

# ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ВО ВРЕМЯ ДЕБЮТА БОЛЕЗНИ КРОНА

Трапезникова А.Ю.<sup>1</sup>, Пермякова А.А.<sup>1</sup>, Васильева А.Г.<sup>1,2</sup>, Коростовцева Е.Ю.<sup>2</sup>, Иванов Г.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, (Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100, Россия)

<sup>2</sup> ЛОГБУЗ «Детская клиническая больница», (ул. Комсомола, 6, Санкт-Петербург, 195009, Россия)

<sup>3</sup> Университетская клиника Шлезвиг-Гольштейн, (Arnold-Heller-Strabe 3, Haus C, Kiel, 24105, Германия)

**Трапезникова Анна Юрьевна**, к.м.н., доцент; кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми  
**Пермякова Анастасия Алексеевна**, студентка; педиатрический факультет

**Васильева Анастасия Григорьевна**, к.м.н., доцент; кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии  
им. проф. Ф.И. Валькера; Заведующая эндоскопическим отделением

**Коростовцева Екатерина Юрьевна**, врач-педиатр, гастроэнтеролог, врач высшей категории; педиатрическое отделение

**Иванов Геннадий Валентинович**, детский хирург, отделение общей, висцеральной, торакальной, трансплантационной и детской хирургии

## Для переписки:

Трапезникова

Анна Юрьевна

## e-mail:

anka.solomaha@yandex.ru

## РЕЗЮМЕ

Болезнь Крона (БК) – это многофакторное воспалительное заболевание, при котором может поражаться любой отдел желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), однако обычно патологический процесс затрагивает подвздошную кишку и/или толстую кишку. Для оценки прогноза заболевания у пациента и подбора подходящей схемы терапии необходимо точно оценить факторы, влияющие на отрицательные результаты, включая фенотип болезни. В последнее время с внедрением обязательного проведения эндоскопического исследования верхних отделов ЖКТ при подозрении на болезнь Крона, диагностика поражений органов этой локализации стала чаще встречаться и описываться в литературе. Большинство клинических проявлений поражения пищевода, желудка или двенадцатиперстной кишки (ДПК) являются неспецифическими и требуют морфологической верификации диагноза, поскольку могут протекать под маской обычного гастрита или дуоденита. Описана и доказана связь с БК таких поражений как афтоидные язвы, симптом перетяжек по типу «бамбука» слизистой желудка, формирование стеноза и свища выходного отдела желудка. Кроме того, гистологические данные, такие как выраженная очаговая эритематозная гастропатия и несосудистые гранулемы, могут наводить на мысль о БК. Связь между вовлечением верхних отделов ЖКТ и неблагоприятным прогнозом при болезни Крона остается спорной. В настоящее время отсутствуют критерии оценки тяжести поражения и понимания степени участия верхних отделов ЖКТ при БК для долгосрочного прогноза заболевания. В данной статье представлены собственные данные обследования детей и клинический случай поражения желудка и ДПК во время дебюта болезни Крона.

**Ключевые слова:** болезнь Крона, гастрит, дуоденит, дети

Информация о конфликте интересов: конфликт интересов отсутствует.

Информация о спонсорстве: данная работа не финансировалась.

**Для цитирования:** Трапезникова А.Ю., Пермякова А.А., Васильева А.Г., Коростовцева Е.Ю., Иванов Г.В.

Особенности поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта во время дебюта болезни Крона.

Клиническая эндоскопия. 2026;68(2):36-39. doi: 10.31146/2415-7813-endo-68-2-36-39.



EDN: INZAFС

## FEATURES OF UPPER GASTROINTESTINAL INVOLVEMENT DURING THE ONSET OF CROHN'S DISEASE

A.Yu. Trapeznikova<sup>1</sup>, A.A. Permyakova<sup>1</sup>, A.G. Vasilyeva<sup>1,2</sup>, E.Yu. Korostovtseva<sup>2</sup>, G.V. Ivanov<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, (2, st. Lithuanian, Saint Petersburg, 194100, Russia)

<sup>2</sup> Leningrad regional state budgetary institution of health "Children's Clinical Hospital", (6, Komsomol, St. Petersburg, 191009, Russia)

