

О.А. Ошлянська^{1,2}, Я.С. Степанюк³, О.О. Дорошенко², С.М. Руденко³

Перші прояви запальних захворювань кишечника в дітей

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

²ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

³ДНП «Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ» МОЗ України», м. Київ

Modern Pediatrics. Ukraine. (2025). 6(150): 46-53; doi 10.15574/SP.2025.6(150).4653

For citation: Oshlianska OA, Stepaniuk YS, Doroshenko OO, Rudenko SM. (2025). First manifestations of inflammatory bowel disease in children. Modern Pediatrics. Ukraine. 6(150): 46-53. doi: 10.15574/SP.2025.6(150).4653.

Ранні клінічні прояви запальних захворювань кишечника (ЗЗК), зокрема хвороби Крона (ХК) і виразкового коліту (ВК), у дітей вирізняються значною варіабельністю й неспецифічністю, що ускладнює своєчасне встановлення діагнозу. Аналіз початкових симптомів є важливим для підвищення настороженості лікарів і поліпшення раннього виявлення ЗЗК.

Мета – проаналізувати перші прояви ЗЗК у дітей, госпіталізованих у двох провідних клінічних центрах України.

Матеріали і методи. До дослідження залучено 333 дітей зі встановленим діагнозом ЗЗК, серед яких 146 мали ХК і 187 – ВК. Проведено ретроспективний аналіз клінічних даних, зафіксованих у медичній документації.

Результати. Найпоширенішими первинними проявами були гастроінтестинальні симптоми: біль у животі, діарея і патологічні домішки в калі. Водночас частка пацієнтів, які дебютували з позакишкових проявів, була достатньо високою, що суттєво сповільнювало шлях до встановлення діагнозу ЗЗК. Анемія була первинним симптомом у 108 (31,8%) дітей. Ураження суглобів на початку захворювання було в 34 (10,0%) пацієнтів, шкірні прояви – у 9 (2,7%). У 3 (0,9%) випадках першим симптомом була лихоманка неясного генезу. Неспецифічність клінічної картини, особливо за позакишкового дебюту, нерідко зумовлювала затримку встановлення діагнозу й продовжувала шлях пацієнтів до спеціалізованої медичної допомоги.

Висновки. Значна частка пацієнтів маніфестує позакишковими симптомами – ураженнями суглобів, шкірними проявами, гематологічними порушеннями, лихоманкою неясного генезу та іншими ознаками, що підкреслює необхідність поширення знань серед лікарів загальної практики та застосування скринінгу на ЗЗК (наприклад, фекального кальпротектину) у відповідних пацієнтів. Підвищення настороженості лікарів щодо перших проявів ЗЗК, особливо позакишкових, застосування стандартизованих діагностичних алгоритмів і міждисциплінарний підхід сприятимуть своєчасному встановленню діагнозу та запобіганню ускладненням, що має вирішальне значення для прогнозу й якості життя дітей.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації, схвалено етичними комітетами обох установ; отримано інформовану згоду пацієнтів та їхніх законних представників.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: запальні захворювання кишечника, позакишкові прояви, перші прояви.

First manifestations of inflammatory bowel disease in children

O.A. Oshlianska^{1,2}, Y.S. Stepaniuk³, O.O. Doroshenko², S.M. Rudenko³

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

²SI «Ukrainian Center of Maternity and Childhood of the NAMS of Ukraine», Kyiv

³SNCE «National Specialized Children's Hospital «OHMATDYT» Ministry of the health of Ukraine», Kyiv

Early clinical manifestations of inflammatory bowel diseases (IBD), including Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC), in children are highly variable and often nonspecific, which complicates timely diagnosis. Analyzing initial symptoms is crucial for raising physician awareness and improving early detection of IBD.

Aim – to analyze the initial manifestations of IBD in children hospitalized in two leading clinical centers in Ukraine.

Materials and methods. The study included 333 children with a confirmed diagnosis of IBD, of whom 146 had CD and 187 had UC. A retrospective analysis of clinical data recorded in medical documentation was performed.

Results. The most common initial manifestations were gastrointestinal symptoms: abdominal pain, diarrhea, and pathological stool findings. At the same time, a considerable proportion of patients presented with extraintestinal manifestations, which significantly delayed the diagnosis of IBD. Anemia was the primary symptom in 108 (31.8%) of children. Joint involvement was noted at disease onset in 34 (10.0%) of patients, and skin manifestations in 9 (2.7%). In 3 (0.9%) cases, the first symptom was fever of unknown origin. The nonspecific clinical picture, especially in patients with extra-intestinal onset, often resulted in diagnostic delays and prolonged the time to specialized medical care.

