

## Список сокращений

АД – артериальное давление  
АГ – артериальная гипертензия  
АКП – аденокарцинома пищевода  
АПК – аргон-плазменная коагуляция  
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека  
ВПС – верхний пищеводный сфинктер  
ГБ – гипертоническая болезнь  
ГПОД – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы  
ГЭР – гастроэзофагеальный рефлюкс  
ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь  
ДГЭР – дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс  
ДН – дыхательная недостаточность  
ДПК – двенадцатиперстная кишка  
ЖЕЛ – жизненная емкость легких  
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт  
ИБС – ишемическая болезнь сердца  
ИПП – ингибиторы протонной помпы  
ИР – инсулинорезистентность  
ИМТ – индекс массы тела  
КЛЭ – конфокальная лазерная эндомикроскопия  
КМ – кишечная метаплазия  
КТ – компьютерная томография  
КЭП – кардиоэзофагеальный переход  
МКК – малый круг кровообращения  
МС – метаболический синдром  
МРТ – магнитно-резонансная томография  
НК – недостаточность кровообращения  
НПС – нижний пищеводный сфинктер  
НЭРБ – неэрозивная рефлюксная болезнь  
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения  
ПБ – пищевод Баррета  
РЭ – рефлюкс-эзофагит  
СД – сахарный диабет  
СНС – симпатическая нервная система  
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания  
ССО – сердечно-сосудистые осложнения

СО – слизистая оболочка  
ТГ – триглицериды  
ФТД – фотодинамическая терапия  
ФК – функциональный класс  
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких  
ЦНС – центральная нервная система  
ЧДД – частота дыхательных движений  
ЧСС – частота сердечных сокращений  
ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия  
ЭРБ – эрозивная рефлюксная болезнь  
ЭоЭ – эозинофильный эзофагит  
УЗИ – ультразвуковое исследование  
IgE – иммуноглобулин E  
Th2 – Т-хелперы 2-го типа  
NBI – узкоспектральная эндоскопия  
EMR – эндоскопическая резекция слизистой оболочки пищевода

## Предисловие

В последние годы во многих странах мира, в том числе и в России, отмечается значительный рост ряда заболеваний пищеварительной системы различного генеза.

Полиморфизм клинических проявлений, тяжесть течения патологии пищевода, наличие серьезных осложнений, приводящих к значительному снижению качества жизни, устойчивая тенденция к повышению уровня заболеваемости подчеркивают особую актуальность данной проблемы.

В последние годы пересмотрены многие представления о причинах и патогенетических механизмах развития патологии органов пищеварения, разработаны современные классификации, клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, появились новые лекарственные средства.

Врачи-клиницисты в повседневной деятельности сталкиваются со сложностями в выборе методов диагностики, выявлении этиологического фактора, что зачастую приводит к гипердиагностике и некорректному назначению терапии.

Целью учебного пособия явилось изложение единых стратегических и тактических установок, касающихся адекватной диагностики, тактики ведения и схем рациональной фармакотерапии.

В учебном пособии представлены клинические рекомендации, разработанные профессиональными сообществами (Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация и Ассоциация онкологов России) и основанные на принципах доказательной медицины (клинические исследования, систематический обзор и мета-анализ).

### *Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций*

<b>Сила</b>	<b>Описание</b>
А	По меньшей мере, один метаанализ, систематический обзор, или рандомизированное клиническое исследование, напрямую примененные к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающих результаты исследований, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов

Сила	Описание
C	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средней вероятностью причинной взаимосвязи
D	Небольшие пилотные исследования, описание случаев, мнение экспертов

В клинической практике могут возникнуть ситуации, выходящие за рамки представленных рекомендаций, поэтому окончательное решение о тактике ведения каждого пациента должен принимать лечащий врач, на котором лежит ответственность за его лечение.

Клинические рекомендации являются руководством для практикующих врачей, осуществляющих ведение и лечение пациентов.

Выполнение клинических рекомендаций может способствовать улучшению качества оказания медицинской помощи пациентам с патологией пищевода и профилактики осложнений, в частности при соблюдении необходимых сроков лечения, проведении активного амбулаторного наблюдения за соответствующими группами больных.

