



## ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ПИЩЕВОДНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЭРБ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ (по данным эзофагогастродуоденоскопии)

*Василевский Д. И.<sup>1</sup>, Силантьев Д. С.<sup>2</sup>, Михалева К. В.<sup>3</sup>, Прядко А. С.<sup>1</sup>, Филин А. В.<sup>1</sup>, Воробьев С. Л.<sup>4</sup>,  
Медников С. Н.<sup>4</sup>, Луфт А. В.<sup>1</sup>, Кулагин В. И.<sup>2</sup>, Багненко С. Ф.<sup>5</sup>*

<sup>1</sup> Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> Городская больница Преподобномученицы Елизаветы, Санкт-Петербург

<sup>3</sup> Городская больница Святой Преподобномученицы Елизаветы, Санкт-Петербург

<sup>4</sup> Ленинградское областное патологоанатомическое бюро, Санкт-Петербург

<sup>5</sup> Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова

*Василевский Дмитрий Игоревич*

*E-mail: vasilevsky1969@gmail.com,*

*тел.: +7 (921) 938 0713*

### РЕЗЮМЕ

В статье представлен анализ результатов 24 384 эзофагоскопий, выполненных жителям Ленинградской области в период с 2007 по 2011 год. Выявляемость эрозивного эзофагита составила 5,4%, пептических стриктур пищевода — 0,2%, цилиндроклеточной метаплазии — 1,1%, аденокарциномы пищевода — 0,045%. Полученные данные продемонстрировали высокую распространенность пищеводных осложнений ГЭРБ у отдельно взятой популяции россиян.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; пищеводные осложнения ГЭРБ; эрозивный эзофагит; пищевод Барретта; пептические стриктуры пищевода.

### SUMMARY

This article presents the analysis of 24 384 endoscopic investigations of the upper gastrointestinal tract in population of Leningrad region with symptoms of dyspepsia during the period 2007–2011. The results revealed erosive esophagitis in 5.4%, peptic strictures of the esophagus — 0.2%, the columnar-lining esophagus (Barrett's esophagus) — 1.1%, and esophageal adenocarcinoma — 0.045%. This data shows a high prevalence of esophageal complications of GERD in a local population of Russians.

**Keywords:** gastroesophageal reflux disease; esophageal complications of GERD; erosive esophagitis; Barrett's esophagus; peptic stricture of the esophagus.

### ВВЕДЕНИЕ

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) ее пищеводные осложнения (воспалительные, функциональные, диспластические) относятся к группе наиболее частых патологических процессов верхних отделов пищеварительного тракта [5; 6]. Заболеваемость ГЭРБ среди представителей различных популяционных групп колеблется от 4,8–7,1% (Юго-Восточная Азия) до 20,0–27,0% (отдельные географические зоны США и Великобритании) [12].

Распространенность симптомов желудочно-пищеводного заброса у населения большинства стран Европы составляет 14,0–16,3% [4].

Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России по результатам исследования «АРИАДНА» соответствует средним показателям для европейских государств: изжогу два или три раза в неделю ощущают 12,9% женщин и 13,5% мужчин, ежедневно — 8,8 и 10,4%

соответственно. Пик заболеваемости приходится на возрастные группы 40–49 и 50–59 лет [2]. Близкие показатели заболеваемости ГЭРБ отмечены при многоцентровом исследовании «МЭГРЕ». Редкая изжога беспокоит 38,5% россиян, частая (1 и более раз в неделю) — 9,0%. В среднем распространенность ГЭРБ среди лиц мужского пола составляет 12,5%, у женщин — 13,9% [3].

Частота развития пищеводных осложнений ГЭРБ (эрозивного эзофагита, пептических стриктур и язв пищевода, цилиндроклеточной метаплазии и аденокарциномы Барретта) на сегодняшний день изучена недостаточно.

Считается, что эрозивный эзофагит различной степени выраженности отмечается у 10–15% жителей экономически развитых регионов и 20–40% пациентов с симптомами желудочно-пищеводного заброса [5; 6].