Conclusions. A significant proportion of patients present with extraintestinal manifestations -including joint involvement, skin lesions, hematological abnormalities, fever of unknown origin, and other signs – highlighting the need for increased awareness among primary care physicians and the use of IBD screening (e.g., fecal calprotectin) in appropriate patients. Raising physician vigilance regarding the early signs of IBD, particularly extraintestinal manifestations, applying standardized diagnostic algorithms, and employing a multidisciplinary approach contribute to timely diagnosis and prevention of complications, which is crucial for prognosis and quality of life in children.

The study complied with the principles of the Declaration of Helsinki and was approved by the institutional ethics committee. Informed consent was obtained from the patients prior to participation.

The authors declare no conflict of interest.

Keywords: inflammatory bowel disease, extraintestinal manifestations, first manifestations.

Запальні захворювання кишечника (ЗЗК) є імуніопосередкованими хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ), до яких належать хвороба Крона

(ХК), виразковий коліт (ВК) і некласифіковане/недиференційоване ЗЗК. Рівень захворюваності на ЗЗК продовжує зростати, що зумовлене поліпшенням їхнього діагностування. Показник поши-

Таблиця 1

Різновиди позакишкових уражень при запальних захворюваннях кишечника

Тип	Визначення	М'язово-скелетні	Шкірні/слизові	Очні
Реактивні	Патофізіологія спільна, гістологічно відмінні	Аксіальний СпА, запальні артропатії	Вузливаті еритема Гангренозна піодермія	Епісклерит Склерит Увеїт
Додаткові	Наслідки інтестинальної активності або лікування	Лікарсько-індуковані - ГК-остеопороз	Псоріазоподібні (використання іФНП, лікарська гіперчутливість до тіопуринів)	Лікарсько-індукована глаукома і катаракта (ГК)
Асоційовані	Генетично та імунітопосередковані, але інші патофізіологічно	ЮІА-подібні	Гідраденіти, псоріазоподібні	-
Специфічні	Спільна гістопатологія	-	Шкірні при ХК – виразки слизових, геніталій та інші	-

Примітки: СпА – спондилоартрит, ГК – глюкокортикоїди, ЮІА – ювенільний ідіопатичний артрит, іФНП – інгібітори фактора некрозу пухлин α.

реності ЗЗК у Сполучених Штатах Америки у 2024 р. становив 122 випадки на 100 000 населення, зокрема, на ХК припадав 71 випадок на 100 000, а на ВК – 44 випадки на 100 000. У Канаді показник поширеності педіатричних ЗЗК становив приблизно 1 на 10 000 дітей, що було одним із найвищих показників у світі [10]. В Україні наразі немає точних даних щодо рівня поширеності ЗЗК серед дітей, однак за приблизними оцінками, ще у 2017 р. цей показник становив 3 випадки на 100 000 дитячого населення [6].

Запальні захворювання кишечника, як захворювання із системним ураженням, не обмежується виключно травним трактом. Першими симптомами в більшості дітей є втрата маси тіла, біль у животі, розрідження випорожнення, рідше – кров і слиз у випорожненні, однак у 22–30% пацієнтів ЗЗК маніфестує атипово. Початковою ознакою, що передує розвитку гастроінтестинальних проявів, може бути затримка росту, анемія, періанальні ураження тощо, які називаються позакишковими маніфестаціями. Загалом позакишкові прояви фіксуються у 6–80% хворих, здебільшого в дітей віком від 6 років і корелюють з активністю захворювання [3,11]. За даними попередніх досліджень, позакишкові ураження в дебюті ЗЗК у дітей спостерігаються частіше порівняно з дорослими (8,5–14,3% проти 5–7,3%) [11]. Саме тому перший контакт таких пацієнтів часто відбувається з непрофільним фахівцем, що ускладнює своєчасне встановлення правильного діагнозу [12] (табл. 1).

Залежно від патофізіологічних механізмів позакишкові прояви ЗЗК поділяються на дві групи. До першої групи належать ураження, що мають подібний з ураженням ШКТ імунний

механізм (ураження опорно-рухової системи; шкіри і слизових оболонок; очей); до другої – незалежні автоімунні захворювання, частіше гепатобіліарні (первинний склерозуючий холангіт та аутоімунний гепатит) [8].