Для лучшего усвоения и закрепления изложенного материала представлены контрольные тесты и ситуационные задачи.

## **1. Болезни пищевода: этиология, патогенез, клиника и диагностика**

Заболевания желудочно-кишечного тракта широко распространены как в нашей стране, так и во всем мире. Проблема их точной диагностики крайне важна как ввиду частой встречаемости болезней органов пищеварения, так и с учетом огромного разнообразия нозологических форм.

Исследование предраковой патологии органов пищеварения стало стратегическим направлением современной гастроэнтерологии из-за неуклонного роста смертности от злокачественных новообразований пищеварительной системы. В связи с чем, гастроэнтерология является одной из наиболее быстро развивающихся областей клинической терапии. Во многом этот прогресс обусловлен внедрением новых методов диагностики и применением лекарственных средств, направленных на патогенетические механизмы заболевания.

С учетом быстрого научно-технического прогресса, появляются все новые методы исследования как морфологических, так и функциональных особенностей организма. В то же время, устаревают и используются все реже и реже, те методы диагностики, являющиеся малоинформативными, и имеют низкий комплайнс, а также при проведении, которых высок и не оправдан риск осложнений.

Современные методы исследования пищеварительной системы позволяют точно и своевременно диагностировать заболевания и назначить адекватную терапию, способствуя повышению качества оказания медицинской помощи населению.

### **1.1. Дисфагия**

**Дисфагия** рассматривается как затруднение в начале глотания (определяется как ротоглоточная дисфагия), либо как ощущение препятствия прохождению пищи или жидкости от рта до желудка (определяется как пищеводная дисфагия).

**Код по МКБ-10:** R13. Дисфагия.

**R00-R99** – Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках. В этот класс включены симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических или других исследованиях, а также неточно обозначенные состояния, в отношении которых не указан какой-либо диагноз, классифицированный в других рубриках.

**R10-R19** – Симптомы и признаки, относящиеся к системе пищеварения и брюшной полости

### Эпидемиология

Дисфагия – часто встречающееся заболевание. Случаи дисфагии при оказании скорой медицинской помощи могут достигать 33 %, а анализ сведений об оказании помощи на дому показывает, что 30–40 % больных имеют нарушения глотания, которые приводят к большому количеству аспирационных осложнений.

Полного представления о распространенности рассматриваемой патологии в настоящее время нет, поскольку число нозологических единиц, которые могут вызвать дисфагию, значительно разнится. Кроме того, процент ее развития варьирует в зависимости от возраста пациентов. Спектр заболеваний, проявляющихся дисфагией у детей, отличается от такового у взрослых. Дисфагия возникает в любом возрасте, но с годами количество наблюдаемых случаев увеличивается.

У молодых пациентов дисфагия встречается как при травматических поражениях головы и шеи, так и при раке горла и полости рта.

Частота развития того или иного вида рака пищевода меняется: все чаще диагностируется аденокарцинома пищевода, хотя, по-прежнему, преобладает плоскоклеточный рак. Стриктура пищевода вследствие химического ожога (у лиц, принявших химические реагенты с суицидальной целью) и туберкулез также являются причиной развития дисфагии [14].

## Классификация

### 1. По давности возникновения симптомов:

- острая,
- хроническая.

### 2. По уровню локализации:

- ротоглоточная,
- пищеводная.

### 3. По характеру течения:

- постоянная,
- интермиттирующая,
- прогрессирующая.

## Этиология

Для того чтобы установить этиологию дисфагии, надо применять ту нозологическую классификацию, которая позволяет выявить отличия между заболеваниями, наиболее часто поражающими глотку и проксимальный отдел пищевода (ротоглоточная дисфагия), и заболеваниями, которые чаще всего поражают тело пищевода и зону пищеводно-желудочного перехода (пищеводная дисфагия). Однако следует иметь в виду, что многие заболевания имеют «перекрест» симптомов, и они могут быть причиной как ротоглоточной, так и пищеводной дисфагии.

