутробного розвитку плода — проблеми жіночого здоров'я в різні терміни гестації, серед яких, за нашими даними, суттєва роль належить загрози переривання вагітності як маркера несприятливого постнатального розвитку дитини [2].

Також у дітей з виразковим колітом були проаналізовані фактори, що визначають преморбідний фон хворої дитини (табл. 3).

Відомо, що в розвитку хвороб органів травлення педіатри суттєву роль відводять тривалості грудного вигодовування. За нашими даними, на грудному вигодовуванні до 6 місяців і більше були 61 % дітей, на змішаному з 2–3-го місяця — 28 % (проти 10 % в

контрольній групі, $p < 0,05$), на штучному — 11 % (проти 10 %, $p > 0,05$). Можливо, на сьогодні поряд із встановленим несприятливим впливом на стан здоров'я дитини разом зі штучним вигодовуванням зростає роль раннього змішаного вигодовування з урахуванням існуючих в літературі даних щодо негативного впливу типу харчування на мікробіоту кишечника [11, 13, 15]. Заслугує на увагу діагностована вторинна лактазна недостатність у 44 % дітей з виразковим колітом (проти 13,3 % в групі контролю, $p < 0,05$), роль якої в патогенезі запальних захворювань кишечника залишається ще досі не вивченою (табл. 3).

Проведений аналіз структури наведених факторів визначив також низку захворювань, які з раннього віку дитини здатні формувати несприятливий преморбідний фон. Відповідно їх ранговому розподілу, суттєву питому вагу мають кишкові дисфункції в ранньому віці, повторні курси антибіотикотерапії, супутні хвороби ШКТ, часті респіраторні інфекції. Наявність встановлених факторів, з нашої точки зору, може сприяти прогресуванню ВК шляхом посилення порушень епітеліального бар'єру кишечника, рівноваги між показниками вродженого й адаптивного імунітету, змін мікробіоти та інше.

Згідно з отриманими даними, усі наведені фактори мали статистичну розбіжність відносно контрольної групи ($p < 0,05$), за виключенням такого фактора, як алергічні захворювання.

На підставі вивчених факторів ризику встановлено статистичні відмінності за низкою ознак між групами хворих та здорових дітей ($p < 0,05$). Це дало підставу для розробки алгоритму прогнозування виразкового коліту в групі обстежених пацієнтів. Усі фактори ризику розвитку ВК ранжирувані у порядку спадання інформативності (табл. 4). Ознаки з позитивними ДК розглядали як маркери схильності до ВК, ознаки з негативними ДК — як маркери його відсутності [5].

Таблиця 1. Частота спадкових факторів ризику у дітей з виразковим колітом, абс. (%)

Обтяжена спадковість у батьків і найближчих родичів	Група дітей з ВК (n = 100)	Контрольна група (n = 30)
Захворювання шлунка, дванадцятипалої кишки, жовчовидільної системи	24 (24,0)*	2 (6,7)
Хронічні коліти	20 (20,0)*	2 (6,7)
Онкопатологія органів травлення	16 (16,0)*	1 (3,3)
Поеднана патологія органів травлення	15 (15,0)*	1 (3,3)
Усього	75 (75,0)*	6 (20,0)

Примітка: тут і в табл. 2, 3: * — статистична різниця між групами, $p < 0,05$.

Таблиця 2. Структура перинатальних факторів ризику у дітей з виразковим колітом, абс. (%)

Перинатальні фактори	Група дітей з ВК (n = 100)	Контрольна група (n = 30)
Ранній гестоз	40 (40,0)	11 (36,7)
Загроза переривання вагітності	18 (18,0)*	1 (3,3)
Анемія вагітних	6 (6,0)	1 (3,3)
Перенесені інфекції під час вагітності	2 (2,0)	3 (10,0)
Патологія пологів (кесарів розтин, вакуум-екстракція)	8 (8,0)	3 (10,0)

Згідно з аналізом анамнестичних даних, інформативними вважали критерії з коефіцієнтом інформативності $\geq 1,0$. Прогнозування виразкового коліту за допомогою розробленого алгоритму здійснюють шляхом алгебраїчного складання діагностичних коефіцієнтів до моменту досягнення діагностичного порогу. Для групи високого ризику виявлення ВК діагностичний поріг встановлено +28,0 (наявність п'яти послідовних діагностичних критеріїв); середнього ризику — +23,0 (наявність чотирьох послідовних діагностичних критеріїв); низького ризику — +13,0 (наявність в анамнезі хоча б одного з двох факторів з найбільшим коефіцієнтом інформативності — кишкової дисфункції в

ранньому дитинстві або обтяженої спадковості за кишечними захворюваннями та інших послідовних діагностичних критеріїв). Якщо після складання ДК усіх ознак діагностичний поріг не досягнуто — діагноз невизначений, тобто дана сукупність показників не дозволяє надійно діагностувати захворювання; для його уточнення слід виконати поглиблене клініко-параклінічне обстеження.

