

Первичный пациент с поздней диагностикой болезни Крона.

Клиническое наблюдение

О. А. Горячева^{1, 2}, <https://orcid.org/0000-0002-1353-1148>, doc.equimos@gmail.com

А. А. Метелина², lapatyska@inbox.ru

Т. А. Скворцова^{1, 2}, skvortcova.tamara@yandex.ru

А. Б. Моисеев¹, <https://orcid.org/0000-0002-1704-2456>, mos-109@yandex.ru

¹ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, 1

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы; 119049, Россия, Москва, 4-й Добрынинский переулок, 1/9

Резюме

Введение. Болезнь Крона в детском и подростковом возрасте чаще всего протекает в тяжелых формах и нередко сопровождается осложнениями, что в значительной степени нарушает социальную адаптацию и качество жизни не только по причине болезни, но и вследствие хирургических вмешательств.

Цель работы. В сообщении приведено описание клинического случая у пациента в возрасте 13 лет с впервые установленным на базе отделения гастроэнтерологии государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы» диагнозом: «Болезнь Крона тонкой и толстой кишки».

Результаты. Была показана инициация генно-инженерной биологической терапии препаратом первой линии инфликсимабом. На 16-й день проведения инфузий были выявлены эхо-признаки окклюзионного тромбоза левой внутренней яремной вены. Несмотря на проведение терапии гепарином развился окклюзионный тромбоз левой внутренней яремной вены и тромбозомия легочной артерии, ребенок по жизненным показаниям был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии. Спустя 7 суток пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии пациент был переведен в гастроэнтерологическое отделение и в последующем выписан домой с улучшением. Спустя 3 недели повторно госпитализирован для проведения третьей инфузии генно-инженерной биологической терапии и через 8 недель — для введения четвертой дозы инфликсимаба. Пациент закончил курс лечения с положительной динамикой и выраженным клинико-эндоскопическим улучшением. Выписан на амбулаторный этап лечения в удовлетворительном состоянии с заключительным диагнозом: «Болезнь Крона тонкой и толстой кишки, выраженная активность, педиатрический индекс активности болезни Крона (PCDAI) — 85, дебют. Кандидоз пищевода. Неспецифический реактивный гепатит». Статья представляет интерес для врачей практического здравоохранения в плане медицинского образования по проблеме воспалительных заболеваний кишечника.

Ключевые слова: болезнь Крона, дети, диагностика, клиническое наблюдение.

Для цитирования: Горячева О. А., Метелина А. А., Скворцова Т. А., Моисеев А. Б. Первичный пациент с поздней диагностикой болезни Крона. Клиническое наблюдение. Лечащий Врач. 2023; 7-8 (26): 69-73. <https://doi.org/10.51793/OS.2023.26.8.010>

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

A primary patient with a late diagnosis of Crohn's disease.

Clinical observation

Olga A. Goryacheva^{1, 2}, <https://orcid.org/0000-0002-1353-1148>, doc.equimos@gmail.com

Aleksandra A. Metelina², lapatyska@inbox.ru

Tamara A. Skvortsova^{1, 2}, skvortcova.tamara@yandex.ru

Anatolii B. Moiseev¹, <https://orcid.org/0000-0002-1704-2456>, mos-109@yandex.ru

¹ Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education N. I. Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 1 Ostrovityanova str., Moscow, 117997, Russia

² State Budgetary Healthcare Institution of the City of Moscow Morozovskaya Children's City Clinical Hospital of the Department of Health of the City of Moscow; 1/9 4th Dobryninsky Lane, Moscow, 119049, Russia

Abstract

Background. Crohn's disease (CD) in childhood and adolescence most often proceeds in severe forms and is often accompanied by complications that significantly impair social adaptation and quality of life not only because of the disease but also as a consequence of surgical interventions.

Objective. The report describes a clinical case of a patient 13 years old with Crohn's disease of the small and large intestine diagnosed for the first time at the Department of Gastroenterology, Moscow State Medical and Preventive Dispensary Hospital.

