

Диагностика микотического поражения пищевода

Г.Е. Соломонов, Г.И. Короткая

Минский консультационно-диагностический центр, Минск

В последнее время возросло внимание, уделяемое патологии пищевода. Заболевания этого органа ухудшают качество жизни больных, приводят к нетрудоспособности и инвалидизации.

Инфекционные поражения пищевода являются важной проблемой современной гастроэнтерологии и клинической микологии.

В последнее десятилетие отмечается отчетливая тенденция к увеличению распространения условно-патогенных дрожжеподобных грибов рода *Candida* среди больных и здоровых лиц. По данным журнала "Diseases of the Esophagus" 2002 [8], колонизация грибов рода *Candida* у пациентов с патологией пищевода выявляется в 38,9% по сравнению с 7,5% у контрольной группы. В связи с этим наблюдается рост частоты и расширения спектра вызываемых этими грибами поражений.

Благоприятные условия для развития инфекционного процесса создают различные нарушения физиологических, анатомических и иммунологических механизмов защиты организма. К факторам, провоцирующим возникновение эзофагеального кандидоза, можно отнести использование антибиотиков [3], ингаляционных или инъекционных кортикостероидов, антацидную терапию или гипохлоргидрическое состояние, сахарный диабет, алкоголизм, последствия интоксикации, недоедание, пожилой возраст, нарушение моторики пищевода или пищеводную обструкцию, трансплантацию органов и костного мозга, энтеральное и особенно парентеральное питание и др. [5, 9]. Ослабление иммунной системы может привести к возникновению кандидозной инфекции.

Симптомы заболевания отсутствуют у 25-30% пациентов. Но большинство пациентов предъявляют жалобы, связанные с поражением желудочно-кишечного тракта. Наиболее типичные клинические проявления кандидоза пищевода - дисфагия и несколько реже одинофагия. Степень выраженности пищеводных симптомов колеблется от умеренного затруднения при глотании до резко выраженной боли.

Разработка и широкое внедрение в клиническую практику современных эндоскопических методов иссле-

дования значительно расширили диагностические и лечебные возможности при патологии пищевода. Информативность, простота и относительная безопасность эндоскопических методов позволяют применять их в амбулаторных условиях. Технические возможности современной эндоскопической аппаратуры (разрешающая способность оптики, необходимые гибкость и упругость, наличие различных приспособлений) довольно высоки.

Эндоскопический метод является основным в диагностике заболеваний пищевода, так как позволяет визуально охарактеризовать его просвет, детально осмотреть слизистую оболочку, определить распространенность патологического процесса, а также произвести забор биопсийного материала для его дальнейшего исследования.

Эндоскопическая картина изменений слизистой пищевода при микозе довольно разнообразна и зависит от выраженности поражения. На всем протяжении пищевода или на его отдельных участках слизистая оболочка умеренно отечна, разрыхлена, бледного сероватозеленоватого цвета, не имеет обычного блеска, характерного для нормальной слизистой оболочки, с наличием мелких (0,2-0,3 см диаметром) беловатых или желтоватых очажков, приподнятых над слизистой оболочкой в виде "просовидных зерен". Очажки могут сливаться, образуя рыхлые "творожистые" налеты. При инструментальной пальпации ригидности и инфильтрации стенок пищевода не наблюдается. После удаления налетов биопсийными щипцами, характер изменений слизистой под ними визуально может не отличаться от окружающей слизистой оболочки. При прогрессировании процесса очажки сливаются, образуя плотные налеты с внедрением гриба в подслизистую, мышечную оболочку и сосуды, поражая слизистую по всей окружности. Слизистая при этом становится легко ранимой, наблюдаются катаральный и эрозивно-язвенный эзофагит. Пленки, образующиеся на слизистой пищевода, в особенно тяжелых случаях могут почти полностью закрывать просвет пищевода [7]. Налет состоит из слущенных эпителиальных клеток, которые смешиваются с грибами, клетками воспаления и бактериями.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ПИЩЕВОДНОГО КАНДИДОЗА

По В.Е.Kodsi (1976) [5, 6]

- I степень: единичные выпуклые бляшки до 2 мм в размере без изъязвлений (рис. 1);
II степень: множественные выпуклые бляшки от 2 мм в размере, без изъязвлений (рис. 2);
III степень: сливающиеся, линейные или очаговые выпуклые налеты с гиперемией, и иногда образованием язвы (рис. 3);
IV степень: признаки, характерные для III степени с сужением просвета пищевода (рис. 4).

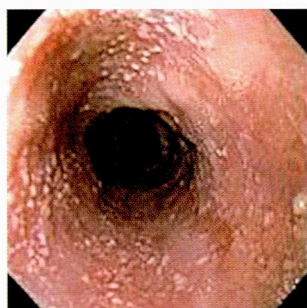


Рис. 1. I степень



Рис. 2. II степень

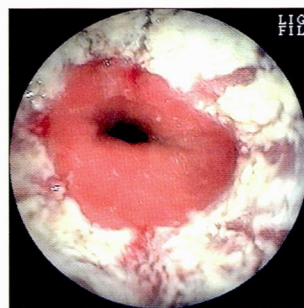


Рис. 3. III степень

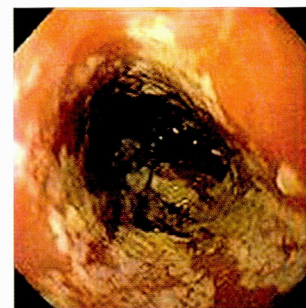


Рис. 4. IV степень

По Wilcox C.M.(1996) [5, 6]

- I степень: рассеянные бляшки, покрывающие менее 50% слизистой оболочки пищевода;
II степень: рассеянные бляшки, покрывающие более 50% слизистой оболочки пищевода;
III степень: сливающиеся бляшки, циркулярно покрывающие более 50% слизистой оболочки пищевода;
IV степень: признаки, характерные для III степени, плюс сужение просвета несмотря на инсuffляцию.