Очень важно подробное изучение истории болезни с оценкой проводимого лечения, поскольку лекарственные препараты могут вызывать или усиливать проявления дисфагии.

У молодых пациентов ротоглоточная дисфагия обычно возникает вследствие воспалительных заболеваний мышц, наличия соединительнотканых мембран и кольцевидных образований.

У людей старшего возраста причиной этого вида дисфагии, как правило, являются расстройства центральной нервной системы (ЦНС), включая инсульт, болезнь Паркинсона и старческую деменцию.

## Этиология ротоглоточной дисфагии

При подозрении на ротоглоточную дисфагию необходимо провести дифференциальную диагностику между наличием механических препятствий и нарушениями нейромышечной сократимости.

- **Механические и обструктивные причины:**
  - инфекции (в том числе ретрофарингеальные абсцессы)
  - тиреомегалия
  - лимфоаденопатия
  - дивертикул Ценкера (при наличии маленького дивертикула причиной может служить дисфункция верхнего пищеводного сфинктера – ВПС)
    - снижение растяжимости мышц (миозит, фиброз)
    - злокачественное поражение головы и шеи
    - шейные остеофиты (редко)
    - ротоглоточная малигнизация и неоплазмы (редко).
- **Нейромышечные расстройства:**
  - заболевания ЦНС (инсульт и др.)
  - контракильные расстройства, такие как крикофарингеальный спазм (дисфункция ВПС) или миастения беременных, окулофарингеальная мышечная дистрофия и др.

Постинсультная дисфагия выявляется почти в 50 % случаев. Её тяжесть тесно коррелирует с тяжестью инсульта. У 50 % пациентов с болезнью Паркинсона наблюдается ряд симптомов, проявляющихся ротоглоточной дисфагией, и почти у 95 % пациентов нарушения обнаруживаются при проведении видеоэзофагографии. Клинически выраженная дисфагия может выявиться на ранних стадиях болезни Паркинсона, но гораздо чаще – на поздних.

- **Другие причины ротоглоточной дисфагии:**
  - неправильное расположение зубов
  - язвы полости рта
  - ксеростомия
  - лекарственное воздействие (например, длительное применение пенициллина).



## Этиология пищеводной дисфагии

Выделяют несколько основных состояний, наиболее часто проявляющихся пищеводной дисфагией:

1. Обтурация просвета пищевода инородным телом (часто вызывает острую дисфагию).

2. Поражение слизистой оболочки, которое приводит к сужению просвета вследствие воспаления, фиброза или неоплазии:

- ◆ гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (пептическая стриктура)

- ◆ сидеропеническая дисфагия или синдром Пламмера-Винсона (пищеводные кольца и соединительнотканые мембраны)

- ◆ опухоли пищевода

- ◆ химическое поражение (проглатывание едких жидкостей, лекарственный эзофагит, склеротерапия варикозного расширения вен пищевода)

- ◆ радиационные поражения

- ◆ инфекционный эзофагит

3. Болезни средостения, вызывающие обструкцию пищевода путем прямой инвазии или посредством увеличения лимфатических узлов:

- ◆ опухоли (в том числе рак легкого, лимфома)

- ◆ инфекции (включая туберкулез, гистоплазмоз)

- ◆ сердечно-сосудистые заболевания (дилатация предсердия, аневризма аорты)

4. Нейромышечные заболевания, поражающие гладкие мышцы пищевода и подслизистое нервное сплетение, нарушающие перистальтику грудного отдела пищевода либо тонус нижнего пищеводного сфинктера (НПС), или то и другое:

- ◆ ахалазия кардии

- ◆ склеродермия

- ◆ другие двигательные нарушения

- ◆ состояние после хирургических вмешательств (фундопликация и иных антирефлюксных операций).

## **Клиническая картина**

Ключевыми моментами анализа проявлений дисфагии являются:

- локализация места затруднения прохождения пищи и/или жидкости;
- характер пищи и/или жидкости, вызывающий затруднение глотания;
- течение дисфагии (постоянная, интермиттирующая, прогрессирующая);
- продолжительность (давность возникновения) симптомов.

Заключение об имеющемся типе дисфагии можно сделать на основании тщательного обследования. Ротоглоточная дисфагия по сравнению с пищеводной встречается в 80–85 % случаев.