Results. Initiation of genetically engineered biological therapy (GEBT) with the first-line drug Infliximab was indicated. On day 16 of the infusions, echo signs of occlusive thrombosis of the left internal jugular vein were detected. Despite heparin therapy, occlusive thrombosis of the left internal jugular vein and pulmonary embolism (PE) developed and the child was transferred to the intensive care unit (ICU) for vital signs. After 7 days in the ICU, the patient was transferred to the gastroenterological department and subsequently discharged home with improvement. Three weeks later, he was hospitalized again for a third infusion of GEBT and 8 weeks later for a fourth dose of Infliximab. The patient completed the course of treatment with positive dynamics and marked clinical and endoscopic improvements. He was discharged to the outpatient phase of treatment in satisfactory condition with the final diagnosis: "Crohn's disease of the small and large intestine, marked activity, (PCDAI 85) debut. Esophageal candidiasis. Nonspecific reactive hepatitis." The article is of interest for doctors of practical health care in terms of medical education on the problem of inflammatory bowel diseases.

Keywords: Crohn's disease, children, diagnosis, clinical observation.

For citation: Goryacheva O. A., Metelina A. A., Skvortsova T. A., Moiseev A. B. A primary patient with a late diagnosis of Crohn's disease. Clinical observation. *Lechaschi Vrach.* 2023; 7-8 (26): 69-73. <https://doi.org/10.51793/OS.2023.26.8.010> (In Russ.)

Conflict of interests. Not declared.

Больная Крона (БК) представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание неясной этиологии с преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта. В основе БК лежит гранулематозное, сегментарное, трансмуральное воспаление с вовлечением в патологический процесс любого отдела пищеварительного тракта и последующим развитием системных и местных проявлений [1]. К основным звеньям патогенеза БК принято относить негативные факторы внешней среды, кишечную микрофлору, иммунорегуляторные механизмы, а также генетическую предрасположенность [2]. БК в 30-50% случаев дебютирует в детстве [3]. В Российской Федерации в последние годы наблюдается значительный рост распространенности БК как у детей, так и у взрослых, однако до настоящего времени отсутствуют точные статистические сведения [4, 5]. За рубежом первое крупное эпидемиологическое исследование БК было выполнено лишь в 1996 г. М. Cosgrove и соавт. [6].

К наиболее частым осложнениям БК относят: кишечную непроходимость, перианальные поражения (параректальные свищи, парапроктит), кишечные свищи, внутрибрюшные абсцессы и инфильтраты, перфорации кишки и кишечные стриктуры, кишечные кровотечения, токсический мегаколон [7].

Диагноз БК выставляется на основании данных анамнеза, клинической картины заболевания, ряда лабораторных показателей, результатов эндоскопических, гистологических и лучевых

методов исследования [8]. До настоящего времени в отечественной педиатрии используются «Клинические рекомендации по диагностике и лечению БК у детей и подростков», опубликованные в России в 2010 г. [9]. Кроме того, для оценки тяжести заболевания/текущего обострения активно используют педиатрический индекс активности БК (Pediatric Crohn's Disease Activity Index — PCDAI) [10]. Для определения необходимости хирургического вмешательства применяют также дополнительные методы исследований, к которым относят компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) малого таза и гидромагнитно-резонансную энтерграфию, мануальное исследование промежности и баллонную энтероскопию под анестезией, специфическую лабораторную диагностику, видеокапсульную эндоскопию и др. [11, 12].

Клинический случай

Приводим историю болезни ребенка, у которого несвоевременная постановка диагноза БК привела к тяжелому течению болезни.

Пациент М. поступил в отделение гастроэнтерологии государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ МДГКБ) в возрасте 13 лет с жалобами на жидкий стул, боли в нижней половине живота, отсутствие аппетита. Из анамнеза известно, что мальчик от пятой беременности, протекавшей без особенностей, третьих по счету само-

стоятельных срочных родов. Масса при рождении — 4310 г, рост — 57 см. В родильном доме привит против туберкулеза (вакцина БЦЖ) и вирусного гепатита В. После введения БЦЖ остался рубчик, заживление пупочного остатка — без особенностей. Профилактические прививки по возрасту. Физическое и психомоторное развитие до 3 месяцев происходило по возрасту. С трех месяцев начались обильные срыгивания, прибавки в весе — по нижним границам нормы. Начались боли в животе. Рос с задержкой (самый маленький в группе в детском саду и школе). С 8 лет перестал расти совсем. В 2020 г. впервые установлен диагноз «гипопитуитаризм», с 2020 г. получает терапию гормоном роста.

