



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
«Северо-Западный государственный медицинский Университет им. И. И. Мечникова»

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М.
Рысса

От диспепсии до эозинофильного гастроэнтерита

Баранова А.Е., ординатор второго года по специальности гастроэнтерология кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса СЗГМУ им. Мечникова

Вилло А.О., ординатор второго года по специальности гастроэнтерология кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса СЗГМУ им. Мечникова

Журавлева Мария Сергеевна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса СЗГМУ им. Мечникова

При поступлении:

Показатель/дата ▾	28.10.2025 ▾	Реф.диапазон ▾
Гемоглобин	115	120-140 г/л
Эритроциты	4,5	3,7 - 4,7 *10 ¹² /л
MCV	79	75 - 95 фл
MCH	25	27 - 31 фл
Лейкоциты	18,9	4-9 10 ⁹ /л
Нейтрофилы	38	46 - 76 %
Лимфоциты	12	18 - 40 %
Эозинофилы %	45	0,5 - 5 %
Эозинофилы #	8,5	0,02 - 0,45 10 ⁹ /л
Базофилы	0,3	0 - 1 %
Тромбоциты	315	150 - 400 10 ⁹ /л
АЛТ	7	0-42 ед/л
АСТ	12	0-42 ед/л
Креатинин	73	44-97мкмоль/л

Пациентка М., 39 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение «Клиники имени Петра Великого» в **экстренном порядке** с жалобами:

- выраженная постоянная эпигастральная боль, усиливающаяся после приёма пищи;
- ощущение распирания в эпигастрии;
- тошнота;
- отрыжка воздухом;
- общая слабость;
- снижение массы тела на 3 кг за последний месяц на фоне ограничительного питания (с 65 кг до 62 кг);
- повышение температуры тела до 37,2 С в вечернее время.

Анамнез заболевания

Абдоминальная боль низкой интенсивности возникала периодически в течение последних 10 лет.

К врачам не обращалась.

Впервые выраженный абдоминальный болевой синдром возник в 2022 г.

В связи с выраженным эпигастральным болевым синдромом, тошнотой, субфебрильной лихорадкой 10.06.2022 госпитализирована экстренно в городскую больницу г. Норильска.

Установлен диагноз:

Функциональная диспепсия по типу эпигастрального болевого синдрома. Инфильтрат ДПК.

Дифференциальная диагностика с лимфопролиферативными заболеваниями.

Двусторонний гидроторакс.

Субклинический гипотиреоз. Простая киста печени.

Анемия легкой степени тяжести.

Дообследование в рамках исключения лимфо-/миелопролиферативных заболеваний.

По УЗИ лимфатических узлов выявлена лимфаденопатия: шейные слева до 18мм, подмышечные и паховые до 14мм.

Трепанобиопсия от 2023г: нормоклеточный КМ с расширением эозинофильной фракции гранулоцитопоза, дисплазией до 10% эритроидного ростка.

Молекулярная диагностика нарушений в генах семейства PDGFR, FGFR (возможная связь с опухолевыми процессами) – **не обнаружено**.

Консультирована гематологом в НМИЦ Алмазова: Данных за ЛПЗ, МПЗ, системный мастоцитоз **не получено**.

Выполнена ЭГДС с биопсией 10.2025:

Пищевод не изменен.

Слизистая тела желудка незначительно отечна, с единичными **очагами гиперемии**, собирательные венулы определяются.

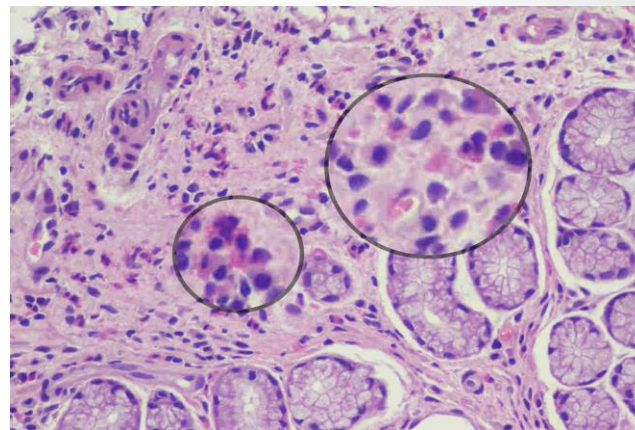
Слизистая антрального отдела - умеренно отечна, с единичными очагами эпителизации с перифокальной гиперемией, вокруг привратника с **очагами метаплазии**.

Луковица ДПК незначительно деформирована за счет **отека** в области перехода в постбульбарные отделы. Слизистая ДПК с очагами гиперемии и отека в области верхнего горизонтального отдела с проксимальной трети нисходящего отдела ДПК, + симптом манной крупы.

