

## БОЛЕЗНЬ КРОНА У РЕБЕНКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

<sup>1</sup>Чурбакова О. В. ORCID ID 0000-0003-3723-1542,  
<sup>1</sup>Печкуров Д. В. ORCID ID 0000-0002-5869-2893,  
<sup>2</sup>Шилова Е. Ю., <sup>1</sup>Файзрахманова А. Р., <sup>3</sup>Хлопова Э. Ш.

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет», кафедра детских болезней, Самара, Российская Федерация; e-mail: o\_churbakova@mail.ru;

<sup>2</sup> Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области «Самарская городская больница № 6», Самара, Российская Федерация;

<sup>3</sup> Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарская областная детская клиническая больница им. Н. Н. Ивановой, Самара, Российская Федерация

Болезнь Крона - хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, достаточно редко встречающееся у детей, что представляет серьезные проблемы для диагностики и лечения. В статье проанализирован клинический случай больной 7 лет с болезнью Крона. Впервые пациентка обратилась с жалобами на периодические боли около пупка, приступы тошноты, связанные с нарушением диеты. Боли в животе беспокоили на протяжении 6 месяцев. Наблюдались отклонения от норм клинико-лабораторных показателей. Выявлено повышение аминотрансфераз, гамма-глутамилтранспептидазы. При уточнении диагноза повышены следующие биохимические показатели: прямой билирубин, С-реактивный белок, ревматоидный фактор, а также фекальный кальпротектин, показатели иммуноглобулинов IgA, IgG, IgM. Наблюдалось снижение уровня железа в сыворотке крови, креатинина, натрия. При проведении УЗИ отмечены эхопризнаки очагового стеатоза печени, холедохоэктазии, утолщения стенки желчного пузыря. После проведения биопсии с/о подвздошной кишки выдано заключение: эрозивный фибринозно-гнойный правосторонний колит. Больной выполнена колоноскопия, в результате которой поставлен диагноз: болезнь Крона правой половины ободочной кишки с афтозно-эрозивным поражением. На основании полученных исследований поставлен окончательный диагноз - болезнь Крона. После выставления диагноза была назначена терапия с последующим наблюдением врача. Продолжается дальнейшее наблюдение пациента педиатром, гастроэнтерологом. Изучение еще одного случая болезни Крона важно для ранней диагностики заболевания, позволяющей предотвратить развитие осложнений и снизить риск рецидивов.

Ключевые слова: дети, болезнь Крона, наблюдение, терапия.

## CROHN'S DISEASE IN A CHILD. A CLINICAL CASE

<sup>1</sup>Churbakova O. V. ORCID ID 0000-0003-3723-1542,  
<sup>1</sup>Pechkurov D. V. ORCID ID 0000-0002-5869-2893,  
<sup>2</sup>Shilova E. Y., <sup>1</sup>Fayzrakhmanova A. R., <sup>3</sup>Khlopova E. Sh.

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Samara State Medical University, Department of Children's Diseases, Samara, Russian Federation; e-mail: o\_churbakova@mail.ru

<sup>2</sup>Samara City Hospital No. 6, Samara, Russian Federation;

<sup>3</sup> N. N. Ivanova Samara Regional Children's Clinical Hospital, Samara, Russian Federation

Crohn's disease is a chronic, recurrent disease of the gastrointestinal tract of unclear etiology, which is quite rare in children, which poses serious problems for diagnosis and treatment. The article analyzed the clinical case of a 7-year-old patient with Crohn's disease. For the first time, the patient complained of periodic pain near the navel, bouts of nausea associated with diet disturbance. Abdominal pain was disturbed for 6 months. Deviations from the norms of clinical and laboratory indicators were observed. An increase in aminotransferases, gamma-glutamyl transpeptidase was revealed. When clarifying the diagnosis, the following biochemical parameters were increased: direct bilirubin, C-reactive protein, rheumatoid factor, as well as fecal calprotectin, IgA, IgG, IgM immunoglobulins. Serum iron, creatinine, sodium decreased. Ultrasound revealed echoprisms of focal hepatic steatosis, choledochoectasia, and thickening of the gallbladder wall. After a biopsy of the ileum, an erosive fibrinous-purulent right-sided colitis was concluded. The patient underwent a colonoscopy, as a result of which a diagnosis was made: Crohn's disease of the right half of the colon with aphthous-erosive damage. Based on the obtained studies, the final diagnosis was made - Crohn's disease. After the diagnosis was made, therapy was prescribed, followed by a doctor's supervision. Further observation of the patient by a pediatrician, gastroenterologist continues. The study of another

**case of Crohn's disease is important for the early diagnosis of the disease, allowing you to prevent the development of complications and reduce the risk of recurrence.**

Keywords: children, Crohn's disease, observation, therapy.

