



ФГБОУ ВО «ДонГМУ им. М. Горького» МЗ РФ<sup>1</sup>  
ФГБУ «ИНВХ им. В.К. Гусака» МЗ РФ<sup>2</sup>  
Факультет ординатуры, кафедра педиатрии № 3



## ***Диагностический квест: от артрита к болезни Крона (клинический случай)***



Зав. кафедрой, д.мед. н., профессор А.В. Дубовая<sup>1</sup>,  
к.мед.н., доцент Е.В. Бордюгова<sup>1,2</sup>,  
к.мед.н., доцент Н.А. Тонких<sup>1,2</sup>

Донецк, 2025

**Болезнь Крона (БК)** - хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, воспалением стенки тонкой и/или толстой кишки или всего желудочно-кишечного тракта с развитием местных и системных осложнений.

Заболевание развивается в результате сочетания нескольких факторов, включающих

- генетическую предрасположенность,
  - дефекты врожденного и приобретенного иммунитета,
  - изменение кишечной микробиоты и
  - различные факторы окружающей среды.
- 
- Обнаружено более 100 генов, предрасполагающих к воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК).

Во всем мире наблюдается рост частоты воспалительных заболеваний кишечника у детей, в частности - болезни Крона, заболеваемость которой варьирует от 1,5 до 11,4 на 100000

Более 40% детей имеют **внекишечные проявления болезни**. Вероятность их развития повышается с нарастанием длительности БК, они чаще встречаются при толстокишечной форме БК, ассоциированные с активностью заболевания, нередко сочетаются друг с другом. Принципиально при ВЗК возможны поражения любых органов, но наиболее часто встречаются поражения **суставов**, печени, глаз и кожи.

Benchimol EI, Fortinsky KJ, Gozdya P, Van den Heuvel M, Van Limbergen J, Griffiths AM. Epidemiology of pediatric inflammatory bowel disease: a systematic review of international trends. Inflamm Bowel Dis. 2011;17(1):423-39.

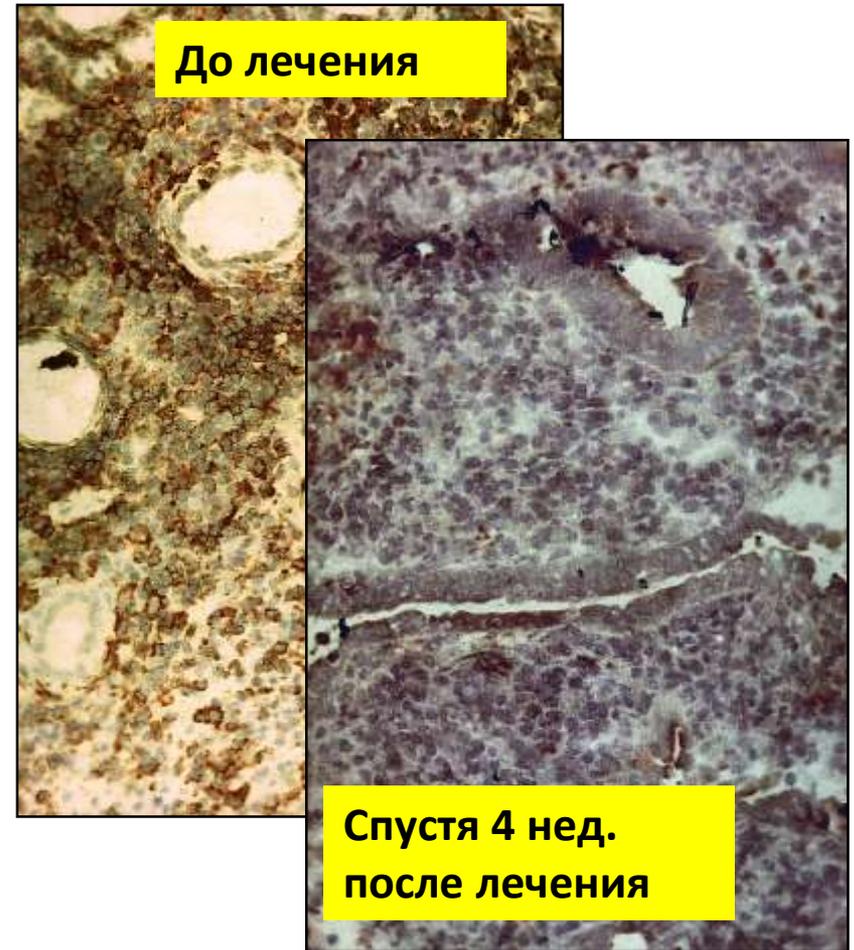
Van Rhenen PF, Aloï M, Assa A, Bronsky J, Escher JC, Fagerberg UL, Gasparetto M, Gerasimidis K, Griffiths A, Henderson P, Koletzko S, Kolho KL, Levine A, van Limbergen J, Martin de Carpi FJ, Navas-López VM, Oliva S, de Ridder L, Russell RK, Shouval D, Spinelli A, Turner D, Wilson D, Wine E, Ruemmele FM. The Medical Management of Paediatric Crohn's Disease: an ECCO-ESPGHAN Guideline Update. J Crohns Colitis. 2020 Oct 7:jjaa161.

