

Полученные данные предложено учитывать при разработке мероприятий по организации эндоскопической помощи детскому населению в амбулаторных и стационарных условиях в других регионах.

Следует подчеркнуть, что назрела необходимость разработки нормативного документа о порядке оказания эндоскопической помощи детскому населению с отражением особенностей функционирования круглосуточной экстренной службы (детализация штатного расписания, нормативы нагрузки для плановых и экстренных должностей врачей-эндоскопистов и др.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по клинической эндоскопии / под ред. В.С. Савельева. — М., 1985. — С. 373–375.
2. Современные методы эндоскопической диагностики и лечения болезней верхнего отдела пищеварительного тракта у детей / Шавров А. А. (мл.) и [и др.] // Вопросы современной педиатрии. — 2015. — № 14 (4). — С. 497–502.
3. Щербаков, П. Л. Этапы и перспективы развития эндоскопии желудочно-кишечного тракта / П. Л. Щербаков // Педиатрия. — 2012. — № 91 (3). — С. 117–121.

УДК 616.329-002-053.2-072.1(476.2)

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ НА ОСНОВЕ СОБСТВЕННЫХ ДАННЫХ

Дежурко А. В.¹, Чеченкова Е. В.², Ковалевская Е. Р.¹, Радченко Е. А.¹

¹Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Эозинофильный эзофагит (ЭоЭ) — новая болезнь [1]. С момента выделения в начале 1990-х гг. в отдельную нозологическую форму стала нарастать частота установления диагноза и распространенность этого заболевания.

ЭоЭ — хроническое, медленно-прогрессирующее иммуноопосредованное заболевание пищевода, характеризующееся выраженным эозинофильным воспалением слизистой оболочки пищевода, развитием подслизистого фиброза, клинически проявляющееся нарушением глотания (дисфагия, обтурация пищевода пищевым комком, рвота проглоченной пищей и др.) [2]. При прогрессировании субэпителиального фиброза формируются стриктуры пищевода.

Распространенность ЭоЭ по разным данным составляет от 29,5 до 104 на 100 000 детского населения. В мультицентровых исследованиях при выполнении эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) обнаруживается с частотой 1:424. При этом у детей с клиническими симптомами заболевания и макроскопически видимыми изменениями слизистой оболочки пищевода, характерными для ЭоЭ, частота выявления существенно выше — 1:73 [3].

В последние годы по данной проблеме опубликован ряд согласительных документов, в том числе Европейским обществом детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (ESPGHAN) [1, 2].

С 2011 г. отдельные публикации появляются и в Беларуси. Вместе с тем, в действующих клинических протоколах и МКБ-10 в качестве самостоятельного диагноза ЭоЭ не выделен, в образовательные программы медуниверситетов не включен. Следовательно, реализация системных мероприятий по выявлению и лечению данной патологии у детей затруднена.

Цель

Установить на основе собственных наблюдений закономерности клинических и эндоскопических изменений, позволяющих предположить наличие у ребенка ЭоЭ на амбулаторном этапе и/или непосредственно при выполнении эндоскопического исследования.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских документов 20 несовершеннолетних пациентов, у которых при проведении ЭФГДС в эндоскопическом отделении У «ГОДКБ» в 2019 г. выявлены эндоскопические, а по результатам биопсии пищевода и морфологические признаки ЭоЭ (более 15 эозинофилов в поле зрения).

Результаты исследования и их обсуждение

ЭГДС проводилась преимущественно в плановом порядке, на оборудовании EVIS EXERA III (CLV-190), OLYMPUS (Япония).

В 2019 г. в отделении выполнено 4 373 эндоскопических вмешательства, из них ЭГДС — 3 703. Биопсия пищевода выполнена 45 несовершеннолетним пациентам, из них 23 находились на лечении в стационарных условиях, 17 — направлены из городских поликлиник.

Решение о взятии биопсии в пищеводе принималось врачом-эндоскопистом при обнаружении макроскопических признаков эзофагита. Оценка изменений основывалась на шкале EREFS, включающей 5 основных эндоскопических признаков: Exudates-экссудат, Rings-кольца, Edema-отек, Furrows-борозды, Strictures-стриктуры [2].

Биопсия выполнялась из дистального и проксимального отделов пищевода (не менее 3-х биоптатов). При морфологическом исследовании биоптатов использовалась окраска гематоксилин-эозином, критерием диагноза ЭоЭ служила интраэпителиальная эозинофильная инфильтрация не менее 15 эозинофилов в поле зрения микроскопа высокого разрешения ($\times 400$).

Морфологические признаки ЭоЭ выявлены в биоптатах 20 пациентов (44,4 %), из них в 3 случаях — более 15 эозинофилов в поле зрения, 15 — более 24 в поле зрения, 2 — более 30 в поле зрения.