Виявлено, що наявність одразу кількох послідовних, більш інформативних факторів частіше спостерігається у дошкільнят і підлітків, ніж у школярів ($F = 6,1$, $F_{кр} = 3,5$, $p = 0,01$); у дітей з тотальним і сегментарним колітом, ніж з дистальним ($F = 33,4$,

Таблиця 3. Структура факторів преморбідного фону у дітей з виразковим колітом, абс. (%)

Обтяжуючі фактори	Група дітей з ВК (n = 100)	Контрольна група (n = 30)
Кишкові дисфункції в ранньому віці	72 (72,0)*	4 (13,3)
Частий прийом антибіотиків	65 (65,0)*	6 (20,0)
Супутня патологія ШКТ	44 (44,0)*	5 (16,7)
Часті респіраторні захворювання	43 (43,0)*	4 (13,3)
Паразитарні захворювання	37 (37,0)*	4 (13,3)
Алергічні захворювання	23 (23,0)	3 (10,0)
Тип грудного вигодовування дітей на першому році життя:		
— до 6 місяців і більше	61 (61,0)	24 (80,0)
— змішане з 2–3-го місяця	28 (28,0)*	3 (10,0)
— штучне	11 (11,0)	3 (10,0)
Вторинна лактазна недостатність	44 (44,0)*	4 (13,3)

Таблиця 4. Алгоритм прогнозування виразкового коліту в дітей

№	Фактор ризику	Наявність ознаки (так/ні)	Діагностичний коефіцієнт	Інформативність
1	Кишкові дисфункції в ранньому дитинстві	Так	7	3,6
		Ні	-5	
2	Обтяжена спадковість	Так	6	3,0
		Ні	-5	
3	Частий прийом антибіотиків	Так	5	2,0
		Ні	-4	
4	Вторинна лактазна недостатність	Так	5	1,1
		Ні	-2	
5	Часті респіраторні захворювання	Так	5	1,0
		Ні	-2	
6	Супутня патологія кишечника	Так	4	0,8
		Ні	-2	
7	Паразитарна інфекція	Так	4	0,7
		Ні	-1	
8	Змішане грудне вигодовування	Так	4	0,6
		Ні	-1	
9	Загроза переривання вагітності	Так	4	0,5
		Ні	-1	

$F_{кр} = 3,5$, $p = 0,003$); при тяжкому і середньотяжкому перебігу захворювання, ніж легкому ($F = 9,5$, $F_{кр} = 3,5$, $p = 0,01$); статистичної різниці в показниках за статтю не встановлено ($F = 0,6$, $F_{кр} = 4,6$, $p = 0,46$).

Показники ефективності даної математичної моделі прогнозу розвитку виразкового коліту в дітей становили: специфічність — 67 %, чутливість — 63 %, точність — 66 %.

Висновки

Таким чином, проведений аналіз факторів ризику розвитку ВК в дитячому віці дозволив визначити низку найбільш значущих, серед яких, безперечно, суттєва роль належить родинній схильності до хвороб органів травлення. Це положення підсилюється встановленою наявністю у родичів захворювань кишечника (20 %), в структурі яких виявлені виразковий коліт, хвороба Крона. Заслугове у увагу значна частка онкологічної патології кишечника в родині хворих дітей. Суттєве значення, за нашими даними, мають кишкові дисфункції невстановленої етіології, необґрунтовані повторні курси антибіотикотерапії, вторинна лактазна недостатність. Наведені фактори ризику в поєднанні з іншими факторами, встановленими в анамнезі, створюють несприятливий преморбідний фон, що може негативно впливати на перебіг та ефективність лікування ВК.

