

# **Болезни пищевода**

**ГОУ ВПО КГМУ  
Кафедра терапии №1 ФПК и ППС**

**Яковенко М.С.**

**2016**

**Краснодар**

## Синдромы для дифференциальной диагностики заболеваний пищевода

1. Диспепсический (изжога, дисфагия, регургитация с ночным кашлем и удушьем, срыгиваемая жидкость может быть представлена белой пенообразной массой - накопление слюны), изжога, руминация. При изжоге вместо ахалазии пищевода может быть ошибочно поставлен диагноз ГЭРБ.
2. Болевой (одинофагия, давящая боль за грудиной с иррадиацией в шею, нижнюю челюсть, спину)

## Синдром дисфагии

**Дисфагия** (греч. *dys-* + *phagein* - есть, глотать) - это затрудненное глотание; симптом заболеваний пищевода, смежных с ним органов или неврогенных расстройств акта глотания. Иногда нарушение глотания достигает степени афагии (полной невозможности глотания).

| Причины дисфагии | Орофарингеальные                 | Эзофагеальные                             |
|------------------|----------------------------------|---|
| Частые           | Афтозные язвы                    | Эзофагит                                  |
|                  | Кандидоз                         | Дискинезия пищевода                       |
|                  | Кровоизлияние                    | Пептическая стриктура                     |
| Менее частые     |                                  | Злокачественная опухоль пищевода, кардии, |
|                  | Болезнь Паркинсона               | Нарушения моторики пищевода<br>-ахалазия  |
|                  | «Истерический комок»             | -диффузный спазм                          |
|                  | Псевдобульбарный паралич         | - Системная склеродермия                  |
|                  | Прогрессирующая мышечная атрофия | -полимиозит<br>- Инфекция                 |
|                  | Боковой амиотрофический склероз  | Кольцо Shatzki, радиационные стриктуры    |
|                  | Глоточный карман                 | Сдавление снаружи(опухоль бронхов)        |
|                  | Ксеростомия                      | Увеличенные л/узлы средостения            |
|                  |                                  | Аневризма аорты                           |

|        | Орофарингеальные       | Эзофагеальные                         |
|--------|------------------------|---------------------------------------|
| Редкие | Опухоли полости рта    | Коррозионная /лекарственная стриктура |
|        | Сирингобульбия         | Аберрантные сосуды                    |
|        | Бульбарный полиомиелит | Увеличение левого предсердия          |
|        | Мышечная дистрофия     | Ретростернальный зоб                  |
|        | Ботулизм               | Болезнь Chagas                        |

1. Какова длительность приступов между эпизодами дисфагии?
2. Какой тип пищи вызывает дисфагию?
3. Каковы конкретные примеры дисфагии?
4. Какими дополнительными симптомами сопровождается дисфагия?

## Алгоритм диагностики при прогрессирующей симптоматике дисфагии

1. Р-графия ЖКТ, ОГК (опухоль, жидкость в средостении, выявление газового пузыря желудка, уплотнение в нижней доле легкого – признаки аспирации)
2. В течение 48 часов – исследование с Ва++
3. Через 12 часов после приема бария –ЭГДС.
4. ОАК (анемия при онкопроцессе), повышение мочевины при дегидратации
5. Осмотр оториноларинголога
6. При системной склеродермии- функциональные исследования легких - спирометрия

## Классификация заболеваний пищевода

1. Ахалазия кардии К 22.0.
2. Кардиоспазм
3. Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом ГЭРБ ( по МКБ К 21.0)
4. Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита ГЭНРБ (по МКБ К 21.9)
5. Дивертикулы пищевода
6. ГПОД
7. Новообразования пищевода
8. Пептические стриктуры пищевода
9. Стенозы пищевода
9. Болезнь Шагаса (протозооз, *Trypanosoma cruzi*)

# КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

- **1. Пороки развития:**
  - Врожденная атрезия пищевода и пищеводно-трахеальные свищи;
  - Врожденные стенозы пищевода;
  - Врожденная мембранная диафрагма пищевода;
  - Врожденный короткий пищевод;
  - Врожденные эзофагеальные кисты;
  - Аномалии сосудов.
- **2. Повреждения пищевода:**
  - Травматические повреждения: наружные и внутренние;
  - Ожоги пищевода и их последствия.
- **3. Заболевания пищевода:**
  - Дивертикулы: пульсионные и тракционные;
  - Воспалительные заболевания: эзофагит.



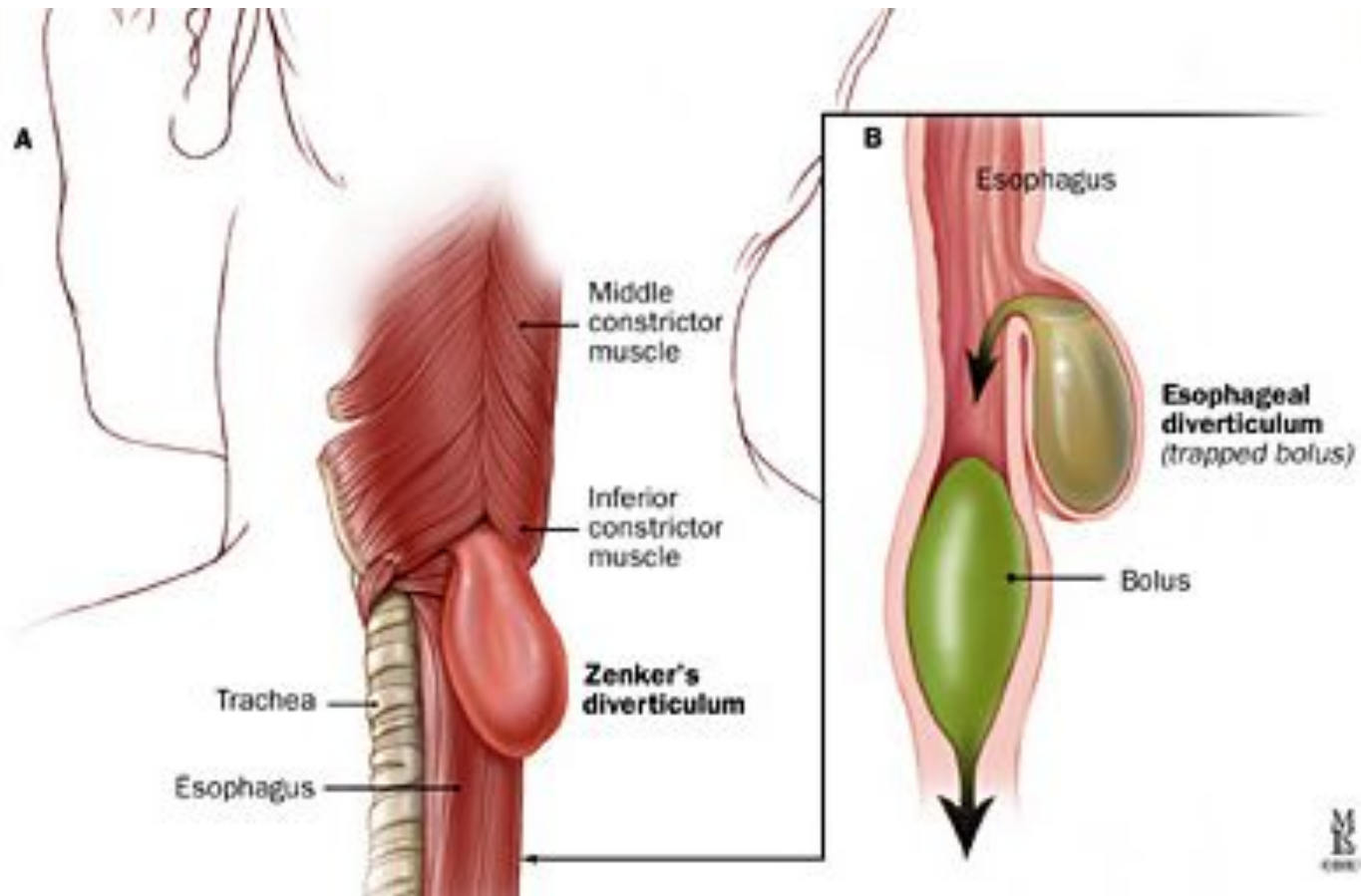
# КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