Заболеваемость пептическими стриктурами пищевода не известна. В немногочисленных работах, посвященных этой проблеме, приводятся противоречивые данные: от 0,8–1,4% всего населения до 2–10% больных ГЭРБ [8; 9].

Частота выявления цилиндроклеточной метаплазии слизистой оболочки пищевода (пищевода Барретта) у представителей различных популяций варьирует от 4,5–6,8% (на отдельных территориях Соединенных Штатов Америки и Великобритании) до 0,9–1,2% (у жителей Японии, Южной Кореи и Китая) [4; 12]. Распространенность данной патологии у населения большинства европейских государств составляет 1,0–3,0% [4].

В течение последних трех десятилетий отмечается неуклонный рост заболеваемости жителей экономически развитых территорий эзофагеальной аденокарциномой [10; 11]. Наибольшие показатели выявления железистого рака пищевода отмечаются в Великобритании: 14,7 мужчины и 5,1 женщины на 100 000 населения [10]. Среди представителей различных этнических и социальных групп Северной Америки распространенность аденокарциномы Барретта за последние десять лет составила 5 случаев на 100 000 человек в год (0,005%). В Швеции к началу XXI столетия заболеваемость выросла до 3,48 на 100 000 среди мужского населения и 0,66 на 100 000 женского населения [7; 10]. В Японии смертность от эзофагеальной аденокарциномы к концу прошлого века достигла 6,9 на 100 000 жителей [10]. В Израиле за последнюю четверть века частота этой патологии у мужчин повысилась в 38 раз, среди женщин — в 19 [10].

Исследования распространенности пищеводных осложнений ГЭРБ у населения России немногочисленны, а их результаты весьма противоречивы. Заболеваемость эрозивным эзофагитом в отдельных популяционных группах варьирует 2,6 до 13,0%. Исследования, отражающие частоту развития пептических стриктур пищевода у россиян, на сегодняшний день отсутствуют. Неизвестна и распространенность пищевода Барретта у жителей РФ.

Лишь в отдельных работах, посвященных вопросам лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, представлен анализ частоты выявления указанных осложнений в объеме проведенных клинических наблюдений. В то же время сопоставимые со средними европейскими данными показатели заболеваемости ГЭРБ среди россиян, позволяют прогнозировать близкие цифры распространенности цилиндроклеточной метаплазии слизистой оболочки пищевода (1,2–1,6%) и пептических стриктур (0,8–1,0%) в популяции.

Следует подчеркнуть, что заболеваемость злокачественными новообразованиями пищевода в России за последние десять лет не претерпела существенной динамики и составила в 2010 году 5,20 случая на 100 000 населения (по сравнению с 5,21 в 2000 году) [1]. Указанное «благополучие» в определенной мере объясняется отставанием продолжительности жизни россиян по сравнению с населением государств Западной Европы и Северной Америки, поскольку риск развития эзофагеальной аденокарциномы значительно увеличивается у людей старше 60 лет [10; 11]. Кроме того, принятые в отечественной онкологической статистике правила регистрации и учета заболеваний объединяют все злокачественные новообразования пищевода в одну группу [1]. Подобный подход не отражает изменения структуры опухолей данной локализации (в сторону роста заболеваемости железистой карциномой и снижения частоты плоскоклеточного рака), отмечающегося в мире [10; 11]. Определенные вопросы оставляет и значительный разброс показателей распространенности злокачественных новообразований пищевода среди жителей расположенных по соседству регионов РФ: в Чеченской республике в 2010 году заболеваемость составила 12,07 на 100 000 человек, в Ингушетии — 2,32, в Ставропольском крае — 2,84, в республике Калмыкия — 5,65 соответственно [1].

