

Клинический случай

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2025
УДК 616.344-002-031.84

Горелова Е.С.¹, Парахина Д.В.¹, Потапов А.С.^{1,2}, Королёв Г.А.¹, Лохматов М.М.^{1,2}, Ратников С.А.¹,
Алхасов А.Б.¹, Соколов И.¹, Боровик Т.Э.¹

Стенозирующая форма болезни Крона верхних отделов желудочно-кишечного тракта: путь к диагнозу

¹ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, 119991, Москва, Россия;
²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, Москва, Россия

Резюме

Болезнь Крона (БК) с изолированным поражением верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) встречается менее чем у 5% больных. В большинстве случаев осложнением данной формы заболевания является гастродуоденальная непроходимость, требующая хирургического вмешательства. **Цель работы:** описать клинический случай БК с атипичным дебютом, имитирующим *Helicobacter pylori*-ассоциированную язвенную болезнь желудка.

Материалы и методы. Представлен клинический случай БК, имитирующий язвенную болезнь желудка, у девочки 12 лет. Проведено комплексное обследование больной. Выставлен диагноз: БК А1b верхних отделов ЖКТ, илеит, колит (L3+L4a), стриктурирующая форма (B2) с перианальными изменениями (р), без задержки роста (G0).

Результаты. С учётом тяжёлого течения и стенозирующей формы БК, тяжёлой белково-энергетической недостаточности для предотвращения осложнений больной была инициирована биологическая терапия инфликсимабом из расчёта 5 мг/кг на введение в стандартном режиме в комбинации с азатиоприном 50 мг/сут (1,5 мг/кг в сутки). На фоне лечения и диетической коррекции отмечена положительная динамика в виде купирования рвоты и набора массы тела (за период пребывания в стационаре больная прибавила в весе 4 кг).

Заключение. Применение мультидисциплинарного подхода позволило установить диагноз стенозирующей формы БК с преимущественным вовлечением верхних отделов ЖКТ. Биологическая терапия БК с использованием инфликсимаба в комбинации с азатиоприном и в сочетании с диетотерапией позволила избежать хирургического вмешательства.

Ключевые слова: дети; болезнь Крона; стеноз верхних отделов желудочно-кишечного тракта; инфликсимаб; диетотерапия

Для цитирования: Горелова Е.С., Парахина Д.В., Потапов А.С., Королёв Г.А., Лохматов М.М., Ратников С.А., Алхасов А.Б., Соколов И., Боровик Т.Э. Стенозирующая форма болезни Крона верхних отделов желудочно-кишечного тракта — путь к диагнозу. *Российский педиатрический журнал*. 2025; 28(3): 237–243.
https://doi.org/10.46563/1560-9561-2025-28-3-237-243 https://elibrary.ru/wrgcgp

Для корреспонденции: Горелова Елена Сергеевна, ординатор 2-го года обучения по специальности «педиатрия» ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, kozminysha@yandex.ru

Участие авторов: Горелова Е.С., Потапов А.С., Алхасов А.Б. — концепция и дизайн исследования; Горелова Е.С., Парахина Д.В., Королёв Г.А., Ратников С.А., Соколов И. — сбор и обработка материала; Горелова Е.С., Парахина Д.В. — написание текста; Потапов А.С., Лохматов М.М., Боровик Т.Э. — редактирование. Все соавторы — утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Финансирование. Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 07.04.2025
Принята к печати 20.05.2025
Опубликована 27.06.2025

Elena S. Gorelova¹, Daria V. Parakhina¹, Alexandr S. Potapov^{1,2}, Grigoriy A. Korolev¹, Maksim M. Lokhmatov^{1,2},
Sergey A. Ratnikov¹, Abdumanap B. Alkhasov¹, Ina Sokolov¹, Tatiana E. Borovik¹

Stenosing Crohn's disease of the upper gastrointestinal tract: a diagnostic challenge

¹National Medical Research Center for Children's Health of Ministry of Health, Moscow, 119991, Russian Federation;
²Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, 119991, Russian Federation

Summary

Crohn's disease (CD) with isolated lesions of the upper gastrointestinal tract occurs in less than 5% of patients. In most cases, the complication of this form of the disease is gastroduodenal obstruction, which requires surgical intervention. **Aim:** to describe a clinical case of CD with an atypical onset mimicking *Helicobacter pylori*-associated gastric ulcer.

Materials and methods. A clinical case of CD simulating gastric ulcer in a 12-year girl is presented. A comprehensive laboratory and instrumental examination of the patient was performed. The diagnosis was made: CD A1b of the upper gastrointestinal tract, ileitis, colitis (L3+L4a), stricturing form (B2) with perianal changes (p), without growth retardation (G0).

