

Патологоанатомический диагноз. Основной диагноз: «Слизисто-кожный лимфонулярный синдром (Кавасаки) — некротический коронарит, обтурирующие тромбы в правой коронарной артерии и огибающей артерии левой коронарной артерии, гиперплазия паратрахеальных и бифуркационных лимфатических узлов». Осложнение основного заболевания: «Общее венозное полнокровие. Отек и набухание вещества головного мозга. Отек легких».

Заключение. Данное описание служит примером острейшего развития болезни Кавасаки и летального исхода вследствие осложнения основного заболевания — инфаркта миокарда и развития сердечно-легочной недостаточности. Крайне важно диагностировать данную патологию на раннем этапе для назначения своевременной оптимальной терапии, тем самым делая дальнейший прогноз заболевания благоприятным.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ АТАКОЙ НЕПРЕРЫВНО-РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ КРОНА

Проплеткина К.Д.¹, Португал П.М.¹, Шумов Д.А.¹, Иванов А.А.¹

Научные руководители: д.м.н., профессор Сурков А.Н.^{1, 2}, врач детский гастроэнтеролог Бессонов Е.Е.²

¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

² НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России

Актуальность. Болезнь Крона — это аутоиммунное, полиэтиологическое, часто рецидивирующее заболевание. Выявлено, что причинами дебюта болезни Крона могут быть генетическая предрасположенность, кишечная эпителиальная дисфункция, стресс эндоплазматической сети. Кроме того, установлена взаимосвязь начала воспалительного процесса с иными иммуноопосредованными процессами в организме человека, а также нарушениями кишечной микробиоты.

Клинический случай. Ребенок, 14 лет. Впервые симптомы появились 4 года назад, в возрасте 9 лет и 11 мес. Пациент долго жаловался на усталость, отмечались повышение температуры тела до 39,6 °С, жидкий стул до 3 раз в день, без примесей, тошнота. Через несколько дней повторное повышение температуры тела — до 40 °С, боли в эпигастрии. В анализах крови отмечалось повышение маркеров воспалительной активности: лейкоцитоз до $17 \times 10^9/\text{л}$, ускорение СОЭ до 20 мм/ч. Была назначена антибактериальная терапия. На фоне проводимого лечения отмечалась положительная динамика, стул 1–2 раза в день, однако в последующем присоединились симптомы стоматита.

Через месяц вновь возникли жалобы на жидкий стул. Проявились лихорадочный синдром и катаральные явления. Был назначен иммуностимулятор — с выраженной положительной динамикой, с регрессом признаков воспаления со стороны желудочно-кишечного тракта. Однако в целом симптоматика сохранялась до 3 мес. Получал пробиотики и адсорбирующие вещества.

Через месяц вновь резкий подъем температуры, жидкий стул 1 раз в день, впервые зеленого цвета и зловонный. Далее стул учащался, появился кислый запах, отмечались тошнота и рвота. За время болезни была замечена потеря в массе тела.

Пациент обратился в ДГКБ им. З.А. Башляевой, где находился на лечении в инфекционном отделении. Диагностикумы к иерсиниозу были положительны. Отмечалось повышение аутоантител к париетальным клеткам желудка, к деамидированному глиадину. Кал на кишечную группу — отрицательно. Уровень фекального кальпротектина повышен.

Далее ребенка перевели в Морозовскую ДГКБ с диагнозом «недифференцированный колит». Обнаружены признаки гастроэзофагеального пролапса, выявлены гастродуоденит и эрозивный бульбит. На МРТ диагностирована гепатоспленомегалия. На УЗИ — признаки энтероколита, мезентериальной лимфаденопатии. На эндоскопических исследованиях определяются грибковое поражение пищевода, эрозивно-геморрагический колит, илеит, эрозив-

ный проктосигмоидит. Консультация с инфекционистом: симптоматика соответствует острой вирусной инфекции Эпштейна – Барр, острой иерсиниозной инфекции в субклинической форме. В терапию были включены противомикробные, противовирусные и противогрибковые препараты. Добавлены ингибитор H2-гистаминовых рецепторов, антифибринолитик и синтетический аналог соматостатина. Была рекомендована повторная контрольная госпитализация через 2–3 мес.

