

Таким образом, в нашем исследовании статистически значимых различий в частоте встречаемости клинических фенотипов аллергопатологии, ассоциированной с КДП *D. pteronyssinus* установлено не было. Необходимо отметить, что частота сенсибилизации к rDer p1 и (или) rDer p2 при всех установленных клинических фенотипах превышала 50 %. Данный факт свидетельствует о том, что Der p1 и Der p2 являются мажорными (главными) молекулярными компонентами аллергена КДП *D. pteronyssinus* у детей с АЗ в Гродненской области. Установление молекулярных паттернов представляется важным с целью оценки эффективности АСИТ аллергеном КДП. В нашем исследовании у 93,6 % детей с АЗ в молекулярных паттернах присутствовали или оба, или один из главных молекулярных компонентов (rDer p1 и (или) rDer p2) аллергена компонента КДП, что позволяет сделать заключение о высокой/умеренной эффективности АСИТ у этих пациентов [4]. У 16,4 % детей установлен молекулярный паттерн rDer p1-rDer p2-, в связи, с чем в этой группе детей эффективность АСИТ аллергеном КДП оценивается как низкая. В этом случае необходимо продолжить поиск других молекулярных компонентов аллергена КДП *D. pteronyssinus* с целью дифференцированного подхода к необходимости проведения элиминационных мероприятий, назначения медикаментозной терапии в соответствии с клиническим фенотипом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bantz, S. K. The atopic march: progression from atopic dermatitis to allergic rhinitis and asthma / S. R. Bantz, Z. Zhu, T. Zheng // *J Clin Cell Immunol.* — 2014. — Vol. 5. — P. 202. — doi: 10.4172/2155-9899.1000202
2. House dust mite interactions with airway epithelium: role in allergic airway inflammation / V. D. Gandhi [et al.] // *Curr Allergy Asthma Rep.* — 2013. — Vol. 13 (3). — P. 262–270. — doi: 10.1007/s11882-013-0349-9.
3. Diagnosis of allergic sensitization in patients with allergic rhinitis and asthma in a tropical environment / M. Sánchez-Borges [et al.] // *Rev Alerg Mex.* — 2019. — Vol. 66 (1). — P. 44–54. — doi: 10.29262/ram.v66i1.570.
4. Component-resolved diagnosis of house-dust mite allergy with purified natural and recombinant mite allergens / G. Pittner [et al.] // *Clin Exp Allergy.* — 2004. — Vol. 34 (4). — P. 597–603. — doi: 10.1111/j.1365-2222.2004.1930.x.

УДК 616.329-002-008.853.5-08-053.2(476.2)

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ С ЭОЗИНОФИЛЬНЫМ ЭЗОФАГИТОМ

Чеченкова Е. В.¹, Дежурко А. В.², Саванович И. И.⁴, Баранчук С. А.³

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»,

³Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро»

г. Гомель, Республика Беларусь,

⁴Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Работа посвящена актуальным вопросам детской гастроэнтерологии — эозинофильному эзофагиту (ЭоЭ).

Цель

Представить детальное описание оказания медицинской помощи детскому населению Гомельской области с ЭоЭ.

Методы исследования

Теоретические (изучение литературы по проблеме и теме работы, систематизация, анализ, обобщение); эмпирические (опытно-поисковая работа); описательные.

Результаты исследования и их обсуждение

Эозинофильный эзофагит у детей — недостаточно изученная патология пищевода, в основе патогенеза которой лежит предрасположенность к развитию иммунного ответа под действием экзогенных аллергенов по пути активации Т-хелперов 2-го типа, экспрессирующих высокоактивные цитокины. Это приводит к эозинофильной инфильтрации стенки пищевода на всем его протяжении, развитию хронического воспаления в толще эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки пищевода, ремоделированию пищевода и развитию подслизистого фиброза. При прогрессировании субэпителиального фиброза формируются стриктуры пищевода, которые резко снижают качество жизни пациента, вплоть до инвалидизации. Клинически ЭоЭ проявляется нарушением глотания: дисфагия, рвота, поперхивание, отказ от еды, обтурация пищевода пищевым комком и др. [1]. Может отмечаться также задержка физического развития детей и подростков.

В МКБ-10 эозинофильный эзофагит в качестве самостоятельного диагноза не выделен. Соответственно, затруднена реализация системных мероприятий по диагностике и лечению данной патологии. Однако, с 1 января 2022 г. вступит в силу МКБ-11, где эозинофильному эзофагиту присвоен самостоятельный код DA24.1.

В педиатрической практике эозинофильный эзофагит наиболее часто встречается у детей дошкольного и школьного возраста с отягощенным аллергологическим анамнезом [2].

Эозинофильный эзофагит клинически выражается неспецифическими симптомами, сходными с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: болью в эпигастрии, изжогой, тошнотой, эпизодами рвоты, реже — дисфагией [3]. 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 [4].

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 [5], включающего в себя 5 «больших» и 3 «малых» эндоскопических признака. К 5 «большим» критериям оценки ЭоЭ относятся фиксированные кольца, экссудативные наложения на слизистой, вертикальные линии или борозды, стриктура, отек слизистой; к 3 «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. Поэтому, знания патоморфолога и его грамотный подход являются неотъемлемой частью диагностического процесса.

На базе ГОДКБ пациенты имеют возможность углубленного обследования с использованием современного высокотехнологичного оборудования. Эндоскопическое отделение ГОДКБ оснащено современным эндоскопическим оборудованием японских производителей «Олимпас», «Пентакс», «Карл Шторц». 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. Эндоскопическое отделение работает в круглосуточном режиме и оказывает плановую и экстренную помощь, что является особенно актуальным при вклинении пищи у детей 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.

Пациенты с ЭоЭ при необходимости консультируются оториноларингологом, аллергологом, неврологом.

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, пикфлоуметрии 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.

Плодотворная совместная работа кафедры педиатрии и ГОДКБ расширила границы возможностей. Позволила: предполагать диагноз, проводить своевременную диагностику, динамически наблюдать за детьми с данной патологией.

Для совершенствования оказания медицинской помощи детям с ЭоЭ, по инициативе кафедры педиатрии, была налажена совместная работа с республиканским центром гастроэнтерологии в 3-й городской детской клинической больнице. В том числе, проводится онлайн-консультирование с использованием телемоста «Минск-Гомель» с республиканским гастроэнтерологом Саванович Ириной Ивановной в формате телеконференций.

Заключение

Таким образом, повышение знаний о данной патологии, выработанный четкий алгоритм и маршрутизация несовершеннолетних пациентов с характерными симптомами позволяют существенно повысить качество оказания медицинской помощи детскому населению Гомельской области с ЭоЭ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение эозинофильного эзофагита: обзор Европейских рекомендаций 2017 г. / И. В. Маев [и др.] // *Consilium Medicum*. — 2019. — № 8. — С. 9–14.
2. 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.
3. Чеченкова, Е. В. Эозинофильный эзофагит у детей: трудности диагностики (на основе собственных данных) / Е. В. Чеченкова, И. И. Саванович // *Терапевтический архив*. — 2021. — Т. 93, № 2. — С. 10–11.
4. Дежурко, А. В. Эозинофильный эзофагит у детей: трудный путь к диагнозу (на основе собственных данных) / А. В. Дежурко, Е. В. Чеченкова // *Доказательная гастроэнтерология*. — 2020. — Т. 9, № 4. — С. 118.
5. Endoscopic of the esophageal features of eosinophilic esophagitis : validation of a novel classification and grading system / I. Hirano [et al.] // *Gut*. — 2012. — Vol. 62 (4). — P. 489–495.