

БОЛЕЗНЬ КРОНА У ПОДРОСТКА. ДОЛГИЙ ПУТЬ К ДИАГНОЗУ

Ильина П.В., Лукьянова У.И.

Научный руководитель: доцент А.И. Колотилина

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Ключевые слова: дети; диагностика; болезнь Крона

Актуальность. Болезнь Крона (БК) — хроническое воспалительное заболевание кишечника (ВЗК) неясной этиологии. Дебют заболевания многообразен, что обуславливает сложность диагностики, и поэтому до постановки диагноза может пройти до 12,0–15,5 мес.

Описание клинического случая. Больная П., 17 лет, поступила в декабре 2024 г. в хирургическое отделение Детской городской клинической больницы № 9 имени Г.Н. Сперанского с жалобами на жидкий стул с примесью алой крови, тошноту, боль в животе, слабость, похудание. Из анамнеза жизни известно, что в возрасте 14 лет девочка дважды была госпитализирована с абсцессом вульвы. Причина абсцесса не установлена, т. к. не проводилось патоморфологическое исследование. Первые жалобы появились более года назад в виде боли в животе, жидкого стула. В мае 2024 г. при обследовании выявлено повышение уровня фекального кальпротектина (ФК) до 800 мкг/г, эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки. Проводилась симптоматическая терапия с минимальным эффектом. При госпитализации в июле 2024 г. выявлена лимфофолликулярная гиперплазия подвздошной кишки, полип анального канала (АК). На момент проведения обследования гистологических и эндоскопических признаков воспалительных заболеваний кишечника не было. Следующая госпитализация также в июле 2024 г. в хирургическое отделение нашего стационара, уже экстренная, в связи с гемоколитом. На тот момент отмечался тромбоцитоз и железодефицитная анемия. Ранее выявленный полип АК был удалён. Гистологическая картина полипа представлена фиброэпителиальной тканью, что характерно для БК. В рамках госпитализации (декабрь 2024 г.) больной были проведены все этапы диагностического поиска. Клинико-лабораторные данные (гемоколит, тошнота, дефицит массы тела, повышенные уровни IgG, ФК и СРБ, тромбоцитоз, железодефицитная анемия) позволили заподозрить БК. Эндоскопическая и гистологическая картины болезни значительно прогрессировали за последние 5 мес. Выраженные изменения стенки толстой и тонкой кишки (эрозивные элементы с налетом фибрина и гематина, шероховатая, отёчная слизистая, лимфофолликулярная гиперплазия, лимфоцитарные и нейтрофильные инфильтраты, криптиты) подтвердили диагноз БК. Больной была назначена терапия препаратами 5-аминосалициловой кислоты, глюкокортикостероидами, цитостатиками с быстрым клиническим ответом.

Заключение. Данный клинический случай показывает длительность и сложность диагностики БК, в связи с тем, что клиническая картина у девочки значительно опережала эндоскопическую. В течение 7 мес симптомы существовали при отсутствии эндоскопических и гистологических изменений кишечника. Если предположить, что абсцесс вульвы являлся дебютом БК с внекишечных проявлений, то путь больной к диагнозу занял более 3 лет.