<sup>3</sup> University Hospital Schleswig-Holstein (UKSH), (3/Haus C, Arnold-Heller-Strabe, Kiel, 24105, Germany)

**Anna Yu. Trapeznikova**, MD, PhD; Department of Propedeutics of Childhood Diseases with a course of general childcare;

ORCID: 0000-0003-4461-4322

**Anastasia A. Permyakova**, student; pediatric faculty; ORCID: 0009-0002-7103-6468

**Anastasia G. Vasilyeva**, MD, PhD, associate professor; department of operative surgery and topographic anatomy named after Prof. F.I. Valker;

Head of the endoscopic department; ORCID: 0000-0002-1515-3523

**Ekatarina Yu. Korostovtseva**, pediatrician; pediatric department; ORCID: 0009-0004-9553-8635

**Gennadii V. Ivanov**, pediatric surgeon, Clinic for General-, Visceral-, Cardio-thoracic, Transplantation and Pediatric surgery;

ORCID: 0009-0000-3168-5012

### Corresponding author:

Anna Yu. Trapeznikova

### e-mail:

anka.solomaha@yandex.ru

### SUMMARY

Crohn's disease (CD) is a multifactorial inflammatory disease in which any part of the gastrointestinal tract can be affected, however, it usually affects the ileum and/or colon. In order to assess the prognosis of the patient and the selection of an appropriate therapy regimen, it is necessary to accurately assess the factors affecting negative results, including the disease phenotype. Recently, with the introduction of mandatory endoscopic examination of the upper gastrointestinal tract (UGI) with suspected Crohn's disease, diagnosis of organ lesions of this localization has become more common and described in the literature. Most of the clinical manifestations of esophageal, gastric or duodenal lesions are nonspecific and require morphological verification of the diagnosis, since they can occur under the guise of ordinary gastritis or duodenitis. In addition, histological findings such as marked focal erythematous gastropathy and non-vascular granulomas may be suggestive of CD. The association between upper UGI involvement and poor prognosis in Crohn's disease remains controversial. Currently, there are no criteria for assessing the severity of the lesion and understanding the degree of participation of the upper gastrointestinal tract in CD for the long-term prognosis of the disease. This article presents the children's own examination data and a clinical case of gastric and duodenal involvement at the onset of Crohn's disease.

**Keywords:** Crohn's disease, gastritis, duodenitis, children

Information on conflicts of interest: there is no conflict of interest.

Sponsorship Information: This work was not funded.

**For citation:** Trapeznikova A.Yu., Permyakova A.A., Vasilyeva A.G., Korostovtseva E.Yu., Ivanov G.V. Features of upper gastrointestinal involvement during the onset of Crohn's disease. *Filin's Clinical endoscopy*. 2026;68(2):36-39. (in Russ.) doi: 10.31146/2415-7813-endo-68-2-36-39.

**Б**лезнь Крона (БК) – многофакторное воспалительное заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), характеризующееся рецидивирующе-ремиттирующим течением с прогрессирующим поражением кишечника [1, 2]. Приблизительно у 25% пациентов БК диагностирована в детском и подростковом возрасте [3, 4]. В последнее десятилетие заболеваемость и распространенность БК значительно увеличились, особенно у педиатрических пациентов с 5,2 на 100 000 (95% доверительный интервал (ДИ), 4,3–6,2) в 1994 году до 7,9% на 100 000 (95% ДИ, 6,9–9,0) в 2009 году ( $p < 0,0001$ ) [5].

Согласно Монреальской классификации для взрослых и Парижской классификации для педиатрических пациентов в зависимости от локализации поражения выделяют: терминальный илеит (L1), колит (L2), илеоколит (L3) и поражение верхних отделов ЖКТ (L4) [6, 7].

Внедрение рутинной эндоскопии верхних отделов ЖКТ, магнитно-резонансной энтерографии и компьютерной томографии (КТ) у всех пациентов, обследуемых при подозрении на БК, увеличило частоту встречаемости L4 формы заболевания [8].