## **Введение**

Болезнь Крона (БК) - хроническое иммуновоспалительное заболевание с поражением желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и внегастроинтестинальными проявлениями [1; 2]. Многообразие клинических проявлений, склонность к рецидивированию и развитию осложнений, трудно предсказуемый характер течения – всё это присуще БК. Морфологически БК характеризуется трансмуральным, сегментарным, по типу «прыжков кенгуру» гранулематозным воспалением кишечной стенки [3; 4]. Распространенность заболевания среди детей в мире колеблется от 2,5 до 11,4 на 100 000 [5; 6]. В возрасте до 10 лет заболевание чаще встречается в виде изолированного воспаления толстой кишки, тогда как у подростков в большинстве случаев воспалительный процесс локализуется в терминальных отделах подвздошной кишки и илеоцекальной области [7; 8]. В детском возрасте БК может протекать особенно тяжело - с обширным поражением слизистой оболочки ЖКТ, устойчивостью к традиционным методам лечения и высокой вероятностью рецидивов [9; 10]. Наиболее частые симптомы дебюта: абдоминальная боль, потеря массы тела, астенический синдром и диарея. У детей младше 10 лет чаще отмечались признаки выраженного воспалительного процесса: повышение скорости оседания эритроцитов, С-реактивного белка и тромбоцитоз [11]. Несмотря на то, что абсолютно специфических маркеров этого заболевания в настоящее время не установлено, при диагностике отмечаются признаки воспаления, как локального, так и системного, необходимо идентифицировать инфекционного агента при его наличии [12-14]. Каждого пациента необходимо оценивать индивидуально, чтобы определить, какое исследование является наиболее подходящим, с учетом возраста, предполагаемого места поражения, тяжести заболевания и вероятности рецидива [15].

**Цель исследования:** продемонстрировать трудности диагностики болезни Крона у ребенка 7 лет.

## **Материал и методы исследования**

В настоящее время ребенок наблюдается в ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница № 6 ДПО № 1», в ГБУЗ «Самарская областная детская клиническая больница им. Н.М. Ивановой». Наблюдение больной осуществлялось с 27 августа 2025 года по настоящее время. Было получено информированное согласие на исследование от матери девочки. При обращении к врачу в ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница № 6 ДПО № 1» данные исследования занесены в амбулаторную карту больного, далее - в ГБУЗ «Самарская областная детская клиническая больница им. Н. М. Ивановой» заведена история болезни

больной. Проведен осмотр, назначены исследования, наблюдение за ребенком, проведено лечение.

Для коррекции терапии регулярно исследуются общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови: АЛТ, АСТ, общий билирубин, СРБ, ГГТ, ЩФ, ферритина и хлоридов. Проведены инструментальные методы исследования: УЗИ органов брюшной полости, ЭФГДС, видеоколоноскопия, пункционная биопсия кишечника.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Пациентка К., 7 лет. Впервые обратились 27.08.2025 г. к гастроэнтерологу ГБУЗ Самарской области «СГБ № 6 ДПО № 1» с жалобами на периодические боли около пупка, приступы тошноты, связанные с нарушением диеты. Боли в животе беспокоили на протяжении 6 месяцев. В биохимическом анализе 28.08.2025 г. отмечены повышенные показатели: АлАТ – 65,9 Ед/л, АсАТ - 54,1 Ед/л, ГГТП – 264,44 Ед/л, билирубин и щелочная фосфатаза – в норме. Исключены вирусные гепатиты: anti-HAV-IgM, anti-HCV, HbsAg в сыворотке крови методом ИФА не обнаружены. У больной наблюдалось повышение температуры тела до 37,4 °С на фоне ОРВИ 18.09.2025 г., принимала противовирусное средство. С 18.09.2025 г. по 23.09.2025 г. температура повышалась максимально до 39,2 °С, назначен кларитромицин. В связи с тем, что улучшения состояния у ребенка не было, отмечались боли в животе с 28.09.2025 г., проведена замена кларитромицина на цефиксим. В общем анализе крови от 26.09.2025 г. - лейкоцитоз  $13,7 \cdot 10^9$ , в биохимическом анализе крови - АлАТ 147,4 Ед/л, АсАТ 118,6 Ед/л,  $\gamma$ -ГТП 424,4 Ед/л.