### **Основные клинические проявления ротоглоточной дисфагии**

Ротоглоточная дисфагия характеризуется нарушением поступления пищи в пищевод и сопровождается забросом в полость носа или рта пищи с форсированным разбрызгиванием её изо рта. Больной давится, брызжет слюной, кашляет. Возможна аспирация содержимого ротоглотки в верхнюю часть трахеи с развитием аспирационной пневмонии.

Данный тип дисфагии называют «верхней», так как место затруднения прохождения пищи и/или жидкости находится в области рта и глотки. Пациенты отмечают затруднения в ротовую или ротоглоточную фазы глотания и обычно указывают на шейную область, как место локализации нарушений, возникающих при глотательных движениях.

Сопутствующие симптомы ротоглоточной дисфагии:

- носовая регургитация;
- кашель;
- «носовая» речь;
- ослабленный кашлевой рефлекс;
- приступ удушья;

– дизартрия или диплопия (могут сопровождать неврологические расстройства, которые вызывают ротоглоточную дисфагию).

Определение неврологических нарушений, сопровождающихся ротоглоточной дисфагией, позволяет установить пациенту точный диагноз. Дисфагия возникает при следующих заболеваниях и состояниях:

– гемипарез вследствие перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК);

– протозек;

– признаки миастении беременных (слабость к концу дня);

– болезнь Паркинсона;

– другие неврологические заболевания, включая шейную дистонию, шейный гиперостоз, порок развития Арнольда-Киари (смещение головного мозга в каудальном направлении и ущемление его в большом затылочном отверстии);

– специфический дефицит черепно-мозговых нервов, участвующих в регуляции глотания, что может также способствовать точному определению причины ротоглоточных нарушений при постановке диагноза.

### **Основные клинические проявления пищеводной дисфагии**

При пищеводной дисфагии акт глотания не нарушен, но вскоре после проглатывания пищи возникает затруднение при прохождении твердых или жидких веществ изо рта в желудок. Пищеводную дисфагию называют «нижней», поскольку она локализуется преимущественно в дистальном отделе пищевода. Некоторые пациенты с пищеводной дисфагией, причиной которой является ахалазия кардии, могут жаловаться на затруднение глотания в шейном отделе пищевода, что имитирует ротоглоточную дисфагию.

Физикальное обследование больных с пищеводной дисфагией обычно имеет ограниченную ценность. У лиц со злокачественными опухолями пищевода может быть выявлена

шейная (супраклавикулярная) лимфаденопатия. Кроме того, у некоторых пациентов со склеродермией и вторичными пептическими стриктурами возможно обнаружение CREST-синдрома (кальциноз, болезнь Рейно, нарушение перистальтики пищевода, склеродактилия, телеангиоэктазии).

Запах изо рта может навести на мысль о наличии ахалазии, большого дивертикула Ценкера или длительно существующей обструкции просвета, приводящей к скоплению разлагающейся пищи.

Дисфагия, возникающая в равной степени после принятия как твердой, так и жидкой пищи, часто вызывает подозрение на двигательные расстройства пищевода, когда интермиттирующая дисфагия при приеме и твердой, и жидкой пищи сопровождается болями в груди.

Дисфагия, которая проявляется при употреблении только твердой, но никогда не возникает при приеме жидкой пищи, предполагает возможность механической обструкции со стенозом просвета пищевода менее 15 мм. При прогрессировании заболевания возможно развитие пептической стриктуры или карциномы. При этом у больных с пептической стриктурой отмечается длительная изжога, но никогда не наблюдается снижение массы тела. В противоположность этому пациенты, страдающие раком пищевода, – это люди старшего возраста с выраженной потерей массы тела.

### **Диагностика**

Детальное обследование часто позволяет поставить диагноз с полной уверенностью. В первую очередь необходимо определить локализацию того места, в котором пациент ощущает затруднения глотания (ротоглоточная или пищеводная дисфагия).

