

PECULIARITIES OF UPPER GASTROINTESTINAL
TRACT IN PATIENTS WITH DIFFERENT ETHIOLOGY OF
LIVER CIRRHOSIS

E.V. Simonova, L.Y. Melnichenko, S.S. Yagmur,
V.B. Yagmur

SI "Institute of Gastroenterology of NAMS of Ukraine"
(Dnipropetrovsk)

The condition of esophagus, gastric and duodenal mucosa in patients with liver cirrhosis of different etiology was studied. The changes, caused portal hypertension (esophagus and gastric varicose veins, portal gastropathy), and combined changes (sign of gastroesophageal reflux disease, stomach and duodenal erosions and petechias) were revealed. Peculiarity of stomach mucosa in patients with liver cirrhosis was the marked and diffuse erythema that doesn't depended from inflammation degree on microscopy level. Liver cirrhosis, associated with virus C, is accompanied by more frequency of mucosa haemorrhagic changes (petechias, contact haemorrhagia).

УДК 616.3+616.992.282:616.9

Макроскопічний стан верхнього відділу шлунково-кишкового тракту у пацієнтів з кандидною інфекцією

Ю.М. Степанов, Л.М. Мосійчук, О.О. Крилова, О.П. Петішко
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Дніпропетровськ)

Кандидоз стравоходу (КС), що є проявом вісцерального кандидозу, займає важливе місце серед інфекційних уражень стравоходу [1]. В останні роки простежується тенденція наростання частоти КС, особливо у пацієнтів з порушенням імунітету [2]. Зростання кандидозної інфекції в значній мірі обумовлене

збільшенням кількості хворих з ВІЛ-інфекцією, успіхами у трансплантології та імуносупресивній терапії, безконтрольним використанням антибіотиків. КС зустрічається у 0,7-1,5% хворих гастроентерологічного профілю [3].

Патологічні прояви КС різноманітні [4]. Спочатку уражені ділянки стравоходу мають вигляд окремих білуватих або жовтуватих вогнищ, піднятих над слизовою оболонкою. Пізніше ці вогнища можуть зливатися, утворюючи щільні нальоти з впровадженням гриба в підслизову оболонку або псевдомембранозні накладення з проникненням гриба в м'язову оболонку і судини. Плівки, що утворюються на слизовій стравоходу в особливо важких випадках, можуть майже повністю закривати просвіт стравоходу. Наліт складається зі злущених епітеліальних клітин, які змішуються з грибами, клітинами запалення і бактеріями. Істинне виразкоутворення спостерігається нечасто і в більшості випадків відзначається у імуносупресивних хворих з гранулоцитопенією. Іноді виникає некроз стінки стравоходу і розвивається флегмонозне запалення стравоходу і середостіння, що може стати однією з причин смерті хворого.

Показаннями для ендоскопічного дослідження з метою виключення кандидозу стравоходу є: група ризику, клінічні ознаки езофагіту і верифікований кандидоз інших локалізацій (орофарингеальний, кандидоз уrogenітальної системи, дисемінований кандидоз) [5].

На сьогодні ендоскопічне дослідження стравоходу залишається достатньо чутливим і специфічним методом діагностики стравохідного кандидозу [6]. Проте схожі ендоскопічні зміни можуть спостерігатися при рефлюкс-езофагіті, стравоході Барретта, герпес-езофагіті, плоских лейкоплакіях, червоному плоскому лишаї, опіку або пухлинах стравоходу. Тому діагностика кандидозу стравоходу за допомогою ендоскопічного дослідження вимагає ретельного визначення всіх особливостей стану слизової оболонки органів верхнього відділу травного каналу.

Мета роботи: вивчити особливості стану слизової оболонки езофагогастроуденальної зони (ЕГДЗ) на макроскопічному рівні в залежності від наявності кандидозного ураження органів верхнього відділу шлунково-кишкового тракту.

Матеріал і методи дослідження. Ендоскопічне обстеження проведено у 77 хворих з кандидозним інфікуванням верхнього відділу шлунково-кишкового тракту віком ($50,8 \pm 1,55$) років.

В залежності від наявності та локалізації кандидозного ураження пацієнти були розподілені на 2 групи: I група – 35 хворих (45,5%) віком ($47,0 \pm 2,2$) років, у яких виявлено кандидоз орофарингеальний різного ступеня вираженості; II – 30 осіб (39,0%) віком ($53,8 \pm 2,5$) років, у яких орофарингеальний кандидоз поєднувався з КС чи кандидозом шлунка (КШ).

