

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭЗОФАГИТА ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Д. М. Албегова

Клиническая городская больница № 46 Святой Евгении  
(Лечебно-диагностический, реабилитационный и научный центр для жителей блокадного Ленинграда),  
Санкт-Петербург, Россия

## ENDOSCOPIC AND CLINICAL FEATURES OF FUNGAL ESOPHAGITIS IN ELDERLY PATIENTS

D. M. Albegova

Clinical city hospital № 46 St. Eugenia  
(The medical-diagnostic, rehabilitation and research centre for inhabitants of the blockade Leningrad),  
Saint-Petersburg, Russia

© Д.М. Албегова, 2013

На основании анализа результатов 5918 эзофагогастродуоденоскопий, выполненных пациентам пожилого и старческого возраста, установлена частота выявления кандидоза пищевода – 1,3%. В статье представлены особенности клинических проявлений кандидоза пищевода у пациентов этой группы, а также характеристика наиболее часто встречающихся при этом соматических заболеваний.

**Ключевые слова:** пожилой и старческий возраст, особенности, факторы, кандидоз, пищевод, *Candida*.

Based on analysis of 5918 esophagogastroduodenoscopy performed in patients aged and old, set the frequency of detection of esophageal candidiasis – 1.3%. The paper presents the characteristics of clinical manifestations of esophageal candidiasis in patients of this group, as well as the characteristics of the most commonly encountered with physical illness.

**Key words:** elderly and senile age, features, factors, candidiasis, esophagus, *Candida*.

### Введение

В экономически развитых странах мира наблюдается устойчивая тенденция к увеличению средней продолжительности жизни человека. Это обусловлено тем, что большая часть населения этих стран представлена лицами старше 65 лет. Известно, что в пожилом и старческом возрасте пациенты имеют ряд особенностей, приводящих к увеличению заболеваемости сердечно-сосудистыми и злокачественными заболеваниями, а также некоторыми оппортунистическими инфекциями (например, онхомикозами). В то же время остается неясным, способствует ли пожилой и старческий возраст повышению заболеваемости другими микозами или нет.

Среди всех условно-патогенных грибов наиболее актуальны в общей клинической практике дрожжеподобные грибы рода *Candida*, в связи с их широким распространением и способностью в определенных условиях проявлять свой патогенный потенциал [1]. Кандидоз является часто встречающейся формой инвазивного

микоза [2]. Инвазия грибов рода *Candida* чаще наблюдается в участках, где слизистая оболочка представлена многослойным плоским эпителием (например, полость рта, пищевод, наружные гениталии) и значительно реже – в однослойный эпителий (например, бронхи, желудок, кишечник) [3].

Кандидоз – наиболее часто встречающееся инфекционное поражение пищевода, а грибок *Candida albicans* является наиболее частым возбудителем кандидоза пищевода. Заболевание характеризуется одинофагией, дисфагией и ретростернальным дискомфортом, может приводить к потере трудоспособности и инвалидизации. В то же время кандидоз пищевода может протекать бессимптомно, но быть причиной диссеминации при инвазивном микозе [4].

Решающую роль в течении кандидоза играет состояние макроорганизма, в первую очередь – эффективность системы антифунгальной резистентности [5]. Эпидемиологические данные сообщают, что кандидоз пищевода встречается у больных общего профиля в 1–2% случаев, у

больных сахарным диабетом 1 типа – в 5–10% случаев, у больных СПИДом – в 15–30% случаев [6]. Лечение кандидоза пищевода чаще проводят флуконазолом, однако при флуконазол-резистентных вариантах заболевания иногда необходимо назначение т. н. «новых» азолов (например, вориконазола, позаконазола) или эхинокандиновых антимикотиков [7].

Предполагаемыми факторами, увеличивающими риск кандидоза в пожилом и старческом возрасте являются: инволютивное угасание функций иммунной системы, злокачественные заболевания, бесконтрольное и длительное использование антибиотиков, кортикостероидов, антисекреторных средств и некоторых других препаратов, нарушение трофического статуса различных тканей при атеросклерозе, нарушение моторной функции желудочно-кишечного тракта, атрофия слизистых оболочек, нарушение углеводного обмена [8]. При старении нарушается эффективность функционирования иммунной системы: процесс распознавания собственных и чужеродных антигенов становится менее точным, интенсивность иммунных реакций снижается. Это приводит к появлению характерных для старения иммунопатологических синдромов: иммунодефицита, аутоагрессии и гиперчувствительности [9].

