

ский дерматит. С момента введения прикормов, периодически отмечалась рвота съеденной пищей или необильные срыгивания.

В 11 месяцев ребенок поступил в стационар с подозрением на инородное тело. Со слов мамы, играл на полу с игрушками, внезапно, резко закашлял, как-будто поперхнулся. Затем во время кормления «стал давиться», отказывался от еды, появилось обильное слюнотечение. При проведении под наркозом ЭГДС — инородное тело в пищеводе и желудке не обнаружено. Вместе с тем, выявлены эндоскопические признаки ЭоЭ: на всем протяжении пищевода множественные мелкие белесоватые бугорки, нечетко выраженные концентрические сужения пищевода, отек слизистой. Данная эндоскопическая картина описана по шкале EREFS — E₀R₁E₁F₀S₀, взята «лестничная биопсия» из пищевода. При исследовании морфобиоптатов диагностических критериев ЭоЭ получено не было.

Выводы

Учитывая жалобы; анамнез жизни и заболевания; отягощенный аллергологический анамнез; результаты инструментального обследования; а также оценивая имеющиеся риски развития ЭоЭ у данного ребенка, планируется дальнейшее динамическое наблюдение за пациентом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эозинофильный эзофагит : учебное пособие для врачей / В. Т. Ивашкин [и др]. — М.: АИСПИ РАН, 2013. — 80 с.
2. Endoscopic of the esophageal features of eosinophilic esophagitis : validation of a novel classification and grading system / I. Hirano [et al.] // Gut. — 2012. — № 62 (4). — P. 489–495.
3. Management guidelines of eosinophilic esophagitis in childhood / A. Papadopoulou [et al.] // J Pediatr Gastroenterol Nutr. — 2014. — № 58 (1). — P.107–118.
4. Чеченкова, Е. В. Анализ клинических согласованных рекомендаций по лечению пациентов с эозинофильным эзофагитом / Е. В. Чеченкова, И. И. Саванович // Проблемы здоровья и экологии. — 2020. — № 4. — С. 12–22.
5. Pathophysiology of Eosinophilic Esophagitis / K. M. O'Shea [et al.] // Gastroenterology. — 2018. — № 154 (2). — P. 333–345.

УДК 614.2:616.329-002-053.2(476.2)

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ С ЭОЗИНОФИЛЬНЫМ ЭЗОФАГИТОМ

Чеченкова Е. В.¹, Дежурко А. В.², Саванович И. И.³

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь,

³Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Работа посвящена одному из социально значимых заболеваний у детей — эозинофильному эзофагиту (ЭоЭ). ЭоЭ — хроническое, медленно прогрессирующее иммуноопосредованное заболевание пищевода, характеризующееся выраженным эозинофильным воспалением слизистой оболочки пищевода, развитием подслизистого фиброза, клинически прояв-

ляющееся нарушением глотания (дисфагия, обтурация пищевода пищевым комком, рвота проглоченной пищей и др.) [1, 2, 3].

В последние годы отмечается увеличение частоты выявления эозинофильного эзофагита у детей, что связано как с увеличением гастроэнтерологических и аллергических заболеваний, так и с улучшением информированности врачей о данной патологии и совершенствованием методов диагностики [4, 5].

Цель

Описать порядок организации и оказания медицинской помощи детскому населению Гомельской области с ЭоЭ.

Материал и методы исследования

Представлена объективная и детальная информация об организации и оказании медицинской помощи детскому населению Гомельской области с ЭоЭ.

Результаты исследования и их обсуждение

С патофизиологической точки зрения ЭоЭ — это хроническое Th2-ассоциированное заболевание пищевода, характеризующееся развитием выраженного эозинофильного воспаления (более 15 эозинофилов в поле зрения микроскопа высокого разрешения с увеличением $\times 400$) в слизистой оболочке пищевода и подслизистого фиброза, клинически проявляющееся дисфункцией пищевода (затруднения при приеме пищи у детей (рвота, поперхивание, отказ от еды) и дисфагия у подростков).