- **4.** Опухоли пищевода:
  - Доброкачественные опухоли;
  - Злокачественные опухоли.
- **5.** Нарушение моторики пищевода – дискинезии пищевода:
  - Нарушения перистальтики грудного отдела пищевода:
    - • Гипермоторные:
      - – Сегментарный эзофагоспазм;
      - – Диффузный эзофагоспазм;
      - – Неспецифические двигательные нарушения;
    - • Гипомоторные;
  - **б)** Нарушения деятельности сфинктера:
    - • Нижнего пищеводного сфинктера:
      - – Недостаточность кардии – гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ);
      - – Ахалазия кардиальной части;
      - – Кардиоспазм;
    - • Верхнего пищеводного сфинктера.

# Дифференциальный диагноз с

1. ХОБЛ
2. Бронхиальная астма
3. Пневмония, ателектаз, плеврит
4. Перикардит
5. Стенокардия, другие заболевания ССС (инфаркт, аневризма аорты)
6. Медиастинит и другие заболевания средостения
7. Остеохондроз
8. Заболевания других органов ЖКТ (гастрит, ЯБЖ и ЯБ ДПК, ЖКБ)
9. Инфекционные заболевания (туберкулез, сифилис)

# Дивертикулы пищевода



**Дивертикулы пищевода являются мешковидным выпячиванием стенки пищевода, которое наполняется слизью и непереваренной пищей, затем воспаляется.**

**Дивертикул пищевода** - это ограниченное слепое выпячивание его стенки, которое может состоять из всех слоев пищевода (*истинный дивертикул*) или только слизистого и подслизистого слоя, выпячивающихся через щели мышечного слоя (*мышечный дивертикул*).

В зависимости от **локализации и топографии** различают фарингоэзофагальные, бифуркационные, эпинефральные и множественные дивертикулы, а от **особенностей происхождения** - спаечные дивертикулы, возникающие вследствие воспалительных процессов в средостении, и релаксационные, в основе которых лежит локальное расслабление стенки пищевода. Дивертикул пищевода может осложниться воспалением его слизистой оболочки - *дивертикулитом*. Причины образования дивертикула могут быть **врожденными** (неполноценность соединительной и мышечной тканей стенки пищевода, глотки) и **приобретенными** (воспаление, склероз, рубцовые сужения, повышение давления внутри пищевода).

## **Показаниями к хирургическому лечению являются:**

1. Наличие клинически значимого дивертикула (дисфагия II-IV степени и любой из перечисленных симптомов — дивертикулит и передивертикулит)
2. Развитие рака в дивертикуле
3. Перфорация дивертикула
4. Медиастинит
5. Кровотечение из полости дивертикула
6. Наличие свища с другими органами

Методы диагностики: клиническое обследование, рентгенконтрастное исследование, ЭГДС, эндоУЗИ.

Клиническая картина дивертикулов пищевода наиболее выражена при пищеводно-глоточных дивертикулах (Ценкеровских). Ведущим клиническим симптомом дивертикула глоточно-пищеводного перехода является дисфагия.

Дивертикулы средней и нижней трети пищевода не имеют специфической клинической картины и чаще являются случайной находкой при эндоскопии

Используются методы малоинвазивного оперативного лечения, в частности, при дивертикуле Ценкера

: эндоскопическая баллонная дилатация с введением миорелаксантов (действующим началом препарата является токсин *Clostridium botulinum* типа А, который блокирует высвобождение ацетилхолина в нервно-мышечном соединении) в область крикофарингеальной мышцы, эндоскопическое рассечение волокон нижней порции крикофарингеальной мышцы, резекция дивертикула.

**Ахалазия кардии - это нервно-мышечное заболевание пищевода, заключающееся в стойком нарушении рефлекса раскрытия кардии при глотании и дискинезии грудного отдела пищевода**

**Код МКБ : K22.0**

3,1 - 20% всех заболеваний пищевода.

Нарушение моторной функции пищевода, которое характеризуется отсутствием перистальтики по всей его длине, усилением тонуса НПС (менее 40 мм рт ст) и невозможностью его расслабления при глотании (Travis S.P.L., Taylor R.H., 2002)

Характерно повреждение парасимпатического отдела нервной системы и пучков ауэрбаховского сплетения.

При обнаружении АК необходимо исключать злокачественную опухоль кардиального отдела желудка



## **Ахалазия кардии –**

**Нарушение перистальтической активности стенки пищевода, в первую очередь связано с дефицитом оксида азота (NO).**

**На пути пищевого в виде комка возникает препятствие в виде нерасслабившегося сфинктера, поступление пищи в желудок затрудняется.**