Поражение ротовой полости при болезни Крона имеет разнообразную клиническую картину, включая отек губ, утолщение слизистой оболочки щек, появление язв и трещин слизистой и отек десен [9], требующую гистологической верификации диагноза. Проявления заболевания на слизистой полости рта являются, с одной стороны, следствием первичного воздействия болезни, а с другой, могут быть симптомами патологии другой этиологии или вторичной реакцией на медикаментозное лечение. Также появление морфологических изменений зачастую связано с вторичным проявлением

кишечной формы болезни Крона. Результаты изучения клинических и морфологических особенностей БК, сопровождаемых поражением полости рта, показали, что у 33 (38,4%) больных наблюдались изменения в полости рта, в частности хронический рецидивирующий афтозный стоматит у девяти (10,46%) больных. У 19 (22,1%) больных симптомы со стороны полости рта появились раньше кишечных проявлений, что подтверждается результатами гистологического исследования слизистой оболочки полости рта, а именно наличием гранулематозного воспаления.

Появление симптомов со стороны верхних отделов ЖКТ предшествует клинической картине вовлеченности нижних отделов лишь у 10% пациентов с БК [10] и варьирует в зависимости от локализации. В настоящее время вероятность поражения пищевода при болезни Крона оценивается как маловероятная. Распространенность БК пищевода у взрослых по разным данным варьируется от 1,2 до 1,8% и от 3,3 до 6,8%, а у детей заболеваемость составляет от 25,8 до 41,5% и от 7,6 до 17,6%. Поражения пищевода, в большинстве случаев, протекают бессимптомно, либо манифестируют неспецифическими жалобами, зачастую трактуемыми как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Однако также могут возникнуть такие симптомы, как дисфагия, одинофагия, ретростеральная боль или выраженная изжога. В 2012 году группой ученых было выдвинуто предположение, что поражение пищевода при БК происходит в три этапа [11]. Первый этап включает воспаление и отек слизистой оболочки, появление эрозий и линейных язв, за которыми следуют стенотические поражения (вторая стадия). На третьей стадии возникают одинофагия, рвота и потеря массы тела в результате формирования стриктуры пищевода.

Поражение желудка и ДПК при болезни Крона редко клинически себя проявляет, однако целесообразно проводить эндоскопическое исследование верхних отделов ЖКТ при наличии поражения дистальных отделов. При гастродуоденальном поражении могут проявляться симптомы, имитирующие язвенную болезнь, такие как боль в эпигастральной области, тошнота/рвота и вздутие живота, субфебрильная температура тела. В педиатрической практике гастрит или дуоденит при болезни Крона часто протекает бессимптомно и обычно диагностируется при рутинной эндоскопии. Это может проявляться в виде гиперемии слизистой оболочки (эритематозный гастродуоденит), эрозий или язв, формирования свища, стриктуры или их комбинации. Симптоматические гастродуоденальные проявления БК встречаются менее чем у 4% пациентов с верифицированным диагнозом [12]. Неспецифические симптомы такие, как тошнота, диспепсия, анорексия и боль в эпигастральной области, являются наиболее часто встречающимися симптомами. Появления осложнения в виде формирования стеноза выходного отверстия желудка способно вызвать раннее чувство насыщения, постпрандиальную рвоту, снижение массы тела и редко гематемезис [13].

Нередко сочетание симптомов на фоне появления отклонений в лабораторных анализах крови (железодефицитная и фолиеводефицитная анемии, гипоальбуминемия, повышение С-реактивного белка и др.) [14].

По данным эпидемиологических исследований, регистрируется увеличение числа людей, страдающих воспалительными заболеваниями кишечника, по всему миру. В последние годы появляется все больше публикаций, касающихся состояния верхних отделов ЖКТ при данных заболеваниях. К сожалению, в настоящее время недостаточно изучена симптоматика на начальных стадиях патологии. Отсутствуют представления об оценке места поражения в общей картине заболевания, а также является ли это осложнением или относится к индивидуальному течению болезни и не сказывается на тяжести. В связи с этим нами была поставлена задача оценить особенности ранних проявлений вовлеченности в патологический процесс пищевода, желудка, луковицы и нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки и привести клинический пример такого поражения.