Results. Taking into account the severe course and stenosing form of CD, severe protein and energy deficiency, to prevent complications, the patient initiated biological therapy with infliximab at the rate of 5 mg/kg, administration in the standard regimen in combination with azathioprine 50 mg/day (1.5 mg/kg/day). Against the background of the treatment and dietary correction, there was a positive trend in the form of relief of vomiting and weight gain (during the hospital stay, the patient gained 4 kg in weight).

Conclusion. The use of a multidisciplinary approach made it possible to establish the diagnosis of the stenosing form of CD with a predominant involvement of the upper digestive tract. Biological therapy using infliximab in combination with both azathioprine and diet therapy made it possible to avoid surgical intervention.

Keywords: children; Crohn's disease; upper gastrointestinal stenosis; infliximab; dietotherapy

For citation: Gorelova E.S., Parakhina D.V., Potapov A.S., Korolev G.A., Lokhmatov M.M., Ratnikov S.A., Alkhasov A.B., Sokolov I., Borovik T.E. Stenosing Crohn's disease of the upper gastrointestinal tract: a diagnostic challenge. *Rossiyskiy Pediatricheskiy Zhurnal (Russian Pediatric Journal)*. 2025; 28(3): 237–243. (in Russian).
<https://doi.org/10.46563/1560-9561-2025-28-3-237-243> <https://elibrary.ru/wrgcgp>

For correspondence: Elena S. Gorelova, resident for second year of study on specialties Pediatrics, National Medical Research Center for Children's Health, Moscow, 119991, Russian Federation, kozminysha@yandex.ru

Contribution: Gorelova E.S., Potapov A.S., Alkhasov A.B. — concept and design of the study; Gorelova E.S., Parakhina D.V., Korolev G.A., Ratnikov S.A., Sokolov I. — collection and processing of the material; Gorelova E.S., Parakhina D.V. — writing the text; Potapov A.S., Lokhmatov M.M., Borovik T.E. — editing the text. All co-authors — approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.

Information about the authors:

Gorelova E.S., <https://orcid.org/0000-0002-5152-6681>
Parakhina D.V., <https://orcid.org/0000-0002-8221-0364>
Potapov A.S., <https://orcid.org/0000-0003-4905-2373>
Korolev G.A., <https://orcid.org/0000-0001-5730-3684>
Lokhmatov M.M., <https://orcid.org/0000-0002-8305-7592>
Ratnikov S.A., <https://orcid.org/0000-0003-2082-3998>
Alkhasov A.B., <https://orcid.org/0000-0003-3925-4991>
Sokolov I., <https://orcid.org/0000-0001-9430-3448>
Borovik T.E., <https://orcid.org/0000-0002-0603-3394>

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received: April 07, 2025

Accepted: May 20, 2025

Published: June 27, 2025

Введение

Болезнь Крона (БК) — хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), характеризующееся трансмуральным, сегментарным воспалением стенки тонкой и/или толстой кишки или всего ЖКТ с развитием местных и системных осложнений [1]. Примерно у 30% пациентов БК впервые диагностируется до 18 лет. За последние годы частота ВЗК с началом в детском возрасте возросла в 3 раза [2]. Клинические симптомы БК вариабельны и зависят от локализации, фенотипа и тяжести течения. БК нередко имитирует синдром раздражённого кишечника, как с запорами, так и с диареей, аллергические и инфекционные гастроэнтериты, пищевую аллергию [3]. Помимо типичных проявлений, БК у детей может быть клинически сходна с острой хирургической патологией. Хотя классическими масками считаются поражения терминального отдела подвздошной кишки (острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат, кишечная непроходимость), верхние отделы ЖКТ также могут вовлекаться в процесс, требуя дифференциальной диагностики. У пациентов с БК описаны случаи язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), имитирующего прободную язву или кровотечение, стриктур пилорического отдела или начальных отделов тонкой кишки, клинически схожих с обструктивными состояниями [4]. Распространёнными симптомами при БК являются хроническая диарея, абдоминальные боли, потеря массы тела, задержка физического и полового развития детей [5].

Согласно Парижской классификации БК подразделяется на фенотипы: терминальный илеит (L1), изолированный колит (L2), илеоколит (L3), поражение верхних отделов ЖКТ проксимальнее связки Трейтца (L4a) и поражение тощей кишки дистальнее связки Трейтца, но выше дистальной трети подвздошной кишки (L4b) [1]. У детей самым распространённым вариантом является илеоколит (L3), встречающийся у 30–45% больных, а вовлечение верхних отделов ЖКТ (L4a и L4b) в совокупности выявляется у 10–20% пациентов, причём изолированное вовлечение желудка или ДПК без поражения дистальных отделов встречается менее чем у 5% больных [6]. Основными симптомами при поражении верхних отделов ЖКТ при БК являются боли в эпигастральной области, потеря массы тела, тошнота, рвота, поэтому в таких случаях БК ложно принимается за язвенную болезнь желудка и ДПК. При прогрессировании БК могут возникнуть серьёзные осложнения, такие как обструкция выходного отверстия желудка. При этом до 30% больных с данной формой БК подвергаются хирургическому вмешательству, в основном из-за гастроуденальной непроходимости [7].