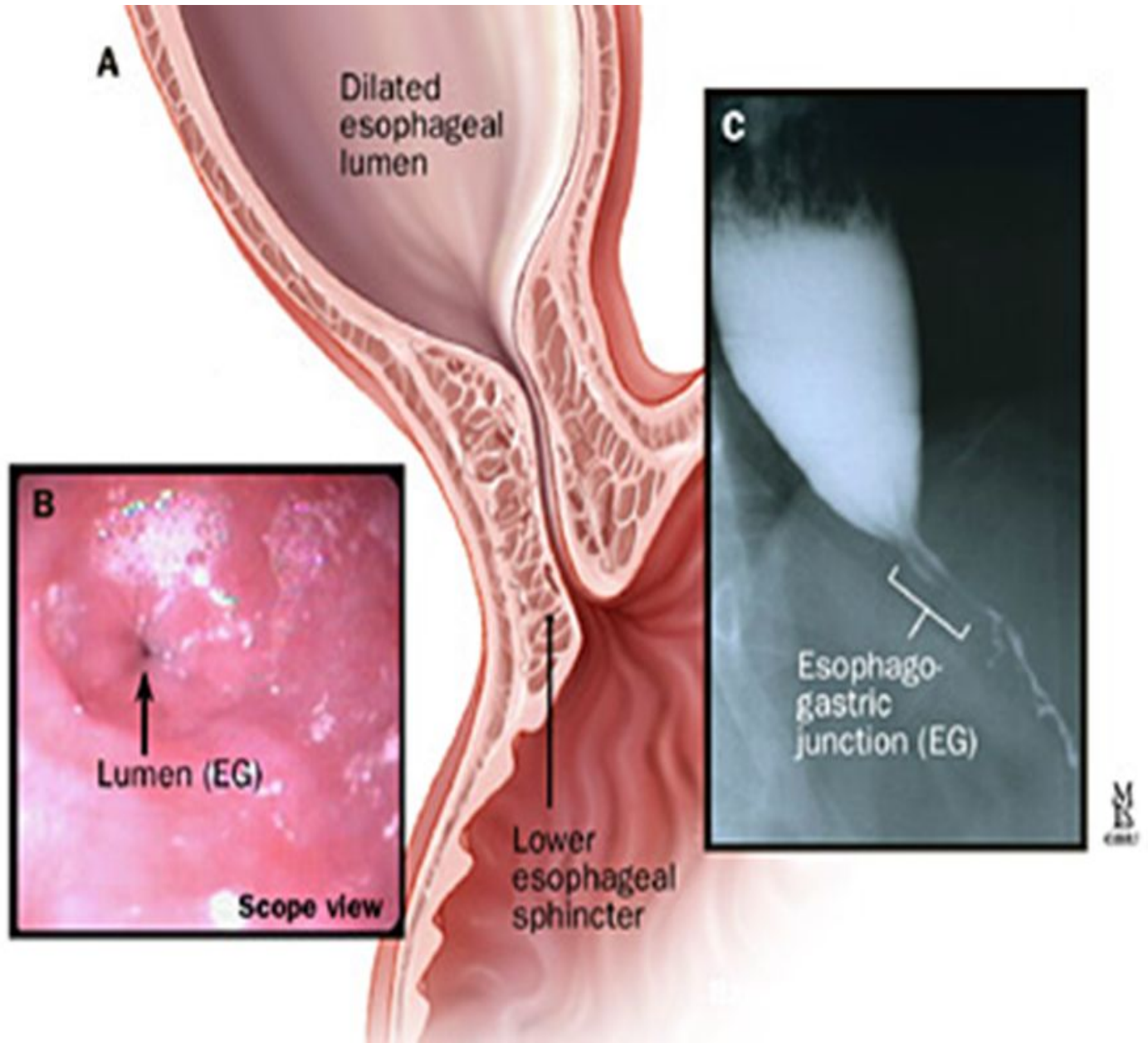
**Эпидемиология.**

**Распространённость 0,6-2,0 на 100.000 населения.**

**Преобладающий возраст - 20-60 лет, дети – 4-5% пациентов**

**Профилактика: Мероприятия не разработаны. Для предотвращения аспирации рекомендуют пациенту во время сна соблюдать положение с приподнятым изголовьем кровати**

Синонимы -  
ахалазия кардии,  
Кардиоспазм,  
аперистальтик  
пищевода,  
мегаэзофагус



1. Идиопатическая ахалазия (95 %).
2. Семейная ахалазия - 2-5 % всех случаев заболевания ( передается горизонтально, наследуется по аутосомно-рецессивному типу; симптомы впервые появляются до 4-летнего возраста. К сопутствующим аномалиям относятся невосприимчивость к действию адренокортикотропного гормона, алакримия, микроцефалия и нейрогенная глухота.
3. Сочетание ахалазии пищевода с дегенеративными заболеваниями нервной системы, такими как болезнь Паркинсона и наследственная мозжечковая атаксия.
4. Инфекционный фактор
5. Психогенный
6. Вторичная ахалазия – инфильтрация волокон пучка Ауэрбаха клетками злокачественных новообразований

Проявление в возрасте 20-40 лет

# Патогенез АК

- дефицит нейротрансмиттера - оксид азота (NO), продуцирующийся из L-аргинина с участием фермента NO-синтетазы. Свойства NO опосредованы циклическим гуанозинмонофосфатом (цГМФ).
- Механизм, по которому NO через цГМФ приводит к расслаблению гладкомышечной клетки, связан с изменением внутриклеточной концентрации кальция.
- установлено значительное снижение содержания фермента NO-синтетазы в ткани НПС больных АК. Это ведет к нарушению образования NO и затем к потере способности адекватного расслабления. Регуляция уровня NO является одним из самых перспективных направлений в фармакотерапии дискинетических нарушений в ЖКТ.
- Перистальтические сокращения стенки пищевода усиливаются для преодоления функционального барьера, а затем трансформируются в спастические

## Клиника и стадии

Дисфагия, пищеводная рвота (регургитация), булькающие звуки позади грудины, ночной кашель, боль, снижение веса.

- 1. Первоначально эпизоды дисфагии только при волнении.
- 2. Постепенно дисфагия при каждом приеме пищи (парадоксальная - твердая пища проходит легче жидкой) . Больные пьют воду или молоко, делают вдохи, выгибают туловище назад. (Регургитация проявляется либо срыгиванием скопившихся в пищеводе слюны, слизи и пищевых остатков, либо в виде пищеводной рвоты, которая развивается спустя 3-4 ч после еды (при значительном расширении пищевода), в горизонтальном положении или при наклоне (с. "шнурка"), во сне. Затекание пищевого содержимого в дыхательные пути, что сопровождается симптомами "ночного кашля", "мокрой подушки", "ночной рвоты" и др. Следствие - хронический (часто рецидивирующий) бронхит (ХОБЛ) либо повторные аспирационные пневмонии. В 3-8% - озлокачествление.

Загрудинные боли при глотании или вне приема пищи. Диф/ds — стенокардия (иррадиация в шею, челюсть, межлопаточную область, исчезают при приеме нитроглицерина (а также после срыгивания или прохождения пищи в желудок), никогда не связаны с физической нагрузкой.

3. Дисфагия прогрессирует, снижение массы тела в течение

# Дифференциальная диагностика

- **Рак нижней части пищевода и кардиального отдела желудка.**
  - **Спонтанный пневмоторакс**
  - **Стенокардия**
  - **Пневмония**
  - **Астма**
  - **ХОБЛ**
- 
- **К симптомам тревоги при заболеваниях пищевода относятся:** прогрессирующая дисфагия (при проглатывании твердой пищи), кровотечения, анемия, прогрессирующее снижение веса, кахексия, одинофагия (болезненность при проглатывании), это показания к проведению онкопоиска

# Классификация

- **1 тип – При нём тонус стенок и форма пищевода сохранены**
- **2 тип – Тонус стенок пищевода потерян, он искривлен и значительно расширен**

## Диагностика, тактика и выбор лечения

1. Анамнез и клинические данные.
2. Лабораторный стандарт (Б\х, ОАК, ОАМ, ЭКГ (!)).
3. Рентгенография органов грудной клетки.
4. Эзофагогастроскопия.
5. Эзофаготонокимография- симптом нераскрытия кардии при глотании
5. Контрастная рентгеноскопия (с сульфатом бария).
6. Фарм пробы





# Диагностика ахалазии

-Изжога, обусловленная ахалазией, не возникает после еды, не уменьшается при применении антацидов.