По морфологической классификации все случаи кандидоза пищевода подразделяются на три группы в зависимости от степени тяжести процесса, то есть в зависимости от глубины поражения его стенки: 1-я группа - отдельные беловатые налеты с внедрением псевдомицелия гриба между эпителиальными клетками; 2-я группа - пленчатые налеты, сливающиеся между собой и образующие обширные поля, при этом нити псевдомицелия прорастают не только слизистую, но и подслизистую оболочку; 3-я группа - псевдомембранные наложения, сочетающиеся с глубокими изменениями, при которых нити гриба глубоко проникают в толщу мышечной ткани [5].

Микроскопическое исследование позволяет выявить равномерно окрашенные дрожжеподобные клетки и нити мицелия грибов *Candida*.

Учитывая маркерное значение кандидоза пищевода в отношении таких заболеваний, как ВИЧ-инфекция [1], сахарного диабета, рака, миелопролиферативных заболеваний, рекомендуется, наряду с уточнением характера патологии пищевода, направленная диагностика в отношении перечисленных заболеваний, явившихся факторами риска. Принимая во внимание частые сочетанные поражения кандидами пищевода и других органов, необходим диагностический поиск, в первую очередь, микозов кожи и ее придатков [2], кандидозного фарингостоматита, дисбактериоза толстой кишки, вульвовагинита.

В эндоскопическом отделении Минского консультационно-диагностического центра ежегодно проводится около 20 000 фиброгастроскопий.

Выполнение биопсии патологически измененной слизистой пищевода с каждым годом увеличивается. Так, в 1996 году было выполнено 75 биопсий по поводу эзофагита. Микотическое поражение пищевода было обнаружено в 25% случаев. За 2003-2004 годы биопсия из пищевода была произведена у 525 пациентов. Наличие микотического поражения пищевода было выявлено у 30,1 % пациентов с эзофагитами без изъязвлений слизистой и у 34% пациентов с эрозивно-язвенным поражением пищевода. Если наряду с гистологическим исследованием проводилась цитология, микоз обнаруживался в 42% случаев. Однако цитологическое исследование проводилось не при каждой биопсии слизистой оболочки пищевода.

Цитологическое исследование материала при умеренном поверхностном кандидозе имеет более высокую степень чувствительности, чем гистологическое, так как микроорганизмы могут быть вымыты с поверхности ткани при обработке биопсийного материала.

Таким образом, для более полной и достоверной диагностики заболеваний пищевода, в том числе микотического поражения, особенно при наличии видимых изменений слизистой оболочки, необходимо проводить как гистологическое, так и цитологическое исследование полученного при эндоскопии биоптата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В.Т. Болезни пищевода/В.Т.Ивашкин, А.С.Трухманов. – М., 2000.
2. Караев З.О. Поражение пищевода при хроническом кандидозе кожи и слизистых оболочек/З.О.Караев, В.Л.Быков// Советская медицина. – 1987. – №10. – С. 110
3. Кириллов В.А. Сравнительная оценка различных методов лечения больных кандидозом пищевода/В.А.Кириллов, В.Н.Преображенский// Клиническая медицина. – 1989. – №4. – С. 58
4. Лапина Т.Л. Грибковая инфекция в патологии желудочно-кишечного тракта /Т.Л.Лапина, В.Т.Ивашкин// Русский медицинский журнал. – 2001. – Т. 3 №1.
5. Маев И.В. Кандидоз пищевода/И.В.Маев, Г.А.Бусарова// Лечащий врач. – 2002. – №6.
6. Морозова С.В. Эндоскопическая диагностика оппортунистических (вторичных) заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у больных ВИЧ-инфекцией/С.В.Морозова, Ю.Г.Пархоменко// Альманах эндоскопии. – 2002. – №1. – С. 73.
7. Шевяков М.А. Стриктуры пищевода кандидозной этиологии/М.А.Шевяков, В.Б.Антонов//Вестник хирургии. – 1991. – №3. – С. 39.
8. Bonavina L. Candida colonization in patients with esophageal disease: a prospective clinical study/L.Bonavina, R.Incarbone, M.Reitano//Diseases of the Esophagus. – 2002. – vol 16. – issue 2.
9. Underwood J.A., Williams J.W., Keate R.F. Clinical findings and risk factors for Candida esophagitis in outpatients/J.A.Underwood, J.W.Williams, R.F.Keate// Diseases of the Esophagus. – 2003. – Vol. 16. – Issue 2. – P. 66.

КОНТАКТЫ

Геннадий Соломонов, Минский консультационно-диагностический центр, Минск.

e-mail: g_solomonov@mail.ru



Информация постоянно действующего курса повышения квалификации

«Вопросы диагностической и лечебной эндоскопии»

5-7 октября 2005 года в Санкт-Петербурге состоится очередной обучающий курс:

- I. Диагностика, лечение, современные технологии эрадикации варикозно-расширенных вен пищевода и желудка
- II. Эндоскопическая диагностика желудочно-кишечных кровотечений неязвенной этиологии. Эндоскопический гемостаз

На практических занятиях все участники будут иметь возможность изучить устройство инструментов для эндоскопических операций, обучиться особенностям их применения, а также испытать инструменты для лигирования ВРВП на муляжах.

Участникам курса вручаются сертификаты

Место проведения: 194291, Санкт-Петербург, пр. Луначарского, 45, Отделение эндоскопии Ленинградской областной клинической больницы.
Телефон: (812) 558-9709, 592-3071 Факс (812) 592-2464
e-mail: aphilin@mail.ru