Проанализировано 25 историй болезни пациентов в возрасте от пяти до 18 лет, страдающих болезнью Крона. У всех пациентов на момент поступления в стационар данное заболевание диагностировано впервые. Пациенты не имели отягощенной наследственности по заболеваниям ЖКТ и ранее проведенных операций на органах брюшной полости, вредные привычки (курение) отрицали. Среди исследуемой выборки 15 человек (60%) были лица мужского пола. Средний возраст пациентов женского пола составил 12 лет 6 месяцев, мужского пола – 13 лет 5 месяцев. В группе мальчиков заболевание протекало более длительно (средняя продолжительность составила 10,6 месяцев), чем у девочек (средняя продолжительность – 6,2 месяцев). Среднее время от момента появления первых симптомов до морфологической верификации диагноза составило девять месяцев (максимально – 30 месяцев, минимально – один месяц). До момента поступления в стационар все пациенты неоднократно проходили симптоматическое лечение с применением антибактериальной терапии, блокаторов протонной помпы, противодиарейные препараты и полиферментные препараты с временным положительным эффектом.

Ведущими жалобами у обследуемых пациентов при поступлении были болевой синдром (92%) и кровь в кале (84%). У 56% отмечались симптомы анемического синдрома и у 36% зафиксировано повышение температуры тела до субфебрильных цифр. В группе мальчиков ведущим синдромом в 100% случаев был болевой, тогда как у девочек он встречался лишь в 80% случаев. По остальным жалобам значимых отличий не получено.

Всем пациентам было проведено эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), колоноскопия с взятием биопсийного материала из всех обследуемых отделов. По результатам эндоскопического исследования у 24% пациентов диагностирован колит (L2), у 72% – илеоколит (L3). Поражение верхних отделов

желудочно-кишечного тракта отмечено у всех обследуемых пациентов (БК тяжелой степени чаще встречалась у лиц мужского пола (53%), чем у лиц женского пола (30%)). По результатам ЭГДС поражение пищевода у исследуемой группы не диагностировано. У 92% обследуемых пациентов отмечалась гиперемия слизистой желудка, у 24% – эрозии антрального отдела желудка. Гиперемия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки (ДПК) диагностирована у 76% детей, при этом у 36% отмечался также выраженный отек слизистой. У одного пациента диагностирован эрозивный бульбит.

По данным литературы наиболее распространенной картиной является поражение антрального отдела, привратника и проксимального отдела двенадцатиперстной кишки, затрагивающее до 60% пациентов с БК двенадцатиперстной кишки [12, 13]. Мужчины и женщины страдают в равной степени, в соотношении 1,2:1. Гранулемы обнаруживаются как при аномальном макроскопическом строении слизистой оболочки

желудка и двенадцатиперстной кишки, так и при нормальном ее строении. Часто наблюдается очаговое острое (нейтрофильное) и хроническое (лимфоцитарное) воспаление.

По данным гистологического исследования биоптатов у всех пациентов описан неравномерный характер воспаления слизистой. У двух пациентов были обнаружены саркоидные гранулемы, у пяти пациентов – афтоидные язвы. Трансмуральные лимфоидные скопления отмечались у 12 человек (48%). Лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки выявлена у 88% обследованных детей.

Полученные данные в детской популяции демонстрируют схожесть проявлений заболевания и подтверждают взаимосвязь тяжести поражения верхних и нижних отделов ЖКТ, что подчеркивает важность проведения ЭГДС во время дебюта болезни Крона с целью своевременной верификации объема поражения слизистых и коррекции проводимой терапии.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последние годы появляется все больше публикаций, касающихся состояния верхних отделов ЖКТ при данных заболеваниях. К сожалению, в настоящее время недостаточно изучена симптоматика на начальных стадиях патологии. Отсутствуют представления об оценке места поражения в общей картине

заболевания, а также является ли это осложнением или относится к индивидуальному течению болезни и не сказывается на тяжести. Дальнейшее изучение данной проблемы позволит диагностировать поражение на ранних стадиях, что существенно улучшит прогнозы при терапии.