Фармакологические пробы: амилнитрит, нитроглицерин.

В/м введение 1-5 мл 0,1%-ного раствора карбохолина либо 0,1-0,15 г ацетилхолина провоцирует возникновение в грудном отделе пищевода беспорядочных непропульсивных сокращений и стимулирует тонус кардии. Реакция такого рода указывает на денервационную гиперчувствительность органа. При наличии гипермоторной дискинезии пищевода эти тесты отрицательны

# Диагностика ахалазии

- Рекомендуемые исследования – исследование двигательной функции пищевода – пищеводная манометрия

Характерные признаки:

- Отсутствие или неполная релаксация НПС в момент глотания
- - повышенное давление в области НПС
- Повышенное внутрипищеводное давление в промежутках между глотательными движениями
- Различные нарушения перистальтики грудного отдела (от акинезии пищевода до эпизодов спастических сокращений)

Чувствительность пищеводной манометрии для диагностики ахалазии 80-95%, специфичность 95%

# Диагностика ахалазии

- Рекомендованы консультации специалистов:

- Кардиолога (при подозрении на ИБС)
- Онколога - в случае выявления опухолевой причины дисфагии
- Психиатра - при подозрении на неврогенную причину дисфагии (анорексию)

# Классификация

- **1 тип – При нём тонус стенок и форма пищевода сохранены**
- **2 тип – Тонус стенок пищевода потерян, он искривлен и значительно расширен**

## Классификация ахалазии

- I тип характеризуется умеренным сужением дистального отрезка пищевода и незначительным супрастенотическим расширением пищевода (до 6 см). Сохраняется его цилиндрическая или овальная форма.
- При ахалазии II типа отмечается выраженное сужение дистальной части пищевода и его значительное супрастенотическое расширение (иногда до 16-18 см), из-за чего пищевод часто принимает N-образную форму. В зависимости от вида дискинезии грудного отдела пищевода выделяют гипермоторную и гипомоторную формы ахалазии кардии, а в зависимости от тяжести клинического течения заболевания - стадии компенсации и декомпенсации.

Стадии (рентгенологически)

– коническое сужение, барий быстро попадает в желудок

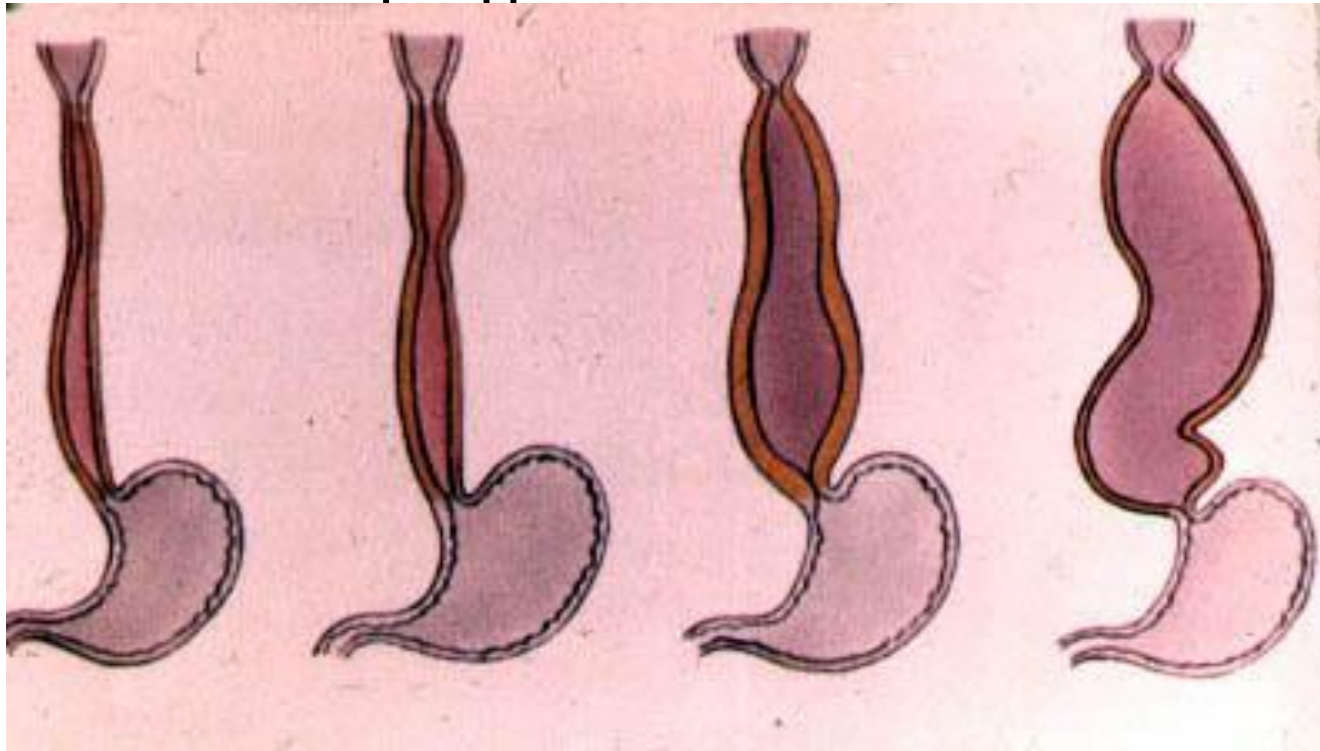
II – расширение в грудной части пищевода, в которой скапливается жидкость

III – резкое расширение пищевода.