За межгоспитальный период сохранялись жалобы на слабость и повышенную утомляемость.

Очередное обострение произошло весной 2021 г. Пациент предполагает, что обострение было спровоцировано стрессом от сдачи экзаменов в музыкальной школе. Был консультирован гастроэнтерологом НИИЦ здоровья детей. По результатам обследования было заподозрено течение воспалительного заболевания кишечника, были даны рекомендации по терапии, однако без убедительного эффекта, что потребовало госпитализации в гастроэнтерологическое отделение НИИЦ здоровья детей. При поступлении — учащение стула, стул разжиженный, фебрильная лихорадка, тошнота, астения, бледность кожных покровов.

При обследовании на УЗИ картина терминального илеита, мезаденита, спленомегалии, вторичных изменений поджелудочной железы, косвенные признаки гастрита. Эндоскопически выявлены язва средней трети пищевода, множественные эрозии на протяжении всего желудочно-кишечного тракта, проктит, признаки воспаления анального кольца. По результатам проведенного обследования был установлен клинический диагноз: «Болезнь Крона, непрерывное рецидивирующее течение». С целью индукции ремиссии назначена терапия глюкокортикостероидами, иммунодепрессантом (азатиоприн). Иммунодепрессант был назначен в минимальной дозе до 1 мг/кг (до 37 мг/кг/сут) в связи с повышением уровня ферментов поджелудочной железы.

Назначенная терапия с положительной динамикой до зимы 2022 г., когда после перенесенной ОРВИ состояние резко ухудшилось, в связи с чем ребенок был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского». При поступлении — жалобы на выраженную слабость. Отмечалась лихорадка с подъемом температуры тела до 39,5 °С, стул до 4 раз в день, жидкий, зловонный, без примесей. Состояние расценено как средней тяжести. Данные объективного осмотра: кожные покровы бледно-розовые, без высыпаний, периорбитальные тени, язык обложен желтоватым налетом. Состояние питания снижено.

Подкожно-жировая клетчатка развита слабо, распределена равномерно. Катаральных явлений нет. Зев спокоен, миндалины не увеличены, без наложений. Сердечно-легочная деятельность без особенностей. Живот правильной формы и размера, при пальпации мягкий, отмечалась болезненность в эпигастальной и правой подвздошной областях. Стул учащен, до 3 раз в сутки, жидкий, без примесей слизи и крови. Лабораторно: анемии нет, нейтрофилез ($8,7 \times 10^9/\text{л}$), СОЭ — 47,0 мм/ч. Отмечается снижение альбумина (32,1 г/л), общий белок — 73,4, СРБ — 121,8 мг/л, прокальцитонин — 0,13 нг/мл. Гипергаммаглобулинемия за счет IgG (21,030 г/л). Отмечается повышение фибриногена (5,92 г/л). Фекальный кальпротектин — > 1000 мкг/г.

Полученные результаты свидетельствуют об умеренной атаке болезни Крона с системными проявлениями.

По тяжести состояния с дезинтоксикационной и деконтаминационной целью назначены курс инфузионной терапии цефтриаксоном в дозе 50 мг/кг № 7, инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами. С учетом высокой иммунологической активности болезни Крона назначен курс гормональной терапии в дозе 1,5 мг/кг внутривенно № 7 с переходом на пероральный прием 1 мг/кг со снижением по схеме отмены в течение 10 нед. Также назначен пероральный кишечный антисептик — метронидазол в дозе 10 мг/кг.

На фоне назначенной терапии отмечается улучшение общего самочувствия ребенка (купирован лихорадочный синдром, улучшилось общее самочувствие), оформился стул, улучшились лабораторные показатели (СРБ — 54,13 мг/л, СОЭ — 39,0 мм/ч), абсолютное число нейтрофилов.

Ребенку с целью достижения ремиссии болезни Крона планируется начало индукционного курса генно-инженерной терапии препаратом химерных моноклональных антител к TNF- α инфликсимабом в дозе 5 мг/кг по схеме индукции 0/2/6–8.