Наследственный анамнез: у матери диагностированы бронхиальная астма и атопический дерматит; у отца в детстве был гнойный плеврит; у старшей сестры — бронхиальная астма, полиноз. Брак не родственник, в семье четыре сына и четыре дочери.

Анамнез заболевания: в течение последних 6 лет отмечал боли в животе, локализованные преимущественно в его нижней половине. С полутора лет наблюдалась рвота на фоне прикормов, с двух — регулярные запоры, с шести — неустойчивый стул, отказ от еды, боли в животе. Родители обращались к врачам, ребенок получал курсы терапии ферментными препаратами, препаратами левокарнитина, пробиотиками — без положительного эффекта. В 2017 г. отметил появление крови в стуле на фоне выраженных перианальных изменений — свищи, рубцы, дополнительные кожные



Рис. 1. Анальные бахромки, геморроидальная болезнь у ребенка М. [предоставлено авторами] / Anal fimbriae, hemorrhoidal disease in a child M. [provided by the authors]

анальные складки, рецидивирующие поносы (рис. 1).

Комплексное обследование в связи с болевым абдоминальным синдромом ранее не проводилось, однако была проведена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), на основании которой был выставлен диагноз: «Кандидоз пищевода».

При поступлении в отделение гастроэнтерологии ГБУЗ МДГКБ состояние средней степени тяжести за счет болевого абдоминального синдрома, неоднократной рвоты съеденной пищей, жидкого стула до 10 раз в сутки кашицеобразной консистенции без патологических примесей. Отмечались изменения в перианальной области — проктологом был выставлен диагноз: «Анальные бахромки, геморроидальная болезнь». Физическое развитие дисгармоничное за счет дефицита массы тела — 26 кг при росте 137 см. При пальпации живота фиксировалась резкая болезненность по ходу толстой кишки и вокруг пупка. Живот не напряжен, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Учитывая жалобы и анамнез заболевания, были выполнены лабораторные и инструментальные исследования:

- При проведении ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости выявлены диффузные изменения паренхимы печени, терминальный илеит, выраженные структурные изменения стенок толстой кишки.

- При КТ органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства не выявлены инфильтративные и очаговые изменения, харак-

терные для воспалительного заболевания кишечника (ВЗК), стриктуры, стенозы, а также объемные образования грудной клетки и органов брюшной полости. Обнаружены воспалительные изменения средних и терминальных отделов толстой кишки.

- При ЭГДС выявлены воспалительные изменения пищеварительного тракта (грибковое поражение пищевода), исключены синдром мальабсорбции, эрозивно-язвенное поражение верхних отделов пищеварительного тракта, кишки, стенозирующие формы ВЗК.

- При колоноскопии на неизменном фоне в прямой и сигмовидной кишке определяются единичные афтоподобные и язвенные дефекты под фибрином. В нисходящей и поперечной кишке — отек, гиперемия, налет гноевидной слизи, множественные глубокие язвенные дефекты различной формы и размера, грануляции. На створках илеоцекального клапана — язвенные дефекты под фибрином. В дистальных отделах подвздошной кишки — множественные язвенные дефекты под фибрином (рис. 2).

- При проведении МРТ тонкой и толстой кишки выявлены выраженные воспалительные изменения стенок поперечной и нисходящей ободочной кишки. Признаков стриктуры не обнаружено.

- По данным лабораторных исследований выявлена анемия средней степени тяжести, тромбоцитоз, гипоальбуминемия, дефицит иммуноглобулинов класса А (IgA) и повышение — класса

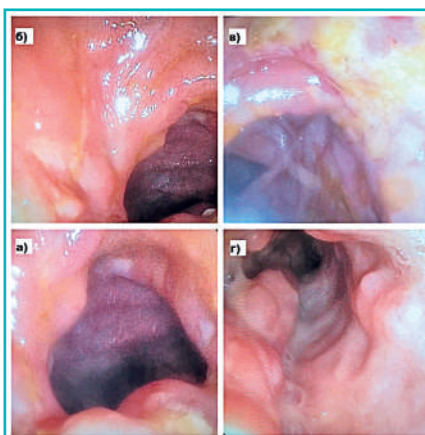


Рис. 2. Эндофотоколоноскопии ребенка М.: а-г — афтоподобные и язвенные дефекты под фибрином [предоставлено авторами] / Endophotocolonoscopy of a child M.: а-г — aphtha-like and ulcerative defects under fibrin [provided by the authors]