Ендоскопічні дослідження проводили з використанням фіброгастроуденоскопу “Olympus”, Японія. Для стандартизації результатів ендоскопічного дослідження органів ЕГДЗ використовували „Минимальную стандартную терминологию в эндоскопии пищеварительной системы”, яка рекомендована для використання Всесвітньою організацією ендоскопії травної системи [7]. При аналізі даних враховували наявність макроскопічних ознак кандидозного ураження слизової оболонки, запалення (гіперемію, набряк) оцінювали за ступенями: 0 – відсутність ознаки, 1 – мінімальний ступінь, 2 – помірний і 3 – виражений. Ступінь кандидозного ураження визначали за класифікацією Всесвітньої організації ендоскопії травної системи [8]: 1 ст. – декілька припіднятих білуватих бляшок, розміром до 2 мм в діаметрі, з гіперемією, але без набряку та виразок; 2 ст. – множинні припідняті бляшки, розміром більш 2 мм, з набряком та гіперемією, без утворення виразки; 3 ст. – зливні лінійні та вузлуваті випуклі налети з гіперемією, інколи з виразками; 4 ст. – ознаки, характерні для III ступеня, плюс рихлість (хрупкість) слизової оболонки, що інколи асоціюється зі звуженням просвіту.

Для статистичного аналізу даних використовували методи варіаційної статистики [9], реалізовані стандартним пакетом прикладних програм SPSS 13.0 for Windows. Для порівняння розподілу часток двох змінних використовували χ^2 -тест. Різниця вважалася достовірною, якщо досягнутий рівень значущості (p) був нижчим за 0,05.

Результати дослідження. При аналізі стану сфінктерного апарату і його моторних порушень візуально оцінена замикальна здатність кардіального та пілоричного сфінктерів і частота та вираженість рефлюксів.

Таблиця 1 – Частота виявлення ендоскопічних ознак моторно-евакуаторних змін езофагогастроуденальної зони.

Група хворих	Ендоскопічна ознака (%)		
	неповне змикання кардії	ШСР	ДГР
I група (n=35)	8,6	17,1	74,3
II група (n=30)	10,0	10,0	76,7

Встановлено, що частота виявлення недостатності замикальної функції нижнього стравохідного сфінктеру та дуоденогастрального рефлюксу (ДГР) по групах достовірно не відрізнялась. В той час як в I групі шлунково-стравохідний рефлюкс (ШСР) визначався в 1,7 рази частіше порівняно з пацієнтами II групи. Слід відзначити, що у пацієнтів обох груп виражений ступінь ДГР визначався майже з однаковою частотою (22,2% і 28,6%, відповідно), а помірний ступінь мав місце в 2,3 рази частіше у хворих з орофарингеальним кандидозом (33,3% проти 14,3%). Крім того, у хворих, в яких орофарингеальний кандидоз поєднувався з КС чи кандидозом шлунка (КШ), ДГР у 2,6 рази частіше, ніж у пацієнтів I групи супроводжувався зянням пілоричного сфінктеру (28,6% проти 11,1%).

В I групі по одному випадку виявлено стравохід Барретта та ознаки киля стравохідного отвору діафрагми; в II – поліп нижнього стравохідного сфінктеру та ахалазію кардії.

При вивченні стану слизової стравоходу в I групі виявлено кандидозне ураження стравоходу у 6 хворих (17,1%) (табл. 2), причому у більшості з них (83,3%) вираженість його була I ступеня.

Таблиця 2 – Частота та ступінь вираженості макроскопічних змін слизової оболонки стравоходу.

Ендоскопічна ознака	I група (n=35)		II група (n=30)	
	n	%	n	%
кандидозне ураження:	6	17,1	14	46,7*
I ступінь	5	83,3	8	57,1

Продовження таблиці 2

Ендоскопічна ознака	І група (n=35)		ІІ група (n=30)	
	n	%	n	%
2 ступінь	1	16,7	5	35,7
3 ступінь	0	0	1	7,1
запалення:	24	68,6	23	76,7
1 ступінь	18	75,0	18	78,3
2 ступінь	5	21,7	4	22,2
3 ступінь, в т.ч. ерозування	1 3	4,3 13,0	1 0	5,5 0

Примітка. * – достовірна різниця показників І і ІІ групи ($p < 0,05$).

