



Необычное начало и течение болезни Крона у детей

Самольго И. С., Аминова А. И., Ерюшова Т. Ю., Мацукатова Б. О., Андрианова К. А., Гундина А. В., Эрдес С. И.

Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), (ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, г. Москва, 119991, Россия)

Для цитирования: Самольго И. С., Аминова А. И., Ерюшова Т. Ю., Мацукатова Б. О., Андрианова К. А., Гундина А. В., Эрдес С. И. Необычное начало и течение болезни Крона у детей. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2024; 226 (6): 221–224. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-226-6-221-224

✉ **Для переписки:**

Мацукатова Белла

Одиссеевна

matsukatova_b_o@

staff.sechenov.ru

Самольго Иван Сергеевич, лаборант кафедры пропедевтики детских болезней, студент 4 курса Клинического института детского здоровья имени Н. Ф. Филатова

Аминова Альфия Иршадовна, д. м. н., профессор кафедры пропедевтики детских болезней Клинического института детского здоровья имени Н. Ф. Филатова

Ерюшова Татьяна Юрьевна, к. м. н., ассистент кафедры пропедевтики детских болезней Клинического института детского здоровья имени Н. Ф. Филатова

Мацукатова Белла Одиссеевна, к. м. н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней Клинического института детского здоровья имени Н. Ф. Филатова

Андрианова Ксения Александровна, ассистент кафедры пропедевтики детских болезней Клинического института детского здоровья имени Н. Ф. Филатова

Гундина Арина Владимировна, ассистент кафедры пропедевтики детских болезней Клинического института детского здоровья имени Н. Ф. Филатова

Эрдес Светлана Ильинична, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней Клинического института детского здоровья имени Н. Ф. Филатова

* **Иллюстрация 1** — на цветной вклейке в журнал (стр. XIV).

Резюме

Цель: Демонстрация клинического случая болезни Крона у ребенка 8 лет.

Материалы и методы: Приведенный клинический пример — это случай неклассического варианта течения болезни Крона у ребенка 8 лет, дебютировавшего с поражения верхних дыхательных путей в сочетании с болью в животе на фоне длительных курсов антибактериальной терапии.

Заключение: Данный клинический случай демонстрирует сложность диагностического поиска, необходимость тщательного сбора анамнеза и проведения дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: клинический случай, болезнь Крона, ребенок, антибактериальная терапия, резистентность

EDN: JGBVCTX



Unusual onset and course of Crohn's disease in children

I. S. Samolygo, A. I. Aminova, T. Yu. Yeryushova, B. O. Matsukatova, K. A. Andrianova, A. V. Gundina, S. I. Erdes

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), (8/2 Trubetskaya str. Moscow, 119991, Russia)

For citation: Samolygo I. S., Aminova A. I., Yeryushova T. Yu., Matsukatova B. O., Andrianova K. A., Gundina A. V., Erdes S. I. Unusual onset and course of Crohn's disease in children. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2024; 226 (6): 221–224. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-226-6-221-224

✉ **Corresponding author:**

Bella O.

Matsukatova

matsukatova_b_o@

staff.sechenov.ru

Ivan S. Samolygo, laboratory assistant at the Department of Propaedeutics of Childhood Diseases, 4th year student at the Clinical Institute of Child Health named after N. F. Filatova; ORCID: 0000-0002-8307-5168, Scopus Author ID: 58503512700

Alfiya I. Aminova, Dr. Sciences (Medical), Professor, Department of Propaedeutics of Childhood Diseases of N. F. Filatov Children's Health Clinical Institute; ORCID: 0000-0002-1951-6424, Researcher ID: W-3738-2017, Scopus Author ID: 26535434100

Tatyana Yu. Yeryushova, Cand. Sci. (Medical), Assistant, Department of Propaedeutics of Childhood Diseases of N. F. Filatov Children's Health Clinical Institute; ORCID: 0000-0001-7659-1765, Researcher ID: W-3153-2018, Scopus Author ID: 57205682113

Bella O. Matsukatova, Cand. Sci. (Medical), Docent, Department of Propaedeutics of Childhood Diseases of N. F. Filatov Children's Health Clinical Institute; ORCID: 0000-0003-0876-6548, Researcher ID: JNT-6057-2023, Scopus Author ID: 56176607500

