

Т.О. Крючко, В.В. Щербак, І.М. Несіна, М.О. Олійніченко, С.І. Литус

Синдром проктоколіту, індукованого харчовими білками, у дитини раннього віку (клінічний випадок)

Полтавський державний медичний університет, Україна

Modern Pediatrics. Ukraine. (2025). 5(149): 125-131; doi 10.15574/SP.2025.5(149).125131

For citation: Kryuchko TO, Shcherbak VV, Nesina IM, Oliinichenko MO, Lytus SI. (2025). Food protein induced proctocolitis syndrome in infants (clinical case). Modern Pediatrics. Ukraine. 5(149): 125-131. doi: 10.15574/SP.2025.5(149).125131.

Алергічний проктоколіт, індукований харчовими білками, є транзиторним клітиноопосередкованим запальним захворюванням товстої кишки, що проявляється гемоколітом, часто супроводжується випорожненнями зі слизовими прожилками. Таку алергопатологію встановлюють на основі зникнення симптомів після вилучення харчового алергену, найчастіше білка коров'ячого молока, з раціону дитини.

Мета – навести клінічний випадок синдрому проктоколіту, індукованого харчовими білками, а також провести сучасний аналіз основних аспектів діагностування, диференційного діагностування і менеджменту цього захворювання.

Наведено **клінічне спостереження** дитини раннього віку, у якої відзначено прогресування захворювання внаслідок недотримання елімінаційної терапії та порушення дієти з боку як матері, так і самої дитини через продовження вживання молочних продуктів. Також розглянуто основні аспекти своєчасної верифікації, диференційної діагностики та менеджменту цієї алергопатології, незважаючи на низький рівень поширеності захворювання, що вказує на актуальність раннього виявлення і комплексного підходу до лікування з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій.

Висновки. Алергічний проктоколіт, індукований харчовими білками, є важливою проблемою дитячої гастроентерології, зокрема, на етапі первинної медичної допомоги, що потребує правильного і своєчасного підходу до ведення пацієнтів. Ефективне лікування і спостереження можливе лише за умови тісної співпраці педіатрів, лікарів загальної практики, гастроентерологів та алергологів.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення дослідження отримано інформовану згоду пацієнтів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: алергічний проктоколіт, харчові білки, алергія, білок коров'ячого молока, гематохезія, діагностика, лікування, елімінаційна дієта, діти.

Food protein induced proctocolitis syndrome in infants (clinical case)

T.O. Kryuchko, V.V. Shcherbak, I.M. Nesina, M.O. Oliinichenko, S.I. Lytus

Poltava State Medical University, Ukraine

Food protein-induced allergic proctocolitis is a transient cell-mediated inflammatory disease of the colon that manifests as haemocolitis, often accompanied by mucous streaked faeces. This allergopathology is determined on the basis of the disappearance of symptoms after the exclusion of a food allergen, most often cow's milk protein, from the child's diet.

Aim – to report a clinical case of proctocolitis syndrome induced by food proteins, as well as to conduct a modern analysis of the main aspects of diagnosis, differential diagnosis and management of this disease.

The article presents a **clinical observation** of a child of infancy, who had progression of the disease due to non-compliance with elimination therapy and dietary disorders on the part of both the mother and the child due to continued consumption of dairy products. The main aspects of timely verification, differential diagnosis and management of this allergopathology are also considered, despite the low prevalence of the disease, which emphasises the relevance of early detection and a comprehensive approach to treatment, taking into account modern international recommendations.

Conclusions. Food protein-induced allergic proctocolitis is an important problem in paediatric gastroenterology, particularly at the primary care stage, which requires a correct and timely approach to patient management. Effective treatment and monitoring is possible only with close cooperation between paediatricians, general practitioners, gastroenterologists and allergists.

The study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. Informed consent was obtained from all participants.

The authors declare no conflict of interest.

Keywords: allergic proctocolitis, food protein-induced, allergy, cow's milk protein, haematochezia, diagnosis, treatment, elimination diet, children.

Вступ

Алергічний проктоколіт, індукований харчовими білками (АПІХБ) – це транзиторний алергічний коліт (клітиноопосередкований тип), який проявляється гемоколітом і часто супроводжується випорожненнями зі слизовими прожилками, з діареєю або без неї, у здорових немовлят [3,8]. Переважно діагноз встановлюють на основі зникнення симптомів після вилучення харчового алергену (найчастіше білка коров'ячого молока) з раціону дитини. Кров у калі зазвичай зникає протягом 72–96 годин,

хоча в деяких пацієнтів це може зайняти кілька тижнів за більш обмеженого харчування. Також причиною розвитку цієї алергопатології можуть бути й інші продукти, такі як яйця, соя, пшениця, горіхи (мигдаль, волоські горіхи) [16].