# Внекишечные проявления болезни Крона

Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания	Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания	Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Периферическая артропатия 1-го типа (олигомоноартрит)</b></li><li>▪ Поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия, синдром Свита)</li><li>▪ Поражение слизистых (афтозный стоматит)</li><li>▪ Поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит)</li></ul>	<p><b>Периферическая артропатия 2-го типа (полиартрит)</b></p> <p><b>Анкилозирующий спондилит (сакроилеит)</b></p> <p>Первичный склерозирующий холангит (редко)</p> <p>Остеопороз, остеомалация</p> <p>Псориаз</p>	<p>Холелитиаз</p> <p>Стеатоз печени, стеатогепатит</p> <p>Тромбоз периферических вен, тромбоэмболия легочной артерии</p> <p>Амилоидоз</p>

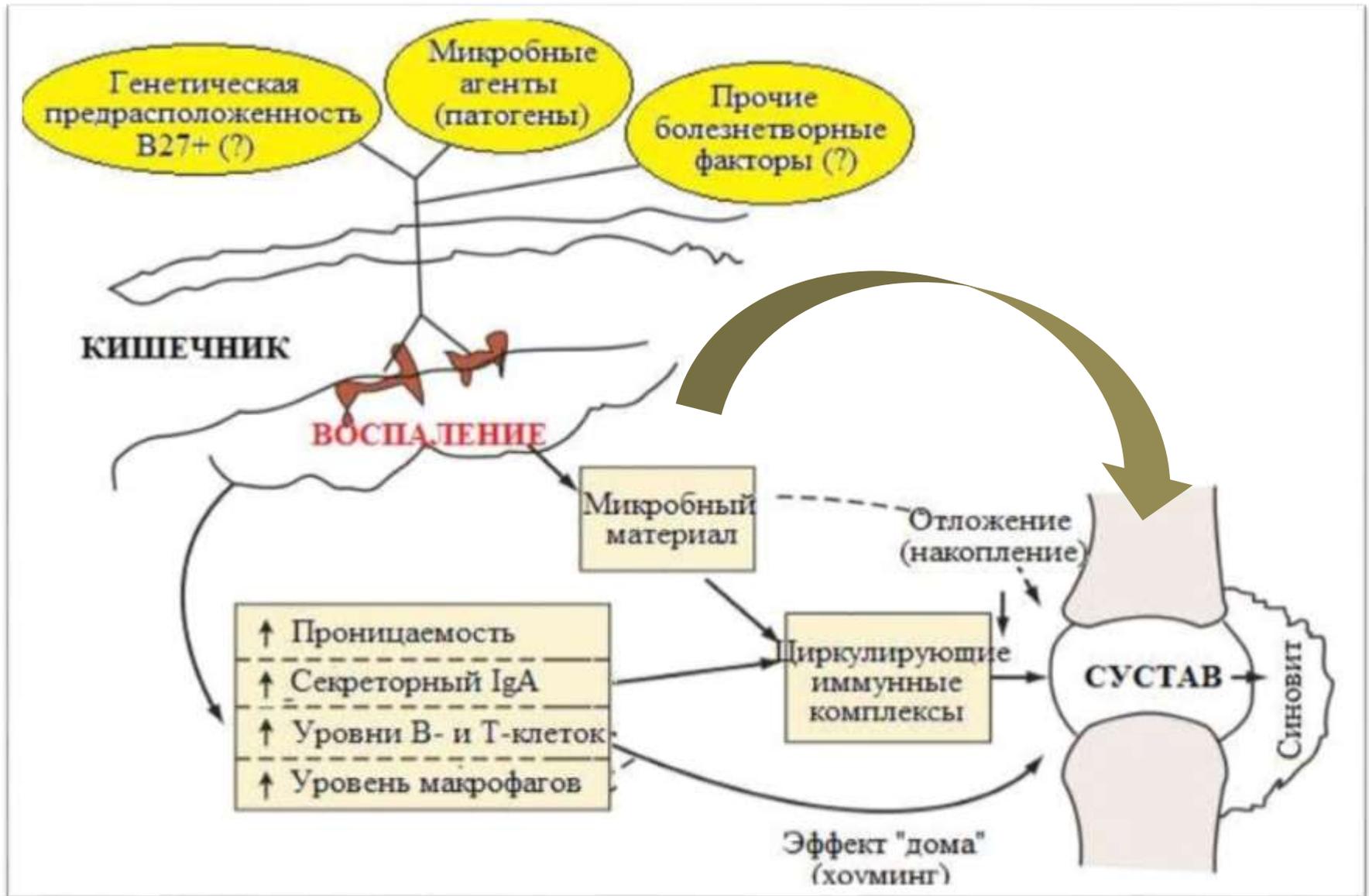
# Патогенез ВЗК (роль ФНО при БК)