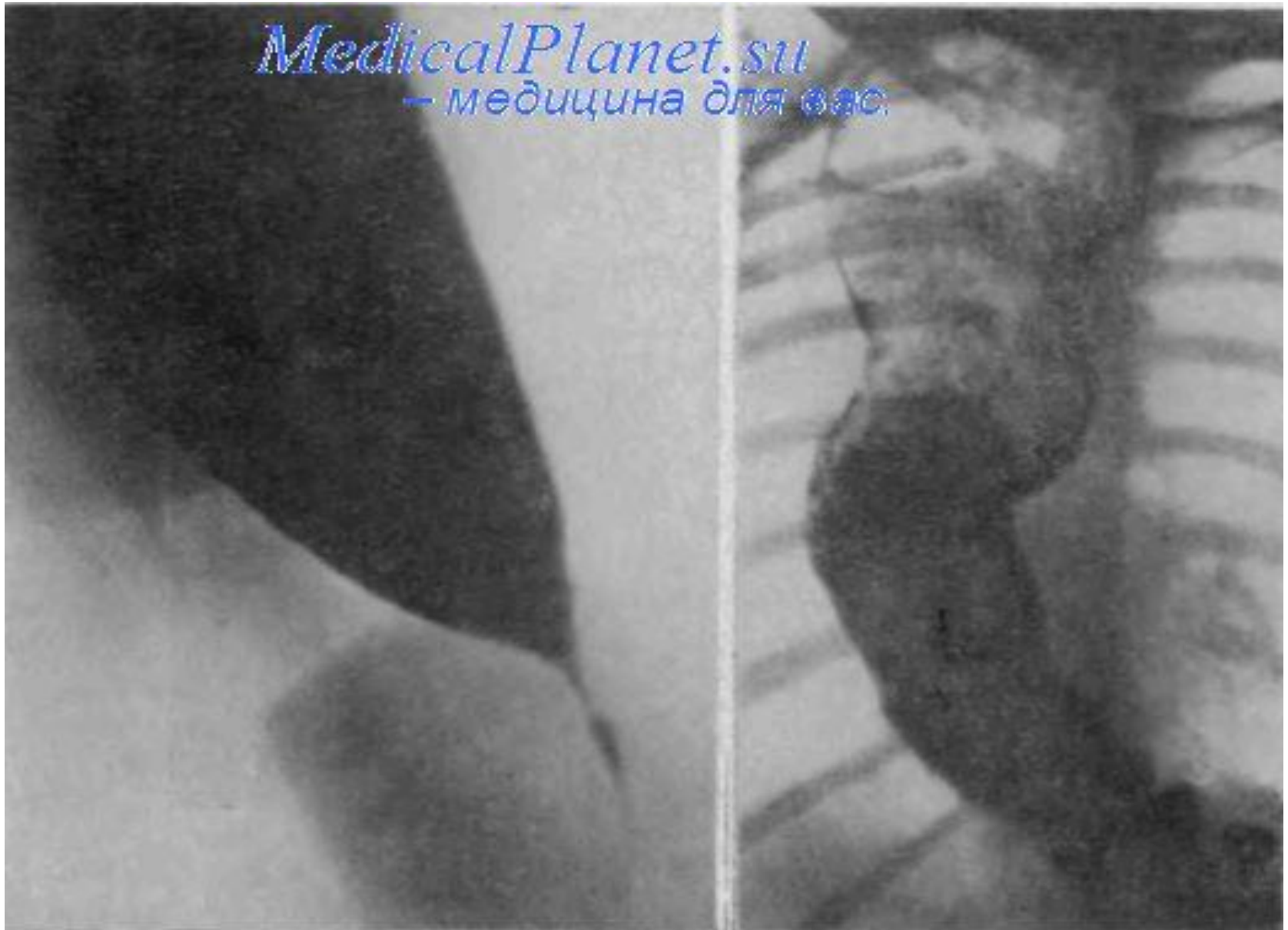
Опорожнение пищевода задерживается на несколько суток

# Классификация (Масевич Ц.Г., 1995)

- 1) функциональный спазм пищевода без растяжения;
- 2) постоянный спазм пищевода, умеренное расширение и сохраненная перистальтика;
- 3) рубцовые изменения стенки с выраженной дилатацией пищевода, перистальтика отсутствует;
- 4) значительное растяжение пищевода с S-образным удлинением и наличие эрозивных изменений слизистой оболочки пищевода.



# Ахалазия пищевода II-III стадии





# Осложнения ахалазии

Безоары пищевода.

Дивертикул дистального отдела пищевода.

Инородные тела пищевода.

Плоскоклеточный рак пищевода.

Варикозное расширение вен пищевода.

Пищеводно-перикардальный свищ.

Пневмоперикард. Перикардит.

Поражение легких *Mycobacterium fortuitum*.

Пищевод Барретта после миотомии .

Стридор с обструкцией ВДП

Отслаивание подслизистого слоя пищевода.

# Лечение

1. Ограничение нагрузок, особенно на мышцы брюшного пресса, психологических. Сон не менее 8 часов в сутки
2. Сразу после еды избегать горизонтального положения тела, а также во время сна (сон с приподнятым изголовьем)
3. Принимать пищу медленно.
4. Термическая и механическая обработка пищи (щадящая)

# Лечение

5. Ввиду затруднённого проглатывания лекарств и задержки их в пищеводе предпочтение отдается сублингвальному (под язык) либо инъекционному способу введения. Консервативное лечение: нифедипин, верапамил и изосорбида динитрат 5 мг за 30 мин до еды 3 раза в сут до еды или во время внутрь 10 мг.

Электростимуляция. Для обезболивания перед приёмом пищи - анестезин или же 0,5-1%-ный раствор новокаина.

Прокинетики (у большинства пациентов есть внепищеводные двигательные нарушения, ДЖВП – у 70%).

Инъекции в НПС ботулотоксина 50-100 ЕД эндоскопически через иглу для склеротерапии

2. Пневмокардиодилатация с помощью баллонов диаметром до 50 мм при давлении до 340 мм рт. ст(эф. 95%, выполнение контролируемого разрыва мышц нижнего пищеводного сфинктера).R-контроль

3.Эзофагокардиомиотомия (рассекаются мышечные

# Лечение

Хирургическое лечение (кардиомиотомия) показано

1. при впервые выявленной ахалазии кардии 1 и 2 типов
2. Рецидив заболевания после проведенной кардиодилатации

# Тактика и выбор лечения

- Диета.
- Консервативное лечение.
- Баллонная пневмокардиодилатация.