У пациентов с морфологическим подтверждением ЭоЭ наиболее часто определялись нерезко выраженные фиксированные концентрические сужения просвета пищевода (циркулярные кольца) в средней и нижней трети пищевода (13 детей, 65 %) и продольные неглубокие борозды (12 — 60 %). Очаговый белый экссудат (эозинофильные микроабсцессы) определялся у 11 пациентов (55 %), при этом в нескольких случаях прослеживалось симметрично-продольное, параллельно бороздам, расположение слегка-возвышающихся беловатых элементов, напоминающих «посадочные огни» взлетно-посадочной полосы (собственное наблюдение, 2015 г.). Реже описан отек в виде исчезновения сосудистого рисунка (4 — 15%). Стриктуры выявлены у 3 детей в дистальном отделе пищевода. Кроме того, в 2 случаях описан симптом «крепированной бумаги», в 2 случаях преобладали симптомы, характерные для кандидоза (отек, гиперемия, творожистый налет), у 2 пациентов по экстренным показаниям удалены инородные тела пищевода (вклинение кусков пищи).

Следует подчеркнуть, что 5 отчетливо выраженных эндоскопических признаков EREFS выявлены только у одного ребенка 14 лет, госпитализированного с подозрением на инородное тело пищевода, жалобами на дисфагию, невозможность глотания твердой пищи и задержкой физического развития.

Среди клинических симптомов, описанных в медицинских картах стационарного или амбулаторного пациента, преобладали «традиционные»: боли в животе (9), неприятный запах изо рта (6), снижение аппетита (5), отрыжка (5), тошнота (4), реже избирательность аппетита (2), эпизоды рвоты (2), дисфагия (2), запивание пищи водой (2), отказ от твердой пищи (1). Ни в одном случае характерные для эозинофильного поражения пищевода жалобы не детализированы.

Анамнестически прослеживается ассоциация ЭоЭ с аллергиями [4], которая выявлена у 14 детей (65 %), из них бронхиальная астма — 5, атопический дерматит — 4, аллергический ринит — 3.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о достаточно высокой частоте выявления ЭоЭ в детской популяции (1:185, от выполненных ЭГДС).

В ранние сроки от начала заболевания специфические клинические признаки ЭоЭ отсутствуют, заподозрить заболевание без детализации жалоб затруднительно. Как правило, больные дети постепенно приспосабливаются к дисфагии – предпочитают жидкую пищу, отказываются от твердой пищи или подолгу и тщательно ее пережевывают, запивают!

Эндоскопическое обследование, при условии достаточного опыта врача-эндоскописта и наличия эндоскопов высокого разрешения, позволяет выявить начальные макроскопические изменения в пищеводе и провести множественную биопсию для морфологического исследования. Однако, даже при отсутствии эндоскопических изменений биопсия обязательна при наличии характерных клинических жалоб и симптомов.

Диагноз ЭоЭ должен основываться на сочетании клинических симптомов с морфологическими признаками, после исключения вторичных причин эозинофильного воспаления.

Оптимальным, для раннего выявления ЭоЭ, назначения правильного лечения в соответствии с рекомендациями международных согласительных документов и снижения риска инвалидизации детей от данной патологии, является повышение информированности и полное взаимодействие врачей-специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Straumann, A. Pediatric and adult eosinophilic esophagitis: similarities and differences / A. Straumann, S. Aceves, C. Blanchard. — Allergy. — 2012. — № 67. — P. 477–490.*
2. Эозинофильный эзофагит: современный взгляд на проблему и собственные клинические наблюдения / В. О. Кайбышева [и др.]. — Доказательная гастроэнтерология. — 2019. — Т.8, №1. — С. 58–83.
3. Эозинофильный эзофагит у детей / Т. Н. Будкина [и др.]. — Вопросы современной педиатрии. — 2016. — № 15 (3). — С. 239–249.
4. *Helicobacter Pylori Infection Is Associated With a Reduced Risk of Developing Eosinophilic Oesophagitis. Aliment Pharmacol Ther / U. Von Arnim [et al.]. — 2016. — № 43 (7). P. 825–830. DOI: 10.1111/apt.13560.*

УДК 616.441-006.32-0.56.7-053.2

ОРФАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ГОШЕ

Демиденко А. Н.^{1,2}, Ромашевская И. П.^{1,2}, Ходулева С. А.²

¹Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Болезнь Гоше является наиболее часто встречающейся лизосомной болезнью накопления и представляет собой наследственное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования. Причиной болезни Гоше являются мутации гена, ответственного за синтез фермента β-глюкоцереброзидазы, участвующего в гидролитическом расщеплении глюкозилцерамида на глюкозу и церамид. Врожденная недостаточность фермента β-глюкоцереброзидазы ведет к накоплению глюкозилцерамида в