### **Диагностика ротоглоточной дисфагии**

**Хронометрированный тест с проглатыванием воды** является недорогим и потенциально применимым скрининговым

тестом, дополняющим результаты, полученные в ходе изучения анамнеза и клинического обследования.

При проведении теста пациент выпивает 150 мл воды из стакана так быстро, как только может, при этом врач регистрирует время и количество глотков. На основе этих данных может быть рассчитана скорость проглатывания и средний объем глотка. Прогностическая точность теста для идентификации дисфагии более 95 %. Указанный тест может быть дополнен «пищевым тестом».

**Рентгеноскопическое исследование процесса проглатывания (видеофлюороскопия)** – «золотой стандарт» в диагностике ротоглоточной дисфагии и исследовании нарушений двигательной функции верхнего пищеводного сфинктера, а **назоэндоскопия** – «золотой стандарт» для оценки морфологических причин этого типа дисфагии.

Наличие у пациента жалоб на дисфагию служит показанием к исследованию двигательной функции ВПС и глотки. Методы диагностики ротоглоточной дисфагии представлены в схеме 1.

### **Диагностика пищеводной дисфагии**

Главная задача при выявлении причин пищеводной дисфагии – исключить злокачественную патологию. Анализируя историю развития заболевания, злокачественность процесса можно предположить, если:

- короткий анамнез (менее 4 месяцев);
- прогрессирование болезни;
- дисфагия проявляется чаще при приеме твердой, а не жидкой пищи;
- имеется потеря массы тела.

Основой диагностики пищеводной дисфагии является сочетание анализа клинических признаков заболевания и результатов инструментальных исследований (табл. 1).



Схема 1. Методы диагностики ротоглоточной дисфагии

Таблица 1. Диагностические критерии пищеводной дисфагии

Клинические симптомы	Результаты инструментальных исследований
Ощущение препятствия при прохождении пищи/жидкости по пищеводу	Хронометрированный тест с проглатыванием воды
Чувство «застревания» пищи/жидкости	Эндоскопическое исследование
Необходимость запивать пищу	Рентгенологическое исследование пищевода с барием
Боль по ходу пищевода при глотании	Исследование двигательной функции пищевода (манометрия)
Срыгивание. Потеря массы тела	Сцинтиграфия пищевода

Алгоритм выбора методов диагностики при пищеводной дисфагии приводится в схеме 2.