Таким образом, на сегодняшний день отсутствует статистически достоверная информация о распространенности воспалительных и диспластических пищеводных осложнений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у жителей РФ. Указанное обстоятельство явилось поводом для изучения выявляемости данной группы заболеваний у представителей относительно однородной по этническому составу и культурным особенностям популяции на территории одного из субъектов РФ.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В Ленинградской областной клинической больнице в период с 2007 по 2011 год было выполнено 24 384 эндоскопических исследования верхних отделов пищеварительного тракта (повторные процедуры не учитывались). Осмотр проводился



стационарным и амбулаторным пациентам (жителям Ленинградской области) с симптомами желудочной диспепсии. Все манипуляции осуществлялись одним коллективом врачей в соответствии со стандартным протоколом. При необходимости визуализация в «белом свете» дополнялась исследованием с применением витальных красителей (1,5%-го раствора Люголя, 0,05%-го раствора метиленового синего и 1,5%-ной уксусной кислоты), осмотром в узком спектре лучей (NBI), с цифровым или оптическим увеличением изображения (Zoom). Для подтверждения характера эндоскопических изменений слизистой оболочки пищевода выполнялась мультифокальная биопсия.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У 1314 (5,4%) человек при эзофагогастроудоденоскопии был диагностирован эрозивный эзофагит. Чаще подобные изменения отмечались у мужчин — в 812 (3,3% от общего количества обследованных и 61,8% больных эзофагитом). Женщин с рефлюкс-эзофагитом было 502 (2,1 и 38,2% соответственно).

В 50 наблюдениях были выявлены пептические стриктуры пищевода (3,8% страдающих эзофагитом и 0,2% прошедших эзофагоскопию). В 29 случаях (2,2 и 0,11% соответственно) подобное осложнение встретилось у мужчин, в 21 (1,6 и 0,09%) — у женщин.

Цилиндроклеточная метаплазия слизистой оболочки пищевода визуализировалась в 278 (1,1%) наблюдениях (включая 8 случаев сочетания аденокарциномы и метаплазии). Мужчин среди больных пищеводом Барретта было 157 (0,64% от общего количества обследованных и 56,5% страдающих метаплазией), женщин — 121 (0,49 и 43,5% соответственно).

Аденокарцинома дистального отдела пищевода была обнаружена в 11 (0,045%) случаях. У 8 (72,7%) больных железистым раком (0,032% прошедших эзофагоскопию) в биопсированном материале были выявлены признаки цилиндроклеточной метаплазии. Удельный вес больных аденокарциномой по отношению ко всем страдавшим пищеводом Барретта составил 3,95%. Среди пациентов с железистым раком пищевода мужчин было 6 (54,5% человек с данной патологией, 2,1% с выявленной метаплазией и 0,024% прошедших эзофагоскопию), женщин — 5 (45,5%, 1,8% и 0,021% соответственно) (табл. 1).

Пик заболеваемости эрозивным эзофагитом, пептическими стриктурами и цилиндроклеточной метаплазией пищевода отмечался в возрастном диапазоне от 46 до 60 лет. Аденокарцинома с равной частотой встречалась у пациентов в возрасте от 46 до 60 лет и от 61 до 75 лет.

Тяжесть эндоскопических проявлений эрозивного эзофагита оценивалась по Лос-Анджелесской классификации. Преобладали

легкие и среднетяжелые проявления патологии (эзофагит степени А и В) (табл. 2).

Визуальные признаки тяжелого рефлюкс-эзофагита (степени С и D) были отмечены в 86 наблюдениях (6,5% больных эзофагитом и 0,33% всех обследованных). Степень сужения органа при пептических стриктурах оценивалась по классификации Ю. И. Галлингера и Э. А. Годжелло (1999) (табл. 3).

У 201 (72,3%) пациента с цилиндроклеточной метаплазией был диагностирован короткий сегмент пищеводом Барретта (менее 3 см). Длинный сегмент метаплазии (более 3 см) выявлялся в 77 (27,7%) случаях (табл. 4).

Желудочная метаплазия присутствовала у 67 (24,1%) больных пищеводом Барретта (0,27% прошедших эзофагоскопию), кишечная (включая 8 человек с аденокарциномой) — у 211 (75,9 и 0,86% соответственно).

