

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ,
ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ И ДИФFUЗНЫМ СЕРОЗНЫМ ПЕРИТОНИТОМ С
РАЗВИТИЕМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА**

*Трофимов Н.В.¹, Дитятковская Е.М.¹, Чухриенко А.В.¹, Кузнецов Г.Э.²,
Бендецкая Ю.В.², Власенко А.Н.²*

*¹Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия
Министерства здравоохранения Украины»*

*²Коммунальное учреждение «Днепропетровское клиническое объединение скорой медицинской помощи»
Днепропетровского городского совета»*

г. Днепр

Введение. Эозинофильный эзофагит (ЭЭ) является хроническим аутоимунным заболеванием, клинически характеризующаяся симптомами дисфункции пищевода, а гистологически – воспалительной инфильтрацией его стенки, в которой доминируют эозинофилы. Данное заболевание манифестирует преимущественно в детском возрасте, а также у мужчин до 40 лет. Отмечена высокая частота ассоциации ЭЭ с атопическими и аллергическими заболеваниями, в первую очередь с бронхиальной астмой. Затруднение глотания пищи наблюдается более чем у 90% больных с ЭЭ. При проведении эндоскопии в 25% случаев наблюдается неизменная слизистая оболочка пищевода, в остальных 75% – обнаруживаются папулезные элементы, белые экссудаты и гиперемия. Нередко могут встречаться эрозии, сочетающиеся с отеком слизистой оболочки пищевода. В странах Европы распространенность данного заболевания составляет 45 на 100 000 взрослого населения, 104 на 100 000 детского населения.

Материалы и методы. Вашему вниманию представляем клинический случай. Пациент К., 42 года обратился 22.03.2017 г. в хирургическое отделение КУ «Днепропетровская КОСМП» ДГС с жалобами на резкую, «кинжальную» боль в животе, тошноту, многократной рвотой. Болеет 2 суток. В ЦДО выполнено рентгенография органов брюшной полости – свободный газ под правым куполом диафрагмы. Выработаны показания к срочному оперативному вмешательству. После предоперационной подготовки выполнена верхне-срединная лапаротомия. Пальпаторно определяется язвенный дефект в диаметре до 1 см на передней стенке залуковичного отдела 12-перстной кишки. Мобилизация по Кохеру ДПК и пилоробульбарной зоны по верхнему контуру. Произведено иссечение язвы. При дальнейшей ревизии на задней поверхности ДПК определяется зеркальная язва до 0,5 см в диаметре – прошита. Произведена дуоденопластика – двухрядными швами иссеченная язва ушита в поперечном направлении. Из патогистологического заключения №2651-5 от 06.04.17: Хроническая язва с обострением.

На 5 сутки послеоперационного периода состояние больного осложнилось развитием дисфагии с невозможностью прохождения не только твердой, но и жидкой пищи.

На ЭГДС определяется складки слизистой с/3 и н/3 пищевода, стенки желудка, покрыта фибриновым налетом белого цвета различной степени плотности, гиперемирована, отечная. Над кардиальной розеткой имеются линейные поперечные полосы молочно-белого цвета с чередованием яркой гиперемии до 1,0–1,5 см с незначительной кровоточивостью (“трахеоподобный пищевод”). Слизистая желудка – бледная, рыхлая. ЛДПК умеренно деформирована. Слизистая – застойная, ближе к залуковичному отделу средней глубины дефект под фибрином до 0,5 см.

Консультирован аллергологом. Назначено лечение: системные кортикостероиды и ингибиторы протонной помпы. На фоне проведенного лечения состояние больного улучшилось, исчезли симптомы дисфагии, улучшилось общее состояние, появился аппетит.

Выводы. Проблема эозинофильного эзофагита возникает не только в детском возрасте, а является актуальной и у пациентов зрелого возраста. В абдоминальной хирургии данное патологическое состояние необходимо дифференцировать кандидозом пищевода, при котором назначение системных кортикостероидов ухудшит течение и прогноз заболевания. При назначении противогрибковых препаратов и нистатина при ЭЭ может приводить к формированию стриктур пищевода.