

ОСОБЕННОСТИ КАНДИДОЗА ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Албегова Д.М. (врач-эндоскопист)*

СПб ГБУЗ «Больница № 46», Санкт-Петербург, Россия

© Албегова Д.М., 2012

На основании анализа результатов 2496 фиброэзофагогастродуоденоскопий, выполненных пациентам пожилого и старческого возраста, установлена частота выявления кандидоза пищевода – 1,8%. В статье представлены особенности клинических проявлений кандидоза пищевода у пациентов этой группы, а также характеристика наиболее часто встречающихся при этом соматических заболеваний.

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

PECULIARITIES OF ESOPHAGEAL CANDIDOSIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Albegova D.M. (physician-endoscopist)

Hospital № 46, St. Petersburg, Russia

© Albegova D.M., 2012

In the analysis of results 2496 fibrogastroduodenoscopy of elderly and senile patients have been established the frequency of gullet candidosis has composed - 1,8 %. Peculiarities of gullet candidosis clinical displays at patients of this group, and also the characteristic of somatic diseases most often meeting under this have been presented in this article.

Key words: *Candida*, candidosis, elderly and senile age, esophagus

В экономически развитых странах мира имеет место устойчивая тенденция к возрастанию средней продолжительности жизни человека, поэтому большая часть населения этих стран представлена лицами старше 65 лет. Известно, что в пожилом и старческом возрастах пациенты имеют ряд особенностей, приводящих к росту заболеваемости сердечнососудистыми и злокачественными заболеваниями, а также некоторыми оппортунистическими инфекциями (например, опнохмикозами). В то же время остается неясным, способствуют ли пожилой и старческий возрасты повышению заболеваемости другими микозами или нет.

Среди всех условно-патогенных грибов наиболее актуальны в общей клинической практике *Candida* spp., в связи с их широким распространением и способностью в определенных условиях проявлять свой патогенный потенциал [1]. Кандидоз является часто встречающейся формой инвазивного микоза [2]. Инвазию *Candida* spp. чаще наблюдают в участках, где слизистая оболочка представлена многослойным плоским эпителием (например, полость рта, пищевод, наружные гениталии), и значительно реже – в однослойном эпителии (например, бронхи, желудок, кишечник) [3].

Кандидоз – наиболее часто встречающееся инфекционное поражение пищевода, а *C. albicans* является наиболее частым возбудителем кандидоза пищевода. Заболевание характеризуется одинофагией, дисфагией и ретростеральным 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]. Согласно эпидемиологическим данным, кандидоз пищевода выявляют у больных общего профиля в 1-2% случаев, у больных сахарным диабетом 1 типа – в 5-10%, у больных СПИД – в 15-30% [6]. Лечение кандидоза пищевода чаще проводят флуконазолом, однако при флуконазол-резистентных вариантах заболевания иногда необходимо назначение так называемых «новых» азолов (например, вориконазола, позаконазола) или эхинокандиновых антимикотиков [7].

Предполагаемыми факторами, увеличивающими риск кандидоза в пожилом и старческом возрастах, 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

* Контактное лицо: Албегова Диана Маирбековна, тел. 8911-0973344

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 применение зубных протезов, нарушение функции слюнных желез (ксеростомия) и деструктивно-дегенеративные заболевания полости рта [10]. Ношение зубных протезов вызывает кандидозную инфекцию 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 *Candida spp.*, в частности, нарушение кислотно-щелочного баланса и активизация анаэробной бактериобиоты [11].

Инфекции у пожилых людей являются не только наиболее распространенными, но также связаны с высокой заболеваемостью и смертностью. Кроме того, проявления инфекционных заболеваний у пожилых и молодых пациентов часто различаются, затрудняя тем самым диагностику. В таких случаях симптомокомплекс затуманивается 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].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 2010-2011 гг. нами выполнено 2496 фиброэзофагогастродуоденоскопий (ФГДС) у больных старше 65 лет. У 46 (1,8%) человек был установлен диагноз «кандидоз пищевода», подтвержденный выявлением эндоскопической картины эзофагита, обнаружением псевдомицелия *Candida spp.* при микологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки пищевода, при микроскопии цитологических препаратов. Мужчин было 11 (24%), женщин – 35 (76%), средний возраст – 76 лет. Все пациенты были госпитализированы в больницу для обследования в плановом порядке (средний койко-день – 14). 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 пациентов: у 13 (28,3%) – изжога, у 8 (17,4%) – боль в эпигастрии, у 7 (15,2%) – снижение аппетита и массы тела, у 4 (8,7%) – дисфагия. Четыре (8,7%) человека обратились с жалобами на чувство инородного тела в горле, горечь во рту, тошноту, выделение большого количества вязкой слюны. Отметим, что 10 (21,8%) пациентов жалоб, характерных для заболеваний желудочно-кишечного тракта, не предъявляли, но при выполнении скри-

