

УДК 616.329-002-008.853.5:616.34]-053.2

*Е. В. Чеченкова¹, И. И. Саванович²,
А. Н. Ильюшкин³, А. В. Карпович³, С. А. Баранчук⁴*

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

²Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

³Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»,

⁴Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро»
г. Гомель, Республика Беларусь

СОЧЕТАНИЕ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТТА (НА ОСНОВЕ СОБСТВЕННЫХ ДАННЫХ)

Введение

Работа посвящена актуальным вопросам детской гастроэнтерологии — сочетанию эозинофильного эзофагита у детей с пищеводом Барретта (ПБ).

Цель

Установить на основе собственных наблюдений сочетание эозинофильного эзофагита (ЭоЭ) у детей с ПБ.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских документов 20 несовершеннолетних пациентов (далее пациентов) в возрасте от 6 до 18 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

ПБ относят к факультативным предраковым заболеваниям. Пациенты с ПБ составляют группу риска по развитию аденокарциномы пищевода (АКП), с вероятностью малигнизации 0,2–2,1 % [1]. Проблемам ПБ в детской гастроэнтерологии уделяется недостаточно внимания, поэтому истинные показатели заболеваемости до настоящего времени не известны. Тем не менее, в связи с ростом числа воспалительных и метапластических изменений в пищеводе у взрослых, вопросы, посвященные этиологии, патогенезу, диагностике, лечению и прогнозу при ПБ у детей приобретает актуальное значение. Исследования, посвященные ПБ у детей немногочисленны. Согласно литературным данным, ПБ выявляется у 6–12 % пациентов с симптомами ГЭРБ [2]. Вместе с тем, нет информации о сочетании эозинофильного эзофагита у детей с ПБ [3].

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.) [4].

Был проведен ретроспективный анализ медицинских документов 20 пациентов с ЭоЭ в возрасте от 6 до 18 лет (средний возраст $13,82 \pm 2,21$ лет). Среди них преобладали мальчики — 16 пациентов, против девочек — 4. Анализ медицинских карт пациентов позволил выявить неспецифические и специфические жалобы. 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). Были выявлены и специфические жалобы у пациентов с ЭоЭ: дисфагия (2), необходимость дополнительно запивать пищу водой (10), отказ от твердой пищи (3), необходимость длительно пережевывать пищу (6), страх перед едой (1). Наличие отягощенного аллергоанамнеза позволяет заподозрить ЭоЭ у пациентов, в том числе при наличии неспецифических диспепсических признаков. Анамнестически прослеживалась ассоциация ЭоЭ с аллергическими заболеваниями у 12 детей (60 %), из них бронхиальная астма — 5, атопический дерматит — 4, аллергический ринит — 3.

На этапе первичного обследования всем пациентам проводилась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с лестничной биопсией из проксимального и дистального отделов пищевода. При проведении ЭГДС использован эндоскопический индекс по I. Hirano. Главным критерием установления диагноза ЭоЭ явилось наличие не менее 15 эозинофилов в одном или нескольких биоптатах в поле зрения микроскопа высокого разрешения ($\times 400$).

Для оценки степени повреждения слизистой оболочки пищевода использовалась Лос-Анжелесская классификация рефлюкс эзофагита. При подозрении на очаги метаплазии (изменение Z-линии в виде «языков пламени», эктопированные очаги) проводилась узкоспектральная визуализация (NBI), а также хромоэндоскопия с 3–5 % раствором Люголя или 0,5 % — раствором метиленового синего с целью взятия прицельной биопсии. Пищевод Барретта диагностировали при выявлении метаплазии желудочного или кишечного типа. У трех пациентов данной группы выявлены специфические эндоскопические признаки ПБ, подтвержденные морфологически.

Выводы

Таким образом, ЭоЭ и ПБ могут иметь схожую клиническую картину. Лишь качественно выполненная множественная биопсия из пищевода с последующим изучением морфобиоптатов, могут привести к точной и ранней диагностике данной патологии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мухаметова, Е. М. Особенности пищевода Барретта у детей / Е. М. Мухаметова, А. С. Хандогина, С. И. Эрдес // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2017. – № 1 (137). – С. 35–43.
2. ASGE guideline on screening and surveillance of Barrett's esophagus / B. Qumseya [et al.] // Gastrointestinal endoscopy. – 2019. – Т. 90. – № 3. – С. 335–359.
3. Эозинофильный эзофагит у детей: коморбидность / И. И. Саванович, Е. В. Чеченкова // Актуальные проблемы педиатрии: сборник тезисов XIX съезда педиатров России с международным участием, Москва, 5–7 марта 2022. – М., 2022. – С. 227.
4. Open to cite this article / V. O. Kaibysheva [et al.] // Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology. – 2019. – Т. 8. – № 1. – С. 58–83.