



Северо-Западный государственный медицинский  
университет имени И. И. Мечникова

# ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ ЭЗОФАГИТ: РЕДКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ НАХОДКА. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Научный руководитель:  
Доцент, к.м.н. Соловьева О.И.

[masharovskiiyevgenii@gmail.com](mailto:masharovskiiyevgenii@gmail.com)

Машаровский Е.В.  
5 курс, лечебный факультет

**Эксфолиативный эзофагит** (sloughing esophagitis, esophagitis dissecans superficialis) – редкое эндоскопическое состояние пищевода, характеризующееся отслойкой фрагментов слизистой оболочки. Доброкачественное состояние, которое проходит без остаточных морфологических явлений.

Возможные симптомы: дисфагия, одинофагия, изжога, кровотечения, рвота и откашливание слепками слизистой оболочки[1,2,3]. В большинстве случаев заболевание протекает бессимптомно и является случайной находкой при эндоскопических исследованиях. Патогенез достаточно не изучен.

**К причинам возникновения относят:**

- Препараты железа[4], бисфосфонаты[5], НПВП[6], дабигатран[7], клиндамицин[8], СИОЗС, бензодиазепины[9];
- Горячие напитки, химические раздражители[11];
- Глютеновая болезнь[12];
- Заболевания коллагена[13];
- Аутоиммунные дерматозы[14,15];
- Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток[16];
- Перенесённый COVID-19[19];
- IgG4-опосредованный эксфолиативный эзофагит[20];
- Идиопатические случаи[17,18].

**Диагностические критерии**, предложенные Hart et al., включают наличие всех следующих признаков[10]:

1. Полоски отслоившейся слизистой оболочки пищевода длиной более 2 см
2. Нормальная подлежащая слизистая оболочка
3. Отсутствие изъязвлений или рыхлость непосредственно прилегающей слизистой

**Гистологические признаки**[10]: паракератоз, внутриэпителиальное расщепление в разной степени выше базального слоя, минимальное или полное отсутствие воспаления и/или необычно длинные отслоившиеся фрагменты поверхностного эпителия.

Средний возраст 58 лет, женщины болеют чаще, чем мужчины. Чаще всего поражается дистальный отдел пищевода. В ряде исследований эксфолиативный эзофагит возникал на фоне признаков истощения (текущая госпитализация, нетрудоспособность или инвалидность, нахождение в доме престарелых, полиморбидность), приема нескольких лекарственных препаратов из выше названных групп, трансплантации, иммуносупрессии[9].

**Лечение:** ингибиторы протонной помпы в течение 8 недель[9]. Применение глюкокортикостероидов в качестве основной линии при возникновении эзофагита на фоне аутоиммунных дерматозов[14,15].

# Клинический случай

Пациентка, 47 лет. Обратилась к отоларингологу с жалобами на заложенность носа, сухость и образование сухих корочек в носу, кровянистое отделяемое из носа. Данные жалобы беспокоили в течение 3 месяцев. Был установлен диагноз «Острый назофарингит. Сопутствующий: хронический тонзиллит, смещенная перегородка». Пациентку направили на гастроскопию.

Заключение гастроскопии: эндоскопические признаки рассекающего поверхностного эзофагита, недостаточности кардии, эрозивно-геморрагическая антральная гастропатия.

Гистология пищевода: расщепления вблизи верхней части эпителиального слоя, выраженный паракератоз в шелушащемся слое, на границе присутствуют незначительные дегенеративные изменения без воспаления, базальный слой интактен. Частично в биоптате на поверхности эпителия в зоне десквамации имеются минимальные очаговые нейтрофильные инфильтраты, колонии смешанной бактериальной флоры.

Пациентка не получала лекарственных препаратов, которые могли бы стать причиной развития эзофагита. Клинический и биохимический (ТТГ, Т4, кортизол, АГ-ТПО, кальций, глюкоза) анализы крови, иммунологическая панель (антинуклеарный фактор клеточной линии Нер-2, антитела к цитоплазме нейтрофилов) без изменений.

Таким образом, были исключены все возможные причины возникновения эзофагита, что позволило отнести случай к идиопатическим.

Была назначена терапия: Пантопразол 40 мг 2 раза в сутки, Альфазокс по 1 саше 3 раза в сутки в течение 8 недель. На повторной гастроскопии после проведенного лечения признаков эксфолиативного эзофагита не обнаружено.



