

Назначение аллокина-альфа позволяет элиминировать вирус папилломы из урогенитального тракта женщин с персистирующим носительством. Осуществлять контроль за течением носительства вирусов папилломы 16 и 18 типа необходимо неоднократно, обязательно включая в курс обследования определение уровня провоспалительных цитокинов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Мальцева Л.И., Фаррахова Л.Н., Кучеров В.А. и др. Генитальные кондиломы у женщин: факты и противоречия // Российский вестник акушерства и гинекологии – 2012. - № 2. – С. 78-80.
2. Долгих Т.И., Михайлова Н.А., Гордиенко Т.Г., Вотрина И.Р. ПЦР-диагностика папилломавирусной инфекции у женщин репродуктивного

возраста // Сборник трудов V Всероссийской научно-практической конференции «Генодиагностика инфекционных болезней» Т. 1 – М., 2004. – С. 29-31.

3. Ивашков Е.А. Сравнительная характеристика результатов выявления папилломавирусной инфекции, вызванной ВПЧ 16 и ВПЧ 18 // Сборник трудов V Всероссийской научно-практической конференции «Генодиагностика инфекционных болезней» Т. 1 – М., 2004. – С. 33-36.
4. Исаков В.А., Ермоленко Д.К., Кутуева Ф.Р. и др. Этиология и патогенез ВПЧ-инфекции / рекомендации для врачей – СПб. – В.Новгород – Тактик-Студио. – 2007. – 64 с.
5. Черныш С.И. Аллокины, как модуляторы иммунного ответа человека и млекопитающих // Russian Journal of Immunology – 2004. – Vol. 9, s.1. – p. 36-41.

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ГАСТРИТ, КОМОРБИДНЫЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Чуева М. А., Никифорова Е.М., Белан Э.Б., Ираклионова Н.С.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

EOSINOPHILIC GASTRITIS, COMORBID WITH ALLERGIC DISEASES (THE CLINICAL CASE)

Chueva M. A., Nikiforova E. M., Belan E. B., Iraclionova N. S.

Volgograd state medical University, Volgograd

«Эозинофильный гастрит» (ЭГ) (в зарубежной литературе часто используется термин «эозинофильный гастроэнтерит») - заболевание, сопровождающееся возникновением эозинофильных инфильтратов в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта. Диагноз «ЭГ» подразумевает исключение системной эозинофилии как проявление паразитарной инвазии, системных заболеваний соединительной ткани, злокачественных новообразований. Этиология заболевания до конца не выяснена, однако в качестве наиболее вероятных пусковых механизмов рассматривается IgE-зависимая пищевая или лекарственная аллергия. Как правило, особенно у детей, ЭГ возникают в результате пищевой ал-

лергии к белкам коровьего молока, соевым белкам, куриному яйцу, морепродуктам, в результате которых происходит повреждение тканей и инфильтрация слизистой оболочки желудка эозинофилами. Данный тип гастрита часто ассоциируется с другими аллергическими заболеваниями – атопический дерматит, экзема, аллергический риносинусит, бронхиальная астма [7]. Заболевания гастродуоденальной зоны диагностируются у 40-90% больных бронхиальной астмой и являются наиболее часто встречающейся внелегочной патологией, вносящей существенный вклад в формирование ситуации взаимоотношения [6].

Клиническая картина эозинофильного гастрита зависит от глубины инфильтрации эо-

зинофилами желудочной стенки. Если в патологический процесс вовлечена только слизистая оболочка желудка - доминируют такие симптомы, как боль в животе, тошнота, рвота и диарея. Если эозинофилы сосредоточены в мышечном слое, то на первый план выходят симптомы непроходимости (тошнота, рвота, вздутие живота). В случае, если эозинофилы сконцентрированы в подслизистом слое, заболевание проявляется асцитом, а в асцитической жидкости обнаруживают большое количество эозинофилов [4].

Помимо эозинофильной инфильтрации, обнаруживают инфильтрацию полиморфно-ядерными лейкоцитами, лимфоцитами, макрофагами и плазматическими клетками [7].

При определении форм гастрита по Сиднейской системе большое значение придается преимущественно клеточному составу инфильтрата слизистой оболочки желудка (Сиднейская классификация гастритов, 1990). Так, например, нейтрофильная инфильтрация считается характерной для *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита, а эозинофильная – для аллергического [5].

Выявление пищевых аллергенов, элиминационная диета и терапия кортикостероидами (главным образом в виде дозированных ингаляторов, используемых при бронхиальной астме) считаются эффективным подходом в лечении эозинофильных гастроинтестинальных заболеваний [1, 2].

В российской литературе данной нозологии посвящены единичные публикации.

Описание клинического случая.

За помощью к аллергологу обратился пациент А, 17 лет с жалобами на наличие зуда и волдырей на коже после погрешности в диете, а так же пациента беспокоили ноющие тупые боли в животе приступообразного характера, появляющиеся через 20-30 минут после еды, периодическая рвота с 6 лет. При сборе анамнеза выяснилось, что пациент страдает бронхиальной астмой, атопической, легкой интермиттирующей формой с 2002 года (получает низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов будесонидом по требованию), а так же аллергическим ринитом, круглогодичным, легкой формой, атопическим дерматитом с рождения и

рецидивирующей крапивницей с 5 месяцев. По гастропатологии ранее нигде не обследовался и не лечился. При поступлении у пациента А, отмечались волдыри на коже (более 20 штук) и легкий зуд, болезненность в эпигастральной области при пальпации живота.