Ksenia A. Andrianova, Assistant, Department of Propaedeutics of Childhood Diseases of N.F. Filatov Children's Health Clinical Institute; ORCID: 0009-0004-1802-4470

Arina V. Gundina, Assistant, Department of Propaedeutics of Childhood Diseases of N.F. Filatov Children's Health Clinical Institute; ORCID: 0009-0001-7144-371C

Svetlana I. Erdes, Dr. Sciences (Medical), Head of the Department of Propaedeutics of Childhood Diseases of N.F. Filatov Children's Health Clinical Institute; ORCID: 0000-0001-8689-7602, Scopus Author ID: 6701406276

Summary

* Illustrations 1 to the article are on the colored inset of the Journal (p. XIV).

The purpose of the article is to demonstrate a clinical case of Crohn's disease in an 8-year-old child.

Materials and methods: The given clinical example is a case of a non-classical variant of the course of Crohn's disease in an 8-year-old child who debuted with an upper respiratory tract lesion in combination with abdominal pain against the background of long courses of antibacterial therapy.

Conclusion: This clinical case demonstrates the complexity of the diagnostic search, the need for careful history collection and differential diagnosis.

Keywords: case report, Crohn's disease, child, antibacterial therapy, resistance

Введение

Болезнь Крона (БК) — это хроническое воспалительное заболевание кишечника, которое поражает любую часть желудочно-кишечного тракта, характеризуется трансмуральным воспалением и может привести к прогрессирующему повреждению кишечника и инвалидизации [1]. Распространенность заболевания среди детей во всем мире колеблется от 2,5 до 11,4 на 100 000 [2]. Хотя БК может развиваться в любом возрасте, ранняя диагностика и начало лечения особенно важны в детском возрасте [3]. Клинические проявления БК значительно различаются и могут быть схожими с теми, которые

наблюдаются при синдроме раздраженного кишечника, аллергическом гастроэнтерите и инфекционном гастроэнтерите [4]. В нашей публикации мы хотели бы представить клинический случай начала БК на фоне поражения верхних дыхательных путей и длительных курсов антибиотиков, что является уникальным. Мы нашли несколько описаний БК в сочетании с бронхитом [5, 6]. Сочетание боли в животе и респираторных симптомов было первыми признаками БК у пациента, что, возможно, является нетипичным началом ВЗК, и это может представлять интерес для практикующего врача.

Результаты

Клинический случай

8-летняя девочка поступила в инфекционное отделение с лихорадкой до 40 °С в течение трех дней, респираторными признаками, постоянной болью в животе в области пупка, задержкой стула в течение 3–4 дней, твердым стулом без крови и прогрессирующей потерей веса до 10 кг в течение 2 месяцев. Масса тела на момент поступления составляла 20 кг. Из анамнеза заболевания известно, что за два месяца до появления данных симптомов ребенок трижды госпитализировался с симптомами со стороны верхних дыхательных путей в отделение неотложной помощи другой инфекционной больницы, и получил три курса антибактериальной терапии. От острого риносинусита пациентка получала амоксициллин/ингибитор бета-лактамаз, от острого бронхита и мезентериального лимфаденита — цефалоспорины III поколения, от острого тонзиллита — азитромицин и цефалоспорины III поколения. Рентгенография грудной клетки при втором поступлении в больницу не выявила очаговых или инфильтративных теней. Однако продолжались ежедневные боли в животе и повышение температуры во второй

половине дня, эпизоды болей в коленных суставах, слабость, трудности при ходьбе и припухлость суставов. Респираторные симптомы исчезли на фоне антимикробной терапии.

