

УДК 616.329-002-053.2

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ У ДЕТЕЙ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ*Чеченкова Е. В.¹, Радченко Е. А.², Карнович А. В.²*¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Многие публикации последних лет свидетельствуют о росте хронических эозинофильных гастроинтестинальных заболеваний (EGID), в группу которых включены эозинофильный эзофагит (ЭоЭ), а также эозинофильный гастрит, эозинофильный гастроэнтерит и эозинофильный колит. Диагноз основывается на сочетании клинических симптомов с гистологическими признаками EGID, после исключения вторичных причин эозинофильного воспаления желудочно-кишечного тракта. [1].

В настоящее время наиболее актуальным и изученным у детей является ЭоЭ. За последние 10 лет данная патология получила достаточное распространение в мире, однако в Республике Беларусь (РБ), в реальной клинической практике, она по-прежнему диагностируется не часто, особенно у детей. В литературе встречаются описания единичных случаев ЭоЭ в РБ с 2011 г.

Вместе с тем, в МКБ-10 и действующих в РБ отраслевых стандартах обследования и лечения детей с патологией органов пищеварения в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях, утвержденных приказом Минздрава от 30.09.2003 г. № 156, ЭоЭ в качестве самостоятельного диагноза не выделяется, утвержденные методические рекомендации также отсутствуют. Соответственно, затруднена реализация системных мероприятий по диагностике и лечению данной патологии у детей, в том числе, проживающих в Гомельской области.

Цель

Познакомить врачей-клиницистов с новой нозологической единицей в общей структуре заболеваемости желудочно-кишечного тракта у детей.

Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели были проанализированы современные литературные источники.

Результаты исследования и их обсуждение

ЭоЭ — хроническое, медленно прогрессирующее иммуноопосредованное заболевание пищевода, характеризующееся выраженным эозинофильным воспалением слизистой оболочки пищевода, развитием подслизистого фиброза, клинически проявляющееся нарушением глотания (дисфагия, obturация пищевода пищевым комком, рвота проглоченной пищей и др.) [2]. При прогрессировании субэпителиального фиброза формируются стриктуры пищевода, которые резко снижают качество жизни пациента, вплоть до инвалидизации. Также может отмечаться задержка физического развития детей и подростков.

Первые описания эозинофилии пищевода были опубликованы в 70-х гг. прошлого века (Р. Лэндерс), в начале 90-х гг. ЭоЭ был выделен в отдельный клинкоморфологический синдром, характеризующийся дисфагией на фоне персистирующего эозинофильного воспаления (более 15 эозинофилов в поле зрения при увеличении $\times 400$) в толще слизистой оболочки и подслизистого слоя пищевода.

Большинство авторов отмечают увеличение частоты выявления ЭоЭ у детей в последние годы. И это связано не только с увеличением заболеваемости гастроэнтерологическими и аллергическими заболеваниями у детей, но и с улучшением информированно-

сти врачей о данной патологии и усовершенствованием методов диагностики. Этиологическими и триггерными факторами в развитии ЭоЭ у детей являются, как показывают многочисленные исследования, пищевые и аэроаллергены (бытовые, пыльцевые). Не исключается роль генетических факторов: ЭоЭ чаще встречается у лиц мужского пола; около 8 % детей имеют кровных родственников, страдающих этим заболеванием, трое из четырех детей с ЭоЭ имеютотягощенную по атопии наследственность, 42–93 % детей с ЭоЭ имеют атопические аллергические заболевания на момент обращения и 50–60 % — в анамнезе [3]. В настоящее время считается доказанной роль гиперчувствительности немедленного типа в патогенезе ЭоЭ. Известно, что в норме эозинофилы отсутствуют в слизистой пищевода. У пациентов с ЭоЭ отмечается эозинофильная инфильтрация слизистой пищевода, что объясняется синтезом широкого спектра цитокинов в ходе IgE-опосредованного иммунного ответа. Однако наряду с этим предполагается возможность участия других механизмов в формировании воспаления и тканевого ремоделирования при ЭоЭ, что является основополагающим фактором развития осложнений-стриктур пищевода.

Клиническая картина ЭоЭ отличается в разные возрастные периоды.

У новорожденных и детей в возрасте до 2 лет возникает большое количество неспецифических жалоб со стороны верхних отделов ЖКТ: частый отказ от еды, рвота, срыгивание.

Дети более старшего возраста указывают на «чувство инородного тела» или «комоч шерсти» в горле; «липкую слюну»; они держат пищу во рту 15 мин до глотания; жуют пищу медленно, им нужно много воды, чтобы проглотить пищу. Нередко такие дети отказываются от пищи (выплывают еду; бросают еду; самостоятельно ограничивают прием пищи или очень разборчивы в еде; у них может возникнуть страх удушья, проблемы с засыпанием; боль в горле (зуд, першение).

У таких детей могут также отмечаться симптомы ГЭРБ: изжога и рефлюкс (диапазон частот 5–82 %), рвота (диапазон 5–68 %) и боль в животе (в диапазоне 8–100 %).