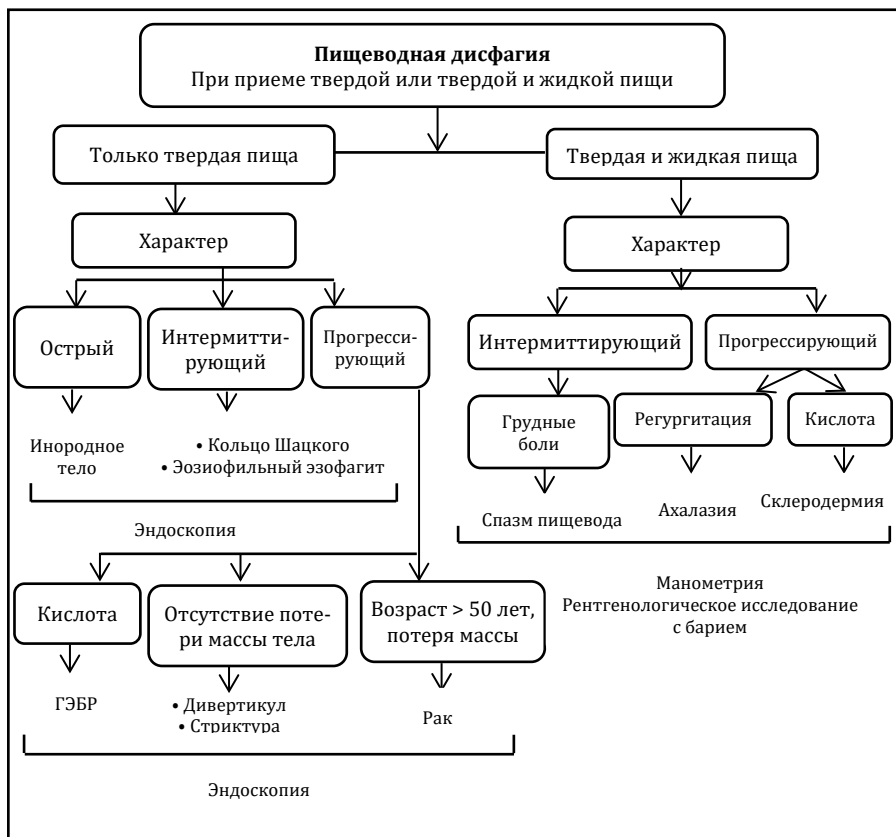


Схема 2. Методы диагностики пищеводной дисфагии

При выборе первичных методов для определения причины пищеводной дисфагии рекомендуется индивидуальный подход в каждом конкретном случае.

**Рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием барием** позволяет выявить дефекты наполнения в пищеводе и идентифицировать участки обструкции, соединительнотканые мембраны и кольца. Во время исследования верифицируется наличие у пациента ахалазии кардии, сегментарного и диффузного спазма, хотя эти нарушения моторики пищевода наиболее достоверно диагностируются с помощью манометрии.

**Манометрия высокого разрешения (high resolution manometry, HRM)** – информативный метод исследования двигательной функции грудного отдела пищевода и НПС.

**Эндоскопическое исследование** проводится для детальной визуализации слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В процессе введения эндоскопа в полость желудка очень важен детальный осмотр с целью исключения псевдо-ахалазии, связанной с опухолью пищеводно-желудочного перехода.

**Радионуклидная скинтиграфия пищевода.** Пациент проглатывает жидкость, содержащую радиоактивную метку (например, воду, смешанную с технецием-99 и коллоидной серой), после чего производится измерение показателей радиоактивности. При нарушении сократимости пищевода типичным является замедление выхода из него радиоактивной метки. Эта техника первоначально использовалась в исследовательских работах, но в настоящее время применяется в клинических целях в специализированных институтах.

### **Дифференциальный диагноз**

В первую очередь необходимо дифференцировать с такими состояниями, как одинофагия (болезненное проглатывание), Globus hystericus (ощущение комка в глотке), сдавление грудной клетки, затрудненное дыхание и фагофобия (боязнь глотания).

Основной дифференциальный диагноз следует проводить между эзофагоспазмом, эозинофильным эзофагитом, ахалазией кардии, кардиоспазмом, опухолью пищевода, стриктурой пищевода, тяжелой формой рефлюксной болезни, сдавлением пищевода извне (аневризма аорты, опухоль средостения, гипертрофия левого желудочка), системными заболеваниями с поражением пищевода (склеродермия), CREST-синдромом, кольцом Шацкого [14].

### **1.2. Эозинофильный эзофагит**

**Эозинофильный эзофагит (ЭоЭ)** – это хроническое иммуноопосредованное заболевание пищевода, характеризующееся



симптомами эзофагеальной дисфункции и выраженной эозинофильной инфильтрацией слизистой оболочки органа.

**Код по МКБ-10:** K20 Эзофагит. K22.2 Непроходимость пищевода.

Стеноз пищевода. Стриктура пищевода

### **Эпидемиология**

Заболеваемость эозинофильным эзофагитом имеет неуклонную тенденцию к росту. Первичная заболеваемость в настоящее время оценивается как 5–10 на 100 000 населения в год. Конкретных данных по заболеваемости ЭоЭ в Российской Федерации нет, в отечественной литературе описаны отдельные клинические случаи заболевания, но следует констатировать, что пациенты с эозинофильным эзофагитом все чаще встречаются в гастроэнтерологической практике [16].

### **Классификация**

В зависимости от эффективности ингибиторов протонной помпы (ИПП) для индуцирования ремиссии болезни выделяют эозинофильный эзофагит, разрешающийся при лечении ИПП.

### **Этиология и патогенез**

В формировании болезни имеет значение патогенетическое влияние трех групп факторов: воздействие воздушных и пищевых аллергенов, генетическая предрасположенность и активация Т-хелперов 2-го типа (Th2).