На підставі проведеного аналізу розроблено алгоритм прогнозування виразкового коліту в дитячому віці. Отримані дані дозволяють формувати групи пацієнтів можливого розвитку виразкового коліту із родин зі спадковою обтяженістю по хворобах органів травлення та проводити профілактичні заходи, якими є максимальне збереження тривалості грудного вигодовування, своєчасна діагностика лактазної недостатності та виявлення супутніх захворювань органів травлення, призначення антибіотиків за суворими показаннями, попередження вірусно-респіраторних захворювань.

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

References

1. Belousova OIu. Risk factors for the development of chronic non-specific non-ulcer colitis in children. *Zdorov'e rebenka*. 2008;(12):2–8. (in Russian).
2. Volodin NN. Perinatal medicine: problems, ways and conditions of their solution. *Pediatrics*. 2004;83(5):18–29. (in Russian).
3. World Health Organization (WHO); Regional Office for Europe. Available from: <http://www.euro.who.int/en>.
4. Glavnov PV, Lebedeva NN, Kashchenko VA, Varzin SA. Ulcer colitis and Crohn's disease: current state of a problem of an etiology, early diagnostics and treatment (review of literature). *Vestnik of Saint Petersburg University. Medicine*. 2015;(4):48–72. (in Russian).
5. Gubler EV, Genkin AA. *Primenenie neparametricheskikh kriteriev statistiki v mediko-biologicheskikh issledovaniiah [Application of nonparametric statistical criteria in biomedical research]*. SPb: Meditsina; 1973. 144 p. (in Russian).
6. Denisova MF. *Intestinal diseases*. In: Luk'ianova EM, editor. *Spravochnik detskogo gastroenterologa [Handbook of*

pediatric gastroenterologist]. Kyiv: Zdorov'e; 1985. 102–121 pp. (in Russian).

7. Dorofeeva A. Morphological features of the mucous membrane of the colon of patients with early and late ulcerative colitis debut. *Visnyk of Taras Shevchenko National University of Kyiv*. 2019;(26):12–17. (in Ukrainian).
8. Kiku PF, Zhigaev DS, Shiter NS, Sabirova KM, Mezentseva MA. The concept of risk factors for the health of the population. *Biulleten' fiziologii i patologii dykhanii*. 2016;(62):101–109. (in Russian).
9. Lysana TO, Denisova MF, Chernega NV, et al. State of biocenosis of intestines in children with ulcerative colitis. *Problems of uninterrupted medical training and science*. 2019;(33):8–12. (in Ukrainian).
10. Mukvich OM, Lavrenchuk OV, Gridina TA, Poluk TA. Clinical picture of chronic gastroduodenitis in children with connective tissue dysplasia. *Perinatologiya i pediatriya*. 2015;(61):81. (in Russian).
11. Radushyn'ska T.Ju. *Optyimizacija diagnostyky ta likuvannja hronichnoi' diarei', obumovlenoi' laktaznoju nedostatnistju u ditej rann'ogo viku. Diss. kand. med. nauk [Optimization of the diagnosis and treatment of chronic diarrhea due to lactase deficiency in young children. PhD in Med Sci diss.]*. Kyiv; 2018. 18 p. (in Ukrainian).
12. Rumiantsev VG. *Iazvennyi kolit u detei: rukovodstvo dlja vrachei [Ulcerative colitis in children: a guide for doctors]*. Moscow; 2009. 20–24 pp. (in Russian).
13. Smishhuk VV, Slobodjanjuk OV, Koshova AO. Priority directions for genetic research in children with cholelithiasis and risk groups. *Ukrayins'kyi naukovo-medychnyy molodizhnyy zhurnal*. 2012;(1):218. (in Ukrainian).
14. Shadrin OG, Platonova OM. Pediatric aspects of the diagnosis and treatment of functional disorders of the gastrointestinal tract. *Practical medicine*. 2011;(54):25–27. (in Ukrainian).
15. Shadrin OG, Zadorozhnaya TD, Berezenko VS, et al. Features of the course and differential diagnosis in infants with chronic diarrhea. *Perinatologiya i pediatriya*. 2018;(79):105–110. (in Russian).
16. Shadrin OG, Marushko RV, Bryuzgina TS, et al. Functional food and chronic colitis in infants. *Sovremennaya pediatriya*. 2010;(34):82–86. (in Russian).
17. Ahmad T, Satsangi J, McGovern D, Bunce M, Jewell DP. Review article: the genetics of inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2001;15(6):731–748. doi:10.1046/j.1365-2036.2001.00981.x.
18. Ashton Ja, Batra A, Beattie RM. Paediatric inflammatory bowel disease- brief update on current practice. *Paediatrics and Child Health*. 2018;28(11):507–514. doi: 10.1016/j.paed.2018.08.007.
19. Hviid A, Svanström H, Frisch M. Antibiotic use and inflammatory bowel diseases in childhood. *Gut*. 2011;60(1):49–54. doi:10.1136/gut.2010.219683.
20. Orholm M, Munkholm P, Langholz E, Nielsen OH, Sørensen TI, Binder V. Familial occurrence of inflammatory bowel disease. *N Engl J Med*. 1991;324(2):84–88. doi:10.1056/NEJM199101103240203.
21. Putowski M, Padala O, Krupa A, Konopelko M, Piasek E, Mazurek M. Inflammatory bowel disease in children. *J Educ Health Sport*. 2019;9(8):406–411. doi:10.5281/zenodo.3379040.
22. Russel MG, Pastoor CJ, Janssen KM, et al. Familial aggregation of inflammatory bowel disease: a population-based study in South Limburg, The Netherlands. The South Limburg IBD Study Group. *Scand J Gastroenterol Suppl*. 1997;223:88–91.
23. Santos MPC, Gomes C, Torres J. Familial and ethnic risk in inflammatory bowel disease. *Ann Gastroenterol*. 2018;31(1):14–23. doi:10.20524/aog.2017.0208.