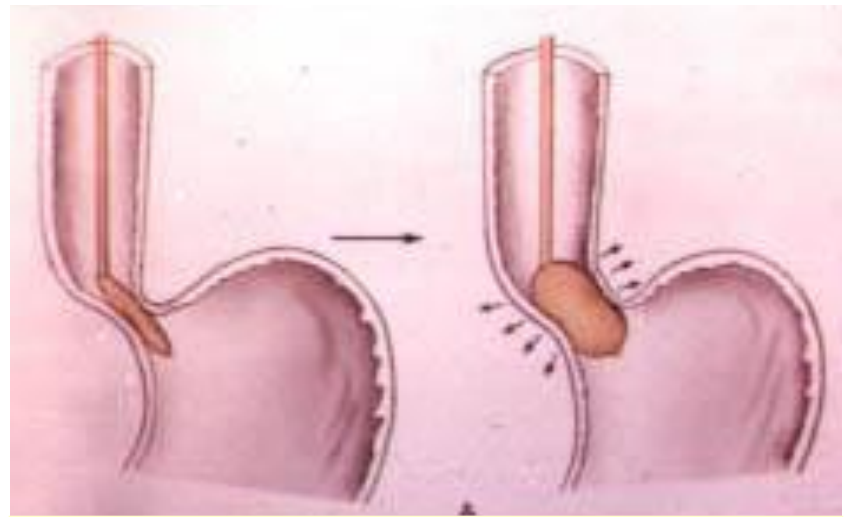


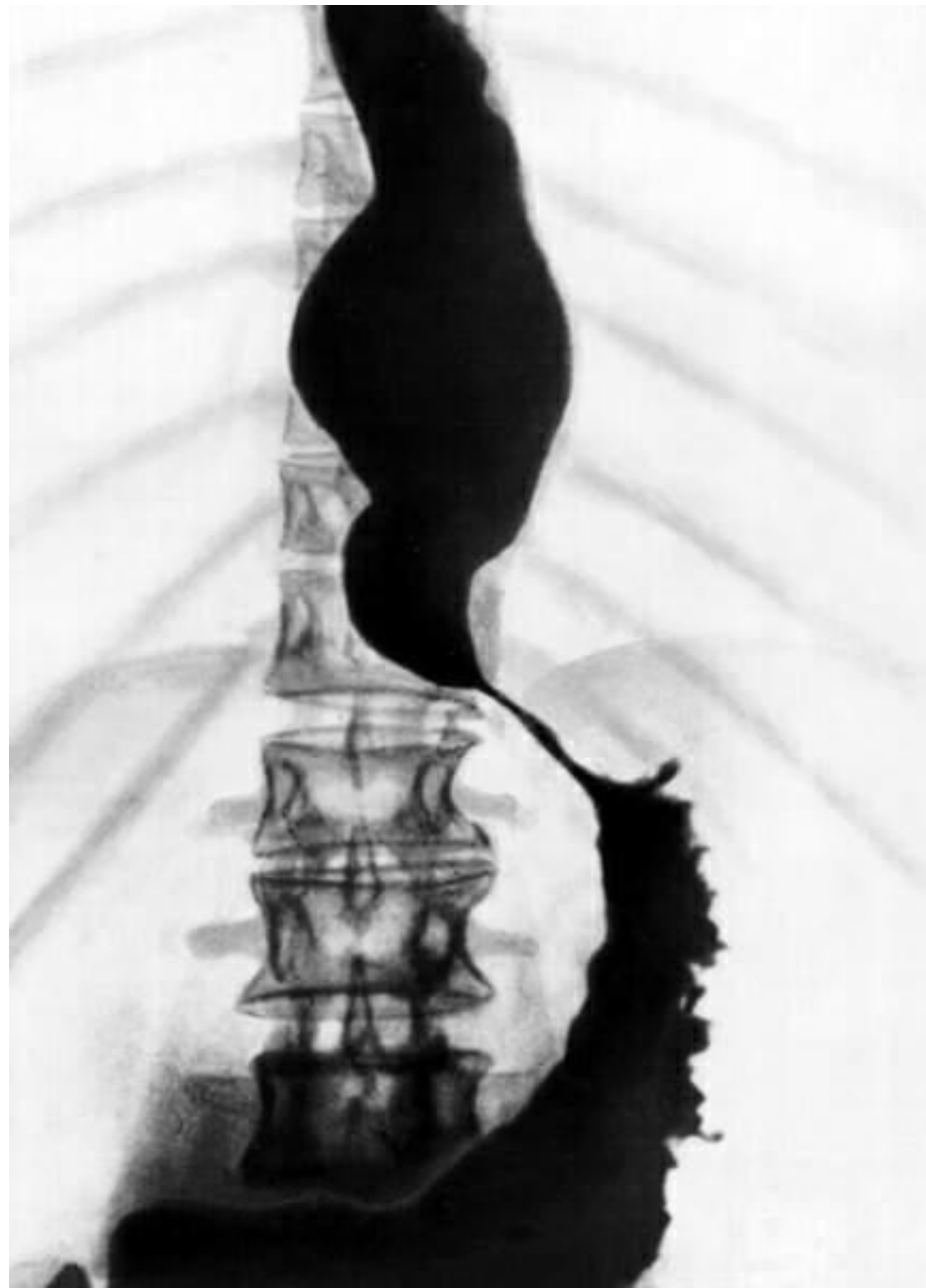
Рис. 14 Ахалазия пищевода  
Пищевод умеренно расширен, в  
нем задерживается контрастное  
вещество. Очень маленький же-  
лудочный пузырь



Рис. 15. Ахалазия пищевода. Пищевод значительно расширен, на его стенках видны волны перистальтических сокращений. Поддиафрагмальный сегмент сужен.



Рис. 16. Ахалазия пищевода. Типичная деформация поддиафрагмального сегмента в виде хвоста крысиного. В желудке нет воздушного пузыря.





# Ахалазия пищевода



# Пищевод Барретта. Тактика.



Клинические симптомы не отличаются от симптомов при других формах ГЭРБ, могут отсутствовать. Морфологически – метаплазия плоского эпителия пищевода и замена его **цилиндрическим кишечным**.

Характерная эндоскопическая картина – **наблюдаемое смещение границы чешуйчатого и цилиндрического эпителия более чем на 3 см проксимальнее анатомической границы пищевода и желудка - «языки пламени»**- не всегда выявляется.

# Пищевод Барретта

Факторы риска: -пожилой возраст больных, мужской пол, европеоидная раса, длительный (более 13 лет) анамнез симптомов ГЭРБ– высокая секреция соляной кислоты и высокое содержание желчных кислот в рефлюктате.

К фактору риска пищевода Барретта относится и метаболический синдром- повышает риск развития пищевода Барретта в 2 раза, потому что ожирение приводит к увеличению содержания периэзофагеальной жировой ткани. За счет освобождения из нее цитокинов и хемокинов способствует развитию воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода

# Пищевод Барретта

Биопсия — через каждые 2 см, хромоэндоскопия (индигокармин). Тактика определяется наличием или отсутствием дисплазии.

Если это ПБ, но нет дисплазии, то ЭГДС и биопсия выполняется 2 раза в год.

Отсутствие дисплазии при ЭГДС-контроле: динамическое наблюдение, ЭГДС 1 раз в 3 года.

Дисплазия низкой степени — повторно ЭГДС через 6 месяцев. Диагноз подтверждается независимым экспертом-патоморфологом.

Риск развития дисплазии высокой степени зависит от длины сегмента пищевода Барретта, от количества очагов дисплазии- мультифокальность дисплазии повышает риск малигнизации в 3 раза

Сохраняется дисплазия низкой степени – динамическое наблюдение, ЭГДС 1 раз в год.

Дисплазия высокой степени - повторно в течение 3 месяцев в динамике берутся множественные биопсии для исключения аденокарциномы. Диагноз «дисплазия высокой степени» подтверждается – решается вопрос о применении эндоскопических или хирургических методов исследования (Фотодинамическая терапия+ ИПП, радиочастотная абляция, термоабляция с помощью аргоновой плазменной коагуляции, криоабляция. Одним из наиболее опасных для жизни больных осложнений ГЭРБ считается возникновение на фоне пищевода Барретта аденокарциномы пищевода

Метод выбора - эндоскопическая резекция слизистой. Прием ИПП 40 мг в сут – не менее 10 лет (Омепразол, рабепразол, пантопразол, эзомепразол)

Все ИПП (утренняя доза) назначаются за 30–50 мин до завтрака; при назначении препарата дважды в сутки, вечернюю дозу принимают спустя 10–12 ч после утренней; 2) при необходимости лечение любым из ИПП может быть продолжено до достижения эндоскопической ремиссии ; 4) сочетание при ПБ основных симптомов и симптомов, ассоциируемых с замедлением моторики и/или с гиперчувствительностью желудка к растяжению, требует использования прокинетиков и/или ферментных препаратов; при наличии внепищеводных (атипичных) симптомов терапия дополняется прокинетиками

Портрет пациента с ПБ

Мужчина, белый, европеец.

