

© Коллектив авторов, 2014
УДК 616.329-072.1(470.23)

Д. И. Василевский¹, Е. Н. Камалов¹, С. Ю. Дворецкий², С. С. Скурихин¹,
Д. С. Силантьев³, С. Н. Медников⁴, А. В. Луфт¹, С. Ф. Багненко²

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПИЩЕВОДНЫХ СИНДРОМОВ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЖИТЕЛЕЙ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ)

¹ Ленинградская областная клиническая больница (главврач. — проф. В. М. Тришин);

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (ректор — академик РАН проф. С. Ф. Багненко); ³ Городская больница Святой Преподобномученицы Елизаветы (главврач — проф. Е. К. Гуманенко); ⁴ Ленинградское областное патологоанатомическое бюро (нач. — канд. мед. наук В. Н. Чибисов), Санкт-Петербург

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эрозивный эзофагит, пептическая стриктура пищевода, цилиндроклеточная метаплазия, аденокарцинома пищевода

Введение. В настоящее время к ассоциированным с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) синдромам, протекающим с повреждением слизистой оболочки пищевода, относятся эрозивный эзофагит, пептические стриктуры, цилиндроклеточная метаплазия и аденокарцинома [15].

Распространённость ГЭРБ, протекающей с повреждением слизистой оболочки пищевода, в популяциях изучена недостаточно. Косвенные представления о частоте развития патологии дают результаты обследования пациентов с клиническими проявлениями заболевания, обратившимися за медицинской помощью или прошедшими скрининговую эндоскопию [6, 7].

Эрозивный эзофагит выявляется у 20–40% индивидуумов с симптомами желудочно-пищеводного заброса. У североамериканцев различных этнических групп эрозивный эзофагит отмечается в 23%. В европейских популяциях частота выявления рефлюкс-эзофагита составляет 10–15% [6, 7].

Данные о частоте эрозивного эзофагита в России значительно различаются в отдельных публикациях и варьируют от 2,6 до 13%. Столь широкий диапазон распространённости синдрома определяется особенностями анализируемых популяционных групп: полом, возрастом, этнической принадлежностью, географической зоной проживания и т. д.

Частота развития пептических стриктур как в популяциях, так и у больных с ГЭРБ, до настоящего времени неизвестна, поскольку отсутствуют работы, посвящённые эпидемиологии этого осложнения. В исследованиях, посвящённых клиническим вопросам данной проблемы, обычно приводятся ориентировочные данные: 1–5% среди всех пациентов с эрозивным эзофагитом. Распространённость пептических стриктур у россиян практически не изучена. В единичных публикациях, посвящённых данному вопросу, приводятся данные, близкие к представленным в зарубежной литературе показателям [4, 9].

Цилиндроклеточная метаплазия слизистой оболочки пищевода по кишечному типу диагностируется у 10–15% пациентов с ГЭРБ. Частота выявления синдрома напрямую зависит от забо-

Сведения об авторах:

Василевский Дмитрий Игоревич (e-mail: vasilevsky1969@gmail.com), Камалов Евгений Николаевич (e-mail: Ekamalov@mail.ru), Скурихин Семён Сергеевич (e-mail: mollimed@mail.ru), Луфт Александр Валерьевич (e-mail: alexander_luft@mail.ru), Ленинградская областная клиническая больница, 194241, Санкт-Петербург, пр. Луначарского, 45–49;

Дворецкий Сергей Юрьевич (e-mail: dvoreckiy@rambler.ru), Багненко Сергей Фёдорович (e-mail: bagnenko_spb@mail.ru), Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 6–8;

Силантьев Денис Сергеевич (e-mail: densilantev_2010@mail.ru), Городская больница Святой Преподобномученицы Елизаветы, 195257, Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, 14;

Медников Сергей Николаевич (e-mail: smed1954@gmail.com), Ленинградское областное патологоанатомическое бюро, 194291, Санкт-Петербург, ул. Сантьяго-де-Куба, 7

леваемости ГЭРБ в популяции и варьирует в достаточно широких пределах. У жителей Северной Америки и Канады распространённость пищевода Барретта составляет, по разным данным, от 1,6 до 6,8%. В Канаде у пациентов с симптомами диспепсии подобные изменения при эзофагоскопии выявляются в 5% случаев. В странах Европы распространённость цилиндрической метаплазии пищевода варьирует от 1,6–2% (Швеция, Финляндия) до 4,6–4,9% (Германия, Великобритания). В остальных европейских популяциях частота выявления данного осложнения ГЭРБ занимает промежуточное положение [10, 13, 14].