нингового эндоскопического исследования был выявлен кандидоз пищевода.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При уточнении фармакологического анамнеза показано, что из 46 больных у 31 (67%) возможными факторами риска явились прием следующих лекарственных препаратов: у 13 – системных глюкокортикостероидов, у 8 – антибактериальных препаратов, у 10 – нестероидных противовоспалительных препаратов. Другие 15 человек вышеперечисленные препараты не принимали, а основной патологией у 5 из них были заболевания сердечнососудистой системы, у 3-х – злокачественные новообразования, у 2-х – хроническая обструктивная болезнь легких, у 1 – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, у 1 – аутоиммунный тиреоидит с гипотиреозом, у 1 – хроническое заболевание почек с гидронефрозом, у 1 – сахарный диабет 1 типа в фазе декомпенсации, у 1 – активная фаза вирусного гепатита В.

44 больным определяли индекс массы тела (ИМТ), в результате чего получили следующие данные: у 23 (52,3%) пациентов – избыток массы тела, у 13 (29,5%) – нормальная масса тела, у 7 (15,9%) – ожирение, у 1 (2,3%) – дефицит массы тела.

В целом, независимо от особенностей фармакологического анамнеза, основными заболеваниями у обследованных нами пациентов были: у 17 (37%) – заболевания сердечно-сосудистой системы, чаще обусловленные атеросклерозом, у 13 (28,3%) – болезни органов дыхания (бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких), у 4 (8,7%) – злокачественные новообразования, у 4 (8,7%) – заболевания эндокринной системы (сахарный диабет 1 и 2 типов и аутоиммунный тиреоидит), у 4 (8,7%) – заболевания суставов, у 2 (4,3%) – хроническое заболевание почек, у 1 (2,2%) – вирусный гепатит В, у 1 (2,2%) – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

При эзофагоскопии обращали внимание на наличие фибринозного налета в различных отделах пищевода, а также на такие признаки, как гиперемия, отек и контактная ранимость слизистой оболочки. Отметим, что у 14 пациентов пищевод был вовлечен в поражение тотально, налет в средней и нижней трети выявляли у 9, только в нижней трети – у 7, в верхней и средней трети – у 6, только средняя треть пищевода была поражена у 5 человек.

У 5 больных типичный фибринозный налет в пищеводе отсутствовал, а поводом для получения биоматериала со слизистой оболочки пищевода на гистологическое, цитологическое или бактериологическое исследование 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, – рев-

матоидный артрит с длительным приемом глюкокортикостероида (преднизолон) и цитостатического препарата (метотрексат). В другом случае первично диагностировали 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 ФГДС в 35 случаях была выполнена браш-биопсия для цитологического исследования (цель – поиск псевдомицелия *Candida spp.*), при этом положительным результат был в 29 (82,9%) случаях, отрицательным – в 6. В 22 случаях проводили щипцовую биопсию для последующего морфологического изучения биоптата слизистой оболочки пищевода, при этом положительный результат (обнаружение инвазии псевдомицелия гриба в эпителиальный слой) был получен в 18 (81,8%) случаях, отрицательный – в 4. Культуральный метод использовали у 23 пациентов, при этом у 15 (65,2%) отмечали рост *Candida albicans*, у 8 – рост дрожжеподобного гриба на диагностической среде отсутствовал.

При эндоскопическом осмотре желудка были выявлены следующие заболевания: у 12 пациентов – гастропатия с атрофией слизистой оболочки, у 7 – эритематозная гастропатия, у 6 – эрозивная гастропатия, у 5 – хроническая язва желудка, у 3 – полип желудка, у 3 – резецированный желудок по поводу язвенной болезни, у 2 – фиксированная диафрагмальная грыжа, у 1 – рак желудка, у 4 – патологических изменений желудка не обнаружили.

