

Герасимович А. И.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОДА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ (ГЭРБ) У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Республиканский клинический медицинский центр
Управления делами Президента Республики Беларусь, г. Минск*

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — заболевание, характеризующееся повреждением, воспалительными изменениями и структурной перестройкой слизистой оболочки дистального отдела пищевода и/или характерными клиническими симптомами вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого [1–3].

В МКБ–10 для данного заболевания имеются два шифра: К 21.0 — гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом; К 21.9 — гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита.

ГЭРБ — серьезное заболевание, если его не лечить или игнорировать. У пациента может создаться впечатление, что все проблемы заключаются лишь в недостойной упоминания, повседневной несильной боли (изжоге) и дискомфорте. ГЭРБ опасна своими осложнениями и последствиями: поражаются верхние дыхательные пути и придаточные пазухи носа, органы слуха и легкие, зубы; рефлюкс может вызвать изъязвление слизистой, дисфагию, стриктуры пищевода, кровотечения, железодефицитную анемию, аспирацию; хроническое воспаление ведет к формированию пищевода Барретта с возрастанием риска аденокарциномы [3–6]. Этим и определяется актуальность данной проблемы. Возможна и нетипичная симптоматика.

Распространенность ГЭРБ в России среди взрослого населения составляет 40–60 % и у 45–80 % лиц с ГЭРБ обнаруживается эзофагит. 65–90 % больных имеют легкий и умеренный эзофагит, 10–35 % — тяжелый эзофагит. Частота возникновения тяжелого эзофагита в общей популяции составляет 5 случаев на 100 000 населения в год. Распространенность пищевода Барретта (предраковый процесс) среди лиц с эзофагитом приближается к 8 % с колебаниями в диапазоне от 5 до 30 %.

В последние десятилетия наблюдается заметный рост заболеваемости аденокарциномой пищевода (АКП), произошла смена соотношения плоскоклеточный рак/аденокарцинома с 9:1 до 8:2, а частота ее выявления в настоящее время оценивается, как 6–8 новых случаев на 100 тыс. населения в год. Частота аденокарциномы у пациентов с пищеводом Барретта возрастает до 800 случаев на 100 тыс. населения в год, то есть наличие пищевода Барретта повышает риск развития АКП в десятки раз [3].

В настоящее время проблема ГЭРБ весьма актуальна как из-за большой распространенности в общей популяции населения (5–6 %), так и из-за тяжелых осложнений включая рак пищевода — аденокарциному [3].

Для ГЭРБ весьма характерна ассоциированность с различного рода отоларингофарингиальными проявлениями: отёк и гиперемия гортани, охриплость голоса, зернистость задней стенки глотки, эрозии из-за прижигающего действия

кислоты, изменения между черпаловидными хрящами с дисфонией, хронический кашель, подсвязочный стеноз, дисфагия, опухоли гортани, обструктивное апноэ во время сна, стриктуры гортани, боль в ушах и др. [3].

ГЭРБ у пожилых протекает малосимптомно. Причиной заболевания часто являются ослабление мышц диафрагмы и большие грыжи пищеводного отверстия, повышенная саливация (для нейтрализации действия кислоты); прием медикаментов, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера; гиподинамия, кормление в горизонтальном положении. Течение болезни часто осложняется эрозивным эзофагитом, пептическими стриктурами, пищеводом Барретта, поражением ЛОР-органов, легочными осложнениями [3].

Целью исследования явилось выявление характера и спектра структурных нарушений в дистальном отделе пищевода у возрастных пациентов, относящихся к группе риска в отношении ГЭРБ.

Материалы и методы

В республиканском клиническом медицинском центре УД Президента Республики Беларусь среди обслуживаемого контингента высокий удельный вес занимают лица старше 60 лет. Многие из них предъявляют жалобы, требующие эндоскопического и патоморфологического исследования. Для типичного течения ГЭРБ характерны изжога (боль); атипичного — кашель, астма, снижение слуха, боль в грудной клетке, афтозный стоматит, икота, эрозии зубов. Дисфагия, потеря массы тела, кровотечения являются признаками образования стриктур, значительно утяжеляющих состояние больных. Роль эндоскопии в диагностике и лечении ГЭРБ обозначена в рекомендации Американского общества гастроэнтерологов: забор биопсийного материала при подозрении на ГЭР из измененной или неизмененной слизистой терминального отдела пищевода для патоморфологического исследования; лечение тяжелого течения ГЭРБ, дисфагии, боли при глотании, кровотечения/анемии; установление рецидива симптоматики рефлюкса после хирургического лечения. Нами проведено патоморфологическое исследование биопсийного материала пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки у 93 пациентов с подозрением на ГЭР, при этом у 73 (78,5 %) больных в возрасте от 61 до 92 лет были обнаружены морфологические признаки ГЭР или ГЭРБ. М : Ж = 45 : 38.