Распространённость цилиндрической метаплазии пищевода у жителей России изучена мало. Лишь в немногих исследованиях, в основном посвящённых различным вопросам диагностики и лечения ГЭРБ, представлен анализ частоты выявления данного осложнения. В то же время, сопоставимые со средними европейскими данными показатели заболеваемости ГЭРБ у россиян позволяют прогнозировать близкие цифры распространённости метаплазии [1, 3].

Наиболее высокая заболеваемость аденокарциномой пищевода отмечается в Великобритании: 5–8,7 случаев на 100 000 человек в год. В Австралии аналогичный показатель составляет 4,8 на 100 000 в год, в Дании — 1,2 на 100 000 человек в год. В Германии в год регистрируются около 5000 новых случаев заболевания аденогенным раком пищевода. Похожая ситуация отмечается и в США, где, например, в 2004 г. было выявлено 8000 новых случаев заболевания аденокарциномой пищевода. По данным Баварского регистра онкологических заболеваний, за период наблюдений с 1992 по 2004 г. доля аденокарциномы в структуре рака пищевода увеличилась с 9 до 31%. В Израиле за последние четверть века частота этой патологии у мужчин выросла в 38 раз, у женщин — в 19 [5, 8, 10–12].

В структуре онкологических заболеваний в России в 2012 г. новообразования пищевода у мужчин составили 1,2% (5706 впервые выявленных случаев), у женщин — 0,6% (1593 случая). По сравнению с 2002 г. частота выявления опухолей данной локализации, подавляющее большинство из которых составляет рак, возросла с 4,99 до 5,1 на 100 000 населения. Однако заболеваемость аденокарциномой пищевода у россиян до настоящего времени остаётся неизвестной [2].

Таким образом, распространённость ГЭРБ-ассоциированных синдромов, протекающих с повреждением слизистой оболочки пищевода, у жителей России практически не изучена. Указан-

ное обстоятельство явилось поводом для анализа частоты выявления эрозивного эзофагита, пептических стриктур, цилиндрической метаплазии и аденокарциномы пищевода у представителей относительно однородной по этническому составу и культурным особенностям популяции россиян.

Материал и методы. В Ленинградской областной клинической больнице в период с 2007 по 2013 г. было выполнено 34 903 эндоскопических исследования верхних отделов пищеварительного тракта (повторные процедуры не учитывались). Осмотр проводили стационарным и амбулаторным пациентам (жителям Ленинградской области) с симптомами желудочной диспепсии. Все исследования осуществлял один коллектив врачей по стандартному протоколу. При необходимости визуализацию в «белом свете» дополняли исследованием с применением витальных красителей (1,5% раствора Люголя, 0,05% раствора метиленового синего и 1,5% уксусной кислоты), осмотром в узком спектре света (NBI) с цифровым или оптическим увеличением изображения (ZOOM). В обязательном порядке выявленные визуальные изменения подтверждали при морфологическом исследовании полученного при биопсии материала.

Результаты и обсуждение. У 1711 (4,9%) человек при эзофагогастродуоденоскопии был диагностирован эрозивный эзофагит. Чаще подобные изменения отмечали у мужчин — у 1017 (2,9% от общего числа обследованных и 59,4% больных с эзофагитом), женщин с рефлюкс-эзофагитом было 694 (2 и 40,6% соответственно).

В 64 наблюдениях были выявлены пептические стриктуры пищевода (0,18% прошедших эзофагоскопию). Подобное осложнение встретилось у 37 мужчин (0,1% обследованных и 57,8% пациентов с данной патологией) и 27 (0,08 и 42,2% соответственно) женщин.

Цилиндрическая метаплазия слизистой оболочки пищевода визуализировалась в 501 (1,43%) наблюдении (включая 17 случаев сочетания с аденокарциномой). Мужчин среди больных с метаплазией было 275 (0,78% от общего числа обследованных и 54,9% страдающих метаплазией), женщин — 226 (0,64 и 45,1% соответственно).

