

Эозинофильный колит как клиническая маска болезни Крона у ребенка

А.С. Кошурникова^{1✉}, saller03@mail.ru, И.Н. Захарова², И.М. Османов¹, Е.В. Скоробогатова¹, Ю.А. Дмитриева^{1,2}, Ю.Г. Мулина¹, Е.И. Епифанова¹

¹ Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой; 125373, Россия, Москва, ул. Героев Панфиловцев, д. 28

² Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования; 125993, Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1

Резюме

Верификация воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) в детской практике в настоящее время существенно выросла за счет внедрения в клиническую практику детских стационаров эндоскопического оборудования экспертного класса, соответствующего всем мировым стандартам. Применение современных клинических протоколов по диагностике ВЗК дает возможность точно верифицировать болезнь Крона (БК) у детей на ранних стадиях и своевременно начать лечение, что в свою очередь минимизирует риск инвалидизации ребенка. В статье представлены нетипичный клинический случай БК у ребенка 4 лет, протекающий под маской эозинофильного поражения толстой кишки, и верификация диагноза благодаря видеокапсульной эндоскопии в сочетании с клинико-лабораторными маркерами БК. Пациент поступил с гастроинтестинальной формой пищевой аллергии не IgE-зависимой, эозинофильным илеоколитом с раннего детства. При аллергодиагностике: общий IgE 26,8 МЕ/мл (N 8,00–20,00), ЕСП (эозинофильный катионный белок) 50,40 нг/мл (N 0,00–24,00). Иммунограмма: иммуноглобулин А 0,24 г/л (N 0,4–3,5); иммуноглобулин М 0,43 г/л (N 0,5–3); иммуноглобулин G 4,05 г/л (N 6,5–16). В клиническом анализе кала стеаторея 3-го типа. По данным ультразвукового исследования брюшной полости – эхопризнаки умеренного увеличения правой доли печени, реактивные изменения паренхимы поджелудочной железы. По совокупности результатов обследования выставлен диагноз: «K50.0 Болезнь Крона тонкой кишки, впервые выявленная, воспалительная форма, низкая активность». Назначена медикаментозная терапия. За 6 мес. ребенок стал более активным, лабораторные показатели в пределах референсных значений. Выполнено повторно видеокапсульное исследование тонкой кишки для оценки динамики терапии. Видеокапсульная эндоскопия позволило не только своевременно выявить БК и подобрать терапию, но и установить редкое сочетание иммуноопосредованных хронических заболеваний ЖКТ.

Ключевые слова: болезнь Крона у детей, воспалительные заболевания кишечника, видеокапсульная эндоскопия, эндоскопическая диагностика

Благодарности. Статья опубликована в рамках предоставления гранта на реализацию научно-практического проекта в сфере медицины соглашение № 1209-11/25 за счет средств гранта Правительства Москвы. «Частота, факторы риска, клинико-патоморфологические, эндоскопические, морфологические варианты и тактика наблюдения при современном течении колитов у детей с использованием расширенного исследования гемостаза и нового метода жидкостной биопсии и высокопроизводительного секвенирования».

Для цитирования: Кошурникова АС, Захарова ИН, Османов ИМ, Скоробогатова ЕВ, Дмитриева ЮА, Мулина ЮГ, Епифанова ЕИ. Эозинофильный колит как клиническая маска болезни Крона у ребенка. *Медицинский совет*. 2026;20(1):226–233. <https://doi.org/10.21518/ms2026-012>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Eosinophilic colitis as a clinical mask of Crohn's disease in a child

Anastasia S. Koshurnikova^{1✉}, saller03@mail.ru, Irina N. Zakharova², Ismail M. Osmanov¹, Ekaterina V. Skorobogatova¹, Yulia A. Dmitrieva^{1,2}, Yulia G. Mulina¹, Elena I. Epifanova¹

¹ Bashlyeva City Children's Clinical Hospital; 28, Geroev Panfilovtsev St., Moscow, 125373, Russia

² Russian Medical Academy of Continuous Professional Education; 2/1, Bldg. 1, Barrikadnaya St., Moscow, 125993, Russia

Abstract

The verification of inflammatory bowel diseases (IBD) in pediatric practice has now increased significantly due to the introduction of expert-class endoscopic equipment in pediatric hospitals that meets all international standards. The use of modern clinical protocols for the diagnosis of IBD allows for the accurate verification of Crohn's disease in children at an early stage and the timely initiation of treatment, which in turn minimizes the risk of disability in children. The article presents an atypical clinical case of Crohn's disease (CD) in a 4-year-old child, which presented as an eosinophilic lesion of the colon, is described, and the diagnosis was verified using video capsule endoscopy in combination with clinical and laboratory markers of CD. The patient was admitted with a gastrointestinal form of food allergy that is not IgE-dependent, eosinophilic ileocolitis since early childhood. Allergy diagnostics revealed: total IgE 26.8 IU/ml (N 8.00–20.00), ECP (eosinophilic cationic protein)

50.40 ng/ml (N 0.00–24.00). Immunogram: immunoglobulin A 0.24 g/l (N 0.4–3.5); immunoglobulin M 0.43 g/l (N 0.5–3); immunoglobulin G 4.05 g/l (N 6.5–16). Clinical analysis of feces revealed steatorrhea type 3. According to ultrasound examination of the abdominal cavity, there are echo signs of moderate enlargement of the right lobe of the liver, reactive changes in the parenchyma of the pancreas. Based on the combined examination results, a diagnosis of K50.0 Crohn's disease of the small intestine was established: newly diagnosed, inflammatory form, low activity. Drug therapy was prescribed. Over the next 6 months, the child became more active, and laboratory parameters were within reference limits. A repeat small intestinal video capsule examination was performed to assess the progress of therapy. Video capsule endoscopy not only allowed for timely detection of Crohn's disease and selection of therapy but also identified a rare combination of immune-mediated chronic gastrointestinal diseases.