- Количества клеток слизистой и lamina propria продуцирующих ФНО- $\alpha$  ↑
- ФНО- $\alpha$  в биоптате слизистой кишки ↑
- Уровень ФНО- $\alpha$  в кале коррелирует с тяжестью БК

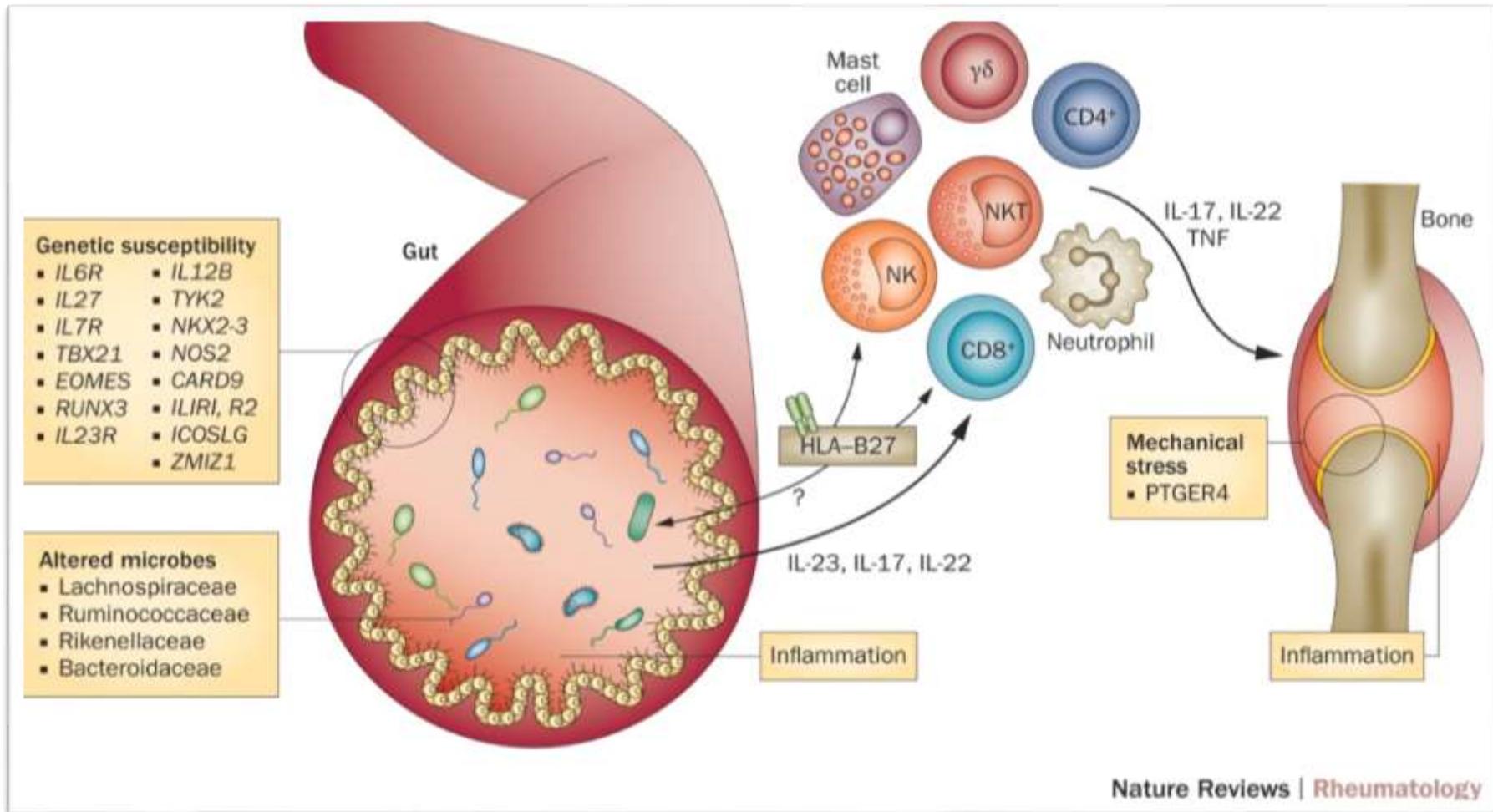


Courtesy of Dr. Geboes

# Патогенез ВЗК (роль ФНО при БК)



# Патогенез ВЗК



# Клинический случай

Ребенок Александр Ф., 7 лет, поступил в отделение детской кардиологии и кардиохирургии ИНВХ им. В.К. Гусака с **жалобами:**

- на общую слабость,
- отсутствие аппетита,
- боль в коленных, голеностопных, локтевых, пястно-фаланговых суставах, пояснице, покраснение и припухлость в области коленных и голеностопных суставов,
- утреннюю скованность в последние 3 недели,
- субфебрилитет длительностью от 1 до 7 дней,
- периодически боль в околопупочной области после еды.

# Анамнез заболевания:

- Эпизоды лихорадки отмечались у ребенка с 8-месячного возраста. Повышение температуры до 39–40 °С не сопровождалось катаральными явлениями, было рефрактерным к лечению антипиретиками, часто сочеталось с выраженной лимфаденопатией.
- Артралгии в коленных суставах впервые возникли в 4-летнем возрасте, через неделю после эпизода гипертермии.
- В течение последующих 3 лет суставной синдром периодически рецидивировал.
- За 3 недели до поступления в стационар возникли явления артрита коленных и голеностопных суставов.