В ІІ групі кандидозне ураження стравоходу визначали у 2,7 рази частіше, ніж в І групі ($\chi^2=5,30$, $p=0,021$). Ознаки його встановлені майже у половини хворих 14 (46,7%) та вираженість була переважно 1 ступеня (57,1%), коли визначались декілька припіднятих білуватих бляшок, розміром до 2 мм в діаметрі, з гіперемією. Поряд з цим 2 ступінь вираженості з наявністю множинних припіднятих бляшок, біло-жовтого кольору, розміром більш 2 мм, з набряком та гіперемією визначався у 35,7% випадків, що в 2,1 рази частіше, ніж в І групі, а 3 ступінь – у вигляді зливних лінійних та вузлуватих випуклих нальотів з гіперемією – у одного хворого, що становило 7,1%, в той час, як в І групі максимальної вираженості кандидозного ураження не виявлено.

Запалення СО стравоходу виявляли на 13,0% частіше у пацієнтів ІІ групи, вираженість його в обох групах була переважно мінімального ступеня (75,0% і 78,3%, відповідно). В І групі езофагіт 3 ступеня вираженості сполучався з ерозуванням дистального відділу стравоходу, що трактували як ерозивний рефлюкс-езофагіт (13,0%).

Встановлена пряма залежність вираженості запалення СО стравоходу від наявності кандидозного ураження ($r=0,56$; $p < 0,05$) та ДГР ($r=0,90$; $p < 0,05$).

При аналізі частоти ендоскопічних ознак СО шлунка встановлено, що запальні зміни виявлялись у 57,1% хворих І та

66,7% – II групи, причому тіло його уражалось достовірно рідше, ніж антральний відділ (в 2,8 ($\chi^2=8,68$, $p=0,003$) і 2,3 ($\chi^2=15,63$, $p<0,001$) рази, відповідно) (рис. 1).

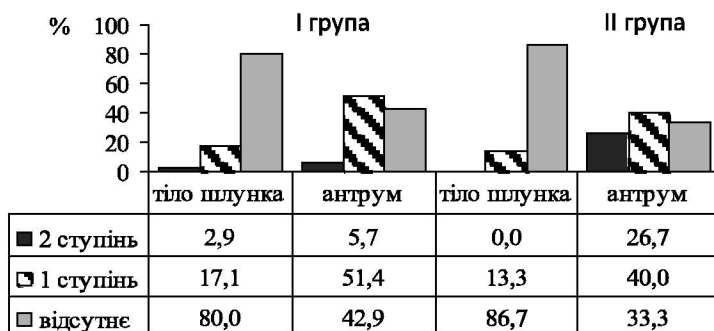


Рисунок 1 – Частота і вираженість запалення СО шлунка.

Поряд з цим в II групі у чверті пацієнтів відзначені запальні зміни СО антрального відділу (АВ) шлунка 2 ступеня вираженості, що в 4,7 рази переважало частоту спостереження цього показника в I групі ($\chi^2=3,96$, $p=0,047$). Ерозування СО АВ шлунка також в 2 рази частіше виявлялося у хворих II групи (табл. 3). Крім того, атрофія СО тіла шлунка теж спостерігалася лише у пацієнтів II групи (13,3% випадків).

Таблиця 3 – Частота ендоскопічних ознак СО шлунка.

Показник	I група (n=35)		II група (n=30)	
	n	%	n	%
атрофія СО тіла шлунка	0	0	4	13,3
атрофія СО АВ шлунка	15	42,9	16	53,3
ерозування СО АВ шлунка	2	10,0	4	20,0
антральна гастропатія	20	57,1	20	66,7
дифузна гастропатія	7	20,0	4	13,3

Аналізуючи макроскопічний стан СО ДПК встановлено, що запальні зміни були виявлені в 2,9 рази частіше у хворих II

групи, переважно 1 ступеня вираженості (рис. 2). Крім того, у пацієнтів, у яких орофарингеальний кандидоз поєднувався з КС чи КШ запалення цибулини ДПК в 40,0% випадків сполучалося з ерозуванням СО, що свідчило про більш значну його вираженість.