Keywords: Crohn's disease in children, inflammatory bowel diseases, video capsule endoscopy, and endoscopic diagnostics

Acknowledgements. The article was published as part of a grant for the implementation of a scientific and practical project in the field of medicine, agreement No. 1209-11/25, funded by a grant from the Moscow Government. "Frequency, risk factors, clinical and pathomorphological, endoscopic, morphological variants and the tactics of observation in the current course of colitis in children using an extended study of hemostasis and a new method of liquid biopsy and high-throughput sequencing".

For citation: Koshurnikova AS, Zakharova IN, Osmanov IM, Skorobogatova EV, Dmitrieva YuA, Mulina YuG, Epifanova EI. Eosinophilic colitis as a clinical mask of Crohn's disease in a child. *Meditsinskiy Sovet*. 2026;20(1):226–233. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2026-012>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК) – это воспалительные заболевания кишечника, которые представляют собой иммуновоспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) с характерными эпизодами болей в животе, диареи, появления крови в стуле, значительным снижением массы тела и являются актуальной гастроэнтерологической проблемой в педиатрической практике [1]. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) и их распространенность неуклонно растут по всему миру – около 30% случаев диагностируются в возрасте до 20 лет [2]. Эпидемиологические данные исследований на территории Российской Федерации свидетельствуют о ежегодном приросте заболеваемости (5–20 случаев на 100 тыс. населения), и этот показатель продолжает увеличиваться. Отмечен рост заболеваемости примерно в 6 раз за последние 10 лет, прирост выявления БК опережает прирост выявления ЯК [3]. Распространенность ВЗК по России у детей достоверно неизвестна [4]. По данным детского гастроцентра г. Москвы на начало 2025 г., среди прикрепленных пациентов с ВЗК выявлено 673 ребенка, из них с БК – 335 пациентов, с ЯК – 319 детей, однако, данные цифры динамичные и отмечается постоянный прирост новых случаев ВЗК. По данным немногочисленных публикаций начиная с 2003 г. в рамках программы Российской группы по изучению ВЗК, эпидемиологические исследования начали проводить в разных регионах России (Санкт-Петербург, Ростов-на-Дону и Ростовская область, Саратов, Рязанская область, Новосибирск, Хабаровск и др.). Закончен первый этап исследований в Красноярском крае [5, 6].

По сведениям региональных регистров, распространенность ВЗК у взрослых составляет: в Московской области – 58 случаев на 100 тыс. населения, в Республике Татарстан – 40 на 100 тыс., в Новосибирской области – 49 на 100 тыс., а в регионах, где нет единого регистра по ВЗК, – 5–12 на 100 тыс. населения [7]. Заболеваемость и распространенность ВЗК у детей в мире неоднозначна. Впервые

эпидемиологические данные по БК у детей представлены M. Cosgrove et al. в 1996 г.: за 16 лет в Шотландии заболеваемость возросла с 0,7 до 2,3 на 100 тыс. населения [8]. На 2019–2022 гг. самые высокие показатели заболеваемости ВЗК в мире отмечены в Северной Европе (Скандинавия – до 23,1 случая на 100 тыс. населения в год), Западной Европе (Шотландия до 17,4 случая на 100 тыс. населения в год) и Канаде (до 15,4 случая на 100 тыс. населения в год) [9–11]. По другим данным зарубежных источников, в Великобритании заболеваемость ВЗК – 5,2 на 100 тыс. населения, из них 60% с БК [12]. В Северной Америке 3–4 случая на 100 тыс. детского населения [13], в Португалии – 6,7 на 100 тыс. населения [14]. ВЗК, начавшееся в детстве, имеет более тяжелое течение и более высокую активность, нежели заболевание, начавшееся в старшем возрасте. При впервые выявленном педиатрическом ВЗК среднее время от старта заболевания до постановки диагноза составляет 11 мес. по данным Европейского сообщества [15–17]. В настоящее время диагностический поиск воспалительных заболеваний кишечника направлен на выявление маркеров воспаления в клинических анализах крови и применение инструментальных методов обследования, таких как эндоскопическое исследование верхних и нижних отделов ЖКТ. Интерес представляет видеокапсульное исследование тонкой кишки у детей с БК, с помощью которой возможно оценить воспалительные изменения, протяженность и оценить наличие стриктур [18].

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Этиология ЯК и БК точно не известна: заболевание развивается в результате сочетания нескольких факторов, включающих дефекты врожденного и приобретенного иммунитета, генетическую предрасположенность, влияние измененной кишечной микробиоты и различные факторы окружающей среды [19, 20]. Хроническое воспаление при ВЗК является следствием аномальной и пролонгированной активации иммунной системы кишечника. В настоящее время известно более 100 генов, предрасполагающих к ВЗК,