- Для уточнения диагноза и подбора терапии ребенок был госпитализирован.

## **Анамнез жизни:**

- Мальчик родился от V беременности (I-здор. ребенок, II, III, IV – м/а), протекавшей у женщины, страдающей системной красной волчанкой и имеющей пролапс митрального клапана с недостаточностью I ст., с токсокозом I половины, многоводием, фетоплацентарной недостаточностью.
- Роды II, в срок, осложненные слабостью родовой деятельности, родоразрешение путем кесарева сечения. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов, масса при рождении - 4000,0 г, рост – 56 см. На грудном вскармливании находился до 4 месяцев.
- В физическом и статомоторном развитии на первом году жизни от сверстников не отставал.

## **Анамнез жизни:**

- Привит по календарю, но часто болел респираторными заболеваниями.
- С рождения страдает запорами (стул 1 раз в 5 дней), в последнее время запоры сменялись разжиженным стулом.

## **Аллергологический анамнез:**

- пищевая аллергия на мед и черную смородину в виде крапивницы,
- медикаментозная — на анальгин и димедрол.

## **Семейный анамнез:**

- у матери – поливалентная медикаментозная аллергия, системная красная волчанка, хронический колит, обследована в связи с подозрением на болезнь Крона, диагноз не подтвержден. Имеет дефицит массы тела, анемию, сохраняются явления колита.
- Отец ребенка страдает алкоголизмом.