Точний рівень поширеності АПІХБ залишається невизначеним і залежить від популяції й діагностичних критеріїв, варіюючи від 0,2% [15] до 0,18% [14]. Слід зазначити, що АПІХБ часто трапляється в немовлят на грудному вигодовуванні і може бути пов'язаний з іншими проявами алергії, такими як атопічний дерматит, а також із деякими шлунково-кишковими

симптомами, зокрема, блюванням і синдромом мальабсорбції [9].

Захворювання зазвичай проявляється у віці від кількох діб до 6 місяців і найчастіше діагностується в дітей до 2 місяців життя. За даними науковців, випадки білок-індукованого проктоколіту в дітей старшого віку і дорослих є надзвичайно рідкісними [7]. За результатами об'єктивного огляду, діти зазвичай активні, не мають погіршення загального самопочуття, добре набирають масу тіла, на відміну від немовлят з алергічним ентероколітом, індукованим харчовими білками, які мають затримку в розвитку, зниження маси тіла, часті кольки та інші симптоми порушення загального стану [2,15].

За останні п'ять років опубліковано багато клінічних досліджень, позиційних документів і рекомендацій різних педіатричних наукових товариств, присвячених діагностичним і терапевтичним підходам до АПІХБ. Однак рекомендації залишаються різноманітними, і питання подальшого менеджменту цих пацієнтів ще потребують наукових досліджень та обговорень [1,10,11].

Мета дослідження – навести клінічний випадок синдрому проктоколіту, індукованого харчовими білками, у дитини раннього віку, а також провести сучасний аналіз основних аспектів діагностування, диференційного діагностування та менеджменту цього захворювання.

Дослідження проведено відповідно до принципів Гельсінської декларації, за умови письмової інформованої згоди батьків.

Клінічний випадок

У жовтні 2023 року мати хлопчика Т. віком 8 місяців звернулася до педіатричного відділення Центру спеціалізованої педіатричної допомоги «Полтавська обласна клінічна лікарня імені М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» зі скаргами на розрідженні випорожнення в дитини після кожного годування, домішки крові в калі, періодичне підвищення температури до 37,6°C.

Анамнез життя. Вагітність І, перебігала без ускладнень, пологи І, природні, без ускладнень. Маса тіла на момент народження становила 3630 г, зріст – 54 см., оцінка за шкалою Апгар – 9 балів. Дитина перебувала на грудному вигодовуванні з першої доби життя. За перші 7 місяців набір маси тіла дорівнював 5140 г, на момент огляду фактична маса тіла дитини становила 9300 г. Дитина розвивалася відповідно до вікових

норм, фізичний і нервово-психічний розвиток – без порушення, відхилень у моторній активності або мовленнєвому розвитку не виявлено. Вакцинальний статус: хлопчику виконано усі щеплення відповідно до календаря щеплень. Вакцинацію проведено вчасно, відповідно до рекомендованих термінів, без ускладнень.

Анамнез захворювання: перші симптоми з'явилися у 2 місяці життя дитини. У 4 місяці дитині проведено перше консультування гастроентерологом, під час якого виявлено позитивний результат тесту на фекальний кальпротектин і встановлено діагноз «Неспецифічний невиразковий коліт». Призначено амбулаторне лікування, однак позитивної динаміки не відзначено. Протягом останнього місяця стан дитини погіршився, симптоми посилювалися (збільшилася частота рідких випорожнень, постійна наявність крові у фекаліях). Сімейний анамнез щодо аутоімунних та алергічних захворювань не обтяжений. Алергічні реакції на введення вакцин, ліків, а також косметичних засобів у дитини мати заперечує. Для подальшого обстеження і корегування лікування дитину госпіталізовано до педіатричного відділення (гастроентерологічні ліжка) для комплексного діагностування й призначення відповідної терапії.

