

Запальні захворювання кишечнику у дітей

Запальні захворювання кишечнику (ЗЗК) – це група хронічних рецидивуючих запально-деструктивних хвороб, серед яких найпоширенішими є хвороба Крона (ХК) і виразковий коліт (ВК). Сьогодні у всьому світі відзначається тенденція до збільшення поширеності та захворюваності на ЗЗК у пацієнтів усіх вікових категорій, у тому числі і дітей. Актуальність проблеми ЗЗК також пов'язана зі швидким прогресуванням патології, ранньою інвалідизацією хворих і зниженням якості їх життя. Складність ведення педіатричних пацієнтів із ЗЗК зумовлена атипичним і стертим перебігом захворювання, більш тяжкими віддаленими наслідками (зокрема, це стосується затримки фізичного розвитку дітей із ЗЗК). Тому педіатрам як лікарям первинної ланки медичної допомоги важливо своєчасно запідозрити патологію та скласти правильний маршрут пацієнта, щоб досягти адекватного контролю над перебігом хвороби і забезпечити оптимальні умови для повноцінного фізичного та психічного розвитку дитини.

Епідеміологія

Найвищу поширеність ЗЗК реєструють у країнах Західної Європи та Північної Америки, причому виявлена залежність між географічною широтою місцевості та рівнем захворюваності на ЗЗК, який підвищується у напрямку з півдня на північ (E.I. Benchimol et al., 2009).

У більшості випадків ЗЗК маніфестують у молодому віці (20-30 років), проте у 25-30% випадків хворобу діагностують у дитячому віці (J. Burisch et al., 2015). Поширеність ЗЗК у дитячій популяції стабільно зростає – приблизно на 30% через кожні 10 років. Слід зазначити, що сьогодні все частіше діагноз ЗЗК встановлюють у ранньому віці, також зростає кількість тяжких форм ВК і ХК. У Європі захворюваність на ЗЗК з дуже ранньою маніфестацією хвороби становить 4,37:100 000 (E.I. Benchimol et al., 2011). Така несприятлива динаміка зумовлена не лише удосконаленням методів ранньої діагностики цих захворювань, а й значним погіршенням екологічної ситуації у всьому світі. Це пояснює вищу поширеність ЗЗК серед населення, яке проживає у містах, порівняно із сільськими жителями.

Етіологія, патогенез

Етіологія ЗЗК невідома. Вважається, що ХК та ВК – це багатофакторні хвороби, які розвиваються в осіб із генетичною схильністю. У патогенезі ЗЗК основна роль належить розладам імунної системи, зокрема неадекватному сприйняттю кишкових антигенів. Результати багатьох наукових досліджень свідчать, що при ЗЗК розлади імунної відповіді виникають на всіх ланках імунного захисту кишечнику: від бар'єрних функцій слизової оболонки кишечнику, розпізнавання антигену, передачі сигналу дендритними клітинами та сигнальними молекулами, презентації антигену HLA (Human Leukocyte Antigens) до реалізації функції моноцитів-макрофагів, Т- та В-лімфоцитів (A. Kaser et al., 2006). Про аутоімунний характер ЗЗК свідчать висока концентрація циркулювальних імунних комплексів, які виявляють у 20-40% хворих, особливо у пацієнтів з позакишковими проявами захворювання. Як антигени можуть виступати різні кишкові бактерії та продукти їх життєдіяльності, котрі в нормі не становлять загрози для здоров'я людини. Завдяки виявленню аутоантитіл до цих антигенів можна діагностувати захворювання, а також оцінити активність запального процесу та прогноз. Найбільш вивченими є антитіла до перинуклеарних нейтрофільних антигенів (pANCA) та мананового полісахариду клітинної мембрани *Saccharomyces cerevisiae*

(ASCA). Великий інтерес для науковців становлять антиепітеліальні антитіла, антитіла до гліканів бактеріальної стінки тощо.

Фоном аутоімунного запалення є генетична схильність: ризик розвитку ЗЗК у десятки разів вищий в осіб, у яких є родичі першого ступеня спорідненості з такою діагнозом.