Найпоширенішими позакишковими проявами ЗЗК є ураження суглобів. До середини ХХ століття їх не описували, що пов'язують із відкриттям артритів, асоційованих з інфекціями (синдром Рейтера), до яких належать усі випадки ЗЗК із ШКТ-проявами та артритами. З 1940-х років з'явилися описи артритів, асоційованих із ЗЗК, а в 1975 р. Цфайлер запропонував три основні гіпотези патогенезу ЗЗК-асоційованих артритів [4]. Сьогодні основна з них полягає в тому, що мікроорганізми, які мігрують з ураженого ШКТ, схожі з молекулами адгезії лімфоцитів, що інфільтрують різні тканини, і імунна відповідь організму, спрямована проти цієї мікрофлори, фактично ініціює ушкодження власних тканин [3]. Останніми роками відбувається патоморфоз клінічних змін із боку опорно-рухового апарату у хворих на ЗЗК, зокрема, відзначається відтермінування гастроінтестинальних маніфестацій, частіше спостерігаються периферичні артрити [1,5].

Оскільки протягом останніх років поліпшилися можливості виявлення ЗЗК, виникає необхідність уточнити сучасну характеристику їхніх перших маніфестацій.

Мета роботи – дослідити частоту і структуру позакишкових маніфестацій у дебюті ЗЗК у дітей.

Матеріали і методи дослідження

У межах ретроспективного непорівняльного дослідження проаналізовано анамнез даних іс-

Таблиця 2

Демографічна характеристика хворих на запальні захворювання кишечника

Нозологічна одиниця	Розподіл пацієнтів за статтю та віком		Когорта обстежених		
			НДСЛ «ОХМАТДИТ» (n=63)	ДУ «ВЦМД НАМН України» (n=270)	усього, абс. (%), (n=333)
ХК (n=146)	стать	хлопчики	13	70	83 (56,84)
		дівчатка	17	46	63 (43,15)
	вік, років	0–5	5	8	13 (8,9)
		6–9	8	26	34 (23,28)
		10–14	13	35	48 (32,87)
		15–17	4	47	51 (34,93)
ВК (n=187)	стать	хлопчики	18	85	103 (55,08)
		дівчатка	15	69	84 (44,91)
	вік, років	0–5	12	15	27 (14,43)
		6–9	5	45	50 (26,73)
		10–14	13	35	48 (25,66)
		15–17	3	59	62 (33,15)
Усього	Хлопчики/дівчатка		186/147 (1,26:1)		
	Співвідношення хворих за віком, 0–5/6–9/10–14/15–17 років		40/84/96/113		

Таблиця 3

Скарги з боку шлунково-кишкового тракту при запальних захворюваннях кишечника в обстежених дітей на момент встановлення діагнозу, абс. (%)

Перші прояви хвороби з боку ШКТ	Нозологічна одиниця ЗЗК						Загалом (n=333)
	ХК			ВК			
	НДСЛ «ОХМАТ-ДИТ» (n=30)	ДУ «ВЦМД НАМН України» (n=116)	усього, (n=146)	НДСЛ «ОХМАТДИТ» (n=33)	ДУ «ВЦМД НАМН України» (n=154)	усього (n=187)	
Біль у животі	21	67	88 (60,3)	26	119	145 (77,5)	233 (69,96)
Діарея	18	32	50 (34,2)	22	137	159 (85)	209 (62,76)
Нудота	3	21	24 (16,4)	4	53	57 (30,5)	81 (24,32)
Блювання	1	4	5 (3,4)	2	18	20 (10,7)	25 (7,50)
Кров у випорожненнях	14	16	30 (20,5)	27	151	178 (95,2)	208 (62,46)
Слиз у випорожненнях	7	56	63 (43,2)	14	41	55 (29,4)	118 (35,43)
Тенезми	3	12	15 (10,3)	5	25	30 (16)	45 (13,51)
Гіркота в роті	0	5	5 (3,4)	0	11	11 (5,9)	16 (4,80)

торій хвороб дітей із різних регіонів України, що перебували на лікуванні в Національній дитячій спеціалізованій лікарні «ОХМАТДИТ» (НДСЛ «ОХМАТДИТ») і ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України» («ВЦМД НАМН України») віком 3–17 років за період 2020–2024 рр. зі встановленим діагнозом ХК і ВК. Загальна кількість проаналізованих пацієнтів становила 333 дитини, серед яких 146 – з ХК, 187 – з ВК. З них частина (63 хворі на ЗЗК) спостерігалася в НДСЛ «ОХМАТДИТ»: 30 пацієнтів страждали на ХК, 33 дитини – на ВК.

У ДУ «ВЦМД НАМН України» проаналізовано дані з медичної документації 270 пацієнтів за 2020–2024 рр., з яких було 116 хворих на ХК, 154 пацієнти – з ВК.