# Список литературы

1. Jaben I, Schatz R, Willner I. The Clinical Course and Management of Severe Esophagitis Dissecans Superficialis: A Case Report. *J Investig Med High Impact Case Rep.* 2019 Jan-Dec;7:2324709619892726.
2. Stevens, A. & G.A.W. Dove. 1960. Esophageal cast: esophagitis dissecans superficialis. *Lancet* 2: 1279–1280.
3. Kaplan, R.P., J. Touloukian, A.R. Ahmed, et al. 1981. Esophagitis dissecans superficialis associated with pemphigus vulgaris. *J. Am. Acad. Dermatol.* 4: 682–687.
4. Nasir UM, Rodgers B, Panchal D, Choi C, Ahmed S, Ahlawat S. Ferrous Sulfate-Induced Esophageal Injury Leading to Esophagitis Dissecans Superficialis. *Case Rep Gastroenterol.* 2020 Apr 17;14(1):172-177.
5. Hokama A, Ihama Y, Nakamoto M, Kinjo N, Kinjo F, Fujita J. Esophagitis dissecans superficialis associated with bisphosphonates. *Endoscopy.* 2007;39 Suppl 1:E91.
6. Kajihara Y. A Case of Desquamative Esophageal Lesions, Most Likely due to Celecoxib. *Intern Med.* 2019 Jun 1;58(11):1655.
7. Zhou Y, Dai Y, Lu L, Fu Z. Dabigatran-induced esophagitis: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2020 Apr;99(17):e19890.
8. Silva J. R., Pinho R., Ponte A., Silva M., Furtado A., Carvalho J. Esophagitis dissecans superficialis associated with severe clindamycin toxicity. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases.* 2014;23(4):p. 63.
9. Purdy JK, Appelman HD, McKenna BJ. Sloughing esophagitis is associated with chronic debilitation and medications that injure the esophageal mucosa. *Mod Pathol.* 2012 May;25(5):767-75.
10. art P. A., Romano R. C., Moreira R. K., Ravi K., Sweetser S. Esophagitis dissecans superficialis: clinical, endoscopic, and histologic features. *Digestive Diseases and Sciences.* 2015;60(7):2049–2057.

11. Then EO, Grantham T, Lopez M, Reddy M, Gaduputi V. Esophagitis Dissecans Superficialis (EDS) Secondary to Hair Dye Ingestion: Case Report and Literature Review. *Clin Pract*. 2021 Mar 29;11(2):185-189.
12. Hage-Nassar G, Rotterdam H, Frank D, Green PH. Esophagitis dissecans superficialis associated with celiac disease. *Gastrointest Endosc*. 2003;57:140–141
13. Patel NK, Salathe C, Vu C, Anderson SH. Esophagitis dissecans: a rare cause of odynophagia. *Endoscopy*. 2007;39 Suppl 1:E127.
14. Hokama A, Yamamoto Y, Taira K, Nakamura M, Kobashigawa C, Nakamoto M, Hirata T, Kinjo N, Kinjo F, Takahashi K, Fujita J. Esophagitis dissecans superficialis and autoimmune bullous dermatoses: A review. *World J Gastrointest Endosc*. 2010 Jul 16;2(7):252-6.
15. Morel-Cerda EC, Priego-Parra BA, Grube-Pagola P, Remes-Troche JM. Late-onset 'sloughing esophagitis' (esophagitis dissecans superficialis) associated with bullous pemphigoid. *BMJ Case Rep*. 2020 Jul 8;13(7):e235135.
16. Iwamuro M, Ennishi D, Matsuoka KI, Tanaka T, Okanou S, Obayashi Y, Sakae H, Kawahara Y, Okada H. Four Cases of Desquamative Esophagitis Occurring after Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Intern Med*. 2020 Dec 1;59(23):3015-3022.
17. Carmack SW, Vemulapalli R, Spechler SJ, Genta RM. Esophagitis dissecans superficialis ("sloughing esophagitis"): a clinicopathologic study of 12 cases. *Am J Surg Pathol*. 2009 Dec;33(12):1789-94.
18. Robles I, Saenz R. Esophagitis dissecans presenting with halitosis. *Endoscopy*. 2010;42 Suppl 2:E21
19. Salehi AM, Salehi H, Hasanzarrini M. Esophagitis Dissecans Superficialis after COVID-19; A Case Report. *Middle East J Dig Dis*. 2022 Jul;14(3):346-348.
20. Dumas-Campagna M, Bouchard S, Soucy G, Bouin M. IgG4-Related Esophageal Disease Presenting as Esophagitis Dissecans Superficialis With Chronic Strictures. *J Clin Med Res*. 2014 Aug;6(4):295-8.
21. Hokama A, Yamamoto Y, Taira K, Nakamura M, Kobashigawa C, Nakamoto M, Hirata T, Kinjo N, Kinjo F, Takahashi K, Fujita J. Esophagitis dissecans superficialis and autoimmune bullous dermatoses: A review. *World J Gastrointest Endosc*. 2010 Jul 16;2(7):252-6.
22. Shah SA, Cho M, Chaptini L, Parikh N. Sloughing Esophagitis: An Atypical Cause of Food Impaction. *ACG Case Rep J*. 2016 Jul 27;3(4):e85.