Клінічні прояви

Класичною тріадою симптомів при ЗЗК є біль у животі, діарея та зниження маси тіла. Така клінічна картина спостерігається лише у 25% педіатричних пацієнтів, у решти дітей перебіг ХК і ВК має низку особливостей, які ускладнюють встановлення правильного діагнозу. У багатьох хворих між появою перших симптомів та встановленням діагнозу минає багато часу. За даними європейських та американських дослідників, тривалість періоду від появи клінічних ознак ЗЗК до верифікації діагнозу становить близько 9-16 міс, у дітей віком до 10 міс – до 22 міс (G.E. Reese et al., 2006; C.I. de Vie et al., 2012). Пізня діагностика захворювання є однією з причин високої частоти виявлення тяжких форм ЗЗК. У зв'язку з цим лікарю-педіатру вкрай важливо вчасно припустити наявність захворювання, адже раннє лікування таких пацієнтів асоційоване з більш сприятливим прогнозом.

Найбільш важливими відмінностями ЗЗК у дітей, порівняно з дорослими пацієнтами, є:

- більша поширеність ураження травного каналу;
- переважання неспецифічних симптомів, стерта клінічна картина;
- негативний вплив ЗЗК на фізичний і статевий розвиток дитини.

З метою виявлення первинних ознак ЗЗК у дітей було проведено дослідження, у якому взяли участь 46 дітей з ВК (середній вік пацієнтів на момент виникнення симптомів хвороби – 4 роки) та 13 дітей із ХК (середній вік пацієнтів на момент виникнення перших симптомів захворювання – 5 років). Середня тривалість часу від появи перших симптомів до встановлення діагнозу – 1,4 року для ВК та 2,6 року для ХК. У ході дослідження виявлено такі найчастіші первинні прояви ЗЗК у дітей: діарея (89,8%), біль у животі (47,4%), ректорія (72,8%), втрата апетиту (64%), тенезми (40,6%), наявність слизу у випорожненнях (62,7%), відчуття неповного спорожнення кишечнику (42,3%), здуття живота (50,8%), бурчання в животі (57,6%), відставання у рості та розвитку (28,8%). При порівнянні частоти симптомів у пацієнтів з ВК і ХК виявлені значні відмінності у наявності

таких клінічних проявів: кров у калі (у 86,9% пацієнтів з ВК та 23,1% – із ХК), біль у животі (у 36,9% пацієнтів з ВК та 84,6% – із ХК), відставання у рості (у 17,3% пацієнтів з ВК та 69,2% – із ХК; И. Миху, О. Тигиняну, 2018).

Клінічними проявами ЗЗК у дітей можуть бути:

- анемія (зазвичай змішаного характеру), яка виникає у більшості дітей із ЗЗК; у дітей з анемією спостерігають порушення когнітивних функцій;

- затримка фізичного розвитку – одна з найбільших проблем ведення педіатричних пацієнтів із ЗЗК. Згідно з результатами нещодавно проведеного клінічного дослідження, хворі на ЗЗК діти значно відстають від здорових у фізичному розвитку. У дослідженні взяли участь 45 школярів із ЗЗК і целиацією, які супроводжувалися синдромом мальабсорбції (45% хворих дітей мали часті рецидиви захворювання). Групу порівняння склали 343 школярі віком від 6,5 до 11 років. Результати антропометричного обстеження учасників випробування: найбільша різниця показників маси тіла й індексу маси тіла у здорових і хворих дітей виявлена серед хлопчиків 9-11 років (незважаючи на нижчу масу тіла хлопчиків із ЗЗК, у них зафіксовано значний відсоток жирового компонента); у дівчаток із ЗЗК виявлено відставання усіх антропометричних показників

від групи порівняння (Г.Ю. Порецькова і соавт., 2018);

- ознаки порушення остеогенезу, що пов'язано з високим рівнем циркулювальних імунних комплексів, недостатньою фізичною активністю, аліментарним дефіцитом, потребою застосування кортикостероїдів; за даними деяких авторів, тяжку остеопенію виявляють у 3-6% хворих на ВК та 12-18% – на ХК (А.С. Потапов і соавт., 2013; R. Gokhale et al., 1998; F.A. Sylvester et al., 2007; F. Walther et al., 2006).

У таблиці 1 наведені основні симптоми, а також екстраінтестинальні варіанти маніфестації ЗЗК, наявність яких у дитини може дати лікарю можливість встановити правильний діагноз.

Диференційна діагностика

У таблиці 1 представлений перелік захворювань, від яких слід диференціювати ЗЗК у дітей. Слід також розрізняти ВК і ХК. Основні диференційно-діагностичні відмінності між цими захворюваннями наведені у таблиці 2.

Діагностика

Оскільки у педіатричних пацієнтів є певні особливості перебігу ЗЗК, описані вище, алгоритм діагностики у таких пацієнтів ґрунтується на ретельному аналізі анамнезу життя та захворювання, результатах додаткових методів дослідження.