G (IgG), снижение уровня железа (Fe), снижение уровня витамина D до 11,16 нг/мл, незначительное увеличение протромбинового времени, воспалительная активность: С-реактивного белка — до 52,9 мг/л, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) — до 73 мм/ч.

- Для исключения инфицирования и активного туберкулезного процесса проведена проба Манту — гиперемия 13 мм, Диаскин-тест отрицательный.

Таким образом, на основании характерных данных анамнеза, клинической картины болезни и специальных методов обследования впервые в 13 лет мальчику был выставлен диагноз: «БК тонкой и толстой кишки, выраженная активность (PCDAI — 85), дебют. Кандидоз пищевода. Неспецифический реактивный гепатит».

Назначено патогенетическое лечение — безглютеновая диета, энтеральное питание смесью Модулен, парентеральное питание через периферический венозный катетер раствором для инфузий Нутрифлекс, антибактериальная терапия — ципрофлоксацин (10 мг/кг *per os* в сутки), метронидазол (10 мг/кг в 3 приема в сутки), а также инфузионная терапия глюкозосолевыми растворами. Также с целью восстановления онкотического давления и коррекции выраженной гипоальбуминемии проводились инфузии альбумина (113 мл 1 раз в сутки) в течение 5 дней.

Учитывая выраженную задержку роста, обсуждалась возможность проведения гормональной терапии (гормон роста), однако, опираясь на тяжесть состояния и необходимость окончания стационарного этапа лечения по поводу основного заболевания, было принято решение отложить данную терапию. На фоне проводимого в стационаре лечения отмечалась положительная динамика в виде купирования абдоминального болевого синдрома и диспепсии.

Учитывая высокую активность ребенка М., выраженное отставание в физическом развитии, была показана инициация гено-инженерной биологической терапии (ГИБТ) препаратом первой линии инфликсимабом (5-7 мг/кг) по схеме 0-2-6, далее 1 раз в 8 недель. Первая доза инфликсимаба (205 мг внутривенно через инфузomat) была введена 08.12.2021 г. Ребенку был установлен центральный венозный катетер в левую подключичную вену ввиду массивной инфузионной терапии, а также подключения парентерального питания эмульсией для инфузий Кабивен.

На 16-й день проведения инфузий у ребенка появилась боль в области кивательной мышцы шеи слева. Пациент был осмотрен гематологом, проведена ультразвуковая доплерография сосудов шеи, по результатам которой выявлены эхо-признаки окклюзионного тромбоза левой внутренней яремной вены. Была начата антикоагулянтная терапия гепарином в стандартной дозе в режиме круглосуточной инфузии. Также ребенок был осмотрен хирургом — данных за острую хирургическую патологию не выявлено.

Несмотря на проведение терапии гепарином, у ребенка появились жалобы на одышку, боль в области грудной клетки, преимущественно за грудиной. Пациент был повторно осмотрен гематологом, проведена КТ органов грудной клетки, диагноз: «Окклюзионный тромбоз левой внутренней яремной вены. Подострая тромбоэмболия мелких ветвей левой легочной артерии, низкого риска. Дыхательная недостаточность — 0, недостаточность кровообращения — 0». Ребенок по жизненным показаниям был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). В ОРИТ продолжалась антикоагулянтная терапия с добавлением Актелизе — 0,3 мг/кг болюсно, а затем по 0,8 мг/кг каждый час до трех часов. Во время проведения терапии гепарином по результатам контрольных коагулограмм не удавалось достигнуть целевых значений активированного частичного тромбопластинового времени и анти-Ха-активности (антикоагулянтной активности гепарина), в связи с чем дозировка гепарина была повышена сначала до 30 ЕД/кг/час (и дополнительно начата инфузия свежезамороженной плазмы), а затем — до 45 и 60 ЕД/кг/час с добавлением 1000 МЕ антитромбина III внутривенно (в/в) струйно. 23.12.2021 г. была введена вторая доза инфликсимаба — 205 мг (в/в через инфузомат).