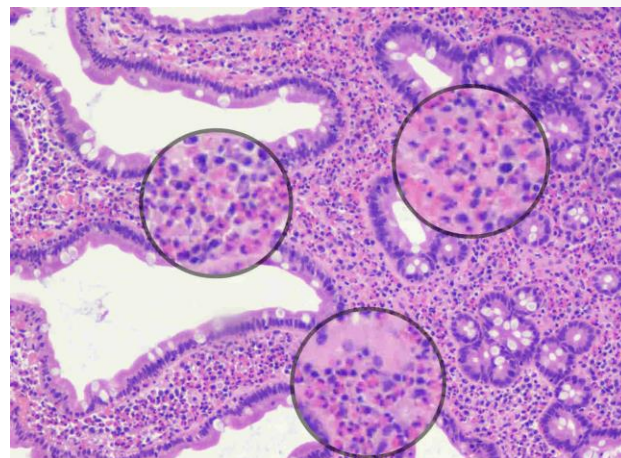
По результатам патоморфологического исследования биоптатов обнаружены:

- Признаки **эозинофильного гастрита**: до 80 эозинофилов в поле зрения при 400-кратном увеличении. *H. pylori* не обнаружена.
- Признаки **эозинофильного дуоденита**: до 250 эозинофилов в поле зрения при 400-кратном увеличении.

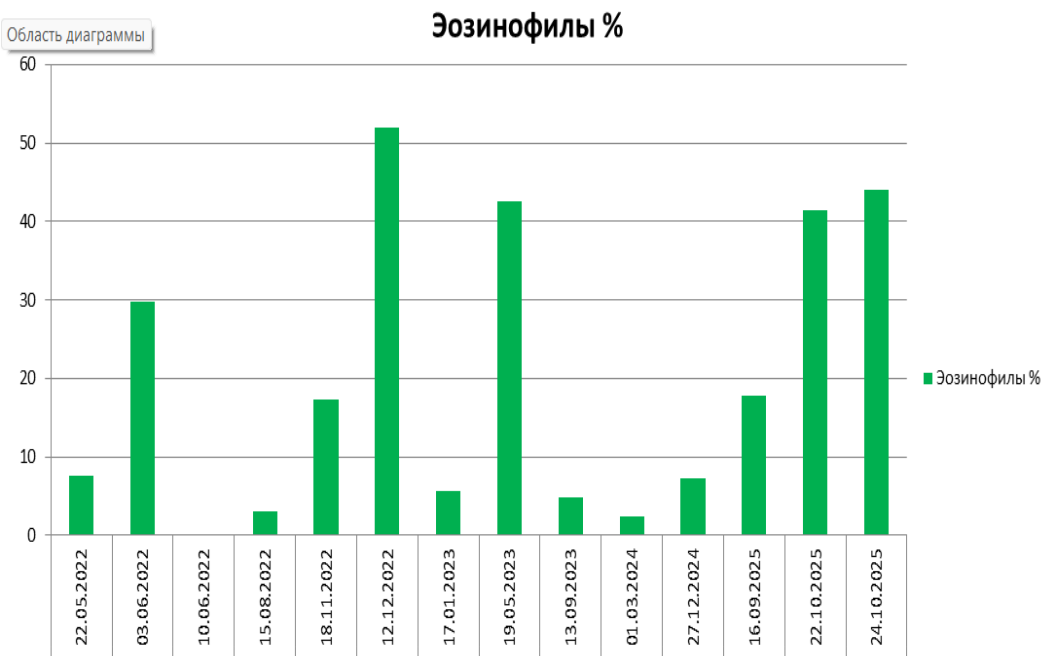
Морфологическая картина



Инфильтрация эозинофилами мышечной пластинки базального отдела желудка у пациента с эозинофильным гастроэнтеритом (ЭоГЭнт).



Фрагменты слизистой оболочки ДПК со слабой лимфоплазмоцитарной инфильтрацией, немногочисленными нейтрофильными лейкоцитами, неравномерным избыточным количеством эозинофильных лейкоцитов в собственной пластинке слизистой.