Направлена в детскую инфекционную больницу, где находилась с 01.10.2025 г. по 09.10.2025 г. Проведены ФГДС 03.10.2025 г.: патологии не выявлено. По данным УЗИ органов брюшной полости: содержимое желчного пузыря неоднородное, стенка восходящей, поперечно-ободочной и нисходящей кишки утолщена. При выписке поставлен диагноз: «Фебрилитет неясной этиологии. Болезнь Крона? Токсический гепатит. Синдром дисхолии».

По экстренным показаниям госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение СОДКБ им. Н. Н. Ивановой г. Самары, где находилась с 10.10.2025 г. по 24.10.2025 г. При поступлении жалобы на периодические боли в животе, повышение температуры тела до субфебрильных и фебрильных цифр, потеря в весе на 1 кг за 2 недели.

Перенесенные болезни: ОРВИ, ветряная оспа. Аллергический анамнез не отягощен.

При поступлении состояние средней тяжести. Положение активное, вес – 17 кг, рост – 123 см, ИМТ -  $11,3 \text{ кг/м}^2$ , дефицит массы тела I степени. Кожа чистая, бледно-розовая, обычной влажности, без патологических высыпаний. Отеки не определяются. Видимые слизистые влажные, розовые. Лимфатические узлы не пальпируются, не увеличены. Костно-мышечная система без патологических изменений. Катаральные явления отсутствуют. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Форма грудной клетки правильная. Частота дыхания 20 в мин.

Дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Насыщение крови кислородом (сатурация) - 98%. Пульс 78 ударов в мин. Ритм правильный. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные. АД - 85/60 мм рт. ст. Appetit хороший. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень – у края реберной дуги, плотно-эластической консистенции. Пальпация органов брюшной полости безболезненна. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул нормальный оформленный.

По данным лабораторного обследования 11.10.2025 г. все показатели общего анализа крови в норме, за исключением СОЭ по Панченкову - 30 мм/час, тромбоциты и тромбоцитоза -  $472 \times 10^9/\text{л}$  (норма  $150-400 \times 10^9/\text{л}$ ). Биохимический анализ крови: повышение уровня прямого билирубина в крови – 7,07 мкмоль/л (норма 0-3,4 мкмоль/л), С-реактивного белка – 28,15 мг/л, (норма 0-6 мг/л), активности АлАТ – 41,1 Ед/л (норма 0-39 Ед/л), АсАТ – 63 Ед/л (0-47 Ед/л), ревматоидный фактор – 19 Ед/л (норма <8 Ед/л), повышение уровней иммуноглобулина: IgA – 3,1 МЕ/мл (норма 0,34-3,05 МЕ/мл), IgG – 19,0 МЕ/мл (норма 5,72-14,74 МЕ/мл), IgM – 4,2 МЕ/мл (норма 0,31-2,08 МЕ/мл), кальпротектин фекальный 267,8 мкг/гр (> 160 мкг/гр – выраженное повышение). Наблюдалось снижение содержания железа в сыворотке крови – 7,2 мкмоль/л (норма 9-21,5 мкмоль/л), креатинина в крови – 33 мкмоль/л (норма 36-60 мкмоль/л), натрия 136,8 ммоль/л, (норма 138-145 ммоль/л). Проведены анализы на антитела IgA и IgG к деамидированному пептиду глиадина, тканевой транскляминазе, все анализы в норме.

Выполнена ЭКГ (электрокардиограмма) 13.10.2025, в которой отмечено: ритм синусовый, умеренная тахикардия с максимальной ЧСС 100 уд./мин.; вольтаж удовлетворительный, положение электрической оси сердца нормальное, полугоризонтальная позиция, неспецифическое нарушение процессов реполяризации в желудочках, функциональная способность миокарда сохранена.

Проведено УЗИ гепатобилиарной зоны 13.10.2025 г., отмечено, что в воротах печени лоцируются множественные узлы средней эхогенности. Стенка желчных протоков утолщена, повышенной эхогенности, в желчном пузыре имеется лабильный загиб в дне и шейке. Содержимое неоднородное, густая желчь. В поджелудочной железе, селезенке патологии не выявлено. Заключение: признаки утолщения стенок желчных протоков (дифференцировать с холангитом), наличия густой желчи в желчном пузыре, лимфаденопатии лимфоузлов воротной зоны печени.