Спустя 7 суток пребывания в ОРИТ ребенок переведен в гастроэнтерологическое отделение. Отмечалось снижение уровня гемоглобина до 65 г/л. Была назначена трансфузия изогруппной изорезусной эритроцитарной взвеси (10-15 мл/кг в/в капельно) для восполнения объема циркулирующих эритроцитов и улучшения кислородо-транспортной функции крови. Была начата терапия низкомолекулярным гепарином под контролем коагулограммы. За время пребывания в отделении проведены лабораторные исследования,

по результатам которых выявлены анемия и тромбоцитоз. Отклонения в коагулограмме купированы. Доза Фрагмина подобрана. В гастроэнтерологическом отделении были проведены контрольные лабораторно-инструментальные исследования:

- При проведении УЗИ органов брюшной полости выявлены эхографические признаки диффузных изменений паренхимы печени с увеличением ее линейных размеров, а также дисхолия, терминальный илеит, колит в активной фазе.

- УЗИ мягких тканей шеи (область кивательной мышцы) — без динамики.

- На УЗИ органов грудной клетки сохраняется минимальное скопление анэхогенного жидкостного содержимого, расхождение листов плевры до 4 мм на уровне реберно-диафрагмального синуса.

- На МРТ органов брюшной полости — жировой гепатоз, холангит, гепатоспленомегалия, увеличение размеров поджелудочной железы, мезентериальная лимфаденопатия, отек клетчатки забрюшинного пространства.

Ребенок выписан домой с улучшением, рекомендовано: надропарин кальция — 6000 МЕ подкожно 2 раза в сутки в течение трех месяцев, азатиоприн — по 25 мг 1 раз в сутки, внутрь постоянно длительно — эзомепразол и урсодезоксихолевая кислота. Повторная госпитализация — через 3 недели для проведения третьей инфузии ГИБТ.

Мальчик повторно госпитализирован в плановом порядке в гастроэнтерологическое отделение ГБУЗ МДГКБ для получения третьей дозы инфликсимаба. При поступлении — состояние средней степени тяжести. Во время физикального осмотра живот при пальпации безболезненный во всех отделах. Стул кашицеобразный, без патологических примесей. Отмечается прибавка в весе более 4 кг, аппетит хороший, еду усваивает. Проведено комплексное лабораторное обследование. При исследовании гемостаза коагулопатии не обнаружено, гиперфибриногенемия как маркер воспаления, анти-Ха-активность — в пределах нормы. При биохимическом исследовании крови цитолитической активности не установлено, пигментный обмен не нарушен, белково-синтетическая функция печени сохранена, холестаза нет, иммунологическая активность (IgG — 24,71 г/л), гипогликемии, признаков поражения почек, электролитных нарушений, воспалительной активно-

сти нет, обмен железа нарушен (сидеропения — 3,46 мкмоль/л). Отмечается селективный дефицит IgA. В общем анализе крови — анемия (94 г/л), тромбоцитоз ($417 \times 10^9/\text{л}$), СОЭ — 32 мм/час.

По данным инструментального обследования:

- При УЗИ сосудов шеи определяется кровоток в подключичной вене, в остальном без динамики.

- При УЗИ органов брюшной полости наблюдается уменьшение воспалительных изменений в толстой кишке, признаки вторичных изменений поджелудочной железы.

- При ректосигмоскопии выявлен эрозивный проктит, минимальная эндоскопическая активность.

- При фиброэластометрии печени ее фиброз отсутствует (F0 по шкале METAVIR).

- При МРТ органов брюшной полости выявлены мезентериальная лимфаденопатия, уменьшение размеров печени.