При проведении эзофагогастроуденоскопии (ЭГДС) к отличительным чертам БК верхних отделов ЖКТ относят рассеянные эрозии и язвы с продольным расположением в пищеводе, афты, линейные эрозии или язвы и поражения по типу бамбуковых стеблей в желудке, афты, язвы и рубцы, деформирующие складки по типу зазубрин или с образованием рельефа булыжной мостовой в ДПК [8]. Нередко эндоскопическая картина представлена немногочисленными мелкими эрозиями,

единичными язвенными дефектами — проявлениями, свойственными для язвенной болезни желудка или ДПК, хронического гастрита, рефлюкс-эзофагита, гастроэзофагеального рефлюкса [9].

Задача медикаментозного лечения БК у детей — подавление гипериммунного ответа кишечника с достижением стойкой ремиссии. Выбор конкретного метода терапии зависит от тяжести заболевания, возраста дебюта, наличия осложнений и стратификации риска [10]. В клинике применяют ступенчатый подход — от глюкокортикостероидов и иммуносупрессоров до генно-инженерных биологических препаратов и ингибиторов янус-киназ. Особое внимание уделяется больным с высоким риском хирургических осложнений (стриктуры, свищи, абсцессы) — в этой группе больных биологическая терапия рассматривается как первая линия, благодаря способности индуцировать и поддерживать заживление слизистой оболочки кишки. Лечение поражений верхних отделов ЖКТ при БК требует применения ингибиторов фактора некроза опухоли- α как эффективных средств для индукции клинико-эндоскопической ремиссии гастродуоденальной локализации заболевания [11, 12].

Нами представлен клинический случай БК у девочки с атипичным дебютом, имитирующим язвенную болезнь желудка. Комплексное обследование с обязательным проведением колоноскопии позволило установить правильный диагноз, назначить лечение и предотвратить оперативное вмешательство, что подчёркивает значимость своевременной дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний кишечника у детей с неспецифическими абдоминальными симптомами.

Описание клинического случая

В гастроэнтерологическое отделение поступила девочка, 12 лет, с жалобами на рвоту большим объёмом, преимущественно в вечерние часы, резкое снижение массы тела (на 9 кг за 4 мес), боли в животе. Из анамнеза жизни известно, что ребёнок от 2-й беременности, 1-х срочных родов. Семейный анамнез: у отца и бабушки по отцовской линии — хронический панкреатит; у прабабушки, двоюродного дедушки, дяди со стороны матери — сахарный диабет. Девочка больна с августа 2024 г. (возраст 12 лет), когда впервые появились тянущие боли в животе, изжога, периодически рвота в вечернее время (1–2 раза в неделю), запоры (фрагментированный кал). Не обследовалась, лечение не получала. В течение последующих 2 мес боли в животе усиливались, носили спастический характер, затем появились ночные боли, участилась рвота (3–4 раза в неделю), снизилась масса тела.

Была госпитализирована по месту жительства. По данным лабораторных исследований: анемия, лейкоцитоза нет, СОЭ 10–27 мм/ч, уровень С-реактивного белка 26,76 мг/л, синдрома цитолиза нет, активность амилазы 24 ЕД/л, содержание железа в крови снижено до 5,6 мкмоль/л. Кал на скрытую кровь положительный. При УЗИ органов брюшной полости признаки холестаза, наличие жидкости в полости малого таза. Проведена рентгенография ЖКТ с контрастным веществом, выявлены признаки задержки эвакуации содержимого из желудка, провисания желудка и поперечной ободочной кишки в полость малого таза. По данным ЭГДС выявля-

но кровотечение из гигантской хронической язвы луковицы ДПК и пилорического канала.

Через 5 дней проведена контрольная ЭГДС (натощак): слизистая оболочка пищевода отёчна. В желудке содержится значительное количество жидких остатков непереваренной пищи, окрашенных желчью, слизистая умеренно гиперемирована, отёчна, видны множественные острые мелкоточечные геморрагические эрозии, экспресс-тест на *Helicobacter pylori* положительный. Привратник деформирован, начиная от края привратника визуализируется край язвенного дефекта, уходящий в луковицу ДПК, видимая часть до 15 × 20 мм (занимает всю переднюю стенку луковицы ДПК с переходом на верхнюю и нижнюю стенки и даже на заднюю (почти все стенки луковицы ДПК представлены язвой). Язва грубо деформирует просвет со стенозированием на уровне выходного отдела луковицы до 2–3 мм в диаметре, не проходимого для эндоскопа 9,2 мм. Видимый край с выраженным воспалительным валом, дно покрыто белым фибрином, сгустков и крови нет. Заключение: гигантская хроническая язва луковицы ДПК и пилорического канала, стадия рубцевания, ulcerogennый субкомпенсированный стеноз выходного отдела луковицы ДПК. Проведена компьютерная томография органов брюшной полости: признаки утолщения стенок пилорического отдела желудка и ампулы ДПК, увеличения размеров мезентериальных лимфатических узлов, усиления сосудистого рисунка мезентериальной клетчатки.