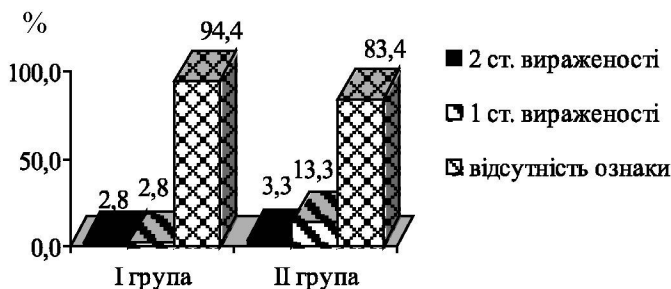


Рисунок 2 – Частота і вираженість запалення СО ДПК.

Рубцева деформація бульбарного чи пілоробульбарного відділу визначалася також в 2,3 рази частіше у хворих при сполученні орофарингеального кандидозу з КС чи КШ (5,7% – I група та 13,3% – II група).

Таким чином, встановлено збільшення частоти та вираженості ендоскопічних ознак СО верхнього відділу шлунково-кишкового тракту з поширенням та посиленням кандидозного ураження.

Висновки.

1. ДГР визначався в обох групах майже з однаковою частотою, проте у хворих при поєднанні орофарингеального кандидозу з КС чи КШ ДГР у 2,6 рази частіше, ніж у пацієнтів I групи супроводжувався зянням пілоричного сфінктеру.

2. В II групі частіше, ніж в I групі визначали кандидозне ураження стравоходу в 2,7 рази ($\chi^2=5,30$, $p=0,021$).

3. Частота виявлення запалення органів верхнього відділу травного каналу переважала при більш глибокому ураженні кандидною інфекцією: СО стравоходу – на 13,0%, СО АВ шлунка – в 4,7 рази ($\chi^2=3,96$, $p=0,047$), СО ДПК – майже в 3 рази

4. Ерозування СО з більшою частотою відзначалося при поєднанні орофарингеального кандидозу з КС чи КШ: СО АВ шлунка – 20,0% проти 10,0%, СО ДПК – 40,0% проти 0% в I групі.

1. *Шевяков М. А.* Кандидоз пищевода / *М. А. Шевяков* // Лечащий врач. – 2008. – № 9. – С. 16–18.
2. *Златкина А. Р.* Кандидоз кишечника как новая проблема гастроэнтерологии / *А. Р. Златкина, В. А. Исаков, И. О. Иваников* // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2001. – № 6. – С. 33–38.
3. *Бурова С. А.* Современные представления о кандидозе пищеварительного тракта / *С. А. Бурова* // Успехи медицинской микологии. – М. : Национальная академия микологии. – 2006. – Т. 8 (6). – С. 113–116.
4. *Зиатдинова Н. В.* Клинические и эндоскопические особенности течения у детей хронических гастродуоденитов, осложненных висцеральным кандидозом / *Н. В. Зиатдинова, Т. Г. Маланичева, Р. Х. Нарыков* // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2010. – № 1. – С. 155.
5. *Шевяков М. А.* Диагностика и лечение кандидоза пищевода / *М. А. Шевяков* // Фарматека. – 2005. – № 7 (102). – С. 60–63.
6. *Климко Н. Н.* Диагностика и лечение оппортунистических микозов [учебное пособие] / *Н. Н. Климко*. – СПб, 2008. – 196 с.
7. Минимальная стандартная терминология в эндоскопии пищеварительной системы : [пособие для врачей] / *Е. Д. Федоров, С. Ю. Орлов, П. Л. Чернякевич [и др.]*. – М. : Интел-Синтез, 2001. – 80 с.
8. *Никишаев В. И.* Эндоскопические классификации и комментарии к ним / *В. И. Никишаев, Е. О. Врублевская, И. И. Лемко*. – К. : Гама колір, 2004. – 32 с.
9. *Петри А.* Наглядная статистика в медицине / *А. Петри, К. Сэбин*. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 143 с.

MACROSCOPIC STATE OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT IN PATIENTS WITH CANDIDA INFECTION

Yu. Stepanov, L. Mosiychuk, O. Krylova, O. Petishko
SI “Institute of Gastroenterology of NAMS of Ukraine”
(Dnipropetrovsk)

77 patients with candida lesions of the upper gastrointestinal tract were studied. It was shown the increase in frequency and severity of endoscopic signs of mucosal inflammation in patients with with advanced lesions by Candida.