21.01.2022 г. введена третья доза инфликсимаба (140 мг в/в через инфузомат). Учитывая низкую эндоскопическую активность воспалительного процесса в слизистой оболочке толстого кишечника, было принято решение о назначении терапии 5-аминосалициловой кислотой из расчета 50 мг/кг/сутки. Ребенок выписан с выраженными клинико-эндоскопическими улучшениями, рекомендовано: месалазин — 0,5 г 3 раза в день длительно, азатиоприн — по 50 мг (0,5 таблетки) 1 раз в день в обед длительно, надропарин кальция — подкожно 6000 МЕ 2 раза в сутки в течение двух месяцев, а также повторная госпитализация через 8 недель для введения четвертой дозы инфликсимаба.

Таким образом, отсутствие врачебной настороженности и мультисистемного подхода к диагностике у детей может приводить к тяжелому осложненному течению ВЗК, требующему более агрессивного лечения и постоянного контроля. ■

Вклад авторов:

Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

Contribution of authors:

All authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

Литература/References

1. Шербатова О. В., Разумовский А. Ю., Шумилов П. В. Болезнь Крона у детей: эпидемиология, классификация, диагностика, показания к операции. Педиатрия. 2017; 96 (6): 157-165.

- [Shcherbakova O. V., Razumovsky A. Yu., Shumilov P. V. Crohn's disease in children: epidemiology, classification, diagnosis, indications for surgery. *Pediatr. 2017*; 96 (6): 157-165. (In Russ.)]
2. Шумилов П. В. Нерешенные вопросы патогенеза воспалительных заболеваний кишечника у детей. Роль пристеночной микрофлоры кишечника. *Педиатрическая фармакология*. 2010; 7 (5): 54-58.
[Shumilov P. V. Unresolved questions of the pathogenesis of inflammatory bowel diseases in children. The role of the intestinal microflora. *Pediatricheskaya farmakologiya*. 2010; 7 (5): 54-58. (In Russ.)]
 3. Abraham B. P., Kahn S. A. Transition of Care in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Hepatol* (NY). 2014; 10 (10): 633-640.
 4. Щукина О. Б., Горбачева Д. Ш., Григорян В. В., Васильев С. В. Влияние фенотипа болезни Крона и других прогностических факторов на течение заболевания. *Колoproктология*. 2014; S3: 102.
[Shchukina O. B., Gorbacheva D. S., Grigoryan V. V., Vasiliev S. B. Influence of Crohn's disease phenotype and other prognostic factors on the course of the disease. *Koloproktologiya*. 2014; S3: 102. (In Russ.)]
 5. Главнов П. В., Лебедева Н. Н., Кашченко В. А., Варзин С. А. Язвенный колит и болезнь Крона. Современное состояние, проблемы этиологии, ранней диагностики и лечения (обзор литературы). *Вест. СПбГУ*. 2015; 11 (4): 48-72.
[Glavnov P. V., Lebedeva N. N., Kashchenko V. A., Varzin S. A. A. Ulcerative colitis and Crohn's disease. The modern state, the problems of etiology, early diagnosis and treatment (review of the literature). *Vest. SPbSU*. 2015; 11 (4): 48-72. (In Russ.)]
 6. Cosgrove M., Al-Atia R. F., Jenkins H. R. The epidemiology of paediatric inflammatory bowel disease. *Arch. Dis. Child*. 1996; 74: 460-461.
 7. Aloi M., Viola F., D'Arcangelo G., Di Nardo G., Civitelli F., Casciani E., et al. Disease course and efficacy of medical therapy in stricturing paediatric Crohn's disease. *Digestive and Liver Disease*. 2013; 45 (6): 464-468.
 8. Шумилов П. В., Хандамирова О. О., Щиголева А. Е., Румянцев С. А., Щиголева Н. Е., Дубровская М. И., Мухина Ю. Г. Иммунологическая оценка критериев активности болезни Крона у детей. *Педиатрия*. 2015; 94 (6): 57-67.
[Shumilov P. V., Khandamirova O. O., Shchigoleva A. E., Rumyantsev S. A., Shchigoleva N. E., Dubrovskaya M. I., Mukhina Yu. G. Immunological evaluation of Crohn's disease activity criteria in children. *Pediatr. 2015*; 94 (6): 57-67. (In Russ.)]
 9. Потанов А. С. Болезнь Крона у детей и подростков. Клинические рекомендации по диагностике и лечению. М., 2010. 13 с.
[Potanov A. S. Crohn's disease in children and adolescents. Clinical guidelines for diagnosis and treatment. M., 2010. 13 p. (In Russ.)]