На основании обследования выставлен диагноз: Язвенная болезнь желудка и ДПК, впервые выявленная, фаза обострения. Желудочное кровотечение, декомпенсированный стеноз выходного отверстия, хронический запор, билиарная дисфункция. Назначена гемостатическая, гастропротективная, эрадикационная терапия *Helicobacter pylori* — отмечался слабоположительный эффект. Для решения вопроса о целесообразности проведения хирургического вмешательства был проведён телеконсилиум с торакальным хирургическим отделением ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. Рекомендовано обследование ребёнка на базе гастроэнтерологического отделения для верификации диагноза и решения вопроса о дальнейшей тактике ведения больной.

Спустя 4 мес от начала заболевания больная в возрасте 12 лет 7 мес была впервые госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение. При осмотре состояние средней тяжести по основному заболеванию. Девочка пониженного питания. Вес 31,1 кг, рост 162 см. Физическое развитие выше среднего, дисгармоничное за счёт дефицита массы тела (SDS роста +1,25; SDS веса –1,63; ИМТ 11,85 кг/м², SDS ИМТ –5,08). Кожные покровы бледные, сухие, периорбитальные тени. Слизистая оболочка рта розовая, чистая, влажная. Аппетит сохранен. Язык чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, доступен глубокой пальпации, в левых отделах толстой кишки пальпируются каловые массы. Печень и селезёнка не увеличены. Стул регулярный, 1 раз в 1–2 дня, фрагментированный, окрашенный, периодически с примесью крови. При осмотре перианальной области выявлены гипертрофированные перианальные кожные бахромки. По данным лабораторных исследований: анемии нет (гемоглобин 119 г/л), воспалительной активности не

выявлено, уровни общих иммуноглобулинов в пределах референсных значений. Коагулопатии нет. Антигуклеарный фактор 1/320, антитела к цитоплазме нейтрофилов 0,5 — отрицательные, антитела к *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) — IgA 66,1 ЕД/мл, IgG > 100 ЕД/мл — положительные. Уровень фекального кальпротектина > 1000 мкг/г. При УЗИ органов брюшной полости выявлено нарушение эвакуаторной функции желудка, утолщение стенок желудка до 4–5 мм. Стенки терминальных отделов подвздошной кишки утолщены до 4,5–5,0 мм, пониженной эхогенности, дифференцировка на слои сглажена, кровоток кишечной стенки умеренно усилен (по Лимбергу 2), умеренно выраженный отёк окружающей клетчатки. При ЭГДС обнаружен рубцово-язвенный стеноз привратника, не проходимый для эндоскопа 9,2 мм; циркулярное изъязвление препилорического отдела желудка (рис. 1); множественные язвы на всем протяжении пищевода (рис. 2, 3). Большое количество содержимого в желудке. При колоноскопии слизистая оболочка на протяжении 20 см от баугиниевой заслонки

ярко гиперемирована, отёчная, с множественными язвенными дефектами неправильной формы, размером до 5 мм с фибрином в дне; отмечается чёткая граница воспаления, баугиниева заслонка с несколькими язвенными дефектами неправильной формы с перифокальной гиперемией и фибрином в дне, от слепой до прямой кишки выявлены немногочисленные рассеянные афтоподобные эрозии размером до 1–2 мм с фибрином в дне. Заключение: терминальный язвенный илеит. Изъязвление баугиниевой заслонки. Множественные афтоподобные эрозии на протяжении толстой кишки, преимущественно в её левых отделах. Эндоскопическая картина может соответствовать течению БК с активностью 18 баллов по шкале SES-CD. По данным гистологического исследования биоптатов выявлен слабо выраженный хронический неактивный илеит.

При рентгенографии с пассажем водорастворимого контраста по ЖКТ выявлен стеноз привратника желудка, гастроэзофагеальный рефлюкс 2 степени, гастроптоз, гастрит. При компьютерной томографии органов брюшной