## Объективно:

- Состояние ребенка средней тяжести за счет интоксикации.
- Астенического телосложения, пониженного питания. Низкий уровень физического развития.
- Мышечный тонус снижен, выражена гипермобильность суставов.
- Кожные покровы бледные, отмечаются краевая иктеричность склер, единичные элементы папулезной сыпи розового цвета на левой щеке.
- Снижена температура дистальных отделов конечностей, кожные покровы в этой области с мраморным рисунком.
- Отмечается припухлость коленных и голеностопных суставов, ограниченность активных движений, «хруст».

## **Объективно:**

- Слизистая небных дужек розовая, миндалины гипертрофированы II ст., разрыхлены. Язык у корня обложен белым налетом.
- Периферические лимфоузлы до 1–1,5 см в диаметре, безболезненные, не спаянные между собой и с тканями.
- Отмечаются признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани (снижение мышечного тонуса, очаги депигментации, нарушение осанки, гипермобильность суставов, диспластический рост зубов, деформация грудной клетки).
- В легких дыхание везикулярное, частота дыханий — 20/мин.
- Деятельность сердца ритмичная, частота сердечных сокращений — 104/мин, артериальное давление — 84/56 мм рт.ст. Тоны сердца ослаблены, ритмичные, на верхушке и в V точке выслушивается систолический шум. Пульс одинаковый на обеих руках.
- Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 3,0 см ниже реберной дуги, селезенка не определяется. Задержки стула более 3 дней чередуются с эпизодами разжиженного стула. Мочеиспускание не нарушено.

## Обследование:

- В клин. ан. крови повышение СОЭ до 20 мм/час,
- повышение активности острофазовых показателей:  
С-реактивный протеин — 6,17 мг/л (норма 0-5 мг/л),  
серомукоид — 0,22 усл.ед. (норма — 0,13-0,2 усл.ед.),  
АСЛО 508,23 IU/мл (норма — до 220 IU/мл).
- Обнаружены антитела IgG к нативной ДНК, ДНК Herpes Simplex в слюне, из слизи с миндалин выделен St.aureus  $10^5$ .
- Снижен уровень магния — 0,40 ммоль/л (норма — 0,73–1,06 ммоль/л) и
- ионизированного кальция — 1,05 ммоль/л (норма — 1,29–1,31 ммоль/л) в сыворотке крови.
- По данным денситометрии поясничного отдела позвоночника имела место остеопения I степени.

# Клинический диагноз:

Осн.: Недифференцированный коллагеноз.

Соп.: Герпесвирусная инфекция, репликативная фаза.  
Хронический компенсированный тонзиллит, стадия обострения. Синдром иммунного дисбаланса. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (слабый мышечный тонус, очаги депигментации, нарушение осанки, диспластический рост зубов, диспропорциональное развитие грудной клетки, дополнительная хорда в полости левого желудочка, неполное удвоение правой почки). Атопический дерматит.

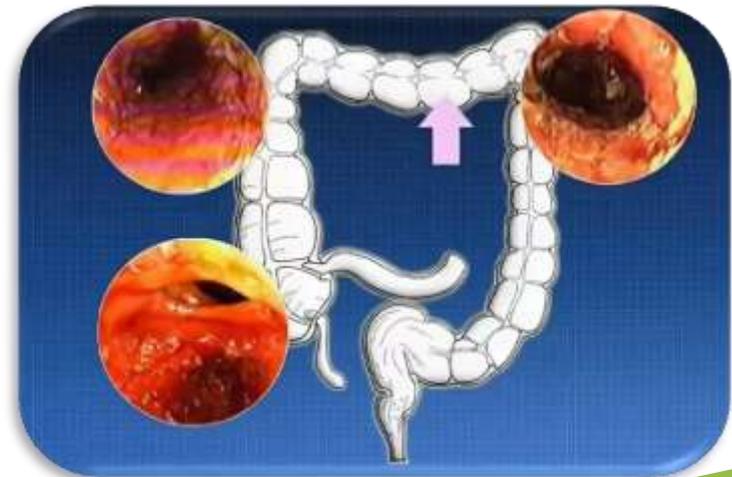
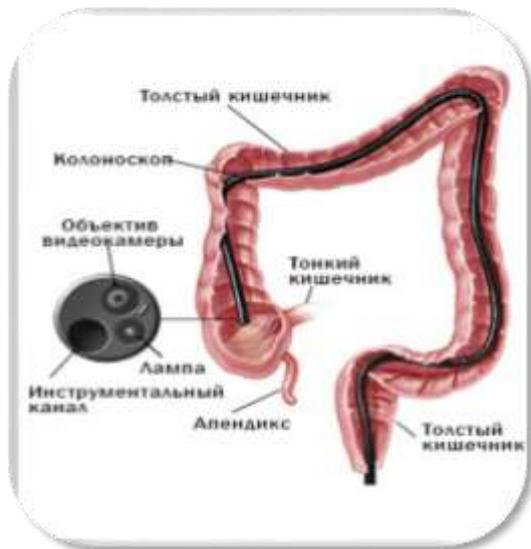
**Лечение:** диклофенак натрия ректально, ацикловир, лексин 7 дней с переходом на бициллин-5 № 3, витамины группы В, магне В6, вит. D3 .