Отримано/Received 02.01.2020

Рецензовано/Revised 08.01.2020

Прийнято до друку/Accepted 19.01.2020 ■

Information about author

Nana Bukulova, Researcher in Children Digestive Issues Department, State Institution "Lukianova Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Information about funding

The work is carried out in accordance with the scientific research plan of the State Institution "Lukianova Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine". The research funding institution is the NAMS of Ukraine. All patients and their parents signed the informed agreement for participating in this study.

Букулова Н.Ю.

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев, Украина

Факторы риска язвенного колита у детей

Резюме. Актуальность. Воспалительные болезни кишечника на сегодняшний день являются одной из актуальных проблем детской гастроэнтерологии, что обусловлено стремительным распространением данной патологии, смещением дебюта болезни на ранний возраст ребенка (первые три года жизни), формированием тяжелых осложнений, низкой эффективностью современных схем лечения. Проблема язвенного колита у детей требует дальнейшего всестороннего изучения, в том числе факторов риска возникновения заболевания, что позволит формирование групп риска развития болезни, обоснование профилактических мероприятий по ее предупреждению. **Материалы и методы.** Изучение факторов риска проводилось

путем опроса 100 матерей, дети которых болели язвенным колитом. Контрольную группу составили 30 матерей здоровых детей. **Результаты.** На основании математического анализа медико-биологических факторов риска развития язвенного колита у детей определены наиболее значимые: отягощенная наследственность по заболеваниям органов пищеварения, кишечные дисфункции в раннем возрасте, повторные курсы антибиотикотерапии, вторичная лактазная недостаточность, частые респираторные болезни. Разработан алгоритм прогнозирования язвенного колита в детском возрасте, обоснованы подходы к профилактике данной патологии.

Ключевые слова: язвенный колит; дети; факторы риска

N.Yu. Bukulova

State Institution "Lukianova Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Risk factors for ulcerative colitis in children

Abstract. Background. Inflammatory bowel disease is one of the pressing problems in pediatric gastroenterology, due to the rapid spread of this pathology, displacement in the onset of the disease at an early age of a child (the first three years of life), the formation of severe complications, low efficiency of modern treatment regimens. The problem of ulcerative colitis in children requires further comprehensive study, including risk factors of the emergence of disease that will enable the formation of risk groups for the development of the disease, rationale for the preventive measures for the notification. **Materials and methods.** Study of risk factors was conducted by interviewing 100 mothers whose children suffered

from ulcerative colitis. The control group consisted of 30 mothers of healthy children. **Results.** Based on mathematical analysis of biomedical risk factors for the development for ulcerative colitis in children, the most significant are identified as follows: burdened heredity for diseases of the digestive system, intestinal dysfunctions at an early age, repeated courses of antibiotic therapy, secondary lactase deficiency, frequent respiratory diseases. The algorithm was developed for predicting ulcerative colitis in childhood as well as the well-grounded approaches to the prevention of this pathology.

Keywords: ulcerative colitis; children; risk factors