При поступлении маркерами воспаления были повышенный С-реактивный белок (113 мг/л) и СОЭ (39 мм/ч), палочкоядерный нейтрофильный лейкоцитоз ($23,4 \times 10^9/\text{л}$), также наблюдалась анемия (Hb 100 г/л), гипоальбуминемия (альбумины — 25 г/л), гипопроteinемия (общий белок — 52 г/л). Был взят анализ кала на кальпротектин, так как у девочки с болью в области пупка была нормохромная анемия, лейкоцитоз и повышенный уровень СРБ. Содержание кальпротектина в фекалиях составило 2438 мкг/г. Ребенок был переведен в гастроэнтерологическое отделение. Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта выявила эрозивно-геморрагический гастрит, активные язвы кишечника, дуоденит, еунит. Колоноскопия выявила множественные язвы в области слепой кишки (рис. 1, а), воспаление и гиперемия толстой кишки. Биопсия тонкой кишки показала: инфильтрацию ее пластинки плазмócитами, лимфоцитами

и единичными гранулемами (рис. 1, б). Биопсия толстой кишки выявила изменения в криптах и инфильтрацию поверхностного эпителия и пластинки преимущественно лимфоцитами и плазмочитами.

На основании анамнеза, лабораторных, инструментальных и гистологических исследований была диагностирована тяжелая форма болезни Крона (40 баллов по индексу PCDAI). В соответствии с рекомендациями Европейской организации по борьбе с болезнью Крона и колитом (ЕССО) по медицинскому лечению болезни Крона у детей [6], лечение было начато с приема 20 мг перорального глюкокортикоидов, 500 мг НПВС производного салициловой

кислоты (Месалазин®), 50 мг иммунодепрессантов (Азатиоприна®), 100 мг полимальтозата гидроксида железа III (Мальтофер®). На 14-й день терапии было достигнуто клиническое улучшение: уровень СРБ снизился до 26 мг/л, СОЭ до 20 мм/ч, содержание кальпротектина в кале до 428,5 мкг/г, уровень Нб повысился до 115 г/л. Девочка была выписана из стационара через 1 месяц, у нее был индекс массы тела ИМТ = 12,2 кг/м², наблюдалось снижение уровня общего белка до 59 г/л и альбумина до 30 г/л. Ребенок продолжал получать амбулаторное лечение, но из-за недостаточной эффективности была начата таргетная биологическая терапия.

Обсуждение

Болезнь Крона в детском возрасте имеет ряд особенностей: тяжелое агрессивное течение, выраженное распространенное поражение слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, резистентность к стандартным методам лечения, высокая склонность к рецидивам. У детей с болезнью Крона часто наблюдается тяжелое трансмуральное поражение слизистой оболочки желудка, тонкого или толстого кишечника [8]. Болезнь Крона трудно диагностировать, так как она имеет общие признаки с другими воспалительными заболеваниями кишечника [9]. По мнению авторов, статья повысит бдительность педиатров и гастроэнтерологов в отношении болезни Крона у детей, так как именно в детском возрасте характерны атипичные формы дебюта данного заболевания.

С 2012 по 2022 год в системе Pubmed было опубликовано всего 35 клинических случаев болезни Крона у детей. Уникальность этого случая заключается в наличии респираторных симптомов в первые два месяца заболевания. Симптоматическое поражение дыхательных путей при болезни Крона встречается редко и чаще всего развивается на фоне ранее существовавшего заболевания. Описаны симптомы поражения дыхательных путей, включая хронический бронхит, бронхоэктазы, обструкцию верхних дыхательных путей, облитерирующий бронхолит, приводящий к пневмонии, гранулематозное заболевание легких и интерстициальное заболевание легких. Основной причиной являются фиброзные, гранулематозные поражения дыхательной системы [5]. В легких девочки не было обнаружено никаких очаговых или диффузных изменений. Ей назначалась антибиотикотерапия при респираторных симптомах, которые были полностью купированы на фоне проводимого

лечения. Три курса антибиотиков, возможно, стали причиной развития болезни Крона. Болезнь Крона, но не язвенный колит, связана с воздействием антибиотиков, особенно пенициллина, цефалоспоринов, метронидазола и фторхинолонов. Цефалоспорины показали наиболее сильную связь с болезнью Крона (для трех случаев покупки и неиспользования отношение шансов = 2,82, 95% доверительный интервал: 1,65; 4,81) [10, 11]. Также в своевременной диагностике заболевания необходимо учитывать такие «красные флаги», как потеря веса, лихорадка и рецидивирующее течение. Фекальный кальпротектин может помочь врачу в диагностике ВЗК и быть показанием к эндоскопическому исследованию тонкого и толстого кишечника. В то же время боли в животе, лихорадка и прогрессирующая потеря веса наблюдались до начала приема антибиотиков. Лабораторными диагностическими критериями были повышение уровня С-реактивного белка, нейтрофилов, СОЭ в крови и кальпротектина в кале, а также снижение общего белка и альбумина в крови.