Аденогенный рак дистального отдела пищевода был выявлен у 23 (0,064%) человек. Удельный вес пациентов с аденокарциномой по отношению ко всем страдавшим цилиндрической метаплазией составил 4,59%. Среди пациентов с железистым раком пищевода мужчин было большинство — 15 человек (65,2% — страдавших данной патологией, 3% — с выявленной метаплазией и 0,042% — прошедших эзофагоскопию), женщин — 8 (34,8, 1,6 и 0,022% соответственно) (табл. 1).

Пик заболеваемости эрозивным эзофагитом, пептическими стриктурами, цилиндрической метаплазией и аденокарциномой пищевода как у

Таблица 1

Тип изменений слизистой оболочки пищевода

Пол пациентов	Вид осложнения							
	Эрозивный эзофагит		Пептические стриктуры		Цилиндроклеточная метаплазия		Аденокарцинома пищевода	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Мужчины	1017	2,9	37	0,10	275	0,78	15	0,042
Женщины	694	2	27	0,08	226	0,64	8	0,022
Всего	1711	4,9	64	0,18	501	1,43	23	0,064

мужчин, так и у женщин, отмечался в возрастном диапазоне от 46 до 60 лет.

Тяжесть эндоскопических проявлений эрозивного эзофагита оценивали по Лос-Анджелесской классификации. Преобладали лёгкие проявления патологии (эзофагит, степень А и В). Визуальные признаки тяжёлого рефлюкс-эзофагита (степень С и D) были отмечены в 121 наблюдении (6,5% — больных с эзофагитом и 0,34% — всех обследованных) (табл. 2).

Степень сужения пищевода при пептических стриктурах оценивалась по классификации Ю.И.Галлингера и Э.А.Годжелло (1999 г.) (табл. 3).

Желудочный тип эпителия имел место у 211 (42,2%) больных с цилиндроклеточной метаплазией (0,6% прошедших эзофагоскопию), кишечный — у 290 (57,8 и 0,83% соответственно).

В большинстве наблюдений протяжённость цилиндроклеточного эпителия была менее 3 см (короткий сегмент метаплазии). Подобные изменения отмечались у 412 (82,2%) пациентов. Длинный сегмент цилиндрического эпителия (более 3 см) был выявлен у 89 (17,8%).

Нередко отмечалась комбинация нескольких типов изменений слизистой оболочки пищевода. Эндоскопические признаки эрозивного эзофагита у пациентов с цилиндроклеточной метаплазией имели место в 237 наблюдениях (47,3% — больных с метаплазией и 0,67% — обследованных). Лёгкие воспалительные изменения (степень А и В) имели место у 31,4% пациентов, тяжёлые (С и D) — у 15,9%.

Сочетание цилиндроклеточной метаплазии и пептической стриктуры пищевода отмечали в 53 наблюдениях (10,6% — больных с метаплазией, 82,8% — страдавших стриктурами и 0,15% — прошедших эзофагоскопию). Чаще сужения органа выявляли при коротком сегменте цилиндрического эпителия в пищеводе — у 35 человек (0,1% обследованных). Комбинация рубцовых изменений и длинного сегмента метаплазии имела место у 18 (0,05% прошедших эзофагоскопию) пациентов (табл. 3).

У 17 (73,9%) больных с железистым раком (0,048% — прошедших обследование) опухоль возникла на фоне цилиндроклеточной (кишечной) метаплазии. Короткий сегмент цилиндрического

Таблица 2

Степень тяжести эрозивного эзофагита

Пол больных	Степень тяжести эзофагита							
	А		В		С		D	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Мужчины	724	46,2	212	11,3	54	2,9	27	1,4
Женщины	515	30,8	139	5,2	26	1	14	1,2
Всего	1239	77	351	16,5	80	3,9	41	2,6

Таблица 3

Степень сужения пищевода при пептических стриктурах

Пол больных	Степень сужения пищевода					
	I (9–11 мм)		II (6–8 мм)		III (3–5 мм)	
	п	%	п	%	п	%
Мужчины	13	20,3	16	25	7	10,9
Женщины	10	15,6	10	15,6	8	12,5
Всего	23	35,9	26	40,6	15	23,5

эпителия имел место у 11 больных с аденокарциномой (64,7% пациентов — с сочетанием патологий, 0,031% — прошедших обследование), длинный — у 6 (35,3 и 0,017% соответственно).