Об'єктивний огляд: загальний стан – задовільний, свідомість ясна, дитина контактна, активно реагує на зовнішні подразники. Шкіра чиста, блідо-рожевого кольору, слизові оболонки зволожені, блідо-рожеві. Маса тіла – 9300 г, зріст – 66 см. Індекс маси тіла – 21,35 кг/м², що відповідає ≥99-му перцентилю відповідно до віку і статі. Дихальна система: дихання через ніс вільне; за аускультатії легень – дихання везикулярне, чисте; за перкусії грудної клітки – без змін; частота дихання (ЧД) – 30/хв. Серцево-судинна система: аускультатія серця – тони чіткі, ясні, не ослаблені, серцевий ритм рівний, патологічні зміни не виявлені; частота серцевих скорочень (ЧСС) – 120 уд./хв, пульс добре пальпується на всіх артеріях, нормального наповнення і напруги; артеріальний тиск (АТ) – 90/60 мм рт. ст. Живіт за пальпації м'який, безболісний, відзначається здуття; печінка та селезінка не збільшені в розмірах; перистальтика нормальна, ознаки гострого живота відсутні. Випорожнення рідкі, з домішками слизу, крові та з неприємним запахом, змінюються за консистенцією – від рідких до кашкоподібних. За Амстердамською шкалою оцінювання

випорожнень [4]: кількість – понад 62%, консистенція – м'яка, колір випорожнень – II тип. Частота дефекацій збільшена, до 4–5 разів на добу. Нервова система: рефлекс збережені, реакція на зовнішні подразники активна, дитина уважно стежить за рухомими предметами і звуками. Моторика рук і ніг відповідає віковим нормам, дитина намагається сидіти з підтримкою, активно прагне до повзання. Опорно-руховий апарат: рухи вільні, дитина активно тримається за опору, намагається стояти з підтримкою. Сечовидільна система: сечовипускання вільне, без утруднень або болю.

Результати обстеження. Загальний аналіз крові: гемоглобін – 95 г/л, еритроцити – $4,29 \times 10^9$ /л, тромбоцити – 266×10^9 /л, лейкоцити – $7,5 \times 10^9$ /л, швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) – 2 мм/год, паличкоядерні нейтрофіли – 3%, сегментоядерні нейтрофіли – 24%, еозинофіли – 1%, базофіли – 1%, лімфоцити – 57%, моноцити – 10%, виявлено анізоцитоз + гемоглобінемія, лімфоцитоз, анізоцитоз. Загальний аналіз сечі: без патологічних змін. Біохімічний аналіз крові: загальний білок – 61 г/л, альбумін – 45 г/л, сечовина – 2,0 ммоль/л, креатинін – 52 мкмоль/л, білірубін загальний – 5 мкмоль/л, білірубін прямий – 2 мкмоль/л, білірубін непрямої – 3 мкмоль/л, холестерин – 2,9 ммоль/л, кальцій – 2,51 ммоль/л, залізо – 10,5 ммоль/л, магній – 1,01 ммоль/л, фосфор – 1,82 ммоль/л, аланінамінотрансфераза (АЛТ) – 24 Од/л, аспартатамінотрансфераза (АСТ) – 45 Од/л, лактатдегідрогеназа (ЛДГ) – 575 Од/л, лужна фосфатаза – 218 Од/л, А-амілаза – 21 Од/л, тимолова проба – 2,0 од., креатинфосфокіназа (КФК) – 207 Од/л, С-реактивний білок – до 6 мг/л (виявлено підвищений рівень лактатдегідрогенази, інші показники відповідають віковій нормі).

Копрограма (03.10.2023): м'язові волокна: рідко (перетравлені), жир нейтральний – рідко, жирні кислоти – небагато, мило – небагато, рослинна клітковина, що не перетравлюється, – немає, рослинна клітковина, що перетравлюється, – немає, крохмаль – немає, яйця гельмінтів, найпростіші – не виявлено, лейкоцити – 0–20–30 у полі зору (п/з), еритроцити – 0–10–15 у п/з, слиз – підвищено, рН – 6,0, прихована кров – позитивна+.

Копрограма (09.10.2023): м'язові волокна: рідко (перетравлені), жир нейтральний – рідко, жирні кислоти – небагато, мило – небагато, рослинна клітковина, що не перетравлюється, – не-

має, рослинна клітковина, що перетравлюється, – немає, крохмаль – немає, яйця гельмінтів, найпростіші – не виявлено, лейкоцити – 6–8–10 в п/з, еритроцити – 0–1–3 в п/з, слиз – у нормі, рН – 6,0, прихована кров – слабопозитивна.

