

Хващевская Я.А., Видрук Д.Д.
**ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ
ПРОЯВЛЕНИЙ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА У ДЕТЕЙ
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Назаренко О.Н.
Кафедра пропедевтики детских болезней
с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. По последним данным испанского исследования имеет место нарастание частоты встречаемости и тяжести эозинофильного эзофагита у детей, как в странах Европы и Америки, так и в России, что обуславливает актуальность исследований в данной области.

Цель: изучение клинических признаков эозинофильного эзофагита во взаимосвязи с эндоскопическими и морфологическими изменениями.

Материалы и методы. Проведён анализ данных 37 историй болезней 24 детей с диагнозом эозинофильный эзофагит, находившихся на лечении 2023-2024 годах в 1-ом педиатрическом отделении 4 ГДКБ. В исследовании было задействовано 17 мальчиков (70,83%) и 7 девочек (29,17%) возрастом от 4 до 17 лет (средний возраст – 10 лет). Оценке подвергались жалобы пациентов, эндоскопические заключения, данные морфологических изучений слизистых желудка и двенадцатиперстной кишки, наследственности и уровня общего IgE.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что наиболее частыми жалобами у детей являлись: боль в области эпигастрия, тошнота, периодические покашливания. Реже отмечались: запрокидывание головы, отрыжка, вздутия живота, изжога, плохая прибавка в весе, наличие сыпи на лице, чувство “кома” в горле при приеме пищи, прожилки в кале, фрагментированный кал. Единично отмечались такие симптомы, как сонливость, слабость, усталость, затруднение глотания, малопродуктивный кашель, икота, заложенность носа, снижение аппетита, кашицеобразный стул. В 45,95% случаев жалобы отсутствовали. При проведении эндоскопического исследования пищевода, полученные заключения были следующими: гипертрофические складки в области пищеводно-желудочного перехода; рефлюкс-эзофагит; гиперемия; отечность; вертикальные борозды слабо выраженные; розетка кардии смыкается неплотно; белесоватые экссудаты; очаги гиперплазии кардии; эзофагопатия, спровоцированный гастро-эзофагеальный эзофагопатия; эритематозная дуоденопатия; аксиальная хиатальная грыжа 2-3 степени. При визуальной оценке слизистой желудка и ДПК у части детей были выявлены: эритематозная гастробульбопатия легкой степени; дуоденально-гастральный рефлюкс; эритематозная антральная гастропатия умеренной степени; эритематозная ребенчатая гастропатия пилорического отдела; в желудке небольшое количество светлого содержимого с примесью слизи; в желудке небольшое количество светлого содержимого с примесью желчи; в залуковичных отделах слизистая гиперемирована, отечна, наблюдается симптом “манной крупы”, фатеров сосок визуализирован, в просвете желчь. При оценке результатов морфологического исследования, с учетом основного диагноза (ЭОЭ), анализировались оценки биоптатов из пищевода. В результате было установлено наличие эозинофильных инфильтратов у всех пациентов. Также выявлялись слизистые оболочки желудка и другие единичные случаи (очаговая гиперплазия бруннеровых желез; фокальный высокоактивный хронический антральный гастрит и другое). При оценке аллергоанамнеза: пищевая сенсibilизация наблюдалась чаще других, бытовая сенсibilизация, пыльцевая сенсibilизация, эпидермальная сенсibilизация и лекарственная аллергия. В 18,92% случаев аллергоанамнез не отягощен. Уровень общего иммуноглобулина IgE варьировался от 13,63 до 400,81 IU/ml. Лечение производилось такими препаратами, как: будесонид, омепразол, омез, эзомепразол, пантопразол, а также применялись гефал, диета А+Ц. В отдельных случаях назначались энтерожермина, нексиум, мотилак.

Выводы. По результатам исследования можно сказать, что с каждым годом повышается качество диагностики и лечения данного заболевания среди детей от 4 до 17 лет.