45-55 лет, курит, употребляет алкоголь,  
пониженного питания.

Частичная адентия, гиподинамия как  
стереотип поведения.

В анамнезе – хронический  
гастрит, ГЭРБ в  
формате  
«телефонного рефлюкса» - и,  
закономерно-  
пищевод Барретта.





## Средство от изжоги I ... ни | Отзывы покупателей

irecommend.ru > ... > Красота и здоровье > Товары для здоровья ▼

Я повелась на рекламу... Средство от изжоги I ... ни. Инструкция, применение при беременности и не только. ... "Терпеть изжогу нельзя пить таблетки! ... И мой муж, именно он часто страдал от изжоги, и посоветовал мне это ...

Не найдено: [цирке](#)

## Я повелась на рекламу... Средство от изжоги F ... И ...

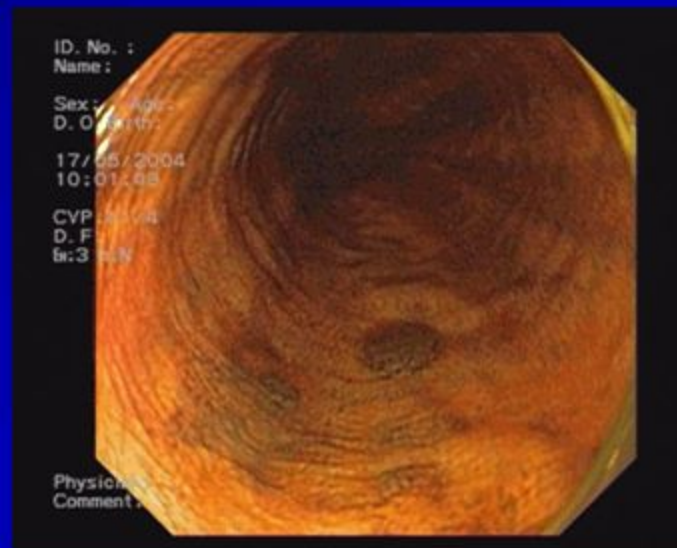
irecommend.ru > ... > Красота и здоровье > Товары для здоровья ▼

8 дек. 2015 г. - Средство от изжоги F ... ни. Инструкция, применение при .... а муж всегда пьет N ... кс суспензию, говорит F ... ни для него слаб Sad.

Не найдено: [цирке](#)

# Хромозофагоскопия

Окраска раствором Люголя 3%



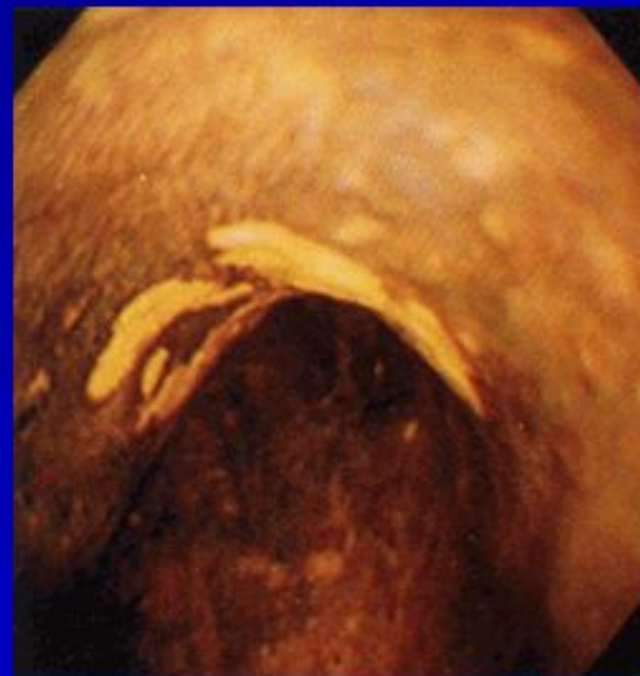
Очаги гликогенного акантоза

# Хромозофагоскопия

До окраски



После окраски  
раствором Люголя 3%



Ранний рак пищевода

# Эзофагиты

Группа заболеваний, также протекающих с синдромом дисфагии и характеризующихся воспалительными и деструктивными изменениями слизистой оболочки пищевода (возможно, и более глубоких слоев его стенки), определяется термином «эзофагиты». Данная патология может возникать под воздействием различных этиологических факторов: химических (кислот, щелочей и т.д.), термического (ожог), механического (травматизация инородным телом), инфекционного происхождения (грибковые- кандидоз пищевода, вирусные, бактериальные, паразитарные), быть обусловленной лекарственными препаратами, лучевым воздействием и др.

# Эзофагиты

Лечение эзофагитов включает в себя назначение механически, химически и термически щадящей диеты. При деструктивных формах больные переводятся на парентеральное питание. При развитии стриктур решается вопрос о проведении бужирования или операции пластики пищевода.

Валганцикловир (Вальцит) внутрь по 900 мг 2 раза в сутки для лечения эзофагита, ЦМВ-этиологии

# Кандидоз пищевода

Чаще выявляется у пациентов с хронической формой кандидоза кожи и слизистых, а также у больных с заболеваниями надпочечников и паращитовидных желез. Клиника- изжога, боли, дисфагия при глотании. Может протекать бессимптомно.

Рекомендовано эндоскопическое исследование пищевода с целью выявления кандидоза, если :

1. Больной относится к группе риска (физиологические иммунодефицитные состояния – беременность, детский, старческий возраст, приобретенные – СПИД, прием ГКС, аутоиммунные состояния, нарушения нутритивного статуса, трансплантация органов и тканей)
2. У больного имеются проявления орофарингеального, урогенитального кандидоза или диссеминированного кандидоза.

## Причины кандидоза:

1. Рвота;
  2. Хирургические вмешательства;
  3. Некоторые медикаментозные препараты, такие как НПВС или антибиотики
  3. Токсичные вещества
  4. Грыжи
  5. Облучение при лучевой терапии
- Прием большой по размеру таблетки с малым количеством воды, или прием лекарственных препаратов перед сном
6. Чрезмерное употребление алкогольных напитков также может привести к кандидозному эзофагиту
  7. Употребление гормональных препаратов