К местным факторам риска кандидоза слизистых оболочек ротоглотки и пищевода относят ношение зубных протезов, нарушение функции слюнных желез (ксеростомия) и деструктивно-дегенеративные заболевания полости рта [10]. Зубные протезы приводят к кандидозной инфекции верхних отделов пищеварительного тракта у 65% пожилых людей, имеющих съемные верхние зубные протезы. По-видимому, к этому приводит формирование особой микросреды ротовой полости, способствующей росту грибов рода *Candida*, в частности снижением числа молекул кислорода в биопленке, нарушением кислотно-щелочного баланса и активизацией анаэробной бактериофлоры [11].

Инфекции у пожилых людей являются не только наиболее распространенными, но также связаны с более высокой заболеваемостью и смертностью. Кроме того, проявления инфекционных заболеваний у пожилых пациентов часто отличаются от молодых, затрудняя тем самым диагностику. В таких случаях симптомокомплекс затухает проявляется проявлениями сопутствующих заболеваний и может расцениваться врачом как старческая депрессия [12].

В то же время уровень общей заболеваемости у пожилых людей (60–74 года) почти в два раза выше, а у лиц старческого возраста (75 лет и старше) – в 6 раз выше, чем у лиц молодого возраста [13].

**Цель исследования** – определение частоты, факторов риска, сопутствующей патологии и особенности клинических проявлений кандидоза пищевода у больных пожилого и старческого возраста.

### Материалы и методы

За 2008–2012 гг. нами выполнено 5918 эзофагогастродуоденоскопий (ЭГДС) больным от 69 до 91 года. У 79 (1,3%) больных был установлен диагноз кандидоз пищевода, подтвержденный выявлением эндоскопической картины эзофагита, обнаружением роста грибов при микологическом исследовании биоптата слизистой оболочки пищевода и нитевидной формы гриба рода *Candida* (псевдомицелия) при микроскопии цитологических препаратов. Средний возраст пациентов составил 76,2 года. Мужчин было – 20 (25,3%), женщин – 59 (74,7%). Все пациенты были госпитализированы в больницу для обследования в плановом порядке, среднее количество койко-дней составило 15,3. Особенностью всех обследованных больных было наличие нескольких сочетанных заболеваний, в первую очередь болезней сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Показаниями к эндоскопическому исследованию были следующие жалобы больных: изжога у 23 (29,1%); у 15 (19%) – снижение аппетита и массы тела; у 11 (13,9%) – боль в эпигастрии; у 4 (5,1%) – дисфагия. У 4 (5,1%) пациентов были жалобы на чувство инородного тела в горле, горечь во рту, тошноту, выделение большого количества вязкой слюны. Нужно отметить, что 22 (27,8%) пациента жалоб, характерных для заболеваний желудочно-кишечного тракта, не предъявляли, но при выполнении скринингового эндоскопического исследования был выявлен кандидоз пищевода.

До ЭГДС кандидоз пищевода ни в одном случае клинически заподозрен не был.

### Результаты и их обсуждение

Уточнение фармакологического анамнеза показало, что из 79 больных у 48 (60,8%) возможными факторами риска явились прием следующих лекарственных препаратов: у 21 – системные глюкокортикостероиды, у 11 – нестероидные противовоспалительные препараты.

раты, у 9 – антибактериальные препараты, 4 – ингибиторы протонной помпы, 3 – препараты гормонов щитовидной железы.

У 31 (39,2%) больного прием вышеперечисленных препаратов не отмечался, а основной патологией среди этих больных в 9 случаях были злокачественные новообразования, у 7 пациентов – заболевания сердечно-сосудистой системы, у 3 – хроническая обструктивная болезнь легких, у 3 – сахарный диабет 1 типа в фазе декомпенсации, у 3 – дегенеративно-дистрофические заболевания суставов, у 2 – хронические заболевания почек, у 2 – активная фаза вирусного гепатита В, у 1 – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, у 1 – аутоиммунный тиреоидит с гипотиреозом,

71 больному определен индекс массы тела (ИМТ), в результате чего получены следующие данные: у 33 (46,5%) пациентов – избыток массы тела, у 23 (32,4%) – нормальная масса тела, у 12 (16,9%) – ожирение, у 3 (4,2%) – дефицит массы тела.

В целом, независимо от особенностей фармакологического анамнеза, основными заболеваниями у обследованных нами пациентов были: у 31 (39,2%) – заболевания сердечно-сосудистой системы, чаще обусловленные атеросклерозом, у 24 (30,4%) – болезни органов дыхания (бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких), у 7 (8,9%) – злокачественные новообразования, у 6 (7,6%) – заболевания эндокринной системы (сахарный диабет 1 и 2 типов и аутоиммунный тиреоидит), у 5 (6,3%) – заболевания суставов, у 3 (3,8%) – хроническое заболевание почек, у 2 (2,5%) – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, у 1 (1,3%) – вирусный гепатит В.