Триггерным фактором развития эзофагита являются аллергены внешней среды (пищевые и воздушные), которые, попадая на слизистую оболочку пищевода, инициируют развитие иммуновоспалительного процесса. Эозинофильный эзофагит часто протекает на фоне других atopических заболеваний (бронхиальная астма, аллергический ринит, экзема). До 86 % взрослых и 93 % детей, страдающих эозинофильным эзофагитом, имеют аллергические заболевания на момент обращения, около половины больных отмечают наличие таких заболеваний в анамнезе, что свидетельствует об atopическом характере эозинофильного эзофагита.

## Клиническая картина

Наиболее распространенный тип пациента с эозинофильным эзофагитом: молодой мужчина с анамнезом atopических заболеваний, с периодическими эпизодами затруднения глотания (дисфагией). Дисфагия может возникать остро или беспокоить пациентов постоянно, вынуждая изменять пищевое поведение, избирательно подходить к выбору продуктов питания, длительно пережевывать пищу и запивать ее жидкостью. Эозинофильный эзофагит служит наиболее частой причиной острой обтурационной дисфагии (эпизодов вклинения пищи в пищевод). Клиническая картина отличается у взрослых и детей.

Дисфагия, боль в грудной клетке – наиболее распространенные симптомы эозинофильного эзофагита у детей старшей возрастной группы и взрослых лиц. В частности, у больных ЭоЭ старше 18 лет дисфагия выявляется в 70–80 % случаев, а вклинение пищи в пищевод – в 33–54 %.

У детей младшей возрастной группы эозинофильный эзофагит может проявляться рефлюкс подобными симптомами, тошнотой, рвотой, отказом от пищи, а также абдоминальной болью.

## Диагностика

Критерием установления диагноза служит типичная гистологическая картина биоптатов слизистой оболочки пищевода с эозинофильной инфильтрацией и плотностью эозинофилов  $\geq 15$  в поле зрения микроскопа при большом увеличении ( $\times 400$ ) по крайней мере в одном из биоптатов (около 60 эозинофилов в  $1 \text{ мм}^2$ ). Пороговое значение  $\geq 15$  эозинофилов в поле зрения микроскопа при большом увеличении ( $\times 400$ ) обладает высокой диагностической точностью при верификации диагноза эозинофильный эзофагит с показателем чувствительности 100 % и специфичности 96 %. Помимо этого, данный критерий может быть использован для дифференциального диагноза ЭоЭ и ГЭРБ. При ГЭРБ количество эозинофилов в поле зрения микроскопа высокого разрешения редко превышает 5. Однако следует помнить, что эти две нозологии не являются взаимоисключающими и могут сосуществовать друг другу [16].

## **Жалобы и анамнез**

Типичные жалобы: дисфагия (затруднение при глотании твердой пищи), эпизоды вклинения пищевого комка в пищевод, боль в грудной клетке, не связанная с глотанием. Дисфагия обуславливает потребность длительно пережевывать и обильно запивать пищу водой для завершения глотка, в связи, с чем пациенты вынуждены значительно удлинять время приема пищи.

Дисфагия при эозинофильном эзофагите может иметь длительный анамнез, начинающийся с детского возраста, либо манифестировать остро. Этот тягостный симптом значительно влияет на самочувствие больных, снижает качество жизни, приводя к необходимости применения различных компенсаторных приемов при приеме пищи, является причиной частых обращений к врачу.

Под вклинением пищи понимается эпизод задержки только что проглоченного пищевого комка в просвете пищевода. При вклинении пищи застрявшее содержимое, несмотря на дополнительные усилия больного, остается в пищеводе. Данное осложнение встречается почти у половины взрослых пациентов, страдающих ЭоЭ, и требует неотложного эндоскопического вмешательства.

Кроме хронического течения для эозинофильного эзофагита характерно одновременное наличие таких заболеваний атопической природы, как бронхиальная астма, аллергический ринит, экзема, а также иммуноглобулин E (IgE)-опосредованная пищевая аллергия.

## **Физикальное обследование**

Физикальное обследование не позволяет обнаружить каких-либо характерных для эозинофильного эзофагита особенностей в объективном статусе больного, но имеет большое значение для выявления сопутствующих аллергических заболеваний и оценки физического развития детей. При пальпации живота больного возможна небольшая болезненность в эпигастральной области.