Мікробіологічне дослідження калу: патогенна мікрофлора – не виділена, загальна кількість повноцінної кишкової палички – 10^6 КУО/г, лактобактерії – 10^3 КУО/г, біфідобактерії – 10^3 КУО/г, гриби роду *Candida* – 0 КУО/г, *Enterococcus faecalis* – 10^6 КУО/г. Фекальний кальпротектин – 138,9 мкг/г. Сеча на діастазу – 25 Од/л. Панкреатична еластаза (кал) – >500,0 мкг/г. IgE загальний – 3,9 МОд/мл. Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини – структурних змін не виявлено.

Остаточний клінічний діагноз «Білок індукований проктоколіт, період загострення (K52.1). Дефіцитна анемія I ступеня (D50.8). Надлишкова вага (E66.0)».

Проведене лікування. Режим загальний, елімінаційна терапія (вилучення молочних і глютенвмісних продуктів, а також яєць), харчування за віком. Медикаментозна терапія: ферментотерапія 10 000 ОД – $\frac{1}{3}$ капсули 3 рази на добу, *Saccharomyces boulardii* по 250 мг 1 раз на добу, вітамін D₃ по 1000 МО на добу.

На тлі елімінаційної терапії, зокрема, обмеження молочних продуктів у раціоні дитини та дотримання гіпоалергенної дієти матір'ю, стан дитини поліпшився. На момент виписки: загальний стан задовільний, випорожнення нормалізувалися, результати копрологічного дослідження свідчать про позитивну динаміку. Рекомендовано: спостереження за місцем проживання; дотримуватися харчування за віком, вилучивши з раціону молочні продукти, глютенвмісні продукти, яйця та рибу. Матері в період грудного вигодовування також рекомендовано вилучити з раціону молоко, яйця, горіхи, арахіс, рибу та сою для зменшення ризику алергічних реакцій у дитини. Ведення харчового щоденника матері та дитини; контрольні зважування раз на місяць; у разі збереження скарг – повторне обстеження в умовах педіатричного відділення для корегування рекомендацій. Продовжити медикаментозне лікування: *Saccharomyces boulardii* по 250 мг 1 раз на добу – 2 тижні, препарат заліза (III) по 2,5 мл 1 раз на добу – 1 місяць, вітамін D₃ 1000 МО на добу. Після досягнення стійкої ремісії розпочати введення кисломолочних продуктів.

У жовтні 2024 року дитину (віком 1 рік 8 місяців) знову госпіталізовано до КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» Центру спеціалізованої педіатричної допомоги, педіатричного відділення (гастроентерологічні ліжка) зі скаргами на періодичний біль у животі перед актом дефекації, розріджені випорожнення з неперетравленими рештками до 3 разів на добу, з домішками слизу та інколи крові. Під час спілкування з матір'ю вдалося з'ясувати, що мама не дотримувалася режиму харчування, хлопчик продовжував споживати молочні й глютенвмісні продукти. Також мама не вела харчового щоденника, як особистого, так і дитини. Шість місяців тому хлопчик перебував на лікуванні в інфекційному відділенні КП «Перша міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» з діагнозом «Гострий сальмонельоз, гастроінтестинальна форма, середньої тяжкості» (05.03.2024 – 18.03.2024).

Об'єктивний огляд. Загальний стан дитини задовільний, свідомість ясна, активна, охоче йде на контакт. Шкірні покриви чисті, блідо-рожевого кольору, тургор збережений. Слизові оболонки вологі і чисті. Маса тіла – 12 500 г, зріст – 81 см. Індекс маси тіла – 19,1 кг/м², що відповідає ≥85-го перцентилу відповідно до віку і статі. Дихальна система: за аускультативної легень – дихання везикулярне, рівномірне, без хрипів. Перкуторно змін не виявлено. ЧД – 24/хв. Серцево-судинна система: аускультативно – тони серця чіткі, ритмічні, шумів немає. ЧСС – 110 уд./хв, пульс симетричний, задовільного наповнення. АТ – 90/60 мм рт. ст. Шлунково-кишковий тракт: живіт м'який, безболісний, без ознак здуття. Печінка і селезінка не збільшені. Перистальтика активна. Випорожнення кашкоподібні або рідкі, з домішками слизу і крові, до 3 разів на добу, з неприємним запахом. Нервова система: рефлексів збережені, реакція на зовнішні подразники активна. Дитина орієнтується в просторі, добре реагує на звук і візуальні стимули. Опорно-руховий апарат: рухи активні, впевнено ходить, утримує рівновагу, використовує дрібну моторику відповідно до віку. Сечовидільна система: сечовипускання вільне, безболісне, об'єм сечі – у межах вікової норми.