Эндоскопические признаки эрозивного эзофагита у пациентов с цилиндроклеточной метаплазией были диагностированы в 121 наблюдении (43,5% страдающих пищеводом Барретта и 0,49% обследованных). Легкие воспалительные изменения (степени А и В) имели место в 35,3% случаев, тяжелые (С и D) — в 8,2%.

Сочетание метаплазии слизистой оболочки пищевода и пептической стриктуры отмечалось в 43 наблюдениях (15,4% больных пищеводом Барретта и 0,17% прошедших эзофагоскопию). Чаще сужения органа выявлялись при коротком сегменте пищевода Барретта — у 28 человек (10,0% страдающих метаплазией и 0,11% обследованных). Комбинация рубцовых изменений и длинного сегмента цилиндроклеточной метаплазии имела место лишь у 15 пациентов (5,4 и 0,06% соответственно).

Эндоскопические признаки метаплазии присутствовали у 8 больных аденогенным раком (2,9% страдающих пищеводом Барретта) (табл. 5).

В 3 (37,5%) случаях протяженность сегмента метаплазии не превышала 3 см. У 5 (62,5%) человек с сочетанием метаплазии и аденокарциномы имел место длинный сегмент пищевода Барретта. У 3 (37,5%) пациентов с распространенной опухолью пищевода цилиндроклеточная метаплазия эзофагеального эпителия визуально не определялась.

Внутрислизистый рак пищевода (без инвазии в подслизистый слой) у анализируемой группы больных был выявлен в 2 (18,2%) наблюдениях. У 9 (82,8%) пациентов эзофагеальная аденокарцинома распространялась в мышечный слой пищевода и за его пределы.

## ВЫВОДЫ

Эзофагеальные осложнения ГЭРБ являются распространенной патологией верхних отделов пищеварительного тракта. При эндоскопическом исследовании у жителей Ленинградской области с симптомами желудочной диспепсии эрозивный

Таблица 1

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ПИЩЕВОДНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЭРБ								
	Вид осложнения							
	эрозивный эзофагит		пептические стриктуры		пищевод Барретта		Карцинома Барретта	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Мужчины	812	3,3	29	0,11	157	0,64	6	0,024
Женщины	502	2,1	21	0,09	121	0,49	5	0,021
Всего	1314	5,4	50	0,2	278	1,1	11	0,045

Таблица 2

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЭРОЗИВНЫМ ЭЗОФАГИТОМ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ								
	Степень тяжести эзофагита							
	А		В		С		D	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Мужчины	607	46,2	148	11,3	39	2,9	18	1,4
Женщины	405	30,8	68	5,2	13	1,0	16	1,2
Всего	1012	77,0	216	16,5	52	3,9	34	2,6

Таблица 3

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕПТИЧЕСКИМИ СТРИКТУРАМИ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ								
	Степень сужения пищевода							
	I ст. (9–11 мм)		II ст. (6–8 мм)		III ст. (3–5 мм)		IV ст. (0–2 мм)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Мужчины	9	18,0	13	26,0	7	14,0	-	-
Женщины	6	12,0	9	18,0	6	12,0	-	-
Всего	15	30,0	22	44,0	13	26,0	-	-

Таблица 4

ПРОТЯЖЕННОСТЬ ЦИЛИНДРОКЛЕТОЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА				
	Протяженность метаплазии			
	короткий сегмент		длинный сегмент	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Мужчины	107	38,5	50	18,0
Женщины	94	33,8	27	9,7
Всего	201	72,3	77	27,7

Таблица 5

ПРОТЯЖЕННОСТЬ ЦИЛИНДРОКЛЕТОЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ ПРИ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ПИЩЕВОДА				
	Протяженность метаплазии			
	короткий сегмент		длинный сегмент	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Мужчины	3	37,5	2	25,0
Женщины	2	25,0	1	12,5
Всего	5	62,5	3	37,5

