Эозинофильный эзофагит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K20 · Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, Союз педиатров России, Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация

Эозинофильный эзофагит — хроническое Т2-иммуноопосредованное заболевание пищевода с дисфункцией пищевода и эозинофильной инфильтрацией слизистой. Главное в рекомендации: подтвердить диагноз ЭГДС с множественной биопсией, исключить другие причины эзофагеальной эозинофилии, рано начать противовоспалительное лечение и контролировать ремиссию гистологически.

Главное

- Диагностический порог ЭоЭ: симптомы дисфункции пищевода плюс ≥15 эозинофилов в поле зрения при ×400, или ≥15/0,3 мм², или >60/мм², при исключении других причин эозинофилии пищевода.
- ЭГДС без биопсии недостаточна: у 10–25% пациентов видимых изменений нет. Нужно брать не менее 6 биоптатов из дистального и среднего/проксимального отделов пищевода. УУР С, УДД 5.
- Перед диагностической ЭГДС с биопсией, если состояние позволяет, ИПН и глюкокортикоиды отменяют минимум за 3 недели, чтобы предотвратить ложные результаты при диагностике ЭоЭ. УУР С, УДД 5.
- Первая линия лечения: диета, ИПН или топические глюкокортикоиды; выбор зависит от пациента и клинической ситуации. Лечение после ремиссии не прекращают, а продолжают для профилактики рецидивов и стриктур.
- ИПН применяют 8–12 недель: взрослым омепразол 20 мг 2 раза в сутки или эквивалент, детям 1 мг/кг 2 раза в сутки. При ремиссии — постоянный прием минимальной эффективной дозы. УУР С, УДД 5.
- Эффективность терапии оценивают не только по симптомам: через 8–12 недель нужна ЭГДС с множественной биопсией; далее контроль проводят ежегодно или при значимом изменении терапии. УУР С, УДД 5.
- При стриктуре/стенозе с устойчивой дисфагией или вклинением пищи выполняют баллонную дилатацию или эндоскопическое бужирование; показан стеноз менее 13 мм после противовоспалительного лечения. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Заподозрить ЭоЭ по возраст-зависимым симптомам: у взрослых и подростков — дисфагия твердой пищи, длительное жевание, запивание, эпизоды вклинения, загрудинная боль; у детей — срыгивания, рвота, боль в животе, отказ от еды, задержка физического развития. УУР С, УДД 5.
2. Осмотреть пациента, оценить рост, массу тела, нутритивный статус и признаки атопии; специфических объективных признаков ЭоЭ нет. УУР С, УДД 5.
3. Выполнить развернутый общий анализ крови для оценки периферической эозинофилии и исключения других причин; эозинофилия крови встречается у 5–50% пациентов, но не специфична. УУР С, УДД 5.
4. Провести ЭГДС; эндоскопически оценивают отек, кольца, экссудат, продольные борозды и стриктуры, но нормальная картина не исключает ЭоЭ. УУР С, УДД 5.
5. Во время ЭГДС взять множественные биоптаты: минимум 6, по 3 из дистального и среднего/проксимального отделов, желательно из наиболее измененных участков. УУР С, УДД 5.
6. Подтвердить диагноз морфологически: окраска гематоксилином и эозином, подсчет эозинофилов при ×400; ключевой критерий — ≥15 эозинофилов в поле зрения или ≥60/мм². УУР С, УДД 5.
7. Исключить другие причины эзофагеальной эозинофилии: ГЭРБ, эозинофильный гастроэнтерит, целиакию, болезнь Крона, грибковые и паразитарные инфекции, гиперэозинофильный синдром, лекарственный эзофагит, васкулиты, ахалазию, системные болезни соединительной ткани, опухоли.

Лечение

- Начинать лечение как можно раньше: при отсутствии терапии 2 года стриктуры развиваются у 17–19% пациентов, при начале через 20 лет после первых симптомов — у 71%. УУР С, УДД 5.