Діагноз встановлено відповідно до переглянутих критеріїв Європейського товариства дитячої гастроентерології, гепатології та нутриціології (The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition – ESPGHAN) (2014) для діагностування ЗЗК, що починаються в дитячому віці [15]. У всіх хворих діагноз підтверджено морфологічно за результатами біопсії

Таблиця 4

Провідні синдроми в дебюті запальних захворювань кишечника, абс. (%)

Клінічні прояви		Нозологічна одиниця ЗЗК					Загалом (n=333)	
		ХК			ВК			
		НДСЛ «ОХМАТДИТ» (n=30)	ДУ «ВЦМД НАМН України» (n=116)	усього (n=146)	НДСЛ «ОХМАТДИТ» (n=33)	ДУ «ВЦМД НАМН України» (n=154)		усього (n=187)
Гастроінтестинальні прояви		21	67	88 (60,3)	26	119	145 (77,5)*	233 (70)
Ураження печінки		0	0	0 (0)	0	1	1 (0,5)	1 (0,3)
Інші (нічні симптоми)		1	6	7 (4,8)	1	26	27 (14,4)*	34 (10,2)
Опорно-рухо- вий апарат	периферичний артрит	4	22	26 (17,8)	1	7	8 (4,3)*	34 (10,2)
	ураження осьового скелета	0	0	0 (0)	0	0	0 (0)	0 (0)
	артралгії/осалгії	3	15	18 (12,3)	4	7	11 (5,9)	29 (8,7)
Шкірні	висипання	0	3	3 (2)	0	1	1 (0,5)	4 (1,2)
	вузлувата еритема	1	3	4 (2,8)	0	0	0 (0)	4 (1,2)
	кропив'янка	1	0	1 (0,7)	0	0	0 (0)	1 (0,3)
Періанальні ураження		7	13	20 (13,7)	2	9	11 (5,9)	31 (9,3)
Слизові порожнини рота		2	3	5 (3,4)	0	1	1 (0,5)	6 (1,8)
Ураження очей		0	4	4 (2,7)	0	0	1 (0,5)	5 (1,5)
Анемія		3	51	54 (37)	7	45	52 (27,8)	106 (31,8)
Втрата ваги		13	43	56 (38,3)	22	47	69 (36,9)	125 (37,5)
Фебрильна лихоманка		4	13	17 (11,6)	4	7	11 (5,9)*	28 (8,4)
Слабкість, втомлюваність		11	98	109 (74,6)	19	57	76 (40,6)*	185 (55,6)
Час до встановлення основного діагнозу, міс.		2–48	1–24	1–48	2–72	1–3	1–72	1–72

Примітка: * – різниця вірогідна порівняно з показником у групі пацієнтів із ХК (p<0,01).

кишечника. Згідно із завданням дослідження проаналізовано особливості дебюту ЗЗК в усіх хворих, що увійшли в дослідження.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації та схвалено етичним комітетом зазначених установ. На проведення дослідження отримано інформовану згоду пацієнтів.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз даних документації показав, що серед обстежених у центрах хворих на ЗЗК переважали хлопці, більшість становили пацієнти середнього шкільного віку і підлітки (табл. 2). Більшість дітей старшого віку свідчила, що ЗЗК частіше маніфестували в дітей старшого віку, проте, за отриманими даними, кількість хворих на ВК була більшою, ніж на ХК, що відображало недостатню діагностику ХК, оскільки не відповідало світовим статистичним даним.

Аналіз даних проведеного дослідження показав, що в більшості обстежених дітей першими

скаргами були ті, що пов'язані з маніфестацією саме ШКТ-ураження (табл. 3).

Отже, першими проявами ЗЗК у дітей були неспецифічні гастроентерологічні симптоми: біль у животі і діарея, нудота і блювання, тенезми, кров і слиз у випорожненні, які часто трактувалися як функціональні порушення. Серед гастроінтестинальних проявів переважав абдомінальний біль, який відзначався у $\frac{2}{3}$ хворих, патологічні домішки у випорожненні спостерігалися в середньому в половині хворих. Діарея і кров у випорожненні частіше спостерігалися у хворих на ВК.

Лише в 1 (0,5%) випадку, який дебютував із проявів із боку ШКТ, водночас з ВК, діагностувався автоімунний гепатит. За даними попередніх дослідників, автоімунні гепатити в дитячому віці спостерігалися рідко. Первинних склерозуючих холангітів, які інші автори описували як можливу першу маніфестацію ЗЗК, серед пацієнтів наведеного нами дослідження не виявлено [11]. Дані про позакишкові ураження в дебюті ЗЗК узагальнено в таблиці 4.