## **Лабораторная диагностика**

В периферической крови у 30–80 % больных наблюдается эозинофилия. При этом доказано, что абсолютное число эозинофилов периферической крови коррелирует с эозинофильной инфильтрацией пищевода. Вместе с тем, этот показатель не является специфичным только для эозинофильного эзофагита, в связи, с чем его следует интерпретировать с учетом наличия аллергических заболеваний и других факторов, способных влиять на изменение числа эозинофилов в крови.

В сыворотке крови больных ЭоЭ имеется увеличение уровня общего IgE, более высокий уровень IgE наблюдается у больных с сопутствующими аллергическими заболеваниями, что не позволяет рассматривать данный показатель в качестве специфичного индикатора воспаления в слизистой оболочке пищевода при ЭоЭ.

## **Инструментальная диагностика**

**Эзофагогастродуоденоскопия** имеет важное значение для установления диагноза, однако только эндоскопические признаки без последующей гистологической верификации ЭоЭ не являются основанием для установления диагноза.

Эндоскопические признаки эозинофильного эзофагита различной степени тяжести: наличие фиксированных концентрических сужений пищевода, продольной линейной исчерченности, очагового отека слизистой оболочки, а также – в ряде случаев – наличие белесоватых участков экссудативного налета на поверхности слизистой оболочки и формирование специфических стриктур.

- Наиболее ранние эндоскопические признаки эозинофильного эзофагита – наличие белесоватых участков экссудативного налета на поверхности слизистой оболочки пищевода (Приложение 1А), обусловленные специфической эозинофильной инфильтрацией. Подобные проявления зачастую принимаются врачами-эндоскопистами за признаки грибкового или бактериального эзофагита или вообще не принимаются во внимание. Экссудативный налет в пищеводе при эозинофильном эзофагите стадивируется в соответствии со следующей

шкалой: 0 – отсутствие налета, 1 – незначительное количество участков (менее 10 % поверхности слизистой оболочки пищевода), 2 – значительное количество участков (более 10 % поверхности слизистой оболочки пищевода).

- Продольная линейная исчерченность (продольные борозды) (Приложение 1В) является более поздним эндоскопическим признаком ЭоЭ и обусловлена реактивными изменениями слизистой оболочки пищевода в ответ на эозинофильную инфильтрацию. Также, как и предыдущий признак, продольная исчерченность оценивается по соответствующей шкале: 0 – отсутствие, 1 – неглубокие борозды, 2 – борозды с четко определяемой глубиной.

- Отек слизистой оболочки пищевода (Приложение 1С) – один из специфических признаков эозинофильного эзофагита, однако, его достаточно сложно обнаружить при стандартном эндоскопическом исследовании. Кроме того, данный признак может наблюдаться и при других заболеваниях пищевода, в частности при ГЭРБ, и, соответственно, он должен оцениваться вместе с другими признаками. Наиболее эффективной в диагностике отека слизистой оболочки пищевода при эозинофильном эзофагите следует признать **узкоспектральную эндоскопию – NBI**, позволяющей оценить наличие или отсутствие видимой васкуляризации слизистой оболочки пищевода вследствие ее утолщения. Отек слизистой оболочки пищевода при эозинофильном эзофагите имеет 3 степени: 0 – отсутствие отека (капилляры слизистой оболочки пищевода четко видны), 1 – слабый отек (потеря четкости визуализации капилляров слизистой оболочки пищевода), 2 – выраженный отек (отсутствие видимых капилляров слизистой оболочки пищевода).

- Множественные фиксированные концентрические сужения пищевода (не исчезающие при прохождении перистальтической волны) (Приложение 1D) обусловлены фиброзом слизистой оболочки вследствие длительно существующей эозинофильной инфильтрации, пищевод начинает напоминать трахею («трахеизация пищевода»). Данный эндоскопический признак является одним из поздних проявлений эозинофильного эзофагита и разделяется на 4 степени: 0 – отсутствие

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

[e-Univers.ru](http://e-Univers.ru)