

## **Микотическое поражение пищевода.**

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. 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, 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. 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 одиофагия. Степень выраженности пищеводных симптомов колеблется от умеренного затруднения при глотании до резко выраженной боли.

Разработка и широкое внедрение в клиническую практику современных эндоскопических методов исследования 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 серовато-розового 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 легкоранимой, наблюдаются катаральный и эрозивно-язвенный эзофагит. Пленки, образующиеся на слизистой пищевода в особенно тяжелых случаях, могут почти полностью закрывать просвет

пищевода . Налет состоит из слущенных эпителиальных клеток, которые смешиваются с грибами, клетками воспаления и бактериями.

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, 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, кандидозного фарингостоматита, дисбактериоза толстой кишки, вульвовагинита

В эндоскопическом отделении Минского консультационно-диагностическом центра ежегодно проводится около 20000 фиброгастроскопий.

Выполнение биопсии патологически измененной слизистой пищевода с каждым годом увеличивается. Наличие микотического поражения пищевода было выявлено у 30.1 % пациентов с эзофагитами без изъязвлений слизистой и у 34% пациентов с эрозивно-язвенным поражением пищевода. Цитологическое исследование материала при умеренном поверхностном кандидозе имеет более высокую степень чувствительности, чем гистологическое исследование, 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, необходимо проводить как гистологическое, так и цитологическое исследование полученного при эндоскопии биоптата.

Лечение кандидоза пищевода проводится при помощи противогрибковых препаратов и иммуностимуляторов. Противогрибковые препараты назначаются строго в соответствии с данными лабораторных исследований и выявления к ним чувствительности возбудителей инфекции.

При выявлении признаков кандидоза пищевода очень важно выявить и пролечить кандидоз других органов пищеварения. Без этого полностью избавиться от кандидоза будет невозможно. А так как это заболевание часто протекает незаметно, создается большой риск выявления кандидоза других органов пищеварения в запущенной стадии.

Зав. эндоскопическим отделением Соломонов Геннадий. ( тел.2707487)  
Врач-эндоскопист Короткая Галина .И.