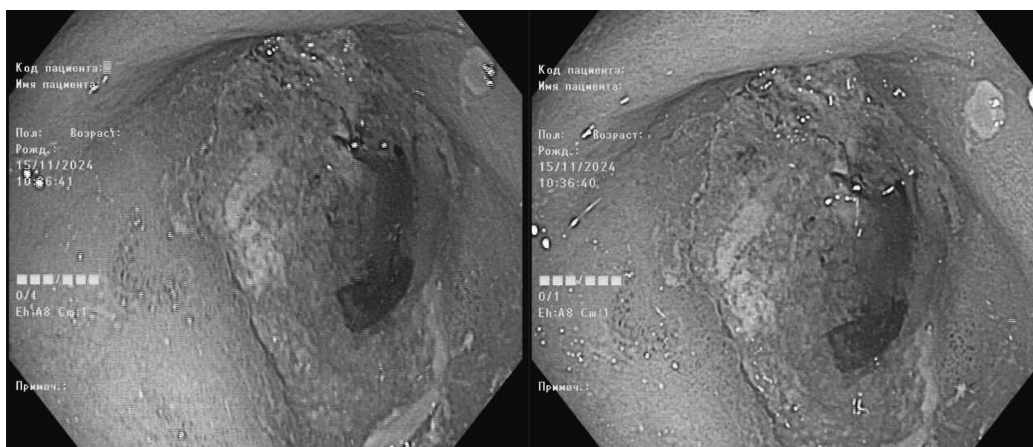


Рис. 1. Циркулярно изъязвленный привратник; рубцово-язвенный стеноз привратника, не проходимый для эндоскопа 9,2 мм.

Fig. 1. Circularly ulcerated pylorus; cicatricial ulcerative pyloric stenosis, impassable for an endoscope of 9.2 mm.

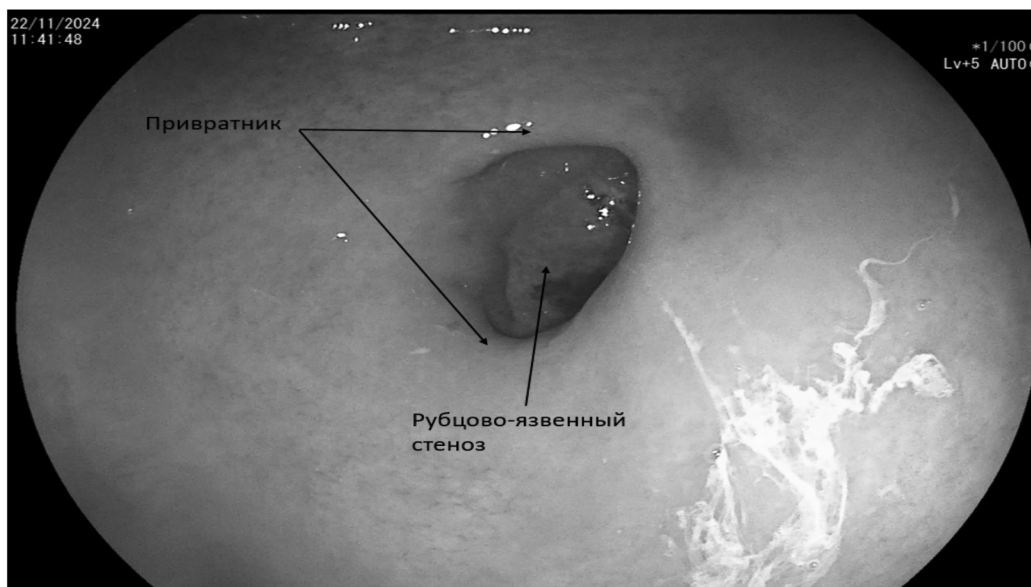


Рис. 2. Линейная язва средней трети пищевода.

Fig. 2. Linear ulcer of the middle third of the esophagus.

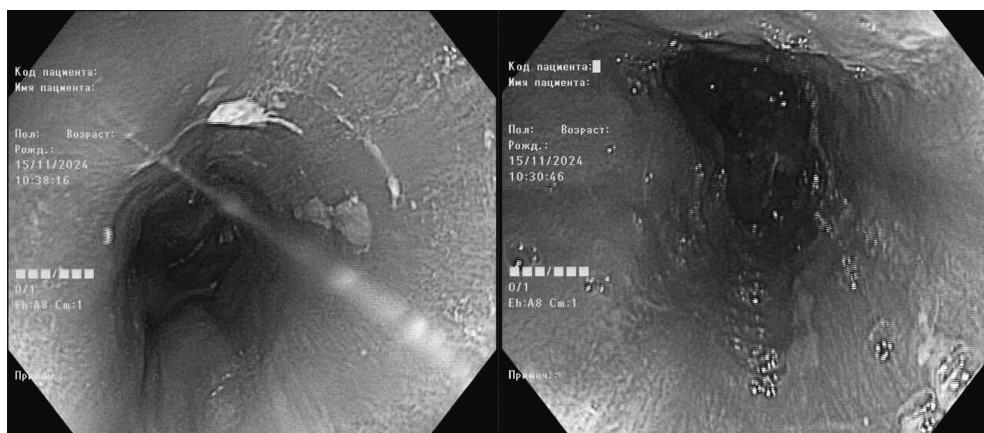


Рис. 3. Линейная язва средней трети пищевода.

Fig. 3. Linear ulcer of the middle third of the esophagus.