эзофагит отмечался в 5,4% случаев, пептические стриктуры пищевода — в 0,2%. Цилиндроклеточная метаплазия слизистой оболочки пищевода была выявлена у 1,1% обследованных, аденокарцинома Барретта — в 0,045% наблюдений. Чаще пищеводные осложнения гастроэзофагеального рефлюкса встречались у представителей мужского пола: при эрозивном эзофагите — в 61,8% наблюдений, пептических стриктурах — в 58,0%, при цилиндроклеточной метаплазии — 56,5%, при железистом раке дистального отдела пищевода — в 54,5% случаев. Пик заболеваемости эзофагитом, рубцовыми сужениями и пищеводом Барретта отмечался в возрастной группе от 46 до 60 лет. Аденокарцинома пищевода с равной частотой диагностировалась у пациентов в возрастных интервалах от 46 до 60 лет и от 61 года до 75 лет. У больных с эрозивным эзофагитом в 93,5% случаев (5,07% обследованных) выявлялись легкие и среднетяжелые варианты патологии (степени А и В),

тяжелые — в 6,5 и 0,33% соответственно. Короткий сегмент цилиндроклеточной метаплазии был диагностирован у 72,3% больных пищеводом Барретта (0,82% прошедших эзофагоскопию), длинный — у 27,7% (0,28%). Желудочный тип метаплазии присутствовал в 24,1% наблюдений (0,27% всех пациентов с диспепсией), по кишечному типу — 75,9 и 0,86% соответственно. Сочетание эрозивного эзофагита и метаплазии слизистой оболочки пищевода отмечено в 0,49% случаев (43,5% больных пищеводом Барретта и 9,2% страдающих эзофагитом). Комбинация пептической стриктуры и цилиндроклеточной метаплазии встретилась в 0,17% наблюдений (15,4% пациентов с пищеводом Барретта и 86,0% с рубцовым сужением органа). Аденокарцинома Барретта была выявлена у 0,045% обследованных пациентов; в 8 (72,7%) случаях железистого рака пищевода (0,032% прошедших эзофагоскопию) имелись признаки интестинальной метаплазии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность) // Под ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. — М., 2012. — 260 с.
2. Исаков, В. А. Анализ Распространенности Изжоги: национальное эпидемиологическое исследование взрослого городского населения (АРИАДНА) / В. А. Исаков, С. В. Морозов, Е. С. Ставраки и др. // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2008. — № 1. — С. 20–30.
3. Лазебник, Л. Б. Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» (МЭГРЕ): первые итоги / Л. Б. Лазебник, А. А. Машарова, Д. С. Бордин и др. // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2009. — № 6. — С. 4–11.
4. British Society of Gastroenterology (BSG). Guidelines for the diagnosis and management of Barrett's columnar-lined oesophagus // London, BSG. — 2005. — P. 1–39.
5. Dent, J. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: A systematic review / J. Dent, H. El-Serag, M. Wallander et al. // Gut. — 2005. — Vol. 54. — P. 710–717.
6. El-Serag, H. Time Trends of Gastroesophageal Reflux Disease: A Systematic Review / H. El-Serag // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2007. — Vol. 5. — P. 17–26.
7. Falk, J. Incidence of carcinoma of the esophagus and gastric cardia // Changes over time and geographical differences / J. Falk, H. Carstens, L. Lundell et al. // Acta. Oncol. — 2007. — Vol. 46. — P. 1070–1074.
8. Lawal, A. Esophageal Dysphagia / A. Lawal, R. Shaker // Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am. — 2008. — Vol. 19. — P. 729–745.
9. Mazzadi, S. Peptic esophageal stricture: a report from Argentina / S. Mazzadi, A. Garcia, G. Salis et al. // Dis. Esoph. — 2004. — Vol. 17. — P. 63–66.
10. Melhado, R. The Changing Face of Esophageal Cancer / R. Melhado, D. Alderson, O. Tucker // Cancers. — 2010. — Vol. 2. — P. 1379–1404.
11. Mudan, S. Epidemiology and Clinical Presentation in Esophageal Cancer / S. Mudan, J-Y. Kang. — Cambridge University Press, 2008. — P. 1–10.
12. Sharma, P. Barrett's esophagus / P. Sharma // N. Engl. J. Med. — 2009. — Vol. 361. — P. 2548–2556.