Результати обстеження. Загальний аналіз крові: гемоглобін – 104 г/л, еритроцити – $4,87 \times 10^9$ /л, тромбоцити – 257×10^9 /л, лейкоцити – $7,7 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 2 мм/год, паличкоядерні нейтрофіли – 3%, сегментоядерні нейтрофіли – 16%,

еозинофіли – 2%, базофіли – 0%, лімфоцити – 73%, моноцити – 5%, ретикулоцити – 1% (виявлено гемоглобінемію, лімфоцитоз). Загальний аналіз сечі: без патологічних змін. Біохімічний аналіз крові: загальний білок – 67 г/л, альбумін – 49 г/л, сечовина – 5,1 ммоль/л, креатинін – 42 мкмоль/л, білірубін загальний – 5 мкмоль/л, білірубін прямий – 2 мкмоль/л, білірубін непрямої – 3 мкмоль/л, холестерин – 3,2 ммоль/л, кальцій – 5,0 ммоль/л, натрій – 141 ммоль/л, кальцій – 2,44 ммоль/л, залізо – 15,9 ммоль/л, магній – 0,93 ммоль/л, фосфор – 1,71 ммоль/л, АЛТ – 20 Од/л, АСТ – 45 Од/л, ЛДГ – 587 Од/л, лужна фосфатаза – 196 Од/л, А-амілаза – 35 Од/л, тимолова проба – 3,8 Од, глюкоза крові – 5,2 ммоль/л (виявлено підвищений рівень ЛДГ, інші показники відповідають віковій нормі). Аналіз крові – антитіла до антигенів лямблій, опісторхів, токсокар, ехінококів, аскарид, трихінел: Антитіла IgG до антигенів аскарид – негативні; антитіла IgA, IgM, IgG до антигенів лямблій – негативні; антитіла IgG до антигенів токсокар – негативні; антитіла IgG до антигенів опісторхів – негативні. Сеча на діастазу – 97 Од/л. Результати копрограми в динаміці свідчать про позитивні зміни: нормалізувалася реакція на приховану кров, зникла неперетравлена рослинна клітковина, проте зберігається підвищений рівень крохмалю. Функція травлення білків і жирів залишається без змін. УЗД органів черевної порожнини – структурних змін не виявлено.

Остаточний клінічний діагноз «Білок-індукований проктоколіт, період загострення (K52.1). Дефіцитна анемія I ступеня (D50.8)».

Проведене лікування: загальний режим, елімінаційна терапія (вилучення молочних і глютенвмісних продуктів, яєць), харчування за віком. Медикаментозна терапія: *Lactobacillus rhamnosus* GG – по 5 крапель 1 раз на добу, ферментотерапія 10 000 Од – 1/3 капсули 3 рази на добу. Дитину виписано в задовільному стані з поліпшенням.

Рекомендовано: спостереження педіатра за місцем проживання, елімінаційну терапію (вилучення молочних і глютенвмісних продуктів); ведення харчового щоденника протягом трьох місяців; дотримання гігієни рук; повторну консультацію за 3 місяці; продовження медикаментозного лікування: ферменти 10000 Од – по ½ капсули 3 рази на добу (під час їди), протягом 10 діб кожного місяця курсом 3 місяці, *Lactobacillus rhamnosus*

GG – по 5 крапель 1 раз на добу протягом 2 тижнів, препарат заліза (III) – по 2,5 мл 1 раз на добу протягом 1 місяця, вітамін D₃ 1000 МО на добу.

Обговорення

Встановлення діагнозу АПІХБ у дітей раннього віку потребує ретельного збору анамнезу, оцінювання клінічних проявів і заперечення інших можливих патологій. Важливим етапом є детальне з'ясування особливостей харчування дитини: визначення типу вигодовування, аналіз раціону матері (у разі грудного вигодовування) щодо потенційних алергенів (коров'яче молоко, соя, яйця тощо), а також характеристика молочних сумішей (у разі штучного вигодовування) [18] з урахуванням можливого вмісту білка коров'ячого молока або інших алергенних компонентів. Важливо встановити зв'язок між введенням нових продуктів і появою симптомів, що забезпечує оцінювання за допомогою харчового щоденника.