Таблиця 5

Порівняльна характеристика інтестинальних уражень при різних патологіях

Особливості діагностування	Інтестинальні ураження					
	ХК	ВК	гастро-інтестинальна алергія	білково-втрачаюча ентеропатія	моногенні ЗЗК	целиакія
Анамнез	Тригери Може бути ЗФР		Алергія	Перикардит, ПШСН, туберкульоз, ураження печінки	Дебют до 2 років ЗФР Можуть бути ознаки імунodefіциту	Вік дебюту різний Може бути ЗФР
Локалізація	Мозаїчне ураження	Товстий кишечник	Періоральні про-яви, езофагіт	Тонкий кишечник	-	Глосити, стоматити, тонкий кишечник
Шкірні прояви	Вузлувата еритема періанальні	Вузлувата еритема	АД/кропив'янка	Не характерні	Були	Герпетиформний дерматит (є свербіж)
ШКТ	Біль Позакишкові прояви	Кров у випорожненні	Відповідає локалізації	Стеаторея Набряки	Аналогічна ЗЗК	Стеаторея / закрепи
Лабораторно	Анемія хронічного хворого, АТ до сахароміцетів	Анемія залізодефіцитна, анти-нейтрофільні АТ	Алергодіагностика (крім реактивних)	Гіпопротеїнемія	Генетичні дослідження	Анемія за відсутності ознак залізодефіциту, АТ до трансглютамінази 90%
Дієтотерапія/провокаційні тести	-	-	Результативна	-	-	Агліадинова

Примітки: ЗФР – затримка фізичного розвитку, АД – atopічний дерматит, ПШСН – правощлуночкова серцева недостатність, АТ – антитіла.

За даними таблиці 4, гастроінтестинальні й нічні симптоми достовірно частіше спостерігалися в дітей із ВК.

Звертало на себе увагу, що у вагомій частки пацієнтів із ЗЗК (34 (10,2%) обстежених) дебют захворювання проявлявся з ураження суглобів, що частіше спостерігалось при ХК (26 (17,8%) проти 8 (4,3%) при ВК), що відповідає даним зарубіжних досліджень [1,17]. Відзначався статистично значущий зв'язок між наявністю периферичного артриту і типом захворювання: артрити значно частіше виявлялися в пацієнтів із ХК порівняно з ВК ($r=0,22$, $p<0,001$), що підтверджує клінічне припущення про більшу асоціацію ураження суглобів саме з ХК. За даними літератури, ураження опорно-рухової системи є найпоширенішими позакишковими проявами при ЗЗК (від 3% до 30% дітей) [4–6,17]. За результатами наведеного нами дослідження, подібні скарги на початку захворювання були в 63 (18,9%) пацієнтів. Олігоартикулярне ураження суглобів у дітей із ЗЗК відзначалося частіше. Переважно в обстежених хворих розвивався артрит колінних, гомілковостопних, кульшових і плечових суглобів. Серед проаналізованих у наведеному дослідженні пацієнтів

не було жодного хворого з ентезит-артритом та аксіальним артритом (сакроілеїт, спондиліт), але з найбільшою ймовірністю це пояснюється недостатнім виявленням ЗЗК у хворих з ураженням осевого скелета та ентезопатіями в Україні, а також відсутністю активного пошуку таких уражень у хворих на ЗЗК. За даними попередніх дослідників, у 6–26% пацієнтів дебют хвороби починався з артриту, з яких 40% становив аксіальний артрит [1,4,9,11], причому ураження хребта може перебігати безсимптомно водночас із периферичним артритом [3].

Варто зазначити, що 3 (0,9%) з обстежених дітей протягом тривалого часу лікувалися з приводу ювенільного ідіопатичного артриту, з яких 2 (0,6%) пацієнти маніфестували за 1–2 роки до появи перших проявів із боку ШКТ з атипового поліартриту без залучення дрібних суглобів, із симетричним ураженням кульшових, колінних і гомілковостопних суглобів. Серед когорти пацієнтів з олігоартикулярним ураженням переважно спостерігались ураження крупних суглобів нижніх кінцівок, в 1 (0,3%) пацієнта також відзначалося атипове олігоартикулярне ураження у вигляді моноартриту плечового суглоба.



Рис. 1. Періанальні ураження у хворих на запальні захворювання кишечника



Рис. 2. Вузлувата еритема в дебюті у хворих на запальні захворювання кишечника (власні дані)

Гематологічні прояви, зокрема, анемія різного ступеня тяжкості, від середнього до тяжкого, зі зниженням рівня гемоглобіну в окремих випадках до 35 г/л, фіксувалися в дебюті хвороби у 106 (31,8%) пацієнтів із загальної когорти хворих на ЗЗК. Серед пацієнтів із ХК цей показник був дещо вищим (54 (37%) проти 52 (27,8%) у групі хворих на ВК).