1. Анамнез. Однією з найважливіших умов розвитку ЗЗК у дитини є генетична схильність. При виявленні ЗЗК у родичів імовірність наявності цього діагнозу у дитини є дуже високою.

2. Фізикальне обстеження пацієнта. На первинній ланці надання медичної допомоги проводиться повне фізикальне обстеження дитини (при потребі виконують огляд періанальної ділянки), антропометрія

Таблиця 2. Диференційна діагностика ВК і ХК у дітей (А.В. Горелов і соавт., 2018)

Ознака	Виразковий коліт	Хвороба Крона
Вік початку хвороби	Будь-який	До 7-10 років – рідко
Характер початку хвороби	Гострий у 5-7% хворих, у решти – протягом 3-6 міс	Гострий – рідко, частіше поступовий, протягом кількох років
Кровотеча	Постійна у період загострення	Рідко, при ураженні прямої кишки
Діарея	Випорожнення часті, водянисті, нерідко у нічний час	До 4-6 разів на день, зазвичай у денний час, кал кашкоподібний
Запор	Рідко	Частіше
Біль у животі	Частіше виникає перед дефекацією, вираженість зменшується після спорожнення кишечнику	Типовий, різної інтенсивності
Виявлення інфільтрату під час пальпації живота	Відсутній	Часто
Перфорація	Тільки на тлі токсичної дилатації товстої кишки	Типова (прикрита)
Внутрішні нориці	Не відзначаються	Типові
Зовнішні нориці	Не відзначаються	Відкриваються у передню черевну стінку, частіше – в післяопераційних рубцях
Ремісія	Характерна, можлива тривала відсутність загострень зі зворотним розвитком структурних змін у кишечнику	Абсолютної ремісії немає, можливе покращення стану хворого, структура кишечнику не відновлюється
Малігнація	При тривалості хвороби >10 років	Рідко
Періанальні ураження	У 20% хворих мацераті, тріщини	У 75% хворих періанальні нориці, абсцеси, виразки
Поширеність процесу	Тільки товста кишка (починаючи з прямої кишки), безперервне ураження	Будь-яка частина кишечнику (пряма кишка може не уражатися), запалення сегментарне
Стрикттури	Не характерні	Часто
Гаустрація	Низька, згладжена або відсутня	Потовщена або нормальна
Ендоскопічні ознаки		
Слизова оболонка	Зерниста	Гладка
Мікроабсцеси	Наявні	Відсутні
Дефекти слизової оболонки	Неправильної форми, без чітких меж, поверхневі	Афтоподібні виразки з вінцем гіперемії або дефекти за типом тріщини
Контактна кровоточивість	Наявна	Відсутня
Псевдополіпоз	При тяжких загостреннях	Не характерний
Рентгенологічні ознаки		
Звуження просвіту кишечнику	Рівномірне, на значній довжині	Локальне, іноді непрохідність за рахунок стриктур
Скорочення товстої кишки	Пов'язане зі спазмом м'язів	Не характерне
Дефекти слизової оболонки	У тяжких випадках – численні виразки	Рідко, у вигляді глибоких тріщин з подвійним контуром
Евакуація барію з товстої кишки	Нормальна або прискорена	Сповільнена

Таблиця 1. Симптоми ЗЗК у дітей і підлітків та диференційна діагностика (J. Dabritz et al., 2017)

Симптом	Екстраінтестинальна маніфестація ЗЗК	Диференційна діагностика
Лихоманка	Затримка фізичного розвитку	Синдром мальабсорбції
Втома	Афтозний стоматит	Інфекційний коліт, ентероколіт
Блідість шкіри та слизових оболонок	Вузлова еритема	Алергія на білок коров'ячого молока
Рідка консистенція калу	Склерит, епісклерит	Целиація
Прихована/видима кров у калі	Артрит, артропатія	Геморагічний васкуліт
Кривава діарея	Первинний склерозуючий холангіт	Апендицит
Біль у животі	Жовчні камені	Анальні тріщини
Чутливість живота при пальпації	Аутоімунний гепатит	Поліпи кишечнику
Резистентність живота при пальпації (особливо в нижньому правому куті)	Венозна тромбоемболія	Геморой
Тенезми	Нефролітіаз	Інвагінація кишечнику
Затримка розвитку	Панкреатит	Дивертикул Меккеля
Періанальні нориці, тріщини, абсцеси		Імунні захворювання
		Функціональні захворювання кишечнику
		Туберкульоз кишечнику
		Побічні реакції на контакт із різними речовинами