## ЛИТЕРАТУРА | REFERENCES

- Baumgart D.C., Sandborn W.J. Crohn's disease. *Lancet*. 2012 Nov 3;380(9853):1590–605. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60026-9.
- Khavkin A.I., Novikova V.P., Trapeznikova A. Yu., Yablokova E.A., Erokshina M.I., Chibrina E.V. *Voprosy dietologii*. 2023;13(1):30–35. (in Russ.) doi: 10.20953/2224-5448-2023-1-30-35.  
Хавкин А.И., Новикова В.П., Трапезникова А.Ю., Яблокова Е.А., Ерохина М.И., Чибрина Е.В. Воспалительные заболевания кишечника и гельминтозы. Вопросы диетологии. 2023;13(1):30–35. doi: 10.20953/2224-5448-2023-1-30-35.
- Ghione S., Sarter H., Fumery M., Armengol-Debeir L., Savoye G., Ley D. et al. Dramatic increase in incidence of ulcerative colitis and Crohn's disease (1988–2011): a population-based study of French adolescents. *Am J Gastroenterol*. 2018;113:265–72. doi: 10.1038/ajg.2017.228.
- Novikova V.P., Matalygina O.A., Gurova M.M. et al. Semiotics and syndromes of digestive system damage in children. Textbook for 3rd-year students of the pediatric faculty. Series: Library of the Pediatric University. St. Petersburg, 2022. (in Russ.)  
Новикова В.П., Матальгина О.А., Гурова М.М. и др. Семиотика и синдромы поражения пищеварительной системы у детей. Учебно-методическое пособие для студентов 3 курса педиатрического факультета. Сер. Библиотека педиатрического университета. Санкт-Петербург, 2022.
- Benchimol E.I., Fortinsky K.J., Gozdyra P., Van den Heuvel M., Van Limbergen J., Griffiths A.M. Epidemiology of pediatric inflammatory bowel disease: a systematic review of international trends. *Inflamm Bowel Dis*. 2011 Jan;17(1):423–39. doi: 10.1002/ibd.21349.
- Satsangi J., Silverberg M.S., Vermeire S., Colombel J.F. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut*. 2006 Jun;55(6):749–53. doi: 10.1136/gut.2005.082909.
- Levine A., Griffiths A., Markowitz J. et al. Pediatric modification of the Montreal classification for inflammatory bowel disease: the Paris classification. *Inflamm Bowel Dis*. 2011;17:1314–21. doi: 10.1002/ibd.21493.
- Van Hogezaand R.A., Witte A.M., Veenendaal R.A., Wagtmans M.J., Lamers C.B. Proximal Crohn's disease: review of the clinicopathologic features and therapy. *Inflamm Bowel Dis*. 2001;7:328–37. doi: 10.1097/00054725-200111000-00010.
- Laube R., Liu K., Schifter M., Yang J.L., Suen M.K., Leong R.W. Oral and upper gastrointestinal Crohn's disease. *J Gastroenterol Hepatol*. 2018;33:355–64. doi: 10.1111/jgh.13866.
- Yamamoto T., Allan R.N., Keighley M.R. An audit of gastroduodenal Crohn disease: clinicopathologic features and management. *Scand J Gastroenterol*. 1999;34:1019–24. doi: 10.1080/003655299750025138.
- Wang W., Ni Y., Ke C., Cheng Q., Lu Q., Li X. Isolated Crohn's disease of the esophagus with esophago-mediastinal fistula formation. *World J Surg Oncol*. 2012;10:208. doi: 10.1186/1477-7819-10-208.
- Wagtmans M.J., Verspaget H.W., Lamers C.B., van Hogezaand R.A. Clinical aspects of Crohn's disease of the upper gastrointestinal tract: a comparison with distal Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 1997 Sep;92(9):1467–71.
- Mottet C., Juillerat P., Pittet V. et al. Upper gastrointestinal Crohn's disease. *Digestion*. 2007;76(2):136–40. doi: 10.1159/000111028.
- Khalilova N.A., Trapeznikova A. Yu., Shestakova M.D. Iron deficiency anemia in the structure of chronic diseases (literature review). *Children's Medicine of the North-West*. 2023;11(3):68–75. (in Russ.) doi: 10.56871/CmN-W.2023.79.81.0042012.  
Халилова Н.А., Трапезникова А.Ю., Шестакова М.Д. Железодефицитная анемия в структуре хронических заболеваний (обзор литературы). Children's Medicine of the North-West. 2023;11(3):68–75. doi: 10.56871/CmN-W.2023.79.81.0042012.