Серед інших маніфестних проявів у дебюті ЗЗК спостерігалася тривала лихоманка, яка поряд зі слабкістю достовірно частіше відзначалася в пацієнтів із ХК. Слід зазначити, що лихоманка неясного генезу як єдиний ізольований прояв спостерігалася в дебюті хвороби лише в 3 (0,9%) випадках, серед яких 2 (1,36%) були пацієнтами з пізніше діагностованою ХК та 1 (0,5%) – з ВК, що було меншим за дані попередніх дослідників (10–15% пацієнтів), може свідчити про відсутність рутинного виключення ЗЗК у пацієнтів із неуточненими лихоманками в Україні [14].

Як зазначалося вище, шкірні прояви при ЗЗК можуть бути різного генезу: специфічні ураження з однаковими гістологічними ознаками з основним захворюванням спостерігаються тільки при ХК (періанальні виразки/абсцеси/нориці, ураження ротової порожнини, метастатична ХК); асоційовані із ЗЗК (вітиліго, набутий бульозний епідермоліз тощо); реактивні (зумовлені імунологічними механізмами, що запускаються спільними антигенами кишкових бактерій та шкіри: афтозний стоматит, вузлувата еритема, гангренозна піодермія, шкірний васкуліт тощо); пов'язані з медикаментозним лікуванням; пов'язані з мальабсорбцією (ангулярний хейліт, пелагра, ентеропатичний акродерматит, цинга і пурпура) [2].

Високу частку – 31 (9,3%) – при ЗЗК займали ураження періанальної ділянки (хронічний

і гострий парапроктит, анальні тріщини, поліпи) (рис. 1), що було більш притаманним ХК (20 (13,7%) проти 11 (5,9%) при ВК). Отримані дані частково збігалися з даними інших дослідницьких центрів, згідно з якими, частота розвитку періанальних уражень при ЗЗК коливалася від 13,6% до 62,0% при ХК і становила близько 6% при ВК [22,23].

Інші шкірні прояви маніфестували у 2 (6,6%) пацієнтів із НДСЛ «ОХМАТДИТ» та в 6 (5,2%) ДУ «ВЦМД НАМН України» в дітей із ХК. Це було також нижчим за дані інших дослідників. Так, за даними D. Samaranda та співавт., E. Antonelli, та співавт. дерматологічні ураження в дітей із ЗЗК спостерігалися в 10–15% випадків [8,2].. У 4 (1,2%) випадках серед обстежених пацієнтів першим шкірним проявом була рецидивна вузлувата еритема та в 1 (0,3%) – рецидивна кропив'янка. Вузлувата еритема (рис. 2) являє собою неспецифічний імунзапальний синдром, обумовлений інфільтративним васкулітом дрібних судин дерми, який може передувати розвитку ЗЗК і часто асоціюється з ураженням суглобів. Виглядає як щільні, яскраво-червоні набряклі болючі вузли на симетричних поверхнях гомілок і стоп, які підносяться над шкірою, не мають чітких меж, не зливаються, у процесі вирішення змінюють своє забарвлення. За 3–6 тижнів вузли зникають без рубцювання або атрофії, але можуть хвилеподібно з'являтися знову.

Враховуючи відсутність розвитку вузлуватої еритеми при інших нозологічних одиницях зі схожою на перший погляд гастроінтестинальною симптоматикою (табл. 5), виявленню вузлуватої еритеми обов'язково потребує проведення активного скринінгу ЗЗК.

При ЗЗК попередніми дослідниками описано також гангренозну піодермію, яка є тяжким ток-

сико-алергічним пустульозним виразковим дерматитом у вигляді вогнищ запалення шкіри до декількох сантиметрів у діаметрі, що можуть покритися виразками. В обстежених нами хворих таких уражень шкіри не виявлено. Хронічна кропив'янка не належить до характерних шкірних проявів при ЗЗК, однак вона описана в дітей з аутоімунною патологією і може бути частиною паранеопластичного синдрому, що потребує його виключення [16].

Серед проаналізованих у наведеному нами дослідженні пацієнтів 5 (1,5%) хворих на ЗЗК мали ураження очей, і ця частка подекуди збігалася з літературними даними. Ураження органа зору може бути як першою маніфестацією захворювання, так і супроводжувати симптоми з боку ШКТ. Найчастішими очними проявами при ЗЗК, за даними інших дослідників, був епісклерит (2–5%, здебільшого асоційований з активними кишковими проявами) і передній увеїт (0,5–3,5%, не корелює з активністю ЗЗК, асоційований з вузлуватою еритемою та артритом) [20]. До рідкісних очних проявів, які потребують активного скринінгу ЗЗК, також належать: кератопатії, запальні орбітальні синдроми (дакріоаденіт, пальпебральний птоз, виразки краю повік, орбітальний міозит та очна міастенія), васкуліт сітківки (центральна серозна хоріоретинопатія, серпігінозна хоріоретинопатія, гостра макулярна нейро-ретинопатія і набряк жовтої плями), оклюзії су-

дин сітківки, неоваскуляризація сітківки, неврит зорового нерва [20].