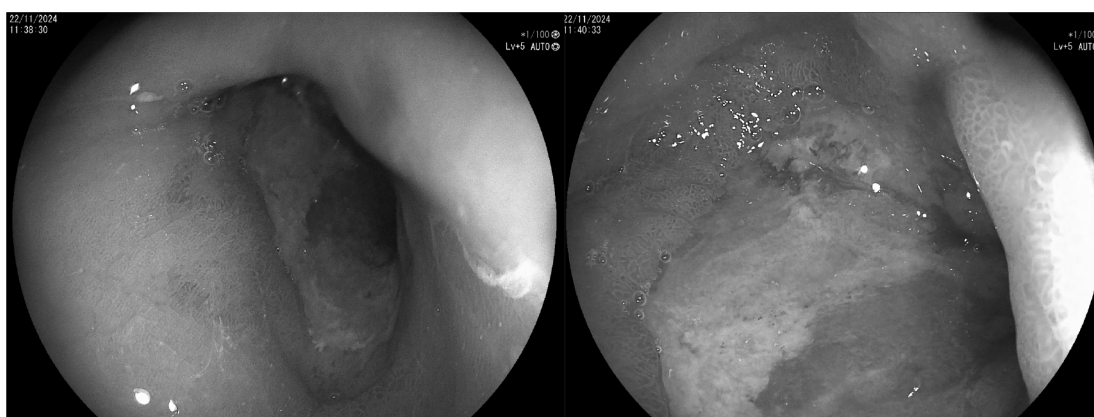


Рис. 4. Циркулярно изъязвлённый привратник. Рубцово-язвенный стеноз привратника, проходимый для эндоскопа 5,8 мм.

Fig. 4. Circularly ulcerated pylorus; cicatricial ulcerative pyloric stenosis, passable for an endoscope 5.8 mm.

полости с контрастированием установлено утолщение стенок желудка, петель подвздошной и сигмовидной кишок со скоплением жидкости в малом тазу и признаками абдоминальной лимфоаденопатии, что следует расценивать как проявления основного заболевания (БК?).

На основании жалоб (рвота, примесь крови в стуле, выраженная потеря веса), данных анамнеза болезни (жалобы в течение 4 мес с нарастанием в динамике, повышение СОЭ 27 мм/ч, уровень С-реактивного белка 26,76 мг/л, данных ЭГДС — кровотечение из гигантской хронической язвы луковицы ДПК и пилорического канала, множественные геморрагические эрозии, в динамике — грубая деформация просвета со стенозированием выходного отдела луковицы до 2–3 мм), данных КТ (утолщения стенок пилорического отдела желудка и ампулы ДПК), результатов осмотра (выраженный дефицит массы тела, гипертрофированные перианальные кожные бахромки) и лабораторного обследования (положительные АНФ, ASCA, уровень фекального кальпротектина > 1000 мкг/г), а также с учётом эндоскопической картины множественных эрозий пищевода, рубцово-язвенного стеноза привратника, язвенного илеита, баугинита, афтоподобных эрозий толстой кишки) выставлен диагноз: БК A1b верхних отделов ЖКТ, илеит, колит (L3+L4a), стриктурирующая форма (B2) с перианальными изменениями (p), без задержки роста (G0). В связи

с тяжёлой белково-энергетической недостаточностью и нарушением проходимости привратника больная консультирована диетологом, назначено частичное парентеральное питание и употребление пищи в протёртом виде. На фоне диеты жалоб на рвоту не отмечалось.

Через 7 дней проведена контрольная ЭГДС: сохраняется обширная язва луковицы ДПК, однако зону стеноза удалось пройти детским эндоскопом d = 5,8 мм (**рис. 4**).

Далее был проведён консилиум специалистов гастроэнтерологов, детских хирургов, врачей-эндоскопистов: в связи с отсутствием рвоты, положительной динамикой данных ЭГДС на фоне частичного парентерального питания было принято решение от оперативного вмешательства воздержаться. Учитывая тяжёлое течение БК у девочки, стенозирующую форму заболевания, тяжёлую белково-энергетическую недостаточность, для предотвращения осложнений болезни была инициирована генно-инженерная биологическая терапия препаратом инфликсимабом из расчёта 5 мг/кг на введение в стандартном режиме в комбинации с азатиоприном 50 мг/сут (1,5 мг/кг/сут). Перед введением этих средств были выполнены компьютерная томография органов грудной клетки, Диаскин-тест, реакция Манту — исключена туберкулёзная инфекция. На фоне лечения и диетической коррекции отмечалась положительная динамика в виде купирования рвоты и набора массы тела (за период

пребывания в стационаре больная прибавила в весе 4 кг). После попытки перевода на стол № 4 под контролем УЗИ органов брюшной полости было выявлено нарушение эвакуаторной функции желудка (содержимое 600 мл, приём пищи вечером предыдущего дня), после исследования отмечался однократный эпизод рвоты. Возобновлён протёртый стол с положительным эффектом, в стабильном состоянии девочка была выписана домой.