В формировании ЭоЭ имеет место патогенетическое влияние трех групп факторов [2, 6]:

1. Генетическая предрасположенность к развитию иммунного ответа (при контакте с чужеродными антигенами) по пути активации Т-хелперов 2-го типа (Th2).

2. Нарушение барьерной функции слизистой оболочки пищевода (воспаление, расширение межклеточных пространств, нарушение синтеза белков плотных контактов), способствующее более глубокой пенетрации антигенов в толщу слизистой оболочки.

3. Сенсibilизация к воздушным и пищевым антигенам [1].

В педиатрической практике эозинофильный эзофагит наиболее часто встречается у детей дошкольного и школьного возраста с отягощенным аллергологическим анамнезом. Клинически эозинофильный эзофагит выражается неспецифическими симптомами, сходными с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: болью в эпигастрии, изжогой, тошнотой, эпизодами рвоты, реже — дисфагией. Клинические проявления ЭоЭ зависят от возраста ребенка и фенотипа заболевания [7].

Необходимо отметить, что дети не детализируют такие жалобы, как необходимость длительно пережевывать пищу и дополнительно запивать пищу водой для проглатывания. И лишь при уточняющих, целенаправленных вопросах, мы можем это выявить.

Поэтому, в большинстве случаев решение о взятии биопсии из пищевода принимает врач-эндоскопист при проведении ЭГДС и выявлении эндоскопических признаков ЭоЭ согласно эндоскопическому индексу оценки по I. Hirano [8], включающего в себя 5 «больших» и 3 «малых» эндоскопических признака. К «большим» критериям оценки ЭоЭ относятся фиксированные кольца, экссудативные наложения на слизистой, верти-

кальные линии или борозды, стриктура, отек слизистой; к «малым» — скользящие и переходящие кольца, узкий пищевод, ломкость слизистой. Главным критерием установления диагноза ЭоЭ является наличие интраэпителиальной эозинофильной инфильтрации с количеством эозинофилов в поле зрения микроскопа высокого разрешения ($\times 400$) не менее 15 в одном или нескольких биоптатах. Количество биоптатов из проксимального и дистального отделов пищевода должно быть не менее 6, так как чем больше биоптатов, тем выше процент верификации ЭоЭ [2, 8, 9]. Поэтому, знания патоморфолога и его грамотный подход являются неотъемлемой частью диагностического процесса.

За период 2018–2020 гг. в учреждении «Гомельская областная детская клиническая больница» ЭоЭ диагностирован у 50 детей в возрасте от 2 до 18 лет.

Для совершенствования организации и оказания медицинской помощи детям с ЭоЭ, по инициативе кафедры педиатрии Гомельского государственного медицинского университета на базе ГОДКБ создан постоянно действующий консилиум в составе ассистента кафедры педиатрии, заместителя главного врача ГОДКБ (врача-эндоскописта по совместительству) и главного внештатного детского гастроэнтеролога ГУЗО. Целью данного консилиума является определение тактики ведения впервые выявленных случаев ЭоЭ и их динамическое наблюдение. Также создан единый реестр пациентов с ЭоЭ в Гомельской области, что позволило изучить возрастную структуру пациентов и принадлежность к полу; выявить факторы, предрасполагающие к развитию данной патологии; установить клинико-эндоскопические закономерности ЭоЭ у детей Гомельской области.

На базе ГОДКБ пациенты имеют возможность углубленного обследования с использованием современного высокотехнологичного оборудования. В результате централизации детской эндоскопической службы обеспечена непрерывность предоставления плановой и экстренной эндоскопической помощи в амбулаторных и стационарных условиях. Эндоскопическое отделение оснащено современным эндоскопическим оборудованием ведущих производителей. Применяются эндоскопы малого диаметра (специальные «детские» модели), что значительно уменьшает неприятные ощущения во время процедур и позволяет выполнять манипуляции, в том числе, у новорожденных детей. Экстренная эндоскопическая помощь оказывается в круглосуточном режиме, что особенно актуально при вклинении пищевого комка в пищевод при наличии стриктур, являющихся грозным инвалидизирующим осложнением ЭоЭ. Наличие современных эндоскопических видеосистем дает возможность архивировать фотоизображения и видеозапись исследования. Детям раннего возраста (старшего — по показаниям) эндоскопические исследования проводятся под общим обезболиванием.