- Диета может быть монотерапией первой линии: элементная диета или эмпирическое исключение 6, 4, 2 групп продуктов либо только молочных продуктов. Длительное соблюдение диеты направлено на клиническую и гистологическую ремиссию. УУР В, УДД 2.
- Эмпирическая диета при не-IgE-опосредованных реакциях: 6 групп — молоко животного происхождения, глютен, рыба/морепродукты, орехи, яйца, соя/бобовые; ремиссия 61,3–63,9%. УУР В, УДД 2.
- Менее строгие варианты диеты: исключение 4 групп — молоко, глютен, яйца, соя/бобовые; или 2 групп — молоко и глютен либо молоко и яйца. Они характеризуются более высоким уровнем приверженности, но несколько меньшей эффективностью, чем диета с исключением 6 групп. УУР В, УДД 2.
- ИПН для индукции ремиссии: взрослым омепразол 20 мг 2 раза в сутки или эквивалент 8–12 недель; детям омепразол или эзомепразол 1 мг/кг 2 раза в сутки на 8–12 недель, с ограничениями максимальных доз из текста. УУР С, УДД 5.
- Если на ИПН нет клинической и гистологической ремиссии, рассматривают будесонид внутрь 8–12 недель: взрослым 2–4 мг/сут, детям при росте <150 см — 1 мг/сут, при росте ≥150 см — 2 мг/сут. УУР В, УДД 1.
- Для поддержания ремиссии на будесониде: взрослым 1–2 мг/сут, детям 1 мг/сут длительно, до 1 года и более; после приема топического ГКС 30–60 минут не есть и не пить. УУР С, УДД 5.
- Дупилумаб возможен с 1 года при массе ≥5 кг: 5–<15 кг — 200 мг каждые 3 недели; 15–<30 кг — 200 мг каждые 2 недели; 30–<40 кг — 300 мг каждые 2 недели; ≥40 кг — 300 мг еженедельно. УУР А, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- Плановая госпитализация показана при нарастании дисфагии, необходимости подбора или коррекции терапии, а также для системной терапии, включая генно-инженерную биологическую терапию, в дневном или круглосуточном стационаре.
- Экстренная или неотложная госпитализация показана при острой обтурационной дисфагии — эпизоде вклинения пищи в пищевод.
- После извлечения или низведения пищевого комка нужно выполнить множественную биопсию слизистой дистального и среднего/проксимального отделов пищевода; если в момент вмешательства это невозможно, пациента приглашают на повторную ЭГДС с биопсией в ближайшее время. УУР С, УДД 5.
- При стойкой дисфагии у пациента с ЭоЭ показана рентгеноскопия пищевода с контрастированием для оценки наличия, протяженности и диаметра стриктур и решения вопроса о дилатации или бужировании. УУР С, УДД 5.
- При отсутствии ответа на медикаментозную терапию или выраженных атопических заболеваниях нужен аллерголог-иммунолог для уточнения сопутствующей патологии и оптимизации ее лечения. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Можно ли поставить ЭоЭ только по большому числу эозинофилов в биопсии?

Нет. Нужна совокупность симптомов дисфункции пищевода, эндоскопических и морфологических данных, а также исключение других причин эзофагеальной эозинофилии.

Сколько биоптатов брать при подозрении на эозинофильный эзофагит?

Минимум 6: по 3 из дистального и среднего/проксимального отделов пищевода, лучше из наиболее измененных участков. Биопсия нужна даже при нормальной эндоскопической картине, если симптомы типичны.

Нужны ли кожные аллергопробы и общий IgE всем пациентам с ЭоЭ?

Рутинно — нет, из-за низкой информативности для ЭоЭ. Аллергологическое обследование проводят при сопутствующих аллергических заболеваниях или подозрении на пищевую аллергию.

Когда проверять, сработало ли лечение?

Через 8–12 недель после начала медикаментозной терапии или диеты выполняют ЭГДС с множественной биопсией на фоне продолжающегося лечения. Далее контроль — регулярно 1 раз в год или при существенном изменении терапии.

Почему нельзя ориентироваться только на улучшение дисфагии?

Выраженность симптомов не коррелирует надежно с активностью воспаления в слизистой. Критерий эффективности лечения — гистологическая ремиссия, то есть менее 15 эозинофилов в поле зрения при ×400.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1000-eozinofilnyj-ezofagit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1000_1