Межгоспитальный период стабильный, жалоб не отмечалось, все рекомендации по лечению больная соблюдала.

Через 1 мес после выписки отмечалась значительная прибавка массы тела + 4 кг — вес 39,1 кг (SDS веса 0,33; SDS ИМТ 1,83). При ЭГДС в динамике выявлен: рубцовый стеноз бульбодуоденального перехода, свободно проходимый для эндоскопа $d = 5,4$ мм. Большая язва луковицы ДПК в стадии эпителизации. Распространённый гастрит с рельефом слизистой по типу булльозной мостовой. Деформация и недостаточность привратника, деформация луковицы ДПК. Изменение рельефа в нижней и средней третях пищевода по типу продольной исчерченности. На фоне лечения, в том числе диетотерапии, выявлена положительная динамика в виде эпителизации дефектов в пищеводе и частичной эпителизации язвы луковицы ДПК. Консультирована диетологом, рекомендовано продолжение протёртого стола в течение 3 мес после выписки, далее вне обострения основного заболевания вводить пищу пюреобразной консистенции.

Больная продолжает наблюдаться в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. На текущем этапе показаний к хирургическому вмешательству не выявлено. Проводится комбинированная терапия, включающая генно-инженерный биологический препарат в сочетании с азатиоприном. На фоне лечения достигнута клиническая ремиссия с полным купированием симптоматики, отмечается положительная динамика нутритивного статуса с постепенной нормализацией антропометрических показателей. В настоящее время осуществляется поэтапное расширение диетического рациона под медицинским контролем.

Обсуждение

Представленный клинический случай демонстрирует сложности диагностики при манифестации БК у детей с преимущественным поражением верхних отделов ЖКТ, которая часто маскируется под язвенную болезнь желудка и ДПК. Несмотря на первоначальные данные, указывающие на хирургическую патологию (стеноз привратника, гигантская язва луковицы ДПК), комплексный подход с применением лабораторных, инструментальных и эндоскопических методов позволил верифицировать диагноз и определить оптимальную для данной больной тактику ведения, что позволило получить значимый положительный эффект консервативного лечения, предупредить развитие осложнений и оперативное вмешательство для их коррекции. Ключевыми диагностическими маркерами стали значительное повышение уровней фекального кальпротектина и характерные эндоскопические изменения (рельеф слизистой по типу булльозной мостовой, язвенный илеит, стенотические изменения ЖКТ), а также гипертрофированные перианальные бахромки и положительные ASCA.

Успешное применение инфликсимаба в комбинации с азатиоприном определило эффективность ингибиторов фактора некроза опухоли- α при стенозирующих формах БК с поражением верхних отделов ЖКТ, что согласуется с международными рекомендациями ECCO/ESPGHAN [2, 12]. Однако риск прогрессирования стеноза и необходимость хирургического лечения в отдалённом периоде у больной сохраняются, что требует длительного мониторинга, включая регулярную эндоскопическую оценку и контроль нутритивного статуса.

Заключение

Мультидисциплинарное персонализированное обследование больной обеспечило своевременную диагностику стенозирующей формы БК с преимущественным поражением верхних отделов ЖКТ. Биологическая терапия БК и диетическая коррекция дали хороший клинический эффект, что позволило избежать хирургического вмешательства и улучшить качество жизни больной.

Литература

(п.п. 1–3; 5; 7; 9–12 см. References)

4. Федулова Э.Н., Широкова Н.Ю., Петрова К.С. Болезнь Крона под маской аппендицита. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2022; (1): 140–4. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-197-1-140-144> <https://elibrary.ru/qjzcsv>
6. Успенский Ю.П., Гулунов З.Х., Корбесова Н.Г. Болезнь Крона: поражение пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. *University Therapeutic Journal*. 2024; 6(2): 32–45. <https://doi.org/10.56871/UTJ.2024.32.24.004> <https://elibrary.ru/motkfn>
8. Будкина Т.Н., Лохматов М.М., Тупыленко А.В., Олдаковский В.И., Королёв Г.А., Яблокова Е.А. и др. Клинические рекомендации по эндоскопической диагностике и мониторингу болезни Крона у детей (проект). *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2023; 209(1): 87–97. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-209-1-87-97> <https://elibrary.ru/klgdtx>