ГОДКБ располагает широкими возможностями лабораторных и функциональных методов исследования. Особенности аллергологического статуса оцениваются на основании проведения скарификационных проб с пищевыми, бытовыми, пыльцевыми, эпидермальными аллергенами, определения общего и специфических IgE методом ИФА, цитологического исследования мазков-отпечатков слизистой носа, что особенно актуально для пациентов с аллергическим ринитом. Исследования функции внешнего дыхания методом компьютерной спирометрии, пикфлоумет-

рии позволяют на ранних этапах заподозрить нарушение дыхания у пациентов, оценить степень тяжести бронхиальной астмы, при ее наличии у пациентов, эффективность проводимой терапии. Проводятся бактериологические исследования назального секрета и мокроты. Иммунный статус исследуется методами иммунографии.

Пациенты с ЭоЭ по показаниям консультируются оториноларингологом, аллергологом, неврологом, психологом, другими специалистами.

Учитывая плодотворную совместную работу кафедры педиатрии и ГОДКБ, в настоящее время разрабатывается приказ о создании регионального центра ЭоЭ для детей Гомельской области. С образовательной целью планируется открытие «Школы ЭоЭ», где будут проводиться семинары с пациентами и врачами-специалистами по данной патологии с привлечением врачей-аллергологов, гастроэнтерологов и диетологов.

Выводы

Таким образом, новая организация работы позволит оказывать помощь детскому населению с ЭоЭ на качественно ином уровне, а также может быть использована при разработке мероприятий по организации медицинской помощи детям с ЭоЭ в других регионах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bredenoord, A. J. Clinical esophagology: alive and kicking! / A. J. Bredenoord // *Neurogastroenterol Motil.* — 2015. — № 27(2). — P. 157–159.
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита / В. Т. Ивашкин [и др]. — М., 2013.
3. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults / A. J. Lucendo [et al.] // *United European Gastroenterol J.* — 2017. — № 5(3). — P. 335–358.
4. Management guidelines of eosinophilic esophagitis in childhood / A. Papadopoulou [et al.] // *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* — 2014. — № 58(1). — P.107–118.
5. Эозинофильный эзофагит: учеб. пособие / В. Т. Ивашкин [и др]. — М.: АИСПИ РАН, 2013. — 80 с.
6. Pathophysiology of Eosinophilic Esophagitis / K. M. O'Shea [et al.] // *Gastroenterology.* — 2018. — 154(2). — P. 333–345.
7. Чеченкова, Е. В. Анализ клинических согласованных рекомендаций по лечению пациентов с эозинофильным эзофагитом / Е. В. Чеченкова, И. И. Саванович // *Проблемы здоровья и экологии.* — 2020. — № 4. — С. 12–22.
8. Endoscopic of the esophageal features of eosinophilic esophagitis : validation of a novel classification and grading system / I. Hirano [et al.] // *Gut.* — 2012. — № 62 (4). — P. 489–495.
9. Диагностика и лечение эозинофильного эзофагита: обзор Европейских рекомендаций 2017 г. / И. В. Маев [и др.] // *Consilium Medicum.* — 2019. — № 8. — С. 9–14.
10. Systematic review with meta-analysis: the incidence and prevalence of eosinophilic oesophagitis in children and adults in population-based studies / A. Arias [et al.] // *Aliment Pharmacol Ther.* — 2016. — № 43. — P. 3–15.

УДК 616.34-007.44

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА

Шачикова Т. А., Балыев Б. А., Алиферович В. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одной из актуальных проблем современной хирургии является острая кишечная непроходимость. Инвагинация кишечника — выделяемый в отдельную нозологическую форму вид непроходимости кишечника, причиной которого является внедрение одной части кишечника в просвет дру-