большинство из которых контролирует взаимодействие иммунной системы с внешними антигенами, среди них при БК с большей частотой встречаются мутации *NOD2*, *IL23R*, *ATG16L1*, *IRGM*, *NKX2-3*, *1q24*, *5p13*, *HERC2*, *CCNY*, *10q21*. Более 50% генов, определяющих предрасположенность к ВЗК, ассоциированы и с другими воспалительными и аутоиммунными заболеваниями, что может объяснить развитие внекишечных проявлений ВЗК [21]. В научных сообществах идет активное обсуждение влияния кишечной микробиоты на возникновение ВЗК в сочетании с различными внешними факторами окружающей среды. Возможным патогенетическим звеном может служить снижение концентрации микробных метаболитов (ацетата и бутирата), которые имеют важное значение в обеспечении функционального состояния кишечного эпителия. Доминирующие и важные представители порядка *Eubacteriales* в кишечнике детей являются клостридии и бактерии родов *Roseburia*, *Ruminococcus*, *Eubacterium*, *Faecalibacterium*. Самые известные клостридии – грамположительные, облигатно-анаэробные, спорообразующие палочки. Роль рода *Clostridium* в кишечнике детей на сегодняшний день до конца не ясна [22, 23]. В последнее время появляются единичные отечественные публикации о сочетании эозинофильного поражения ЖКТ и целиакии с БК у детей, где происходит схожий механизм развития воспаления – нарушение барьерной функции кишечника – и повышается проницаемость для различных антигенов, способствующих контакту с антигенпрезентирующими клетками и запуску иммунных реакций [24–26]. В педиатрической практике сочетание БК и эозинофильного поражения ЖКТ наблюдается крайне редко, а взаимное влияние изучено недостаточно.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Мальчик 4 лет наблюдается в гастроэнтерологическом отделении с гастроинтестинальной формой пищевой аллергии не IgE-зависимой, эозинофильным илеоколитом (колит слабой степени активности с повышением эозинофилов более 50 в п/зр.) с раннего детства. Поступил планово через год на контрольное обследование в связи с жалобами на слизь в стуле и повышение фекального кальпротектина до 800 мкг/г.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 5-й беременности, 3-х срочных родов в 38 нед., родился с массой 3450 г, длиной тела 53 см, оценка по APGAR 8/9, закричал сразу. Неонатальный скрининг без отклонений, вакцинация по графику. Наследственность отягощена по линии отца: недифференцированный колит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), дисфункция билиарного тракта по гипермоторному типу. Перенесенные заболевания: новая коронавирусная инфекция на 1-м мес. жизни, отит, ОРВИ 2–3 раза в год, рецидивирующие тонко-тонкокишечные инвагинации (транзиторные) в 10 и 11 мес. В 12 мес. на фоне острого инфекционного гастроэнтерита перенес тонко-толстокишечную инвагинацию.

Из анамнеза заболевания известно, что в грудном возрасте с 3 мес. периодические аллергические высыпания на коже грудной клетки с распространением на верхние

конечности, разжиженный стул, избирательность в продуктах при приеме пищи, при введении прикорма в 9 мес. (творог) стул до 7 раз в сут., сниженный аппетит, положительная реакция на скрытую кровь в стуле в каждом анализе. При аллергодиагностике амбулаторно выявлена сенсibilизация к лактоферрину. Амбулаторно в 1 год 1 мес. переведен на смесь Similac EleCare, отмена продуктов прикорма, получал метронидазол, энтерофурил, примидофилус, экспортал, Омега-3 без эффекта. По данным лабораторного и инструментального обследования в предыдущую госпитализацию выявлен эозинофильный илеоколит (патоморфологически подтвержденный).

Состояние при поступлении средней степени тяжести. Температура тела нормальная. Ребенок пониженного телосложения (индекс массы тела 16 кг/м²), астенического телосложения, симптомы интоксикации выражены умеренно, аппетит понижен. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, шейные лимфатические узлы (ЛУ) мелкие, подвижные, другие группы ЛУ без особенностей. ЧДД 27 в мин, ЧСС 112 в мин, SPO₂ 98%. Дыхание самостоятельное, при аускультации – везикулярное, хрипов нет. АД 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, ритм не нарушен. Язык розовый с белым налетом у корня, размер живота увеличен, симметричный, умеренно болезненный в верхней половине. Печень и селезенка не увеличены. Стул частый, до 6 раз в сут., неоформленный, с примесью слизи. Мочеиспускание не нарушено, диурез адекватный.

При лабораторной диагностике обращает на себя внимание снижение гемоглобина до 110 г/л (115–145), повышение СОЭ до 17 мм/ч (до 10), при оценке гемостаза повышение фибриногена до 5 г/л, в биохимическом анализе крови повышение альфа-амилазы – 125 Ед/л (27–115), снижение железа – 5,4 мкмоль/л (9–21), снижение ферритина – 13,00 мкг/л (30,00–400,00), незначительное повышение СРБ 10 мг/л (0–7). При аллергодиагностике: общий IgE 26,8 МЕ/мл (N 8,00–20,00), ЕСР (эозинофильный катионный белок) 50,40 нг/мл (N 0,00–24,00). Иммунограмма: иммуноглобулин А 0,24 г/л (N 0,4–3,5); иммуноглобулин М 0,43 г/л (N 0,5–3); иммуноглобулин G 4,05 г/л (N 6,5–16). В клиническом анализе кала стеатория 3-го типа.

Сенсибилизации не выявлено к панели аллергенов животных (морская свинка (эпителий) + кролик (эпителий) + хомяк + крыса + мышь), травы (ежа сборная + овсяница луговая + рожь многолетняя + тимофеевка + мятлик луговой), деревьев (ольха + береза + лещина обыкновенная + дуб + ива), сорной травы (амброзия + полынь обыкновенная + нивяник + одуванчик + золотарник), клещевых аллергенов (клещ дерматофаг перинный + клещ дерматофаг мучной). Аутоиммунные заболевания ЖКТ и целиакии в пределах референсных значений. РПГА к кишечным инфекциям отрицательные.

По данным ультразвукового исследования (УЗИ) брюшной полости – эхопризнаки умеренного увеличения правой доли печени, реактивные изменения паренхимы поджелудочной железы. УЗИ тонкого и толстого кишечника в дуплексе – эхографических признаков дополнительных образований не выявлено, визуализировано утолщение стенки тонкой кишки.