## **Динамика заболевания**

- На фоне проводимого лечения самочувствие ребенка несколько улучшилось, уменьшились явления интоксикации и астенизации, однако сохранялся суставной синдром, появился геморрагический синдром в виде экхимозов на коже нижних конечностей, периодически стул с прожилками крови или примесью алой крови.
- Выявлено снижение фактора Виллебранда в динамике с 42 до 29 %, сохранялась сниженная агрегация тромбоцитов.
- Через 3 недели сохранялись интоксикационный, диспептический, астеноневротический, суставной и геморрагический синдромы, оставались сниженными фактор Виллебранда, агрегация тромбоцитов, показатели клеточного и гуморального иммунитета.

# Динамика заболевания

**Фиброколоноскопия:** баугиниевая заслонка зияет, слизистая бугристая, отечная, ранимая. Просвет слепой кишки дилатирован, в просвете скудное количество слизи. Перистальтика ослабленная. Складки слизистой уплощенные, расправляются при инсуффляции воздухом. Слизистая оболочка розовая, участками эритематозная. Сосудистый рисунок усиленный, местами смазанный. Наиболее выраженные явления воспаления на слизистой купола слепой кишки и нижних отделах тонкого кишечника. **Заключение:** болезнь Крона.



## Обоснование диагноза

Совокупность многочисленных жалоб — на отсутствие аппетита, боль в коленных, голеностопных, локтевых, пястно-фаланговых суставах, пояснице, покраснение и припухлость в области коленных и голеностопных суставов при поступлении, утреннюю скованность, длительный субфебрилитет, эпизоды гипертермии без катаральных явлений, периодически — боль в околопупочной области после еды, чередование запоров и учащенного разжиженного стула, периодически — наличие крови в кале, дефицит массы тела, отягощенный семейный анамнез (системная красная волчанка и хронический колит у матери), повышение активности острофазовых показателей и скорости оседания эритроцитов, гипомагниемия, гипокальциемию, остеопению I степени, — данные фиброколоноскопии явились основанием для диагностики у ребенка **болезни Крона.**

## **Обоснование диагноза (продолжение)**

Сопутствующая патология — илеоколит, умеренная активность, артрит коленных и голеностопных суставов, синдром Виллебранда, задержка физического развития, остеопороз, персистирующая герпесвирусная инфекция, репликативная стадия; хронический компенсированный тонзиллит, ремиссия.

Атопический дерматит.

Дисплазия соединительной ткани (нарушение осанки, гипермобильность суставов, диспластический рост зубов, деформация грудной клетки, дополнительная хорда в полости левого желудочка, неполное удвоение правой почки, недостаточность баугиниевой заслонки и др.).

## **Выводы:**

1. Приведенное клиническое наблюдение свидетельствует о важности глубоких знаний педиатров и семейных врачей в области диагностики и лечения детей с БК.
2. Необходимо помнить, что внекишечные проявления могут быть первыми клиническими признаками заболевания.
3. Правильная трактовка внекишечных симптомов способствует своевременному установлению диагноза и назначению адекватной терапии.

**Спасибо за Ваше  
внимание!**