Показатель/дата	10.11.2025	Реф.диапазон
Гемоглобин	107	120-140 г/л
Эритроциты	4,25	3,7 - 4,7 *10 ¹² /л
MCV	79,2	75 - 95 фл
MCH	25,1	27 - 31 фл
Лейкоциты	12	4-9 10 ⁹ /л
Нейтрофилы	29	46 - 76 %
Лимфоциты	24,5	18 - 40 %
Эозинофилы %	40,9	0,5 - 5 %
Эозинофилы #	4,9	0,02 - 0,45 10 ⁹ /л
Базофилы	0,6	0 - 1 %
Тромбоциты	317	150 - 400 10 ⁹ /л
АЛТ	8	0-42 ед/л
АСТ	15	0-42 ед/л
Ферритин	26,8	10 - 120 мкг/л

Колебания уровня эозинофилов в крови

Проводимая терапия:

- Будесонид 9 mg/сут. раскрывая капсулу и растирая содержимое капсулы в порошок, смешивая с детским яблочным пюре, натошак, перед сном
- Эзомепразол 20 mg в день
- Натрия хлорид 0,9% 250 ml - 250 ml/сут. + Фамотидин 20 mg 5 - 20 mg/сут. 1 дн. внутривенно
- свечи с гиосцина бутилбромидом 10 мг на ночь - 5 дней,
- Дротаверин 40 mg 2 ml - 4 ml/сут. + Натрия хлорид 0,9% 250 ml - 250 ml/сут. 1 дн. внутривенно
- Мебеверин 200 mg 2 р в день 15 дн.
- Ребамипид 300 mg/сут.
- Дезлоратадин 5 мг 1 р в день.

На фоне терапии -
исчезновение клинической
симптоматики.

Prevalence of Eosinophilic Gastritis, Gastroenteritis, and Colitis

Estimates From a National Administrative Database

Elizabeth T. Jensen, Christopher F. Martin, Michael D. Kappelman, Evan S. Dellon

First published: 01 January 2016 | <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000865>

Представленный клинический случай отражает редкий вариант эозинофильного поражения желудка и тонкой кишки, протекающего на фоне периферической эозинофилии

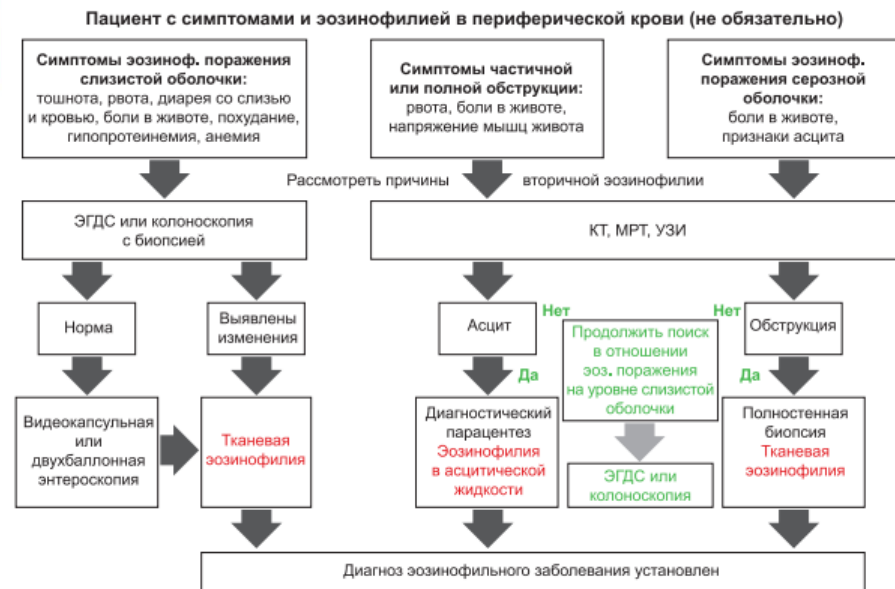


Рис. 2. Алгоритм диагностики эозинофильных заболеваний желудочно-кишечного тракта [1].

ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия; КТ — компьютерная томография; МРТ — магнитно-резонансная томография; УЗИ — ультразвуковое исследование.

Fig. 2. Diagnostic algorithm for non-EoE eosinophilic gastrointestinal disorders [1].

Клиническими особенностями данного случая являются:

- рецидивирующее течение заболевания — первый эпизод отмечен в июне 2022 г., в настоящее время зарегистрировано повторное обострение;
- интенсивный болевой синдром в эпигастральной области, характеризующийся выраженной положительной динамикой на фоне терапии будесонидом;
- трансмуральное поражение желудка и тонкой кишки с вовлечением всех трёх слоёв стенки, сопровождающееся утолщением складок слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, а также сужением просвета залуковичного отдела ДПК; по данным УЗИ выявлено утолщение стенок желудка и тонкой кишки;
- значительная эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки желудка и ДПК: до 80 эозинофилов в поле зрения в слизистой желудка и до 250 эозинофилов в поле зрения в слизистой ДПК;
- лабораторные признаки эозинофильного воспаления: повышение концентрации общего IgE в сыворотке крови до 180 МЕ/мл (референсные значения — до 100 МЕ/мл) и эозинофильного катионного белка до 53 мкг/л (референсные значения — до 24 мкг/л).