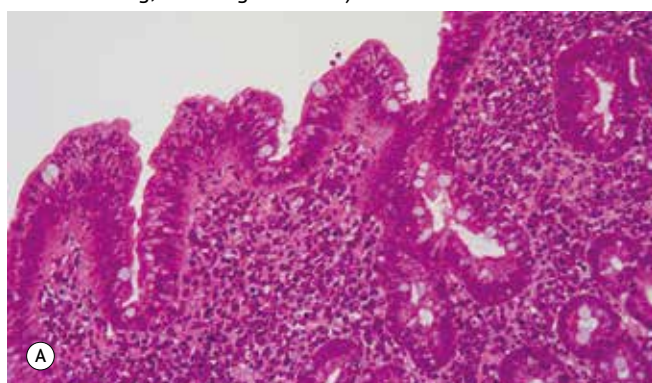
- **Рисунок 1.** Эндофото эзофагогастродуоденоскопии
- **Figure 1.** Endoscopic images of esophagogastroduodenoscopic examination



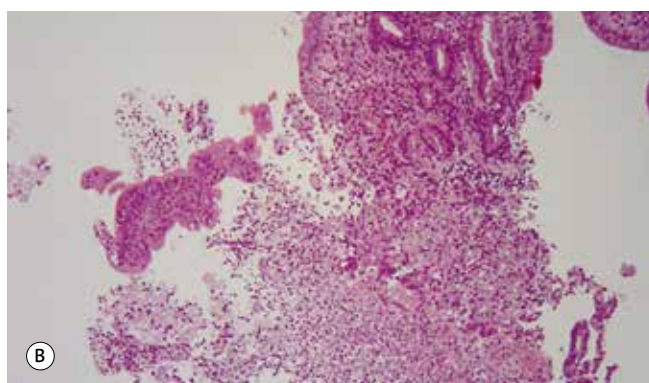
Примечание. А – антральный отдел желудка, эрозия; В – эрозии двенадцатиперстной кишки
A – antral portion of the stomach, erosion; B – duodenal erosion



- **Рисунок 2.** Патоморфологическая характеристика биоптатов слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки при хроническом активном дуодените (окраска гематоксилином и эозином. Ув. × 40)
- **Figure 2.** Pathomorphological features of duodenal mucosal biopsy specimens in chronic active duodenitis (hematoxylin and eosin staining, 40x magnification)



Примечание. А – активный атрофический дуоденит; В – эрозия двенадцатиперстной кишки
A – active atrophic duodenitis; B – duodenal erosion



Учитывая жалобы на повышение кальпротектина до 800 мкг/г, слизь в кале, боль в животе, данные лабораторных исследований: снижение гемоглобина, незначительное повышение СОЭ, в биохимическом анализе крови снижение ферритина, железа, незначительное повышение СРБ, повышение фибриногена, данные УЗИ тонкого кишечника – утолщение стенки тонкой кишки, у ребенка выполнена контрольная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и илеоколоноскопия с лестничной биопсией.

По данным ЭГДС выявлено: недостаточность кардии. Эрозии желудка. Эрозии двенадцатиперстной кишки (ДПК) нисходящего отдела (рис. 1).

По данным патоморфологического заключения выявлено: хронический активный дуоденит со снижением высоты ворсинок, что может быть в крае эрозии (рис. 2). Слабовыраженный хронический неактивный поверхностный гастрит антрального отдела желудка. *H. pylori* не обнаружено. Морфологические изменения в слизистой оболочке нижней трети пищевода соответствуют гастроэзофагеальному рефлюксу.

По данным илеоколоноскопии воспалительных изменений слизистой толстой кишки и терминального отдела подвздошной кишки не выявлено, лимфоидная гиперплазия подвздошной кишки (вариант нормы) (рис. 3).

Патоморфологическая верификация биоптатов из толстой кишки: в биоптатах слизистой оболочки подвздошной

- **Рисунок 3.** Эндофото илеоколоноскопии. Слизистая оболочка толстой кишки, вариант эндоскопической нормы
- **Figure 3.** Endoscopic images of ileocolonoscopy examination. Colon mucosa, normal endoscopic variation



кишки структурных и воспалительных изменений не обнаружено, в биоптатах слизистой оболочки толстой кишки – гранулематозный колит слабой степени активности с повышением эозинофилов более 50 (рис. 4).

Учитывая клинические, лабораторные данные, УЗИ-диагностику и выявленные эрозии в ДПК заподозрена БК тонкой кишки, выполнена видеокапсульная эндоскопия тонкой кишки (рис. 5).

Сделано заключение: множественные эрозии и язвы тощей и проксимального отдела подвздошной кишки. Эндоскопическая картина БК тонкой кишки.

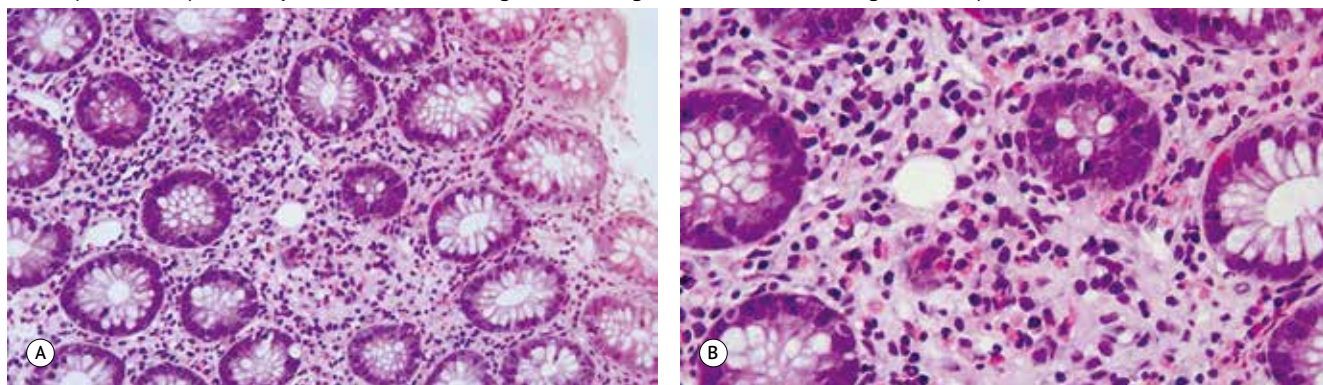
По данным проведенного стационарного обследования проведен консилиум, выставлен основной диагноз: «K50.0 Болезнь Крона тонкой кишки, впервые выявленная, воспалительная форма, низкая активность. Сопутствующий диагноз: D50.9 Железодефицитная анемия легкой степени тяжести. K21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс». Назначена медикаментозная терапия (курсы ингибиторов

протонной помпы (ИПП), длительный прием 5-АСК, глюкокортикостероидов (ГКС). Рекомендована плановая госпитализация через 6 мес.