Основними клінічними проявами алергічного проктоколіту є наявність крові у випорожненнях, зміни їхньої консистенції та можливі прояви кишкового дискомфорту. Оскільки кровотеча з нижніх відділів кишечника в дітей раннього віку може мати різноманітні причини, тому необхідний ретельний диференційно-діагностичний підхід. Серед патологій, які слід заперечити, – інфекційні захворювання, некротичний ентероколіт, інвагінація кишечника та анальна тріщина. У дітей віком до 2 років найпоширенішими причинами невеликої кровотечі, коли загальний стан залишається задовільним, є анальні тріщини, алергічний проктоколіт, лімфоїдна гіперплазія та інфекційний коліт [13]. Одним з об'єктивних маркерів диференційного діагностування інфекційного коліту є визначення рівня фекального кальпротектину. Наведений клінічний приклад наочно показує недостатню інформативність якісного тесту та підкреслює необхідність кількісного дослідження, що дає змогу своєчасно підтвердити або заперечити наявність інфекційного процесу.

Для цього діагнозу характерне відтермінування верифікації, пов'язане з відсутністю специфічних клінічних проявів на ранніх етапах, низькою настороженістю щодо можливого захворювання, а також з обмеженою чутливістю і специфічністю діагностичних методів. Первинний діагноз часто переглядають лише після детального збору анам-

незу і проведення додаткових лабораторно-інструментальних досліджень, що дає змогу розглянути алергічну етіологію симптомів. У такому випадку діагноз АПІХБ остаточно встановлюють на основі сукупності клінічних даних і заперечення інших можливих патологій.

Більшість пацієнтів із підозрою на АПІХБ не мають значних відхилень у лабораторних показниках, проте в частини дітей можуть спостерігатися анемія, гіпоальбумінемія або підвищена кількість еозинофілів у периферичній крові. Важливо зазначити, що залежно від фенотипу можливий перехід з IgE-незалежної форми на IgE-опосередковану може вплинути на діагностичний підхід [5]. У таких випадках доцільно провести додаткові дослідження, зокрема, визначити рівень специфічних IgE та шкірних прик-тестів, які на початкових етапах хвороби зазвичай не дають позитивних результатів [13]. Раніше вважали, що провокаційний тест є цінним методом діагностування АПІХБ [8,12], однак його, а також шкірні прик-, патч-тести та визначення специфічних IgE сьогодні не рекомендують використовувати як діагностичні критерії через недостатню доказову базу щодо їхньої значущості [6,17]. Крім того, ендоскопія з біопсією зазвичай не є необхідною, за винятком випадків, коли симптоми не зникають після усунення алергенних продуктів і необхідності заперечення альтернативних діагнозів. За результатами ендоскопічного обстеження може бути виявлений легкий вогнищевий коліт, а гістологічно – еозинофільну інфільтрацію та лімфоаденальну гіперплазію, проте ці зміни, хоча й свідчать про запальний процес, однак не є специфічними для алергічного проктоколіту і можуть бути виявлені при інших патологіях шлунково-кишкового тракту [6,8].

Ключовим методом підтвердження діагнозу є відповідь на елімінаційну дієтотерапію. Вилучення потенційно алергенних продуктів сприяє зменшенню симптомів, нормалізації випорожнень і зникненню домішок крові. Наведений нами клінічний випадок алергічного проктоколіту в дитини вказує на важливість тісної взаємодії між лікарем і батьками, на дотримання лікарських призначень, оскільки недотримання рекомендацій може спричинити прогресування захворювання і погіршити стан пацієнта. Отже, ретельний аналіз анамнезу, оцінка клінічних проявів, а головне, відповідь на дієтотерапію дають

змогу встановити діагноз алергічного проктоколіту й відрізнити його від інших патологічних станів.

За результатами зарубіжних досліджень, це захворювання має сприятливий перебіг, а його симптоми зазвичай зникають до кінця першого року життя дитини, після чого лікарі здебільшого не розглядають цей діагноз, оскільки вважають, що він зникає самостійно. Проте оновлені рекомендації ESPGHAN (2024 р.) вказують, що алергічний проктоколіт може зберігатися до трирічного віку й відповідно потребувати більш тривалого спостереження, що підтверджується наведеним клінічним випадком. Тому для своєчасної верифікації досить важливо проводити ретельне обстеження дитини, а також враховувати індивідуальні особливості перебігу захворювання в кожного пацієнта.