По данным лабораторных методов исследования уровень общего IgE = 550 МЕ/мл, в общем анализе крови: эритроциты $5,17 \times 10^{12}$. Hb – 145 г/л, ЦП – 0,84, лейкоциты $6,1 \times 10^9$, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 78%, эозинофилы – 8%, лимфоциты – 7%

Было проведено стандартное гастроэнтерологическое обследование. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости – дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу. Дыхательный тест на определение *H.pylori* показал положительный результат. При проведении фиброгастродуоденоскопии обнаружили гипертрофический гастрит, зернистая форма, нормацидное состояние. В биоптате желудочной стенки эозинофильная инфильтрация обнаружена в слизистой оболочке. Морфологическая картина слизистой оболочки желудка характеризовалась признаками высокоактивного хронического воспаления (отеком слизистой желудка, полнокровием сосудов, неравномерной преимущественно эозинофильной инфильтрацией слизистой оболочки вплоть до подслизистой пластинки). На основании жалоб, полученных данных лабораторного и инструментального исследования был выставлен диагноз: хроническая крапивница, среднетяжелое течение, обострение. Хронический поверхностный эозинофильный хеликобактерный нормацидный гастрит, обострение. Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу.

Учитывая отсутствие рекомендаций по специфической терапии эозинофильного гастрита (в отличие от эозинофильного эзофагита), в лечении мы ограничились следующим: трехкомпонентная антихеликобактерная схема (Амоксициллин+Де-нол+омепразол). Согласно клиническим рекомендациям по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита, ингибиторы протонной помпы могут снижать степень эозинофилии слизистой желудочно-кишечного тракта [3]. Кроме того, были назначены гипоаллергенная диета, топические глюкокортикосте-

роиды на кожу (Адвантан) в течении 2 недель, антигистаминные препараты (Эбастин) по 1 таблетке 1 раз в день 1 месяц, ингаляции будесонидом в низких дозах 2 раза в день в течении 1 месяца,

Через 4 месяца было проведено повторное обследование пациента. Эндоскопическое исследование не выявило визуальной патологии слизистой оболочки ЖКТ. На фоне проводимой терапии больного с хронической крапивницей отмечалась положительная морфологическая динамика слизистой оболочки желудка: отсутствует отек и полнокровие сосудов, сохранилась гистиоцитарная инфильтрация с примесью нейтрофильных лейкоцитов, в то время как эозинофильная инфильтрация полностью купировалась (низкая активность воспаления). Кроме того, состояние пациента улучшилось: исчезли проявления крапивницы, отпала потребность в антигистаминных препаратах, появилась возможность постепенного расширения диеты. Учитывая сохраняющиеся воспалительные изменения слизистой оболочки желудка назначено дробное питание с исключением жирных, острых продуктов и кофе, отказ от нестероидных противовоспалительных средств. Так же было рекомендовано симптоматическое лечение: антацидные препараты по требованию.

Обсуждение.

Вопросы диагностики и лечение эозинофильных гастритов продолжают оставаться актуальными в связи с трудностями своевременной диагностики и терапии. К сожалению, эозинофильные гастриты не имеют каких-либо патогномичных симптомов и могут быть случайными находками при обследовании по иным патологиям. Кроме того, эозинофильные гастриты имеют «маски» других заболеваний, таких как непереносимость коровьего молока, лактазная недостаточность, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта. Диагностика эозинофильного гастрита должна сопровождаться тщательным изучением аллергопатологии (выявление причинно-значимого аллергена, определение уровня общего и специфического IgE, эозинофилов в крови), а так же гастропатологии (выявление гастритов, дуоденитов, морфологическое исследование биопта-

тов слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки, определение наличия *Helicobacter pylori* инфекции). Терапия эозинофильных гастритов должна включать комплексный подход лечения аллергологической и гастроэнтерологической патологии.

Заключение.

Таким образом, выявление эозинофильного гастрита и последующее назначение гормональной и антихеликобактерной терапии у пациента с обострением хронической крапивницы оказала значительный положительный эффект на характер течения и частоту обострений аллергопатологии, улучшило состояние слизистой оболочки желудка и повысило качество жизни пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Dellon E., Gonsalves N., Hirano I. et al. ACG clinical guideline: evidenced based approach to the diagnosis and management of esophageal eosinophilia and eosinophilic esophagitis (EoE) // *Am J Gastroenterol.* 2013; 108: 679–692.
2. Liacouras C., Furuta G., Hirano I. et al. Eosinophilic esophagitis: updated consensus recommendations for children and adults // *J Allergy Clin Immunol.* 2011; 128: 3–20.
3. Клинические рекомендации по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита. – М.: Российская гастроэнтерологическая ассоциация, 2013. – 38с.
4. Мачарадзе Д. Ш. Эозинофильные гастроинтестинальные болезни у детей. Пора ставить диагноз. / Д. Ш. Мачарадзе // *Лечащий врач.* Г. – 2016. № - 01.
5. Печкуров, Д. В. Поражения слизистой оболочки желудка у детей при инфицировании *сaga*-позитивными штаммами *helicobacter pylori* / Д. В. Печкуров, А. А. Прокофьева, Н. Н. Короткова // *Практическая медицина.* – 2010. – №7(46). – С.102 – 103.
6. Чернявская Г.М. Поражение гастродуоденальной системы при бронхиальной астме (клинические и патоморфологические аспекты) : автореф. дисс. док. мед. наук. – Томск, 2004. – 59 с.
7. Чуева М.А., Никифорова Е.М. Характеристики эндоскопической картины слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки у детей с атопическим дерматитом. / М.А. Чуева, Е.М. Никифорова // *Векторы развития современной науки материалы IV Международной научно-практической конференции.* 2017. С. 24-27.