References

1. Ruemmele F.M., Veres G., Kolho K.L., Griffiths A., Levine A., Escher J.C., et al. Consensus guidelines of ECCO/ESPGHAN on the medical management of pediatric Crohn's disease. *J. Crohns Colitis*. 2014; 8(10): 1179–207. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2014.04.005>
2. van Rheenen P.F., Aloï M., Assa A., Bronsky J., Escher J.C., Fagerberg U.L., et al. The medical management of paediatric Crohn's disease: an ECCO-ESPGHAN Guideline Update. *J. Crohns Colitis*. 2020; [jjaa161](https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjaa161). <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjaa161>
3. Yamamoto-Furusho J.K., Parra-Holguín N.N. Diagnostic delay of inflammatory bowel disease is significantly higher in public versus private health care system in Mexican patients. *Inflamm. Intest. Dis*. 2022; 7(2): 72–80. <https://doi.org/10.1159/000520522>
4. Fedulova E.N., Shirokova N.Yu., Petrova K.S. Crohn's disease under the guise of appendicitis. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2022; (1): 140–4. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-197-1-140-144> <https://elibrary.ru/qjzcsv> (in Russian)
5. Dolinger M., Torres J., Vermeire S. Crohn's disease. *Lancet*. 2024; 403(10432): 1177–91. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)02586-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)02586-2)
6. Uspenskiy Yu.P., Gulunov Z.Kh., Korbesova N.G. Crohn's disease: lesion of the esophagus, stomach and duodenum. *University Therapeutic Journal*. 2024; 6(2): 32–45. <https://doi.org/10.56871/UTJ.2024.32.24.004> <https://elibrary.ru/motkfn> (in Russian)
7. Kim E.S., Park J.H., Choe Y.H., Kim M.J. Pediatric Crohn's disease with severe morbidity manifested by gastric outlet obstruction: two cases report and review of the literature. *Intest. Res*. 2021; 19(4): 472–7. <https://doi.org/10.5217/ir.2020.00072>
8. Budkina T.N., Lokmatov M.M., Tupylenko A.V., Oldakovsky V.I., Korolev G.A., Yablokova E.A., et al. Clinical guidelines for endoscopic diagnosis and monitoring of Crohn's disease in children

- (draft). *Eksperimentalnaya i klinicheskaya gastroenterologiya*. 2023; 209(1): 87–97. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-209-1-87-97> <https://elibrary.ru/klgdtx> (in Russian)
9. Kim E.S., Kim M.J. Upper gastrointestinal tract involvement of Crohn disease: clinical implications in children and adolescents. *Clin. Exp. Pediatr.* 2022; 65(1): 21–8. <https://doi.org/10.3345/cep.2021.00661>
 10. Turner D., Ricciuto A., Lewis A., D'Amico F., Dhaliwal J., Griffiths A.M., et al. STRIDE-II: An update on the selecting therapeutic targets in inflammatory bowel disease (STRIDE) initiative of the international organization for the study of IBD (IOIBD): Determining therapeutic goals for treat-to-target strategies in IBD. *Gastroenterology*. 2021; 160(5): 1570–83. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.12.031>
 11. Colombel J.F., D'haens G., Lee W.J., Petersson J., Panaccione R. Outcomes and strategies to support a treat-to-target approach in inflammatory bowel disease: a systematic review. *J. Crohns Colitis*. 2020; 14(2): 254–66. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjz131>
 12. Lv Y., Lou Y., Yang G., Luo Y., Lou J., Cheng Q., et al. Outcomes of pediatric patients with Crohn's disease received infliximab or exclusive enteral nutrition during induction remission. *Gastroenterol. Res. Pract.* 2022; 2022: 3813915. <https://doi.org/10.1155/2022/3813915>

Сведения об авторах:

Парахина Дарья Владимировна, врач-педиатр гастроэнтерологического отделения ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, parakhina.dv@nczd.ru; **Потапов Александр Сергеевич**, доктор мед. наук, проф., начальник центра воспалительных забо-

леваний кишечника у детей; зав. гастроэнтерологическим отделением ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России; проф. каф. педиатрии и детской ревматологии Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), potapov@nczd.ru; **Королёв Григорий Алексеевич**, врач-эндоскопист, мл. науч. сотр., отд-ние эндоскопических исследований ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, korolev.ga@nczd.ru; **Лохматов Максим Михайлович**, доктор мед. наук, зав. отд-нием эндоскопических исследований ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России; проф. каф. детской хирургии, урологии и уроандрологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), lokhmatov@nczd.ru; **Ратников Сергей Александрович**, канд. мед. наук, мл. науч. сотр., врач — детский хирург хирургического торакального отд-ния ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, ratnikov.sa@nczd.ru; **Алхасов Абдуманан Басирович**, доктор мед. наук, зав. хирургическим торакальным отд-нием ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России; проф. каф. детской хирургии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», alkhasov.ab@nczd.ru; **Соколов Ина**, канд. мед. наук, ст. науч. сотр., лаб. питания здорового и больного ребёнка ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, sokolov.i@nczd.ru; **Боровик Татьяна Эдуардовна**, доктор мед. наук, проф., зав. лаб. питания здорового и больного ребёнка ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России; проф. каф. педиатрии и ревматологии, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), borovik@nczd.ru