Далее ребенок поступил в гастроэнтерологическое отделение через 6 мес. для динамического обследования. Со слов мамы, за 6 мес. ребенок стал более активным, лабораторные показатели в пределах референсных значений. Выполнено повторно видеокапсульное исследование тонкой кишки для оценки динамики терапии (рис. 6).

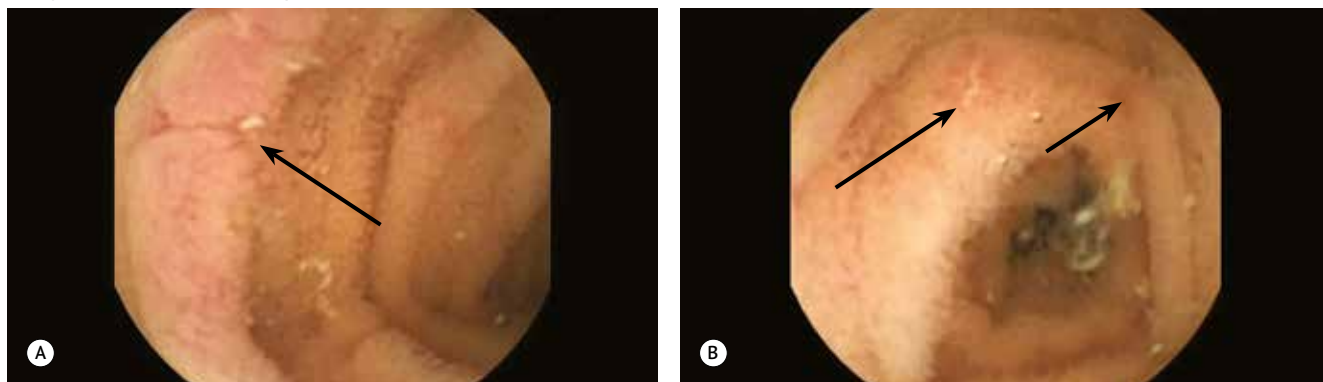
● **Рисунок 4.** Патоморфологическая характеристика биоптатов слизистой оболочки толстой кишки при хроническом колите слабой степени активности с увеличением эозинофилов (окраска гематоксилином и эозином. А – Ув. × 20; В – Ув. × 40)

● **Figure 4.** Pathomorphological features of colon mucosal biopsy specimens in chronic low-active colitis with increased eosinophil count (hematoxylin and eosin staining A – 20x magnification; B – 40x magnification)



● **Рисунок 5.** Эндофото видеокапсульного исследования

● **Figure 5.** Endoscopic images of video capsule endoscopic examination



Примечание. А – язва тощей кишки; В – эрозии тощей кишки
A – jejunal ulcer; B – jejunal erosion

● **Рисунок 6.** Эндофото видеокапсульного исследования до (А) и после лечения (В)

● **Figure 6.** Endoscopic images of video capsule endoscopic examination before and after treatment



Примечание. А – язва тощей кишки; В – послеязвенная рубцовая деформация складки тощей кишки
A – jejunal ulcer; B – post-ulcer cicatricial deformation of a jejunal fold

При повторном видеокапсульном исследовании регистрировалась транзиторная тонко-тонкокишечная инвагинация, которая самостоятельно расправилась без клинических проявлений (рис. 7).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мальчик 4 лет наблюдается в гастроэнтерологическом отделении больницы с раннего возраста, где впервые был установлен диагноз «гастроинтестинальная форма пищевой аллергии, эозинофильный колит», назначена строгая гипоаллергенная диета, ребенок получал гормональную терапию и 5-аминосалицилаты. В течение 3 лет ребенок каждые 6 мес. находился на стационарном обследовании, но окончательной клинико-лабораторной, эндоскопической ремиссии не было. Ввиду того что у ребенка сохранялись плохая прибавка в массе тела, нестабильный частый разжиженный стул, анемия, проведена видеокапсульная эндоскопия тонкой кишки в возрасте 4 лет, при которой выявлено эрозивно-язвенное поражение тощей кишки, что свидетельствовало о раннем дебюте БК с очень ранним началом. Анализируя амбулаторные обследования ребенка и обследование на стационарном этапе, вероятнее всего, от начала заболевания БК до верификации прошло 2 года. Триггером в возникновении заболевания явилась гастроинтестинальная форма пищевой аллергии

● **Рисунок 7.** Эндофото видеокапсульного исследования: тощая кишка, транзиторная тонко-тонкокишечная инвагинация
● **Figure 7.** Endoscopic images of video capsule endoscopic examination: jejunum, transient small bowel intussusception



в совокупности сотягощенным наследственным анамнезом (у папы недифференцированный колит), перенесенным Covid-19 в грудном возрасте. Эндоскопическое малоинвазивное обследование (видеокапсульная эндоскопия) позволило не только своевременно выявить БК и подобрать терапию, но и установить редкое сочетание иммуноопосредованных хронических заболеваний ЖКТ.