Слід зазначити, що частка пацієнтів, які дебютували з ураження суглобів, шкіри, анемії або тривалої лихоманки, була достатньо високою, що і сповільнювало шлях до встановлення діагнозу ЗЗК.

Висновки

Значна частка ЗЗК маніфестує з позакишкових симптомів, серед яких найчастіше спостерігаються ураження суглобів, шкірні прояви і гематологічні порушення. Оскільки ця частка менша, ніж в інших дослідників, виникає потреба поширити інформування лікарів загальної практики щодо перших проявів ЗЗК. Наявність ураження суглобів і шкіри як перших маніфестацій ЗЗК обумовлює необхідність впровадження обов'язкового скринінгу на ЗЗК у пацієнтів з артритом, ентезопатіями, вузлуватою еритемою, рецидивним афтозним стоматитом, гострими або хронічними парапроктитами, анальними тріщинами, лихоманкою неясного генезу, увеїтами та анемією. В якості скринінгу можна використовувати дослідження фекального кальпротектину.

Співпраця мультидисциплінарних команд є надзвичайно важливою для своєчасного розпізнавання екстраінтестинальних маніфестацій ЗЗК.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. Ali A, Schmidt M, Piskin D et al. (2022, Jun). Epidemiology of Musculoskeletal Manifestations in Pediatric Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. *ACR Open Rheumatol.* 4(6): 547-554. Epub 2022 Mar 29. doi: 10.1002/acr2.11431. PMID: 35352509; PMCID: PMC9190227.
2. Antonelli E, Bassotti G, Tramontana M et al. (2021). Dermatological Manifestations in Inflammatory Bowel Diseases. *Journal of Clinical Medicine.* 10(2): 364. <https://doi.org/10.3390/jcm10020364>.
3. Arvikar SL, Fisher MC. (2011, Sep). Inflammatory bowel disease associated arthropathy. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 4(3): 123-31. doi: 10.1007/s12178-011-9085-8. PMID: 21710141; PMCID: PMC3261248.
4. Ashrafi M, Kuhn KA, Weisman MH. (2021). The arthritis connection to inflammatory bowel disease (IBD): why has it taken so long to understand it? *RMD Open.* 7: e001558. doi: 10.1136/rmdopen-2020-001558.
5. Bittermann V, Quesada-Masachs E, Remesal A et al. (2016). AB0888 Childhood Arthritis as The First Manifestation of Inflammatory Bowel Disease. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 75: 1206.
6. Denisova M, Muzyka N, Cherniha N et al. (2021). Peculiarities of the course of ulcerative colitis in children at the present stage. *Child's health.* 12(2): 136-141. <https://doi.org/10.22141/2224-0551.12.2.2017.99769>.
7. Derfalvi B, Boros K, Szabo D et al. (2022). Joint involvement, disease activity and quality of life in pediatric Crohn's disease – a cross-sectional study. *Pediatr Rheumatol.* 20: 6.
8. Diaconescu S, Strat S, Balan GG et al. (2020, Aug 23). Dermatological Manifestations in Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Medicina (Kaunas).* 56(9): 425. doi: 10.3390/medicina56090425. PMID: 32842528; PMCID: PMC7559248.
9. Greuter T, Bertoldo F, Rechner R et al. (2017, Aug). Swiss IBD Cohort Study Group. Extraintestinal Manifestations of Pediatric Inflammatory Bowel Disease: Prevalence, Presentation, and Anti-TNF Treatment. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 65(2): 200-206. doi: 10.1097/MPG.0000000000001455. PMID: 27801751.
10. Hudson AS, Huynh HQ. (2024, Jun). Pediatric inflammatory bowel disease: What's new and what has changed? *Paediatrics & Child Health.* 29(3): 144-149. <https://doi.org/10.1093/pch/pxae013>.
11. Jang HJ, Kang B, Choe BH. (2019, Jan). The difference in extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease for children and adults. *Transl Pediatr.* 8(1): 4-15. doi: 10.21037/tp.2019.01.06. PMID: 30881893; PMCID: PMC6382501.
12. Jansen FM, Vavricka SR, den Broeder AA et al. (2020). Clinical management of the most common extra-intestinal manifestations in patients with inflammatory bowel disease focused on the joints, skin and eyes. *United European Gastroenterology Journal.* 8(9): 1031-1044. doi: 10.1177/2050640620958902.