При ультразвуковом исследовании кишечника (толстая кишка, тонкая кишка, сигмовидная и прямая кишка) выявлено: перистальтика сохранена, стенки во всех отделах до 2,3 мм, не утолщены, стенка тонкой кишки до 1,3 мм, не утолщена, петли не дилатированы. Аппендикулярный отросток диаметром до 5 мм, не изменен. Реакции сальника нет. Окружающие

ткани не изменены. Мезентериальные лимфоузлы до 12 мм, средней эхогенности. Забрюшинные лимфоузлы не визуализируются. Свободная жидкость не определяется.

Выполнена тотальная видеоколоноскопия 13.10.2025 г.: илеоцекальный клапан щелевидной формы, сомкнут, отечен. Аппарат проведен в дистальный отдел подвздошной кишки на 7 см, слизистая бархатистая, бледно-розовая с нодулярными очагами. Купол слепой кишки и восходящая ободочная кишка очагово изменены за счет отека с афтозно-эрозивным поражением. Нижележащие отделы ободочной кишки без особенностей, слизистая на видимых участках розовая, сосудистый рисунок сохранен. Гаустрация толстой кишки на неизмененных отделах сохранена, соответствует топографии отделов. Стенка кишки эластичная. Перистальтика прослеживается. Тонус нормальный. При биопсии ткань эластичная. Анальный канал без воспалительных изменений. После проведения гистологического исследования дано заключение: «Эрозивный фибринозно-гнойный правосторонний колит».

15.10.2025 г. проведена гистология: биопсия № 2 с/о подвздошной кишки (2 кус.) Ворсины пальцевидные, фокально укорочены, без углубления крипт. Щеточная кайма прослеживается на всем протяжении. Количество бокаловидных клеток увеличено, отмечается гиперплазия бокаловидных клеток. В собственной пластинке умеренно выраженная лимфоплазмоцитарная инфильтрация. Лимфоидные фолликулы гиперплазированы. Биопсия № 1 с/о купола слепой кишки; биопсия № 3 с/о печеночный угол; биопсия № 4 с/о селезеночный угол; биопсия № 5 с/о сигмовидной кишки; биопсия № 6 с/о прямой кишки. В представленных препаратах картина идентична. Поверхность слизистой оболочки покрыта железистым эпителием, с дистрофическими изменениями, границы между клетками нечеткие, за счет выраженной гиперплазии клеток. СО слепой кишки, печеночного угла ободочной кишки – с множественными дефектами, наложениями фибрина, с признаками криптита и формированием крипт абсцессов. На поверхности эпителия большое количество слизи. Крипты на некоторых участках укорочены. В собственной пластинке левых отделов толстой кишки отек, очаговые кровоизлияния, полнокровие сосудов, умеренно выраженная лимфоплазмоцитарная инфильтрация с примесью единичных эозинофилов. Фокально в слепой кишке и ободочной (печеночный угол) массивная лимфоплазмоцитарная инфильтрация с внутриэпителиальным расположением лейкоцитов.

Заключение: эрозивный фибринозно-гнойный правосторонний колит.

При повторном УЗИ гепатобилиарной зоны 23.10.2025 г. наблюдались эхопризнаки очагового стеатоза печени, холедохэктазии, незначительного утолщения стенок желчного пузыря.

При выписке состояние удовлетворительное, жалоб нет.

Рекомендации по лечению: месалазин 500 мг 3 раза в сутки после еды; преднизолон 20 мг с последующим снижением дозы, урсодезоксихолевая кислота 250 мг 1 раз в день на ночь, 3 месяца, омепразол на фоне приема преднизолона.

Кроме того, назначена заместительная терапия: препаратами железа, витамин Д 1000 МЕ длительно, аспаркам по 1/2 таблетки 2 раза в день на фоне приема преднизолона, кальцеин по 1 таблетке в день на фоне приема преднизолона.

Диета – стол № 4, лечебно-охранительный режим.

Согласно «Клиническим рекомендациям» (2023) для постановки диагноза оценены критерии обострения тяжести БК больной (табл.).