Анемия у больных с кандидозом пищевода отмечалась в 30,4% случаев.

При эзофагоскопии мы обращали внимание на наличие фибринозного налета в различных отделах пищевода, а также на такие признаки, как гиперемия, отек и контактная ранимость слизистой оболочки. Необходимо отметить, что у 30 пациентов пищевод был вовлечен в поражение тотально, налет в средней и нижней трети встречался у 15, только в нижней трети – у 12, в средней трети – у 8, только верхняя треть пищевода была поражена у 6 пациентов.

У 8 больных типичный фибринозный налет в пищеводе отсутствовал, а поводом для получения биоматериала со слизистой оболочки пищевода на гистологическое, цитологическое или бактериологическое исследования послужило

наличие других заболеваний, в частности новообразование желудка и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Сопутствующей и отягощающей патологией у двух из них являлся в первом случае полиостеоартроз (пациент длительно получал диклофенак) и во втором случае ревматоидный артрит с длительным приемом глюкокортикостероида (преднизолон) и цитостатического препарата (метотрексат), у двух – злокачественная опухоль пищевода, у одного – вирусный гепатит В. В другом случае первично диагностирован эрозивный очаговый рефлюкс-эзофагит, но после гистологического исследования диагноз был дополнен кандидозом пищевода,

Стандартным методом диагностики кандидоза пищевода являлся эндоскопический, при котором мы производили забор материала на гистологическое, цитологическое и/или культуральное исследования. В том числе во время ЭГДС в 45 случаях выполнена браш-биопсия для цитологического исследования (цель – поиск псевдомицелия гриба рода *Candida*), при этом положительным результат был в 37 (82,2%) случаях, отрицательным – в 8. В 53 случаях выполнялась щипцовая биопсия для последующего морфологического изучения биоптата слизистой оболочки пищевода, при этом положительный результат (обнаружение инвазии псевдомицелия гриба в эпителиальный слой) был получен в 44 (83%) случаях, отрицательный – в 9. Культуральный метод использовался у 23 пациентов, при этом у 15 (65,2%) отмечался рост *Candida albicans*, у 8 – рост дрожжеподобного гриба на диагностической среде отсутствовал.

При эндоскопическом осмотре желудка были выявлены следующие патологии: у 23 пациентов – гастропатия с атрофией слизистой оболочки, 14 – эритематозная гастропатия, 12 – эрозивная гастропатия, 9 – хроническая язва желудка, 4 – полипы желудка, 5 – резецированный желудок, из них у 4 по поводу язвенной болезни, у 1 по поводу злокачественной опухоли, 2 – рак желудка, а у 9 пациентов при осмотре патологических изменений желудка мы не обнаружили. У одного больного осмотреть желудок не удалось из-за стенозирующей опухоли пищевода.

Для диагностики хеликобактерной инфекции желудка у 49 был выполнен экспресс-тест на наличие *Helicobacter pylori*. Этот тест оказался положительным у 22 (44,9%) пациентов, а отрицательным – у 27 (55,1%). Методом окраски слизистой оболочки по Конго-Рот у 38 пациентов была определена кислотопродуцирующая

функция желудка. Выяснилось, что 10 (26,3%) пациентов имеют ахлоргидрию, 15 (39,5%) – нормохлоргидрию, 11 (28,9%) – гиперхлоргидрию, 2 (5,3%) – гипохлоргидрию.

Всем пациентам с выявленным кандидозом пищевода были заданы вопросы, касающиеся курения, наличия заед в углах рта, наличия съемных зубных протезов, ощущения сухости полости рта (ксеростомии), а также употребление горячей пищи как фактора хронического термического ожога. В результате опроса было показано, что 17 (21,5%) пациентов – курят, а 62 (78,5%) не имеют этой вредной привычки. Отмечено, что 48 (65,8%) больных кандидозом пищевода имеют съемные зубные протезы, а 25 (34,2%) – зубных протезов не имели. Также было выявлено, что на ксеростомию предъявляли жалобы 41 (54,6%) пациента, а у 34 (45,3%) жалобы на сухость в полости рта отсутствовали. Клинические признаки ангулярного стоматита – частое появление заед в углах рта – отметили 13 (17,6%) пациента, а у большинства больных 61 (82,4%), такие изменения отсутствовали. 13 (17,6%) пациентов употребляют горячую пищу, а 61 (82,4%) – нет.

