

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА, ГАСТРОДУОДЕНИТА И ЯЗВЫ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Ю.Н.Василец, О.Н.Нестерук, А.С.Лушанова, О.Н.Назаренко,
Е.С.Тарасова, К.В.Юрчик.*

*4-я городская детская клиническая больница, Белорусский
государственный медицинский университет, г. Минск, Республика
Беларусь*

Актуальность. Эозинофильные заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются достаточно редкими и пока плохо изученными, особенно в детском возрасте. Клиническое течение данной патологии может быть разнообразным, а поздняя диагностика нередко приводит к осложнениям в виде стриктур, мальабсорбции, задержки физического развития.

Клинический случай. Пациент И., мальчик 2008 года рождения, поступил в клинику г. Минска в 2021 году с жалобами на боли в животе, низкие показатели темпов роста. Из анамнеза известно, что боли в животе беспокоят с 2017 года. Отмечалась анемия легкой степени (гемоглобин 86 г/л), ускоренное СОЭ до 60 мм/ч. Получал лечение по поводу язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) – без значительной динамики.

При объективном осмотре пациента: физическое развитие ниже среднего, ИМТ=13,9 кг/м². При обследовании выявлено: повышение IgE общего до 385 МЕ/мл, сенсibilизация к аллергену говядины и смеси злаковых трав, выявлены АТ к глиадину IgG 80,9 МЕ/мл, обнаружен антиген Н.руloгi в кале. Ректосигмоколоноскопия с биопсией: патологии не найдено. Выполнена ФГДС с биопсией: эритематозная

эзофагопатия, эритематозная гастродуоденопатия до умеренной степени выраженности, язвенный дефект и рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК). По данным биопсии - эозинофильная инфильтрация нижней трети пищевода (более 20 в поле зрения) и ДПК (более 40 в поле зрения). Пациенту был выставлен диагноз: эозинофильный эзофагит, гастродуоденит, хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *H. pylori*. Была назначена схема эрадикации (пантопразол, амоксициллин, кларитромицин) с последующим контролем.

При повторной госпитализации через 3 месяца выполнена контрольная ФГДС с биопсией – без существенной динамики, сохраняется язвенный дефект. Назначен будесонид 1,5 г/сутки, диета с исключением большой 8-ки аллергенов. В результате лечения отмечалась положительная динамика, уменьшились боли в животе, ребенок стал набирать в весе, прибавил в росте, ИМТ=19,8 кг/м².

В 2022 году выполнено ФГДС: эозинофильный эзофагит, эрозивная геморрагическая пангастродуоденопатия умеренной степени, язвенный дефект и деформация луковицы ДПК с сужением просвета. По результатам биопсии: эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки нижней трети пищевода (более 15 в поле зрения), антрального (30-40 в поле зрения), фундального отдела желудка (более 80 в поле зрения), ДПК (более 30-35 в поле зрения) с инфильтрацией собственной пластинки слизистой с формированием дегрануляций, проникновением в эпителий крипт. Сохранялось повышение IgE общего до 445 МЕ/мл, выявлена сенсibilизация к респираторным аллергенам. Пациенту был выставлен диагноз аллергического ринита, назначены назальные стероиды. При проведении видеокапсульной эндоскопии обнаружены участки воспаления в верхней трети тонкой кишки. Ректосигмоколоноскопия с биопсией – без патологии. С учетом отсутствия положительной эндоскопической и гистологической динамики пациенту была проведена индукция ремиссии внутривенными глюкокортикостероидами (1 мг/кг по преднизолону – 30 мг/сут) с последующим пероральным приемом 24 мг/сут метилпреднизолона и постепенным переходом на будесонид 9 мг/сут (капсулы вскрывались). Также была продолжена диета с исключением 6 аллергенов и нутритивная поддержка гидролизными смесями. По рекомендации аллерголога пациент получал кромогликат натрия в дозе 200 мг x 3 р/д.

Контроль в 2023 году – клинически пациент жалоб не предъявляет. При ФГДС сохраняются признаки воспаления в пищеводе, желудке, тяжелая деформация и сужение луковицы ДПК до 12-13 мм, дефект

слизистой 1,5x0,8x0,2 см. Биопсия: инфильтрация эозинофилами слизистой желудка (более 50 в поле зрения), ДПК (более 35 в поле зрения). Кальпротектин, гастрин, альфа-1-антитрипсин – норма. Было принято решение о назначении азатиоприна в дозе 2,2 мг/кг/сутки с постепенной отменой будесонида и диета с исключением аллергенов (по ALEX-тесту). Эндоскопический контроль в 2024 году: положительная динамика со стороны желудка, сохранение эозинофильного воспаления в пищеводе (эозинофилы 30-40 в поле зрения), инфильтрация стромы ДПК с преобладанием эозинофилов и плазмочитов, очаговой эрозией, дистрофическими изменениями крипт, уплощением ворсин. Отмечается снижение плотности костной ткани (по денситометрии). К терапии азатиоприном (75 мг/сут) добавлен будесонид интели 2 мг/сут на 2 приема (на сукралозу или сахар-рафинад). После проведения контроля будет решаться вопрос об изменении лечения и назначении биологической терапии.

Выводы. Данный случай демонстрирует сложности в диагностике и терапии эозинофильных поражений ЖКТ, отсутствие корреляции между клиническими проявлениями и гистологическими изменениями при данной патологии.

**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