Критерии обострения тяжести болезни Крона больной

Критерий	Согласно «Клиническим рекомендациям» показатели средней тяжести	Показатели больной
Средняя частота стула за последние 3 дня	4-6	+
Боль в животе	Умеренная	+
Лихорадка	< 38 °С	+
Тахикардия	< 90 в мин.	+
Снижение массы тела	до 5%	+
Гемоглобин	90-100 г/л	-
СОЭ	< 30 мм /ч	норм.
СРБ	до 2 норм	+
Гипопротеинемия (гипоальбуминемия)	Незначительная	норм.
Внекишечные проявления (любые)	Есть	+
Кишечные осложнения (любые)	Есть	+

Примечание: составлено авторами на основе полученных данных в ходе исследования на основе Клинических рекомендаций «Болезнь Крона, взрослые» (2023) [4].

После проведения терапии состояние больной улучшилось.

### **Заключительный клинический диагноз**

Основное заболевание: К 50.8 Болезнь Крона илеоколит с поражением проксимальных отделов толстой кишки, умеренная активность PCDAI – 27,5 дебют заболевания.

Осложнение основного заболевания: латентный дефицит железа.

Сопутствующие заболевания: недостаточность питания легкой степени ДМТ 1 ст. ИМТ 11,3. Дисфункция сфинктера Одди по билиарному типу. Холедохэктазия. Очаговый стеатоз печени. Синдром цитолиза.

### **Заключение**

Таким образом, представленный клинический случай демонстрирует выявление болезни Крона у ребенка, патологию пищеварительного тракта, течение заболевания. У больной при обращении к гастроэнтерологу в течение полугода отмечались жалобы на боли в животе, тошноту, связанные с нарушениями диеты. Данные симптомы - малоспецифичные для БК. В процессе обследования выявлены признаки системного воспаления: увеличение СОЭ, СРБ, синдром печеночно-клеточного цитолиза. Последующее повышение температуры расценено как проявление инфекционного процесса, и ребенок был направлен в инфекционную больницу, где была заподозрена БК, и ребенок направлен в гастроэнтерологическое отделение для уточнения диагноза. В СОДКБ им. Н. Н. Ивановой выставлен окончательный диагноз и назначена противовоспалительная терапия. Активное взаимодействие педиатров и инфекционистов позволило определить БК на ранней стадии, что дало возможность назначить все необходимые исследования, проведение терапии с последующим наблюдением ребенка по месту жительства.

### **Список литературы**

1. Стаценко И. Ю., Скворцов В. В., Кирина М. А. Новый случай болезни Крона // Лечащий Врач. 2023. № 2 (26). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/novyy-sluchay-bolezni-krona> (дата обращения: 04.02.2026). DOI: 10.51793/OS.2023.26.2.004.
2. Spiceland C., Lodhia N. Endoscopy in inflammatory bowel disease: Role in diagnosis, management, and treatment // World journal of gastroenterology. 2018. Vol. 24 (35). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30254405/> (дата обращения: 04.02.2026): DOI: 10.3748/wjg.v24.i35.4014.
3. Немцева Л. А., Никитина Н. Л., Мухамеджанов Д. Б., Елькина А. Ю. Болезнь Крона: трудный путь к диагнозу // Современные проблемы науки и образования. 2024. № 6. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=33773> (дата обращения: 08.02.2026). DOI: 10.17513/spno.33773.