Также мы определили частоту поражения кандидозом пищевода по годам и по временам года, где получили следующие результаты: в 2008г. – выявлено 6 случаев, 2009г. – 8 (0,7%), 2010г. – 22 (1,7%), 2011г. – 23 (1,9%), по ноябрь 2012г. – 20 (2,0%) больных. В зависимости от времени года кандидоз пищевода преобладает в осенне-весенний период, где весной – 26 больных, осенью – 25, зимой и летом по 11 и 17 больных соответственно.

### Заключение

Главный результат, который нам удалось получить – частота диагностированного кандидоза пищевода у больных пожилого и старческого возрастов составила 1,3%, что существенно не отличается от частоты встречаемости этого заболевания у больных более молодого возраста в группе общего профиля.

Таким образом, в целом наши данные показали, что больные пожилого и старческого возраста, несмотря на полиморбидность, отягощенный фармакологический анамнез и предполагаемое возрастное снижение противоинфекционной резистентности, не относятся к группе высокого риска кандидоза пищевода.

В то же время нужно отметить, что несколько чаще кандидоз пищевода встречается у больных с избыточной массой тела, ксеростомией,

наличием съемных зубных протезов, получающих иммуносупрессивную, антибактериальную или терапию нестероидными противовоспалительными препаратами. Важно, что у этого возрастного контингента больных часто отмечается отсутствие «пищеводных» жалоб, что не может служить причиной для исключения кандидозного поражения. По нашему мнению, состояние кислотопродуцирующей функции желудка, курение, хронический термический ожог пищевода и факт отсутствия заед в углах рта не ассоциированы с заболеванием кандидозом пищевода.

Также, по результатам нашего исследования, отмечается рост заболеваемости данной патологией в последние годы, в связи с широким и бесконтрольным использованием антибактериальных препаратов, а заболеваемость в осенне-весенний период объясняется снижением естественных защитных сил организма. Последнее, что хочется подчеркнуть: наличие у больного дистального эрозивного эзофагита, обычно расцениваемое эндоскопистами как характерный признак гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, не исключает кандидоза пищевода.

### Литература

1. Лисовская, С.А. Успехи медицинской микологии / С.А. Лисовская, Е.В. Халдеева, Н.И. Глушко – Национальная академия микологии. – 2006. – Т. 7. – 346 с.
2. Веселов, А.В. Ведение пациентов с кандидозом: обзор новых рекомендаций IDSA / А.В. Веселов // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2004. – Т. 6, № 2. – С. 168–185.
3. Шевяков, М.А. Стандарты и перспективы фармакотерапии кандидоза органов пищеварения / М.А. Шевяков // Гастроэнтерология – 2006. – №1/2. – С. 17–20.
4. Llanos Cuentas, A. A Randomized, Double-Blind, Parallel-Group, Dose-Response Study of Micafungin Compared with Fluconazole for the Treatment of Esophageal Candidiasis in HIV-Positive Patients / A. Llanos Cuentas [et al.] // Clinical Infectious Diseases. – 2004 – Vol. 39. – P. 842–849.
5. Готовский, Ю.В. Грибковые инфекции. Диагностика и терапия : методич. пособие. – М. : Имедис, 2004. – 128 с.
6. Шевяков, М.А. Диагностика и лечение кандидоза пищевода / М.А. Шевяков // Фарматека. – 2005. – № 7 (102) – С. 60–63.

7. *Климко, Н.Н.* Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей : учебн. пособие. – М. : Премьера, 2007. – 336 с.
8. *Weerasuriya, N.* Oesophageal Candidiasis in Elderly Patients: Risk Factors, Prevention and Management / N. Weerasuriya, J. Snape // *Drugs Aging*. – 2008. – 25(2). – P. 119–130.
9. *Цинкернагель, Р.* Основы иммунологии. – М. : Мир, 2008. – 134 с.
10. *Laurent, M.* Oropharyngeal candidiasis in elderly patients / M. Laurent [et al.] // *Geriatr. Psychol. Neuropsychiatr. Vieil*. – 2011. – 9 (1). – P. 21–28.
11. *Akpan, A.* Oral candidiasis / A. Akpan, R. Morgan // *Postgrad. Med. J.* – 2002. – Vol. 78. – P. 455–459.
12. *Hof, H.* Mycoses in the elderly // *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.* – 2010. – 29. – P. 5–13.
13. *Галиуллин, Н.И.* Медицинское обслуживание и лекарственное обеспечение лиц пожилого и старческого возраста в Республике Татарстан // Информ. Материалы. Министерство здравоохранения Республики Татарстан / Н.И. Галиуллин [и др.]. – Казань : Медицина, 2002. – 24 с.

---

*Д.М. Албегова*

*Тел.: +7-911-097-33-44*