Поступила / Received 11.11.2025
Поступила после рецензирования / Revised 10.12.2025
Принята в печать / Accepted 13.01.2026

Список литературы / References

1. Корниенко ЕА. Воспалительные заболевания кишечника у детей. М.: Прима Принт; 2019. 228 с. Режим доступа: <https://oraeap.com/poleznye-materialy/tpost/e4fn34du11-vospalitelnye-zabolevaniya-kishechnika-u>.
2. Османов ИМ, Захарова ИН, Кошурникова АС, Скоробогатова ЕВ, Дмитриева ДК. Современная медицинская помощь детям с воспалительными заболеваниями кишечника. *Практика педиатра*. 2022;(1):34–41. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/utkekn>.
Osmanov IM, Zakharova IN, Koshurnikova AS, Skorobogatova EV, Dmitrieva DK. Modern medical care for children with inflammatory bowel diseases. *Paediatrician Practice*. 2022;(1):34–41. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/utkekn>.
3. Князев ОВ, Шкурко ТВ, Каграманова АВ, Веселов АВ, Никонов ЕЛ. Эпидемиология воспалительных заболеваний кишечника. Современное состояние проблемы (обзор литературы). *Доказательная гастроэнтерология*. 2020;9(2):66–73. <https://doi.org/10.17116/dokgastro2020902166>.
Knyazev OV, Shkurko TV, Kagramanova AV, Veselov AV, Nikonov EL. Epidemiology of inflammatory bowel disease. State of the problem (review). *Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology*. 2020;9(2):66–73. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/dokgastro2020902166>.
4. Князев ОВ, Шкурко ТВ, Фадеева НА, Бакулин ИГ, Бордин ДС. Эпидемиология хронических воспалительных заболеваний кишечника. Вчера, сегодня, завтра. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2017;(3):4–12. Режим доступа: <https://www.nogr.org/jour/article/view/660>.
Knyazev OV, Shkurko TV, Fadeyeva NA, Bakulin IG, Bordin DS. Epidemiology of chronic inflammatory bowel disease. Yesterday, today, tomorrow. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2017;(3):4–12. (In Russ.) Available at: <https://www.nogr.org/jour/article/view/660>.
5. Валуysких ЕЮ, Светлова ИО, Курилович СА, Осипенко МФ, Максимов ВН, Воевода МИ. Клинико-генетические аспекты воспалительных заболеваний кишечника. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии*. 2008;18(6):68–74. Режим доступа: <https://elibrary.ru/kftpmx>.
Valuyskikh EYu, Svetlova IO, Kurilovich SA, Osipenko MF, Maksimov VN, Voevoda MI. Clinical and genetic aspects of inflammatory bowel diseases. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2008;18(6):68–74. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/kftpmx>.
6. Николаева НН, Четечкина ИД, Николаева ЛВ, Гигилева НЛ. Эпидемиология язвенного колита и болезни Крона в Красноярском крае. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2004;14(5):133–496. Режим доступа: <https://elibrary.ru/ylhxgl>.
7. Безденежных ТП, Федяев ДВ, Хачатрян ГР, Арутюнов ГГ, Герасимова КВ. Экономическая оценка оптимизации оказания медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника на примере Республики Татарстан. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2019;12(1):14–26. <https://doi.org/10.17749/2070-4909.2019.12.1.14-26>.
Bezdenezhnykh TP, Fedyayev DV, Khachatryan GR, Arutyunov GG, Gerasimova KV. Economic consequences of healthcare optimization for IBD patients in the Republic of Tatarstan. *Farmakoekonomika. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2019;12(1):14–26. (In Russ.) <https://doi.org/10.17749/2070-4909.2019.12.1.14-26>.
8. Cosgrove M, Al-Atia RF, Jenkins HR. The epidemiology of paediatric inflammatory bowel disease. *Arch Dis Child*. 1996;74(5):460–461. <https://doi.org/10.1136/adc.74.5.460>.
9. Kuenzig ME, Fung SG, Marderfeld L, Mak JWY, Kaplan GG, Ng S et al. Twenty-first century trends in the global epidemiology of pediatric-onset inflammatory bowel disease: Systematic review. *Gastroenterology*. 2022;162(4):1147–1159. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.12.282>.
10. Ashton JJ, Barakat FM, Barnes C, Coelho TAF, Batra A, Afzal NA, Beattie RM. Incidence and prevalence of paediatric inflammatory bowel disease continues to increase in the south of England. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2022;75(2):e20–e24. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003511>.
11. Jones GR, Lyons M, Plevris N, Jenkinson PW, Bisset C, Burgess C et al. IBD prevalence in Lothian, Scotland, derived by capture-recapture methodology. *Gut*. 2019;68(11):1953–1960. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-318936>.
12. Page AE, Sashittal SG, Chatzizacharias NA, Davies RJ. The role of laparoscopic surgery in the management of children and adolescents with inflammatory bowel disease. *Medicine*. 2015;94(21):874–877. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000874>.
13. Baillie CT, Smith JA. Surgical strategies in paediatric inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*. 2015;21(20):6101–6116. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i20.6101>.
14. Lourenco R, Azevedo S, Lopes AI. Surgery in Pediatric Crohn Disease: Case Series from a Single Tertiary Referral Center. *GE Port J Gastroenterol*. 2016;23(4):191–196. <https://doi.org/10.1016/j.jpge.2016.03.007>.