Відповідно до рекомендацій Всесвітньої алергічної організації (WAO) «Діагностика та обґрунтування дій проти алергії на коров'яче молоко» (DRACMA) – VII» (2023 р.), у більшості немовлят з алергією на білок коров'ячого молока лікування базується на трьохетапному підході. Перший етап передбачає 2–4-тижневу діагностичну елімінаційну дієту. Другий – проведення харчової проби: за IgE-опосередкованої алергії її здійснюють під медичним наглядом, а за не-IgE-опосередкованої форми – шляхом повторного введення продукту в домашніх умовах. Третій – терапевтична елімінаційна дієта, що передбачає повне видалення білка коров'ячого молока з раціону дитини. Якщо симптоми спостерігаються в немовляти виключно на грудному вигодовуванні, дитині рекомендують продовжити годування грудним молоком, а матері – дотримуватися

2–4-тижневої діагностичної елімінаційної дієти без продуктів, що містять білок коров'ячого молока. Після цього передбачають контрольоване повторне введення білка коров'ячого молока для оцінювання реакції дитини [10]. У зв'язку з цим важливим є своєчасне корегування лікування і моніторинг стану пацієнта, зокрема, для запобігання прогресуванню захворювання. Враховуючи індивідуальні особливості кожного випадку, підхід до ведення таких дітей має бути адаптований, а лікувальні заходи – зосереджені на зниженні симптомів і полегшенні стану хворого з урахуванням перебігу хвороби.

Висновки

Алергічний проктоколіт, індукований харчовими білками, залишається важливою проблемою дитячої гастроентерології, особливо на етапі первинної медичної допомоги (первинної ланки), що потребує своєчасного і правильного підходу до ведення пацієнтів. Ефективне лікування і спостереження за дітьми з цією патологією можливе лише за умови злагодженої співпраці педіатрів, лікарів загальної практики – сімейної медицини, дитячих гастроентерологів і дитячих алергологів.

Наведений клінічний випадок підтверджує значущість своєчасної верифікації та дотримання сучасних міжнародних рекомендацій щодо його менеджменту. Досягнення ефективного контролю над захворюванням значною мірою залежить від наявного комплаєнсу між лікарем і батьками дитини, що забезпечує правильне виконання рекомендацій та оптимальний догляд за пацієнтом.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. AL-Iede M, Sarhan L, Alshrouf MA, Said Y. (2023). Perspectives on Non-IgE-Mediated Gastrointestinal Food Allergy in Pediatrics: A Review of Current Evidence and Guidelines. *J Asthma Allergy*. 16: 279-291.
2. Banerjee A, Bird JA, Scurlock AM, Varshney P, Brunner E, Bhagwath A et al. (2025). Multicenter food protein-induced enterocolitis syndrome (FPIES) data collection: Leveraging a REDCap FPIES registry for improved clinical outcomes. *J Allergy Clin Immunol Glob*. 4(2): 100434.
3. Barni S, Mori F, Giovannini M, Liotti L, Mastrorilli C, Pecoraro L et al. (2023). Allergic Proctocolitis: Literature Review and Proposal of a Diagnostic–Therapeutic Algorithm. *Life*. 13: 1824.
4. Bekkali N, Hamers S, Reitsma J, van Toledo L, Benninga M. (2009). Infant Stool Form Scale: development and results. *J Pediatr*. 154(4): 521-526.
5. Cetinkaya PG, Ocak M, Sahiner UM, Sekerel BE, Soyer O. (2021). Food protein-induced allergic proctocolitis may have distinct phenotypes. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 126(1): 75-82.
6. Cook VE, Connors LA, Vander Leek TK, Watson W. (2024). Non-immunoglobulin E-mediated food allergy. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 20; Suppl 3: 70.
7. Madala A, Lure AC, Cheng S, Cheng SX. (2022). Case Reports of Cow's Milk Protein Allergy Presenting as Delayed Passage of Meconium With Early Onset Infant Constipation. *Front Pediatr*. 10: 858476.
8. Mennini M, Fiocchi AG, Cafarotti A, Montesano M, Mauro A, Villa MP et al. (2020). Food protein-induced allergic proctocolitis in infants: Literature review and proposal of a management protocol. *World Allergy Organ J*. 13: 100471.
9. Meyer R, Lozinsky AC, Fleischer DM, Vieira MC, Du Toit G, Vandenaspl Y et al. (2020). Diagnosis and management of Non-IgE gastrointestinal allergies in breastfed infants — An EAACI Position Paper. *Allergy*. 75: 14-32.

