

# **ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА КАК ВОЗМОЖНОЕ ВНЕКИШЕЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ КРОНА У РЕБЕНКА**

*В.В.Дмитрачков<sup>1</sup>, Ю.Н.Синица<sup>2</sup>, О.Н.Назаренко<sup>1</sup>, В.А.Комар<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет»,*

*<sup>2</sup> УЗ «4-я Городская детская клиническая больница», Минск, Беларусь*

Болезнь Крона (БК) – хроническое неспецифическое гранулематозное воспаление ЖКТ, которое может поражать любой его отдел (от полости рта (ПР) до прямой кишки), с преимущественным поражением терминального отдела подвздошной кишки. Морфологическая картина БК представлена воспалением всех слоев стенки кишки, грануляциями и изъязвлениями. Поражения слизистой оболочки полости рта (СОПР) при БК часто манифестирует в виде язв и могут превалировать над кишечными симптомами. Орофациальный гранулематоз (ОФГ) также характеризуется гранулематозным воспалением тканей лица и ПР, причем системное заболевание, вызывающее гранулемы, может отсутствовать. Причины возникновения ОФГ неизвестны. ОФГ может быть связан с БК, саркоидозом, инфекционными заболеваниями, развиваться вследствие аллергических реакций – воздействия пищевых, контактных, лекарственных и других антигенов. ОФГ обычно развивается в молодом возрасте.

Под нашим наблюдением находился подросток Г. 14 лет. Поступал с жалобами в ОЧЛХ на эрозивные поверхности в полости рта. Накануне поступления в течении 2 нед сыпь на теле. Аллергологический анамнез: пыльцевая сенсibilизация. У отца ребенка поллиноз. Сопутствующая патология: Аллергический ринит, атопический дерматит. Общее состояние средней тяжести. Активен, сознание ясное. Т 36,2 С, ЧСС=82 в мин., ЧД = 18 в мин. Кожа обычной окраски, сухость кожных покровов, очаги инфильтрации, трещины в уголках рта. Конечности теплые. ПЖК развита удовлетворительно. Видимые слизистые чистые, обычной окраски. Язык: чистый, влажный, не обложен. Лимфатические узлы без особен-

ностей. Костно-мышечная система без особенностей. Мышечный тонус удовлетворительный. Зев и миндалины: чистые, спокойные. Носовое дыхание свободное. Голос звонкий. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Хрипов нет. Перкуторно: легочный звук. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание, со слов, не нарушены. Неврологический статус: без особенностей. St. localis: в ПР в области нижнего свода преддверия рта, в боковых и ретромолярных областях визуально определяется эрозированная слизистая с разрастаниями слизистой оболочки. Не кровоточит, пальпация ее умеренно-болезненная. В ан. крови: Эр-5,06x10<sup>12</sup>/л, Нб-138 г/л, Нт-0,423, Тр-304x10<sup>9</sup>/л, Л-10x10<sup>9</sup>/л, П-16, С-49, Лф-20, М-8, Э-7, М-8, СОЭ 15 мм/ч. БАК: СРБ 5,9 мг/л, глюкоза 4,93 ммоль/л, Са-2,31, К-4,71, Na-143,3, Cl-100,5 ммоль/л, мочевины 4,6 ммоль/л, креатинин 55, холестерин 4,1 ммоль/л, триглицериды 0,7 ммоль/л, ОБ 74 г/л, АЛТ 19, АСТ 25 Е/л, ГГТП-14 Е/л, ЩФ-228 МЕ/л, А/амил 52 Е/л, Fe-15,6 мкмоль/л, СРБ 5,9 мг/л, альбумин 50 г/л. Общ. ан. мочи без патологии. ЭКГ– син. ритм, ЧСС 75-82/мин. Ребенок осмотрен гастроэнтерологом и аллергологом: Д-з: Образования в области слизистой ПР неясного генеза. Токсидермия. Распространенная микробная экзема. Не исключен псориаз. Персистирующий аллергический ринит, среднетяжелое течение. Бытовая аллергия. Рекомендовано: антигистаминные препараты в возрастной дозировке, эмоленты местно. Гистологическое исследование биоптатов, ан. кала на кальпротектин. Проведена инцизионная биопсия образований. Лечение: цефтриаксон, ибуфлекс, цетиризин, ИТ+преднизолон, тридерм, хлоргексидин. В результате проведенного лечения – улучшение состояния. Выписывается на амбулаторный этап. Рекомендации: Наблюдение хирурга-стоматолога по месту жительства. Щадящая диета. Избегать травм полости рта. Продолжить цетиризин 0,01 по 1т 1 р/день (14 дней). Обработка хлоргексидином 2 р/день, затем тридерм 2 р/день (10 дней). Эмоленты наружно 3-4 р/день длительно. Амбулаторно дообследование: токсикароз, кал на я/г+Нр+кальпротектин, смешанная панель+общ IgE. Результаты патогистологического исследования: слизистая оболочки рта с неравномерно выраженной лимфо-плазмоцитарной инфильтрацией собственной пластинки с примесью небольшого количества сегментоядерных лейкоцитов. Эпителий с неравномерным акантозом, дистрофическими изменениями клеток поверхностных слоев, умеренным спонгиозом. Очаговой лимфоцитарной инфильтрацией в базальных отделах. В собственной пластинке определяются эпителиоидноклеточ-

ные гранулемы без некроза с гигантскими многоядерными клетками Пирогова-Лангханса. Заключение: Гистологическая картина может быть характерна для внекишечных проявлений болезни Крона, а так же для орофациального гранулематоза (гистологически идентичны). Рекомендована повторная консультация гастроэнтеролога для до-обследования (проведения илеоколоноскопии), уточнения диагноза и лечения.

**Выводы.** Изменения СОПР обосновывают необходимость полного обследования при БК и ОФГ, включая илеоколоноскопию и биопсию. Поражение СОПР может предшествовать другим системным проявлениям и симптомам БК. При отрицательных выводах о поражении ЖКТ больных с ротовыми симптомами обследуют повторно, проводят диффдиагностику с ОФГ.

**Материалы  
XXXII Конгресса детских  
гастроэнтерологов России  
и стран СНГ  
«Актуальные проблемы  
абдоминальной патологии у детей»**

Москва, 18–20 марта 2025 г.

Под общей редакцией проф. С.В.Бельмера

Москва, 2025