15. Корниенко ЕА, Крупина АН, Габруская ТВ, Калинина НМ. Воспалительные заболевания кишечника с очень ранним началом. *Альманах клинической медицины*. 2016;44(6):719–733. <https://doi.org/10.18786/2072-0505-2016-44-6-719-733>.
Kornienko EA, Krupina AN, Gabrusskaya TV, Kalinina NM. Inflammatory bowel disease with a very early onset. *Almanac of Clinical Medicine*. 2016;44(6):719–733. (In Russ.) <https://doi.org/10.18786/2072-0505-2016-44-6-719-733>.
16. Хавкин АИ, Пермякова АА, Цепилова МО, Каплина АВ, Ситкин СИ, Сурков АН, Гетманов СД. Современные представления о воспалительных заболеваниях кишечника у детей с очень ранним и ранним началом. *Вопросы современной педиатрии*. 2024;23(3):145–151. <https://doi.org/10.15690/vsp.v23i3.2768>.
Khavkin AI, Permyakova AA, Tsepilova MO, Kaplina AV, Sitkin SI, Surkov AN, Getmanov SD. Modern view on very early onset and early onset inflammatory bowel diseases in children. *Current Pediatrics*. 2024;23(3):145–151. (In Russ.) <https://doi.org/10.15690/vsp.v23i3.2768>.
17. Sawczenko A, Sandhu BK. Presenting features of inflammatory bowel disease in Great Britain and Ireland. *Arch Dis Child*. 2003;88(11):995–1000. <https://doi.org/10.1136/adc.88.11.995>.
18. Goenka MK, Majumder S, Goenka U. Capsule endoscopy: Present status and future expectation. *World J Gastroenterol*. 2014;20(29):10024–10037. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i29.10024>.
19. Горелов АВ, Каннер ЕВ. Воспалительные заболевания кишечника у детей: особенности течения и терапии. *Медицинский совет*. 2018;(2):140–145. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-2-140-145>.
Gorelov AV, Kanner EV. Inflammatory bowel diseases in children: peculiarities of the disease course and therapy. *Meditsinskiy Sovet*. 2018;(2):140–145. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-2-140-145>.
20. Баранов АА, Намазова-Баранова ЛС, Разумовский АЮ, Хавкин АИ, Аверкина НА, Аксельров МА и др. Болезнь Крона у детей. Клинические рекомендации РФ 2024. Режим доступа: Болезнь Крона у детей > Клинические рекомендации РФ 2024 (Россия) > MedElement.
21. Гаус ОВ, Ахмедов ВА. Влияние изменений кишечной микробиоты на течение воспалительных заболеваний кишечника. *Лечащий врач*. 2018;(8):24–27. Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2018/08/15437040>.
Gaus OV, Akhmedov VA. The influence of changes in intestinal microbiota on the course of inflammatory intestinal diseases. *Lechaschi Vrach*. 2018;(8):24–27. (In Russ.) Available at: <https://www.lvrach.ru/2018/08/15437040>.
22. Ворошилина ЕС, Москвина МВ, Кириллов МЮ, Огнева ЛВ, Донников АЕ, Итани ТМ и др. Фундаментальные основы современных подходов к оценке микробиоты кишечника детей. *Неонатология: новости, мнения, обучение*. 2023;11(3):47–59. <https://doi.org/10.33029/2308-2402-2023-11-3-47-59>.
Voroshilina ES, Moskvina MV, Kirillov MYu, Ogneva LV, Donnikov AE, Itani TM et al. Fundamentals of modern approaches to assessing gut microbiota in children. *Neonatology: News, Opinions, Training*. 2023;11(3):47–59. (In Russ.) <https://doi.org/10.33029/2308-2402-2023-11-3-47-59>.
23. Захарова ИН, Дмитриева ЮА, Дзебисова ФС. Целиакия и ассоциированные заболевания. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2014;59(3):44–49. Режим доступа: <https://www.ped-perinatology.ru/jour/article/view/255>.
Zakharova IN, Dmitrieva YuA, Dzebisova FS. Celiac disease and associated diseases. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2014;59(3):44–49. (In Russ.) Available at: <https://www.ped-perinatology.ru/jour/article/view/255>.
24. Проплеткина КД, Португал ПМ, Шумов ДА, Иванов АА. Клинический случай пациента с распространенным эозинофильным поражением желудочно-кишечного тракта, болезнью Крона, псориазом. *Российский педиатрический журнал*. 2022;3(2):396–429. Режим доступа: <https://www.rospej.ru/jour/article/view/577/510>.
Propletkina KD, Portugal PM, Shumov DA, Ivanov AA. A clinical case report of a patient with advanced eosinophilic infiltration of gastrointestinal tract, Crohn's disease, and psoriasis. *Russian Pediatric Journal*. 2022;3(2):396–429. (In Russ.) Available at: <https://www.rospej.ru/jour/article/view/577/510>.
25. Меркулова АО, Харитонов АЮ, Шавров АА, Шавров АА (мл.), Карасева ОВ, Капустин ВА. Редкое сочетание осложненного эозинофильного эзофагита и болезни Крона у юноши 17 лет. *Consilium Medicum*. 2024;(4):416–420. <https://doi.org/10.26442/26586630.2024.4.202900>.
Merkulova AO, Kharitonova AYu, Shavrov AA, Shavrov AA, Karaseva OV, Kapustin VA. A rare combination of complicated eosinophilic esophagitis and Crohn's disease in a 17-year-old child. Case report. *Pediatrics Consilium Medicum*. 2024;(4):416–420. (In Russ.) <https://doi.org/10.26442/26586630.2024.4.202900>.
26. Османов ИМ, Захарова ИН, Дмитриева ДК, Майкова ИД, Радченко ЕР, Новикова ЕЮ и др. Целиакия и болезнь Крона: трудности диагностики при поражении желудочно-кишечного тракта. *Педиатрия сегодня*. 2023;(3):6–7, 9. Режим доступа: <https://medvedomosti.media/pediatrics/articles/tseliakiya-i-bolezni-krona-trudnosti-dagnostiki-pri-porazhenii-zheludochno-kishechnogo-trakta/>.
Osmanov IM, Zakharova IN, Dmitrieva DK, Majkova ID, Radchenko ER, Novikova EYu et al. Celiac disease and Crohn's disease: diagnostic difficulties in gastrointestinal disorders. *Pediatrics Segodnya*. 2023;(3):6–7, 9. (In Russ.) Available at: <https://medvedomosti.media/pediatrics/articles/tseliakiya-i-bolezni-krona-trudnosti-dagnostiki-pri-porazhenii-zheludochno-kishechnogo-trakta/>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – И.М. Османов, И.Н. Захарова, А.С. Кошурникова