 10. Turner D., Griffiths A. M., Walters T. D., Seah T., Markowitz J., Pfefferkorn M., Keljo D., Waxman J., Otley A., LeLeiko N. S., Mack D., Hyams J., Levine A. Mathematical weighting of the pediatric Crohn's disease activity index (PCDAI) and comparison with its other short versions. *Inflamm. Bowel Dis.* 2012; 18 (1): 55-62. DOI: 10.1002/ibd.21649.
 11. Шавров А. А., Харитонов А. Ю., Алиева Э. И., Шавров А. А. (мл.), Налбандян Р. Т. Возможности внутрипросветной эндоскопии при болезнях тонкой и толстой кишки у детей. *Вопросы современной педиатрии*. 2016; 11 (3): 32-42.
[Shavrov A. A., Kharitonova A. Yu., Alieva E. I., Shavrov A. A. (Jr.), Nalbandyan R. T. Opportunities of intraluminal endoscopy in diseases of the small and large intestine in children. *Voprosy sovremennoi pediatrii*. 2016; 11 (3): 32-42. (In Russ.)]
 12. Barkmeier D. T., Dillman J. R., Al-Hawary M., Heider A., Davenport M. S., Smith E. A., Adler J. MR enterography-histology comparison in resected pediatric small bowel Crohn disease strictures: can imaging predict fibrosis? *Pediatr. Radiol.* 2016; 46 (4): 498-507. DOI: 10.1007/00247-015-3506-6.
- Сведения об авторах:**
Горячева Ольга Александровна, к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики детских болезней педиатрического факультета Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, 1; doc.equimos@gmail.com
Метелина Александра Андреевна, гастроэнтеролог консультативно-диагностического центра Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы; 119049, Россия, Москва, 4-й Добрынинский переулок, 1/9; lapatyska@inbox.ru
Скворцова Тамара Андреевна, к.м.н., доцент кафедры гастроэнтерологии факультета дополнительного профессионального образования педиатрического факультета Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, 1; главный внештатный детский специалист-гастроэнтеролог, заведующая отделением гастроэнтерологии, руководитель Центра детской гастроэнтерологии и Центра воспалительных заболеваний кишечника Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы; 119049, Россия, Москва, 4-й Добрынинский переулок, 1/9; skvortcova.tamara@yandex.ru
Моисеев Анатолий Борисович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней педиатрического факультета Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, 1; mos-109@yandex.ru
- Information about the authors:**
Olga A. Goryacheva, MD, Assistant of the Department of Propedeutics of Pediatrics of the Faculty of Pediatrics at the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education N. I. Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 1 Ostrovityanova str., Moscow, 117997, Russia; doc.equimos@gmail.com, 8, doc.equimos@gmail.com
Aleksandra A. Metelina, gastroenterologist of Consultative and Diagnostic Center at the State Budgetary Healthcare Institution of the City of Moscow Morozovskaya Children's City Clinical Hospital of the Department of Health of the City of Moscow; 1/9 4th Dobryninsky Lane, Moscow, 119049, Russia; lapatyska@inbox.ru
Tamara A. Skvortsova, MD, Associate Professor of the Department of Gastroenterology of the Additional Professional Education Faculty of Pediatrics at the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education N. I. Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 1 Ostrovityanova str., Moscow, 117997, Russia; chief/freelance pediatric specialist-gastroenterologist, Head of the Department of Gastroenterology, Head of the Center for Pediatric Gastroenterology and the Center for Inflammatory Bowel Diseases at the State Budgetary Healthcare Institution of the City of Moscow Morozovskaya Children's City Clinical Hospital of the Department of Health of the City of Moscow; 1/9 4th Dobryninsky Lane, Moscow, 119049, Russia; skvortcova.tamara@yandex.ru
Anatolii B. Moiseev, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Propaedeutics of Paediatric Diseases of the Faculty of Pediatrics at the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education N. I. Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 1 Ostrovityanova str., Moscow, 117997, Russia; mos-109@yandex.ru
- Поступила/Received 18.06.2023**
Поступила после рецензирования/Revised 20.06.2023
Принята в печать/Accepted 30.06.2023