13. Jose FA, Garnett EA, Vittinghoff E et al. (2009, Jan). Development of extraintestinal manifestations in pediatric patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 15(1): 63-68. doi: 10.1002/ibd.20604. PMID: 18626963; PMCID: PMC2605161.
14. Kęsicka A, Burandt J, Głowczewski A et al. (2022, Nov 22). Fever as the Only First Sign of Crohn's Disease-Difficulties in Diagnosis during the COVID-19 Pandemic. *Children (Basel).* 9(12): 1791. doi: 10.3390/children9121791. PMID: 36553235; PMCID: PMC9777248.
15. Levine A, Koletzko S, Turner D, Escher JC, Cucchiara S, de Ridder L et al. (2014, Jun). ESPGHAN revised porto criteria for the diagnosis of inflammatory bowel disease in children and adolescents. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 58(6): 795-806. doi: 10.1097/MPG.000000000000239. PMID: 24231644.
16. Mansueto P, Carroccio A, Corsale S et al. (2009). Chronic urticaria as a presenting symptom of Crohn's disease. *BMJ Case Rep.* 2009: bcr08.2008.0781. Epub 2009 Sep 7. doi: 10.1136/bcr.08.2008.0781. PMID: 21897833; PMCID: PMC3028168.
17. Nir O, Rinawi F, Amarilyo G et al. (2017, Nov). Phenotypic Features and Longterm Outcomes of Pediatric Inflammatory Bowel Disease Patients with Arthritis and Arthralgia. *J Rheumatol.* 44(11): 1636-1643. Epub 2017 Sep 1. doi: 10.3899/jrheum.170168. PMID: 28864649.
18. Oliveira SB, Monteiro IM. (2017, May 31). Diagnosis and management of inflammatory bowel disease in children. *BMJ.* 357: j2083. doi: 10.1136/bmj.j2083. PMID: 28566467; PMCID: PMC6888256.
19. Ouldali N, Hugot JP, Viala J et al. (2018, Oct 12). Early Arthritis Is Associated With Failure of Immunosuppressive Drugs and Severe Pediatric Crohn's Disease Evolution. *Inflamm Bowel Dis.* 24(11): 2423-2430. doi: 10.1093/ibd/izy137. PMID: 29788152.
20. Pytrus W, Akutko K, Pytrus T et al. (2022, Dec 15). A Review of Ophthalmic Complications in Inflammatory Bowel Diseases. *J Clin Med.* 11(24): 7457. doi: 10.3390/jcm11247457. PMID: 36556071; PMCID: PMC9781961.
21. Rosen MJ, Dhawan A, Saeed SA. (2015, Nov). Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents. *JAMA Pediatr.* 169(11): 1053-1060. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.1982. PMID: 26414706; PMCID: PMC4702263.
22. Sosa Solís AM, Fernández Antuña L, Royo Cuadra Y et al. (2020). Enfermedad perianal como primera manifestación en la enfermedad de Crohn pediátrica. *Gastroenterol Hepatol.* 43: 256-257.
23. Zwintscher NP, Shah PM, Argawal A et al. (2015). The impact of perianal disease in young patients with inflammatory bowel disease. *Int J Colorectal Dis.* 30: 1275-1279. <https://doi.org/10.1007/s00384-015-2251-5>.

Відомості про авторів:

Ошлянська Олена Анатоліївна – д.мед.н., проф. каф. педіатрії, неонатології, дитячих інфекційних хвороб, імунології та алергології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; керівник НПЦ дитячої ревматології та транзитивного супроводу дітей та підлітків з ревматичними захворюваннями ДУ «ВЦМД НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8. <https://orcid.org/0000-0002-9782-9709>.

Степанюк Ярина Степанівна – лікарка-педіатриня педіатричного відділення ДНП «НДСЛ «ОХМАТДИТ» МОЗ України». Адреса: м. Київ, вул. В. Чорновола, 28/1. <https://orcid.org/0009-0003-3898-4703>.

Дорошенко Ольга Олексіївна – лікарка-педіатриня відділення старшого дитинства з патологією органів травлення ДУ «ВЦМД НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8. Стаття надійшла до редакції 25.04.2025 р., прийнята до друку 16.09.2025 р.

Руденко Сергій Миколайович – к.мед.н., зав. педіатричного відділення ДНП «НДСЛ «ОХМАТДИТ» МОЗ України». Адреса: м. Київ, вул. В. Чорновола, 28/1. <https://orcid.org/0000-0001-5935-3335>.