Концепция и дизайн исследования – А.С. Кошурникова, И.Н. Захарова

Написание текста – А.С. Кошурникова

Сбор и обработка материала – А.С. Кошурникова, Ю.Г. Мулина, Е.В. Скоробогатова, Ю.А. Дмитриева, Е.И. Епифанова

Обзор литературы – А.С. Кошурникова

Анализ материала – А.С. Кошурникова, Е.В. Скоробогатова

Утверждение окончательного варианта статьи – И.Н. Захарова, И.М. Османов

Contribution of the authors:

The concept of the article – Ismail M. Osmanov, Irina N. Zakharova, Anastasia S. Koshurnikova

The concept and design of the study – Anastasia S. Koshurnikova, Irina N. Zakharova

Text writing – Anastasia S. Koshurnikova

Collection and processing of the material – Anastasia S. Koshurnikova, Yulia G. Mulina, Ekaterina V. Skorobogatova, Yulia A. Dmitrieva, Elena I. Epifanova

Literature review – Anastasia S. Koshurnikova

Material analysis – Anastasia S. Koshurnikova, Ekaterina V. Skorobogatova

Final version of the article approval – Irina N. Zakharova, Ismail M. Osmanov

Информация об авторах:

Кошурникова Анастасия Сергеевна, к.м.н., заведующая эндоскопическим отделением, врач-эндоскопист, Московский врач, Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой Департамента здравоохранения города Москвы; 125373, Россия, Москва, ул. Героев Панфиловцев, д. 28; <https://orcid.org/0000-0002-2306-9743>; saller03@mail.ru

Захарова Ирина Николаевна, д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, заведующая кафедрой педиатрии имени академика Г.Н. Сперанского, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования; 125993, Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1; <https://orcid.org/0000-0003-4200-4598>; zakharova-irmapo@yandex.ru

Османов Исмаил Магомедович, д.м.н., профессор, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач, Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой; 125373, Россия, Москва, ул. Героев Панфиловцев, д. 28; <https://orcid.org/0000-0003-3181-9601>; OsmanovIM@zdrav.mos.ru

Скоробогатова Екатерина Владимировна, к.м.н., заведующая отделением гастроэнтерологии, врач-гастроэнтеролог, врач-педиатр, Московский врач, Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой; 125373, Россия, Москва, ул. Героев Панфиловцев, д. 28; <https://orcid.org/0009-0003-9227-9378>; katrinscor@mail.ru

Дмитриева Юлия Андреевна, к.м.н., заведующая гастроцентром, врач-гастроэнтеролог, Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой; 125373, Россия, Москва, ул. Героев Панфиловцев, д. 28; доцент кафедры педиатрии имени Г.Н. Сперанского, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования; 125993, Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1; <https://orcid.org/0000-0003-0668-7336>; jadmitrieva@mail.ru

Мулина Юлия Глебовна, врач-эндоскопист, Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой; 125373, Россия, Москва, ул. Героев Панфиловцев, д. 28; <https://orcid.org/0009-0007-0506-3683>; Mulina-1992@mail.ru

Епифанова Елена Игоревна, врач-патологоанатом, Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой; 125373, Россия, Москва, ул. Героев Панфиловцев, д. 28; <https://orcid.org/0000-0003-3795-3203>; elena26.09.86@mail.ru

Information about the authors:

Anastasia S. Koshurnikova, Cand. Sci. (Med.), Head of the Endoscopic Department, Endoscopist, Moscow Doctor, Bashlyaeva City Children's Clinical Hospital; 28, Geroev Panfilovtsev St., Moscow, 125373, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-2306-9743>; saller03@mail.ru

Irina N. Zakharova, Dr. Sci. (Med.), Professor, Honored Doctor of the Russian Federation, Head of the Department of Pediatrics named after Academician G.N. Speransky, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education; 2/1, Bldg. 1, Barrikadnaya St., Moscow, 125993, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-4200-4598>; zakharova-rmapo@yandex.ru

Ismail M. Osmanov, Dr. Sci. (Med.), Professor, Chief Pediatrician of the Moscow City Health Department, Chief Doctor, Bashlyaeva City Children's Clinical Hospital; 28, Geroev Panfilovtsev St., Moscow, 125373, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-3181-9601>; OsmanovIM@zdrav.mos.ru

Ekaterina V. Skorobogatova, Cand. Sci. (Med.), Head of the Gastroenterology Department, Gastroenterologist, Pediatrician, Bashlyaeva City Children's Clinical Hospital; 28, Geroev Panfilovtsev St., Moscow, 125373, Russia; <https://orcid.org/0009-0003-9227-9378>; katrinscor@mail.ru

Yulia A. Dmitrieva, Cand. Sci. (Med.), Head of the Gastrocenter, Gastroenterologist, Bashlyaeva City Children's Clinical Hospital; 28, Geroev Panfilovtsev St., Moscow, 125373, Russia; Associate Professor, Department of Pediatrics named after G.N. Speransky, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education; 2/1, Bldg. 1, Barrikadnaya St., Moscow, 125993, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-0668-7336>; jadmitrieva@mail.ru

Yulia G. Mulina, Endoscopist, Bashlyaeva City Children's Clinical Hospital; 28, Geroev Panfilovtsev St., Moscow, 125373, Russia; <https://orcid.org/0009-0007-0506-3683>; Mulina-1992@mail.ru

Elena I. Epifanova, Pathologist, Bashlyaeva City Children's Clinical Hospital; 28, Geroev Panfilovtsev St., Moscow, 125373, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-3795-3203>; elena26.09.86@mail.ru