У подростков ЭоЭ также представлен ГЭРБ-подобными симптомами (рвота, тошнота, боль в животе, изжога и срыгивания), которые являются наиболее распространенными (диапазон от 5 до 82 %). Частота дисфагии при приеме пищи твердой консистенции (диапазон 29–100 %) и сдавление пищей (диапазон 25–100 %), боль в груди и понос, как правило, увеличивается с возрастом [4].

При проведении ЭГДС у больных с ЭоЭ обнаруживаются неспецифические признаки активного воспалительного процесса на всем протяжении пищевода. В зависимости от активности воспаления могут быть выявлены: отек и контактная ранимость слизистой оболочки пищевода, белесый экссудат (эозинофильные микроабсцессы), линейные продольные борозды; а также изменения, отражающие развитие подслизистого фиброза: множественные концентрические кольца («трахеевидный» или «кошачий» пищевод), реже — стриктуры и сужения пищевода.

С целью повышения информативности ЭГДС в диагностике ЭоЭ, стандартизации методики оценки степени и характера поражения пищевода разработана эндоскопическая шкала EREFS, описывающая 5 главных эндоскопических признаков ЭоЭ: Exudates — экссудат, Rings — кольца, Edema — отек, Furrows — борозды, Strictures — стриктуры. Необходимо отметить, что эндоскопических признаков эзофагита может и не быть! Однако это не исключает наличие ЭоЭ, подтвержденного морфологически (при наличии клиники и анамнеза заболевания).

Всем больным с подозрением на ЭоЭ (клиническим или анамнестическим) при проведении ЭГДС должна быть выполнена множественная биопсия из дистального и проксимального отделов пищевода для последующего гистологического исследования образцов ткани.

Основной гистологический диагностический критерий ЭоЭ — интраэпителиальная эозинофильная инфильтрация с количеством эозинофилов ≥ 15 в поле зрения микроскопа при большом увеличении ($\times 400$) [5].

Диагноз ЭоЭ устанавливается на основании совокупности клинико-диагностических критериев: клинические симптомы, связанные с эзофагеальной дисфункцией; эозинофильное воспаление, подтвержденное морфологически; эозинофилия ограничена слизистой пищевода и персистирует, несмотря на лечение ингибиторами протонной помпы; исключены вторичные причины эозинофилии.

Заключение

Вышеизложенное позволяет рассматривать проблему эозинофильного эзофагита, как междисциплинарную, поскольку диагностика заболевания предполагает взаимодействие педиатра, аллерголога, гастроэнтеролога, эндоскописта и патоморфолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Koutri, E. Eosinophilic Gastrointestinal Diseases in Childhood / E. Koutri, A. // Papadopoulou Ann Nutr Metab. 2018; 73 Suppl 4:18–28. doi: 10.1159/000493668. Epub 2019 Feb 19./Источники: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30783041>.
2. Основные положения рекомендаций Европейского общества по изучению эозинофильного эзофагита / В. О. Кайбышева [и др.]. — Доказательная гастроэнтерология. — 2018. — № 3. — С. 65–90.
3. Клинический случай эозинофильного эзофагита у ребенка 6 лет / Р. Ф. Хакимова [и др.]. — Практическая медицина. — 2016. — № 8 (100). — С. 123–126.
4. Особенности диагностики эозинофильного эзофагита / И. С. Садиков [и др.]. — Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2015. — № 114 (2). — С. 52–59.
5. Эозинофильный эзофагит: современный взгляд на проблему и собственные клинические наблюдения / В. О. Кайбышева [и др.]. — Доказательная гастроэнтерология. — 2019. — Т. 8, № 1. — С. 58–83.

УДК 616.233-006.326-072.1:[616.24:612.216.2]-053.2

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТРУЙНОЙ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ БРОНХОСКОПИИ У ДЕТЕЙ

Чикичева Н. П., Чернобровкин А. Ю., Тёлкин К. Ю.

Учреждение

**«Гомельская областная детская клиническая больница»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Бронхоскопия (БС) является распространенным исследованием в современной клинике детской хирургии и детских болезней. Информативны как ригидная, так и гибкая бронхоскопии, проводимые по плановым и экстренным показаниям у пациентов с подозрением на инородное тело дыхательных путей, пороками развития бронхолегочной системы, бронхообструктивными заболеваниями. Последние часто отличаются осложненным течением с синдромом бронхиальной обструкции, ателектазированием, хронической дыхательной недостаточностью и присоединением бактериальной инфекции. При проведении ригидной бронхоскопии есть ряд недостатков: сложность визуализации голосовых связок, верхнедолевых и сегментарных бронхов, риск травматизации мягких тканей с развитием отека подсвязочного пространства ввиду анатомической особенности дыхательных путей у ребенка. Многие пациенты нуждаются в проведении повторных исследований, что повышает риск развития осложнений при проведении манипуляций на высокорефлексогенных анатомических зонах. Перед анестезиологом стоит задача выбора оптимального метода анестезиологического пособия с минимальными прогнозируемыми осложнениями [1].

Цель

Проанализировать опыт применения аппарата сочетанной бичастотной искусственной вентиляции легких (БЧ ИВЛ) TwinStream во время проведения БС у детей для определения оптимального метода анестезиологического пособия.