Заключение. Болезнь Крона — это тяжелое, инвалидизирующее заболевание с непредсказуемым характером течения. Неспецифичность клинической картины (высокая слабость и утомляемость, тошнота) зачастую не позволяют быстро установить причину патологии и требуют комплексного подхода. В данном клиническом примере представлена история ребенка с агрессивным течением болезни Крона, начало которой, вероятней всего, обусловлено хроническим течением иерсиниозной кишечной инфекции.

Целью комплексной терапии детей с хроническими заболеваниями ЖКТ всегда является достижение длительной ремиссии, позволяющей избежать развития грозных хирургических осложнений.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЭОЗИНОФИЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ПСОРИАЗОМ

Проплеткина К.Д.¹, Португал П.М.¹, Шумов Д.А.¹, Иванов А.А.¹

Научные руководители: д.м.н., профессор Сурков А.Н.^{1,2}, врач детский гастроэнтеролог Бессонов Е.Е.²

¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

² НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России

Актуальность. В организме человека есть два основных природных иммунных барьера — кишечник и кожа. Как при псориазе, так и при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК), к которым, в частности, относится болезнь Крона, происходит нарушение барьерной функции данных структур и повышается проницаемость для различных антигенов, способствующих контакту с антигенпрезентирующими клетками и запуску иммунных реакций. Иммунный ответ при псориазе и болезни Крона во многом схож и основан прежде всего на активации дендритных клеток и синтезе ими медиаторов воспаления: интерлейкина (IL) 12/23, фактора некроза опухоли альфа (TNF- α). В настоящее время разработана биологическая терапия данных заболеваний с применением моноклональных антител, блокирующих активность IL-12/23 и TNF- α .

Клинический случай. Мальчик А., 17 лет. С 2010 г. наблюдается у аллерголога в связи с поливалентной пищевой аллергией, полинозом, а также у дерматолога с диагнозом «псориаз обыкновенный, распространенная форма».

В 2018 г. появились жалобы на затрудненное глотание, необходимость запивать пищу большим количеством воды, боль за грудиной. Была выполнена фиброзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с лестничной биопсией. На основании эндоскопической и морфологической картины был выставлен клинический диагноз — эозинофильный эзофагит. Назначена специфическая противовоспалительная терапия, при которой отмечена положительная динамика.

В апреле 2021 г. при проведении планового обследования был выявлен стеноз нижней трети пищевода 1–2-й степени (до 8–9 мм), эндоскопическая картина соответ-

ствовала эозинофильному эзофагиту E2R2E2F2S1 стадии согласно критериям Ikuo Hirano. Рекомендовано выполнение баллонной дилатации пищевода. При повторной ФЭГДС через 3 нед на фоне проводимой терапии наблюдалась выраженная положительная динамика с регрессом воспалительных изменений со стороны пищевода: отек снизился, просвет практически полностью восстановился. Показаний для проведения дилатации пищевода не было. При осмотре двенадцатиперстной и тощей кишки были выявлены множественные эрозивные дефекты слизистой оболочки. Клинический диагноз был дополнен — эрозивный дуоденит, эрозивный еунит. Назначена специфическая гастропротективная терапия.

В июле 2021 г. отмечалось очередное обострение псориаза: кожные высыпания стали более распространенными, усилились зуд и шелушение, включая поражение ногтевых пластин верхних конечностей. Также появились жалобы на наличие алой крови в стуле при каждом акте дефекации. Были проведены ФЭГДС и диагностическая колоноскопия. Отмечалась отрицательная динамика по верхним отделам желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а также были выявлены эрозии терминального отдела подвздошной кишки, анальная трещина 3–4 мм и наружный геморрой. Морфологическая картина биоптатов из подвздошной кишки соответствовала умеренно активному илеиту, из толстого кишечника — хроническому диффузному непрерывному панколит низкой степени активности. Отмечалась эозинофильная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки тонкого и толстого кишечника. По данным лабораторных методов исследования: IgE — 1700 Ед/мл