Представленный клинический случай представляет интерес из-за атипичного течения БК с рецидивирующим поражением дыхательных путей, несмотря на антибиотикотерапию. Из-за респираторной симптоматики боль в животе, лихорадка и потеря веса не стали для врачей сигналом о БК. Серьезные признаки воспаления в крови и гипохромной анемии потребовали проведения анализа кала на кальпротектин и направления на колоноскопию. К сожалению, несвоевременная диагностика, интенсивная антибактериальная терапия, возраст, пол пациента и высокая активность воспаления в толстом и тонком кишечнике привели к недостаточной эффективности иммуносупрессивной терапии.

Литература | References

1. Yu Y.R., Rodriguez J.R. Clinical presentation of Crohn's, ulcerative colitis, and indeterminate colitis: Symptoms, extraintestinal manifestations, and disease phenotypes. *Semin Pediatr Surg.* 2017;26(6):349–355. doi: 10.1053/j.sempedsurg.2017.10.003.
2. Benchimol E. I., Fortinsky K. J., Gozdyra P. et al. Epidemiology of pediatric inflammatory bowel disease: a systematic review of international trends. *Inflamm Bowel Dis.* 2011;17(1):423–39. doi: 10.1002/ibd.21349.
3. Pigneur B., Seksik P., Viola S. et al. Natural history of Crohn's disease: comparison between childhood- and adult-onset disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2010;16(6):953–61. doi: 10.1002/ibd.21152.
4. Ruemmele F.M., Veres G., Kolho K.L. et al. European Crohn's and Colitis Organisation; European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Consensus guidelines of ECCO/ESPGHAN on the medical management of pediatric Crohn's disease. *J Crohns*

- Colitis*. 2014;8(10):1179–207. doi: 10.1016/j.crohns.2014.04.005.
5. Platakis M., Tzortzaki E., Lambiri I. et al. Severe airway stenosis associated with Crohn's disease: case report. *BMC Pulm Med*. 2006;7(6):7. doi: 10.1186/1471-2466-6-7.
 6. Xia K., Wolf J., Friedman S., Carr-Locke D. L. Granulomatous tracheo-bronchitis associated with Crohn's disease. *MedGenMed*. 2004;6(1):18.
 7. Ruemmele F. M., Veres G., Kolho K. L. et al. European Crohn's and Colitis Organisation; European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Consensus guidelines of ECCO/ESPGHAN on the medical management of pediatric Crohn's disease. *J Crohns Colitis*. 2014;8(10):1179–207. doi: 10.1016/j.crohns.2014.04.005.
 8. Feakins R. M. British Society of Gastroenterology. Inflammatory bowel disease biopsies: updated British Society of Gastroenterology reporting guidelines. *J Clin Pathol*. 2013;66(12):1005–26. doi: 10.1136/jclinpath-2013-201885.
 9. Feakins R., Torres J., Borralho-Nunes P. et al. Differential Diagnosis of Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis*. 2022;16(3):343–368. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjab141.
 10. Theochari N. A., Stefanopoulos A., Mylonas K. S. Antibiotics exposure and risk of inflammatory bowel disease: a systematic review. *Scand J Gastroenterol*. 2018;53(1):1–7. doi: 1080/00365521.2017.1386711.
 11. Bernstein C. N. Review article: changes in the epidemiology of inflammatory bowel disease—clues for aetiology. *Aliment Pharmacol Ther*. 2017;46(10):911–919. doi: 10.1111/apt.14338.

К статье

Необычное начало и течение болезни Крона у детей (стр. 221–224)

To article

Unusual onset and course of Crohn's disease in children (p. 221–224)

Рисунок 1

(а) Купол слепой кишки с язвами и микроабсцессами.

(б) Стрелкой показана гранулоцитарная гранулема подвздошной кишки. (окраска: гематоксилин-эозин) Модель Magnificent x 250.3.