4. Шельгин Ю. А., Ивашкин В. Т., Ачкасов С. И., Решетов И. В., Маев И. В., Белоусова Е. А., Варданян А. В., Нанаева Б. А., Адамян Л. В., Драпкина О. М., Намазова-Баранова Л. С., Разумовский А. Ю., Ревিশвили А. Ш., Хатьков И. Е., Шабунин А. В., Ливзан М. А., Сажин А. В., Тимербулатов В. М., Хлынова О. В., Абдулганиева Д. И., Абдулхаков Р. А., Александров Т. Л., Алексеева О. П., Алексеенко С. А., Аносов И. С., Бакулин И. Г., Барышева О. Ю., Болихов К. В., Веселов В. В., Головенко О. В., Губонина И. В., Долгушина А. И., Жигалова Т. Н., Каграманова А. В., Кашников В. Н., Князев О. В., Костенко Н. В., Ликутов А. А., Ломакина Е. Ю., Лоранская И. Д., Макарчук П. А., Мингазов А. Ф., Москалев А. И., Назаров И. В., Никитина Н. В., Одинцова А. Х., Омеляновский В. В., Осипенко М. Ф., Ощепков А. В., Ситкин С. И., Скалинская М. И., Сурков А. Н., Сушков О. И., Тарасова Л. В., Успенская Ю. Б., Фролов С. А., Чашкова Е. Ю., Шифрин О. С., Щербакова О. В., Щукина О. Б., Шкурко Т. В., Павленко В. В., Полуэктова Е. А., Родоман Г. В., Сегаль А. М. Клинические рекомендации. Болезнь Крона (K50), взрослые // Колопроктология. 2023. № 3. URL: <https://www.ruproctology.com/jour/article/view/1848/1895?ysclid=mmuhbui0td515180911>. DOI: 10.33878/2073-7556-2023-22-3-10-49.
5. Самолыго И. С., Аминова А. И., Ерюшова Т. Ю., Мацукатова Б. О., Андрианова К. А., Гундина А. В., Эрдес С. И. Необычное начало и течение болезни Крона у детей // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2024. № 226 (6). URL: <https://www.nogr.org/jour/article/view/2823/2423> (дата обращения: 05.02.2026). DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-226-6-221-224.
6. 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. Vol. 17 (1). P. 423-439. DOI: 10.1002/ibd.21349.
7. Калатина Ю. Е., Сорокин Д. В., Волосников Д. К. Клинические и лабораторные особенности болезни Крона у детей // Педиатрический вестник Южного Урала. 2020. № 1. С. 66–71. URL: <https://search.rads-doi.org/showfile/ru/1992> (дата обращения: 05.02.2026). DOI: 10.34710/Chel.2020.17.19.007.
8. Day A. S., Ledder O., Leach S. T., Lemberg D. A. Crohn's and colitis in children and adolescents // *World J. Gastroenterol.* 2012;18(41):5862–5869. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23139601/> DOI: 10.3748/wjg.v18.i41.5862.
9. Аракелян А. Л., Сурков А. Н., Бессонов Е. Е., Сытьков В. В., Гетманов С. Д., Фатуллаев С. Т., Изотова Н. А., Малякина А. Д., Власова З. Е., Ильяшенко Е. Н. Язвенный колит и болезнь Крона в детском возрасте: актуальные вопросы и решения // Вопросы современной педиатрии. 2025;24(3):146–156. DOI: 10.15690/vsp.v24i3.2918.

10. Qin X. Why is damage limited to the mucosa in ulcerative colitis but transmural in Crohn's disease? // *World J Gastrointest Pathophysiol.* 2013;4(3):63–64. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23946890> (дата обращения: 09.02.2026) DOI: 10.4291/wjgp.v4.i3.63.
11. Шаруда Е. В., Шеина О. П., Ильинская О. Е., Естебесова Ю. Р. Опыт ведения детей с болезнью Крона в гастроэнтерологическом отделении // *Вестник УГМУ.* 2025. № 10 (3). URL: <https://vestnikusmu.ru/index.php/vestnik/issue/view/28/29> (дата обращения: 02.02.2026) DOI: 10.52420/usmumb.10.3.e00173.
12. Скибицкий В. В., Породенко Н. В., Звягинцева Ю. Г., Сиротенко Д. В., Запевина В. В., Брагина А. Н. Атипичное течение болезни Крона (клинический случай) // *Южно-Российский журнал терапевтической практики.* 2021. № 2 (4). URL: <https://www.therapeutic-j.ru/jour/article/view/173/106> (дата обращения: 07.02.2026). DOI: 10.21886/2712-8156-2021-2-4-85-90.
13. Irwin J. R., Ferguson E., Simms L. A., Hanigan K., Doecke J. D., Langguth. D., Arnott A., Radford-Smith G. Detectable Laboratory Abnormality Is Present up to 12 Months Prior to Diagnosis in Patients with Crohn's Disease // *Dig Dis Sci.* 2019. № 64 (2). DOI: 10.1007/s10620-018-5357-0.
14. Feng J-R., Qiu X., Wang F., Chen P-F., Gao Q., Peng Y-N., Gao Q., Peng Y., Lin X., Liu Q., Jing Liu J., Zhao Q., Li J. Diagnostic Value of Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio and Platelet-to-Lymphocyte Ratio in Crohn's Disease // *Gastroenterol Res Pract.* 2017. № 3526460. DOI: 10.1155/2017/3526460.
15. Свирава А. М., Шираева А. Х. Болезнь Крона. Современные методы диагностики и лечения // *Столыпинский вестник.* 2022. № 5. С. 2721-2739. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/bolezn-krona-sovremennye-metody-diagnostiki-i-lecheniya/viewer> (дата обращения: 06.02.2026).

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interest:** The authors declare that there is no conflict of interest.

**Финансирование:** Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования.

**Financing:** The research was performed without external funding.