У 25 (34,2 %) пациентов наблюдалась разной степени выраженности диафрагмальная грыжа. Гистологические препараты окрашивались гематоксилином и эозином, ШИК, альциановым синим.

Результаты и обсуждение

Распределение выявленных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода представлено в табл. 1.

У 7 (9,6 %) пациентов из 73 выявлены лишь начальные проявления ГЭР, у остальных — разной степени выраженности многокомпонентные варианты ГЭРБ. В исследованной группе лиц пищевод Барретта выявлен в 11 (15,0 %) случаях. Среди наших наблюдений дисплазия плоского эпителия 1–2 ст. отмечена в 9 (12,3 %) случаях. На фоне пищевода Барретта в 3 (27 %) случаях обнаружена аденокарцинома. В этой части наши данные согласуются с данными других исследователей [3]. У 64 (86,3 %) из 73 представителей исследованной группы

были выявлены различные варианты хронического гастрита и/или дуоденита, а также язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки (7–10,9 %).

Таблица 1

Структура и частота патоморфогических изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода у возрастных пациентов (n = 73)

Характер структурных изменений	Абс.	%
Интерцеллюлярный отек	73	100,0
Утолщение базального слоя более 1/6 пласта плоского эпителия	73	100,0
Длина акантотических папилл превышает 1/2 толщины эпителиального пласта	73	100,0
Инфильтрация эозинофилами и нейтрофилами эпителия и подлежащей основы	66	90,4
Полнокровие сосудов	73	100,0
Гидропическая дистрофия плоского эпителия с избирательным некрозом	66	90,4
Эрозии, язвы	12	16,4
Гиперпластический полип, папиллома	6	8,2
Цилиндроклеточная метаплазия плоского эпителия по кардиальному типу	21	28,8
Цилиндроклеточная метаплазия плоского эпителия по фундальному типу	7	9,6
Бокаловидноклеточная метаплазия плоского эпителия (пищевод Барретта)	11	15,0
Дисплазия плоского эпителия 1–2 ст.	9	12,3
Аденокарцинома	3	4,1

Выводы:

1. Интерцеллюлярный отек в плоском эпителии, утолщение базального слоя более 1/6 пласта, длина акантотических папилл превышает 1/2 толщины эпителиального покрова — морфологические маркеры гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР); это предвестники ГЭРБ.

2. У возрастных пациентов, страдающих ГЭРБ, наблюдается высокий удельный вес эрозивно-язвенных осложнений (16,4 %), пищевода Барретта (15 %), дисплазии плоского эпителия (12,3 %), аденокарциномы (4,1 %).

3. Для лиц пожилого возраста весьма характерны различные нарушения сна, в исследованной группе они были отмечены у 40 пациентов (54,8 %).

4. При обнаружении отоларингофарингиальной патологии следует исключить ГЭРБ из-за высокой степени ассоциированности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гастроэнтерология* и гепатология. Диагностика и лечение. Руководство / под ред. А. В. Калинина, А. Ф. Логинова, А. И. Хазанова. М. : МЕДпресс-информ, 2011. С. 12–69.
2. *Ивашкин, В. Т.* Болезни пищевода и желудка : кратк. практ. руководство / В. Т. Ивашкин, А. А. Шептулин. М. : МЕДпресс-информ, 2009. 176 с.
3. *Патологическая анатомия* пищевода Барретта / О. В. Зайратьянц [и др.] // *Арх. патологии.* 2011. Т. 73. Вып. 3. С. 21–36.
4. *Barrett's esophagus and esophageal adenocarcinoma* / ed. by P. Sharma, R. Sampliner. 2nd ed. UK, 2007. P. 288.
5. *Chandrasoma, P. T.* GERD Reflux to Esophageal Adenocarcinoma / P. T. Chandrasoma, T. R. Demeester. New York : Elsevier, 2006. P. 301.
6. *Takubo, K.* Pathology of the Esophagus. An Atlas and Textbook / K. Takubo. 2nd ed. New York : Springer, 2007. P. 343.