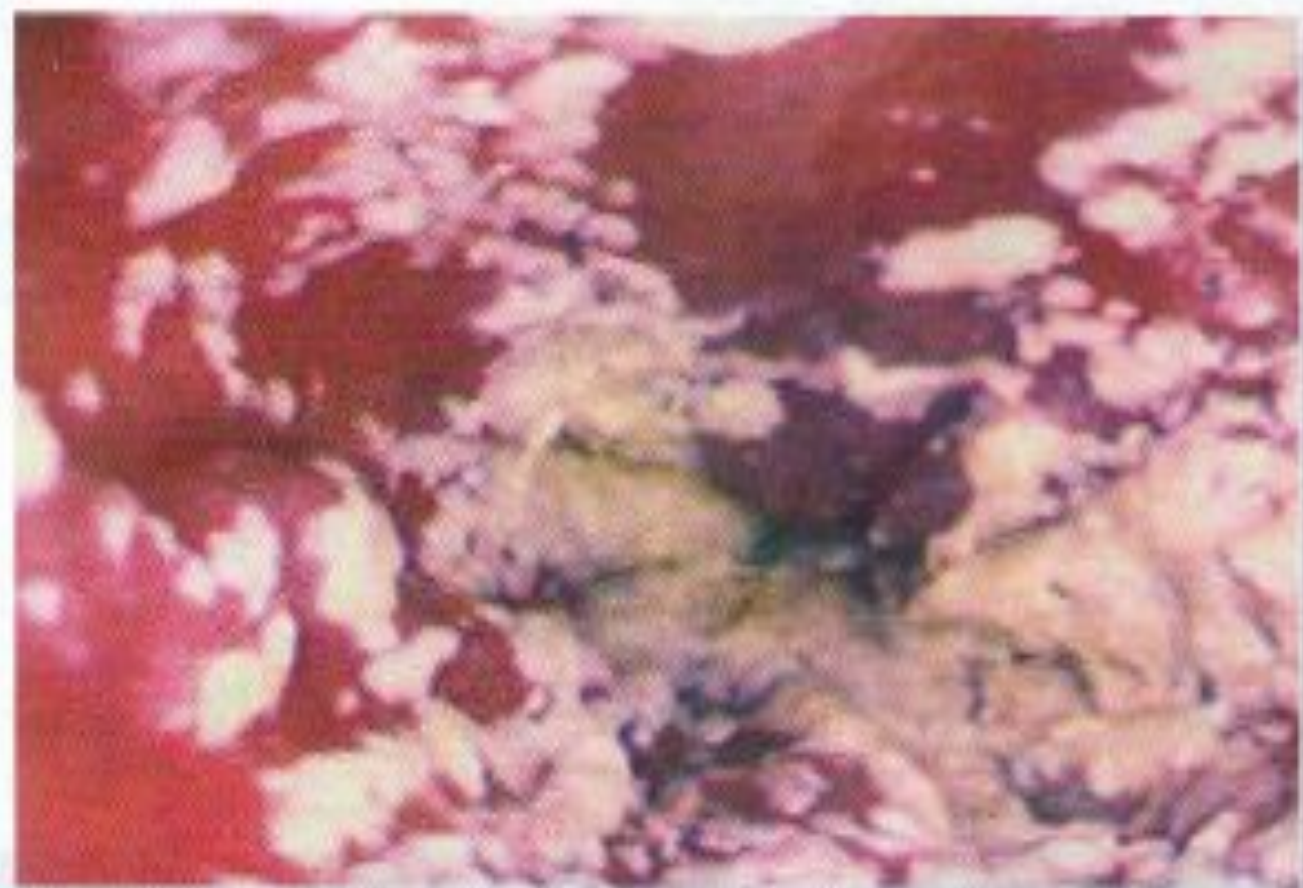
# Кандидоз пищевода

## Признаки кандидоза при ФГДС

1. Катаральный эзофагит – гиперемия слизистой, характерна контактная кровоточивость, белесоватый «паутинообразный» налёт
2. Фибринозный эзофагит – бело-серые или бело-жёлтые рыхлые налёты в виде бляшек диаметром 5 мм. Слизистая отёчна, гиперемирована, выражена контактная кровоточивость
3. Фибринозно-эрозивный эзофагит - «бахромчатые» бело-серые налёты в виде лент, эрозии округлые или линейные

Схожие признаки –наблюдаются визуально при пищеводе Барретта, ГЭРБ, лейкоплакии, красном плоском лишае, эрозивном эзофагите, герпетическом эзофагите.







# Кандидоз пищевода

Поэтому диагностика кандидоза пищевода основана на совокупности данных эндоскопического и неоднократного лабораторного исследования биопсийного материала.

- **Золотой стандарт - обнаружение псевдомицелия *Candida* (дифференциальный диагноз между кандидозом и кандидоносительством).**
- **Клиницист должен требовать от морфолога точного описания морфологических структур гриба:**
  - Обнаружение бластомицетов свидетельствует о кандидоносительстве
  - Обнаружение псевдомицелия свидетельствует о кандидозе

## Кандидоз пищевода

Вероятность обнаружения морфологических признаков кандидоза при однократной биопсии маловероятна.

Необходим культуральный микологический метод с посевом биоматериалов слизистых на среду Сабуро. При этом возможна видовая идентификация грибов и определение чувствительности к антимикотикам (определение вида - *C.albicans*, *C.tropicalis*, *C.krusei*, *C.glabrata* необходимо при рецидивирующем кандидозе и отсутствии чувствительности к стандартной терапии)

# Кандидоз пищевода

Диагностика без эндоскопии - используется цитологическая щётка или баллонный катетер, вводятся через нос или зонд, предотвращение контаминации

# Лечение кандидоза пищевода

В план ведения пациентов с кандидозом пищевода необходимо включить диагностику и коррекцию фоновых заболеваний (анализы на ВИЧ, гликированный гемоглобин, онкопоиск), других очагов кандидозной инфекции, рациональную антифунгальную терапию и иммунокоррекцию. Применяются антифунгальные препараты (1- полиеновые антимикотики - амфотерицин В, нистатин и натамицин; 2 - азольные антимикотики - кетоконазол, флуконазол, итраконазол, вориконазол, позаконазол, 3 - эхинокандины: каспофунгин, анидулафунгин, микафунгин.

# Лечение кандидоза пищевода

В план ведения пациентов с кандидозом пищевода необходимо включить диагностику и коррекцию фоновых заболеваний (анализы на ВИЧ, гликированный гемоглобин, онкопоиск), других очагов кандидозной инфекции, рациональную антифунгальную терапию и иммунокоррекцию.

Применяются антифунгальные препараты (1- полиеновые антимикотики - амфотерицин В, нистатин и натамицин; 2 - азольные антимикотики - кетоконазол, флуконазол, итраконазол, вориконазол, позаконазол, 3 - эхинокандины: каспофунгин, анидулафунгин, микофунгин.

Препарат выбора для лечения кандидоза пищевода является флуконазол 200 мг/сут, назначаемый перорально или внутривенно в течение 2–4 нед.

## Лечение кандидоза пищевода

- В случаях непереносимости флуконазола или резистентности возбудителя (чаще это *C. krusei*, *C. glabrata*, *C. pseudotropicalis*) показаны препараты второй линии (также в течение 2–4 недель). Препаратами второй линии при кандидозе пищевода являются:
  - 1) итраконазол в растворе для перорального применения 200–400 мг/сут;
  - 2) кетоконазол 200–400 мг/сут;
  - 3) амфотерицин В 0,3–0,7 мг/кг/сут;
  - 4) каспофунгин внутривенно 70 мг/сут в первый день, а затем 50 мг/сут внутривенно в одно введение;
  - 5) вориконазол внутривенно 6 мг/кг/сут каждые 12 часов в первый день, а затем 4 мг/кг/сут каждые 12 часов;
  - 6) позаконазол по 400 мг (10 мл суспензии) 2 раза в день внутрь во время еды.



- **Благодарю за внимание!**