Выводы. 1. Ассоциированные с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью синдромы, протекающие с повреждением слизистой оболочки пищевода, являются распространённой у россиян (жителей Ленинградской области) патологией.

2. Распространённость эрозивного эзофагита, пептических стриктур и цилиндроклеточной метаплазии пищевода соответствует средним значениям для данной патологии у населения европейских государств.

3. Частота выявления аденокарциномы пищевода в отдельно взятой популяции россиян (жителей Ленинградской области) соответствует нижним показателям заболеваемости в экономически развитых странах.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Бурмистров М., Хасанов Р., Сигал Е. и др. Комплексный подход в диагностике и лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, осложнённой пищеводом Барретта, у больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы // Мед. альманах. 2010. № 1. С. 110–113.
- Каприн А., Старинский В., Петрова Г. Злокачественные новообразования в России в 2012 г. (заболеваемость и смертность). М.: ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена», 2014. 249 с.
- Лазебник Л., Машарова А., Бордин Д. и др. Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» (МЭГРЕ): первые итоги // Экспер. и клин. гастроэнтерол. 2009. № 6. С. 4–11.
- Banki F., Hagen J. Benign strictures of the esophagus // Current therapy in thoracic and cardiovascular surgery. Mosby Inc., 2004. P. 422–424.
- Caygill C., Watson A., Lao-Sirieix P. et al. Barrett's oesophagus and adenocarcinoma // W. J. Surg. Oncol. 2004. Vol. 2. P. 1–21.
- Dent J., El-Serag H., Wallander M. et al. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: A systematic review // Gut. 2005. Vol. 54. P. 710–717.
- El-Serag H. Time trends of gastroesophageal reflux disease: A systematic review // J. Gastroenterol. Hepatol. 2007. Vol. 5. P. 17–26.
- Falk J., Carstens H., Lundell L. et al. Incidence of carcinoma of the esophagus and gastric cardia. Changes over time and geographical differences // Acta. Oncol. 2007. Vol. 46. P. 1070–1074.
- Ferguson D. Evaluation and management of benign esophageal strictures // Dis. Esoph. 2005. Vol. 18. P. 359–364.
- Fitzgerald R., di Pietro M., Ragnath K. et al. British Society of gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus // Gut. 2014. Vol. 63. P. 7–63.
- Melhado R., Alderson D., Tucker O. The changing face of esophageal cancer // Cancers. 2010. Vol. 2. P. 1379–1404.
- Mudan S., Kang J.-Y. Epidemiology and clinical presentation in esophageal cancer // Cambridge University Press. 2008. P. 1–10.
- Sampliner R. A population prevalence of Barrett's esophagus — finally // Gastroenterology. 2005. Vol. 129. P. 2101–2103.
- Sharma P. Barrett's esophagus // N. Engl. J. Med. 2009. Vol. 361. P. 2548–2556.
- Vakil N., van Zanten S., Kahrilas P. et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus // Am. J. Gastroenterol. 2006. Vol. 101. P. 1900–1920.

Поступила в редакцию 14.09.2014 г.

D.I. Vasilevskiy¹, E.N. Kamalov¹, S. Yu. Dvoretzkiy², S.S. Skurikhin¹, D.S. Silant'ev³, S.N. Mednikov⁴, A.V. Luft¹, S.F. Bagnenko²

PREVALENCE OF ESOPHAGEAL SYNDROMES OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN POPULATION OF LENINGRAD REGION (ACCORDING TO ESOPHAGOGASTRODUODENOSCOPY FINDINGS)

¹ Leningrad regional clinical hospital; ² First Pavlov State Medical University of Saint-Petersburg; ³ Municipal hospital of St. Elizabeth; ⁴ Leningrad regional bureau of morbid anatomy, Saint-Petersburg

The article presents an analysis of 34.903 esophagoscopy results performed for population of Leningrad region at the period from 2007 to 2013. A prevalence of erosive esophagitis was 4,9%, peptic strictures — 0,18%, columnar-celled metaplasias — 1,43% and esophageal adenocarcinoma — 0,645%. The data obtained showed a high prevalence of GERD-associated syndromes with injury of mucous coat of esophagus in the local population of Russians.

Key words: *gastroesophageal reflux disease, erosive esophagus, peptic stricture of the esophagus, columnar-celled metaplasia, esophageal adenocarcinoma*