10. Meyer R, Venter C, Bognanni A, Szajewska H, Shamir R, Nowak-Węgrzyn A et al. (2023). World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guideline update — VII — Milk elimination and reintroduction in the diagnostic process of cow's milk allergy. *World Allergy Organ J.* 16: 100785.
11. Miceli Sopo S, Monaco S, Bersani G, Romano A, Fantacci C. (2018). Proposal for management of the infant with suspected food protein-induced allergic proctocolitis. *Pediatr Allergy Immunol.* 29: 215-218.
12. Nacaroglu HT, Bahceci Erdem S, Durgun E, Karaman S, Baris Erdur C, Unsal Karkmer CS et al. (2018). Markers of inflammation and tolerance development in allergic proctocolitis. *Arch Argent Pediatr.* 116(1): e1-e7.
13. Piccirillo M, Pucinischi V, Mennini M et al. (2024). Gastrointestinal bleeding in children: diagnostic approach. *Ital J Pediatr.* 50: 13.
14. Senocak N, Ertugrul A, Ozmen S, Bostanci I. (2022, Jun). Clinical Features and Clinical Course of Food Protein – Induced Allergic Proctocolitis: 10-Year Experience of a Tertiary Medical Center. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 10(6): 1608-1613. Epub 2022 Feb 22. doi: 10.1016/j.jaip.2022.02.013. PMID: 35202870.
15. Shah S, Grohman R, Nowak-Węgrzyn A. (2023). Food protein-induced enterocolitis syndrome (FPIES): Beyond the guidelines. *J Food Allergy.* 5(2): 55-64.
16. Uncuoğlu A, Aydoğan M, Şimşek IE, Çöğürü MT, Uçak K, Acar HC. (2022). A Prospective Assessment of Clinical Characteristics and Responses to Dietary Elimination in Food Protein-Induced Allergic Proctocolitis. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 10(1): 206-214.e1.
17. Vandenplas Y, Broekaert I, Domellöf M, Indrio F, Lapillonne A, Pienar C et al. (2024). An ESPGHAN Position Paper on the Diagnosis, Management, and Prevention of Cow's Milk Allergy. *JPGN.* 78(2): 386-413.
18. Vandenplas Y, de Halleux V, Arciszewska M, Lach P, Pokhylko V, Klymenko V et al. (2020, Nov 20). A Partly Fermented Infant Formula with Postbiotics Including 3'-GL, Specific Oligosaccharides, 2'-FL, and Milk Fat Supports Adequate Growth, Is Safe and Well-Tolerated in Healthy Term Infants: A Double-Blind, Randomised, Controlled, Multi-Country Trial. *Nutrients.* 12(11): 3560.

Відомості про авторів:

Крючко Тетяна Олександрівна – д.мед.н., проф., зав. каф. педіатрії № 2 ПДМУ. Адреса: м. Полтава, вул. Шевченка, 36; тел.: +38 (0532) 60-64-91. <https://orcid.org/0000-0002-5034-4181>.

Щербак Вікторія Валеріївна – д.філос., асистент каф. педіатрії № 2 ПДМУ. Адреса: м. Полтава, вул. Шевченка, 36; тел.: +38 (0532) 60-64-91. <https://orcid.org/0000-0002-9268-6454>.

Несіна Інна Миколаївна – к.мед.н., доц. каф. педіатрії № 2 ПДМУ. Адреса: м. Полтава, вул. Шевченка, 36; тел.: +38 (0532) 60-64-91. <https://orcid.org/0000-0003-1514-2434>.

Олійніченко Марина Олександрівна – асистент каф. педіатрії № 2 ПДМУ. Адреса: м. Полтава, вул. Шевченка, 36; тел.: +38 (0532) 60-64-91. <https://orcid.org/0000-0003-2198-6318>.

Литус Світлана Іванівна – асистент каф. педіатрії № 2 ПДМУ. Адреса: м. Полтава, вул. Шевченка, 36; тел.: +38 (0532) 60-64-91. <https://orcid.org/0009-0001-1944-1485>.

Стаття надійшла до редакції 04.04.2025 р., прийнята до друку 10.09.2025 р.