Для диагностики хеликобактерной инфекции желудка у 32 человек был выполнен экспресс-тест на наличие *Helicobacter pylori*. Этот тест оказался положительным у 14 (44%) пациентов, а отрицательным – у 18 (56%). Методом окраски слизистой оболочки по Конго-Рот у 23 больных была определена кислотопродуцирующая функция желудка. Выяснили, что 9 (39%) пациентов имели ахлоргидрию, 8 (35%) – нормохлоргидрию, 8 (35%) – гиперхлоргидрию, 1 – гипохлоргидрию.

Всем больным с выявленным кандидозом пищевода были заданы вопросы, касающиеся курения, наличия заед в углах рта, наличия съемных зубных протезов, а также ощущения сухости полости рта (ксеростомии). В результате опроса было показано, что 12 (27%) человек – курят, а 33 (73%) – не имеют этой вредной привычки. Отметим, что 29 (66%) больных кандидозом пищевода имели съемные зубные протезы, а 15 – не имели. На ксеростомию предъявляли жалобы 23 (52%) пациента, а у 21 жалобы на сухость в полости рта отсутствовали. Клинические признаки ангулярного стоматита (частое появление заед в углах рта наблюдали у 3 (7%) больных, а у большинства – 42 (93%) такие изменения отсутствовали.

Главный результат, полученный нами, – это частота диагностированного кандидоза пищевода у больных пожилого и старческого возрастов, составившая 1,8%, что существенно не отличается от частоты встречаемости данного заболевания у больных более молодого возраста в группе общего профиля.

Таким образом, больных пожилого и старческого возраста, несмотря на полиморбидность, отягощенный фармакологический анамнез и предполагаемое возрастное снижение противоинфекционной резистентности, не относят к группе высокого риска кандидоза пищевода.

В то же время отметим, что несколько чаще кандидоз пищевода выявляли 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 отмечали отсутствие «пищеводных» жалоб, что не может служить причиной для исключения кандидозного поражения. По нашему мнению, состояние кислотопродуцирующей функции желудка, курение и факт отсутствия заед в углах рта не ассоциированы с кандидозом пищевода. Также подчеркнем, что наличие у больного дистального эрозивного эзофагита, обычно расцениваемое эндоскопистами как характерный признак гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, не исключает кандидоза пищевода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисовская С.А., Халдеева Е.В., Глушко Н.И. Адгезивные и антигенные характеристики штаммов *Candida albicans* при поверхностных кандидозах // Успехи мед. микологии. – 2006. – Т. 7. – 346 с.
2. Веселов А.В. Ведение пациентов с кандидозом: обзор новых рекомендаций IDSA // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2004. – 6, № 2. – С. 168-185.
3. Шевяков М.А. Стандарты и перспективы фармакотерапии кандидоза органов пищеварения // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2006. – №1-2. – С. 17-20.
4. Llanos Cuentas A., N. de Wet, Suleiman J., Baraldi E., et al. Dose-response study of micafungin compared with fluconazole for the treatment of esophageal candidiasis in HIV-positive patients // Clin. Infect. Dis. – 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 // Фарматека. – 2005. – № 7 (102) – С. 60-63.
7. Климко Н.Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей: Учебное пособие. – М.: Премьера, 2007. – 336 с.
8. Weerasuriya N., Snape J. Oesophageal candidiasis in elderly patients: risk factors, prevention and management // Drugs Aging. – 2008. – Vol. 25, №2. – P. 119-30.
9. Цинкернэгель Р. Основы иммунологии. – М.: Мир, 2008. – 134 с.
10. Laurent M., Gogly B., Tahmasebi F., Paillaud E. Oropharyngeal candidiasis in elderly patients // Geriatr. Psychol.

- Neuropsychiatr. Vieil. March 1. – 2011. – Vol. 9, №1. – P. 21-8.
11. *Akpan A. and Morgan R.* Oral candidiasis // Postgrad. Med. J. – 2002. – Vol. 78. – P. 455-459.
12. *Hof H.* Mycoses in the elderly // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. – 2010. – Vol. 29. – P. 5-13.
13. *Галиуллин Н.И., Розенцвейг А.К., Яркаяева Ф.Ф., Шерпутовский В.Г.* Медицинское обслуживание и лекарственное обеспечение лиц пожилого и старческого возраста в Республике Татарстан. Информ. Материалы. Министерство здравоохранения Республики Татарстан. – Казань: Медицина, 2002. – 24 с.

Поступила в редакцию журнала 04.09.2012

Рецензент: М.А. Шевяков

