

Герасимович А. И.

СТРУКТУРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ (ГЭРБ) У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» УД Президента РБ, г.

Минск, Республика Беларусь

Пожилые лица относятся к группе риска в отношении заболеваемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Описаны структурные изменения дистального отдела пищевода при ГЭРБ, показано распределение основных признаков заболевания на достаточно большой выборке.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищевод Барретта, карцинома.

A. I. Herasimovich

STRUCTURAL APPEARANCE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (GERD) IN ELDER PATIENTS

State Institution “Republican Clinical Medical Centre of the Presidential Administration of the Republic of Belarus”, Minsk, Republic of Belarus

Elders have higher risk of development gastroesophageal reflux disease. Structural changes in distal part of esophageus during GERD and allocation of the main signs of the disease in sufficient population are described.

Key words: gastroesophageal reflux disease, Barrett's esophagus, carcinoma

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), прежде всего, характеризуется 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, 2, 3].

У пациента с ГЭРБ 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, 4, 5]. 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 100000 населения в год. Распространенность пищевода Барретта (предраковый процесс) среди лиц с эзофагитом приближается к 8% с колебаниями в диапазоне от 5 до 30%.

В настоящее время 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].

ГЭРБ часто ассоциируется с различного рода отоларингофарингеальными 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].

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

Материал и методы. В республиканском клиническом медицинском центре УД Президента РБ среди обслуживаемого контингента высокий удельный вес занимают лица старше 60 лет. Многие из них предъявляют жалобы, требующие проведения 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 их обсуждение. Распределение выявленных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода представлено в таблице 1.

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
Полнокровные сосуды	73	100,0
Гидропическая дистрофия плоского эпителия с избирательным некрозом	66	90,4
Эрозии, язвы		
Гиперпластический полип, папиллома	12	16,4
Цилиндроклеточная метаплазия плоского эпителия по кардиальному типу (пищевод Барретта)	6	8,2
Цилиндроклеточная метаплазия плоского эпителия по фундальному типу (пищевод Барретта)	21	28,8
Бокаловидноклеточная метаплазия плоского эпителия (пищевод Барретта)	7	9,6
Пищевод Барретта - всего	11	15,0
Дисплазия плоского эпителия 1 – 2 ст.	39	28,5
Аденокарцинома	9	12,3
	3	4,1

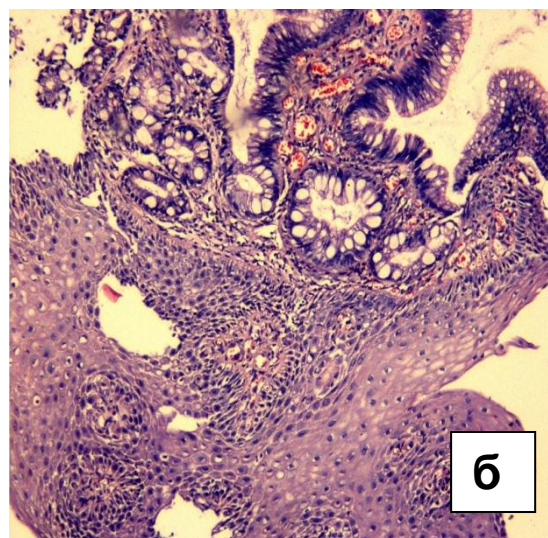
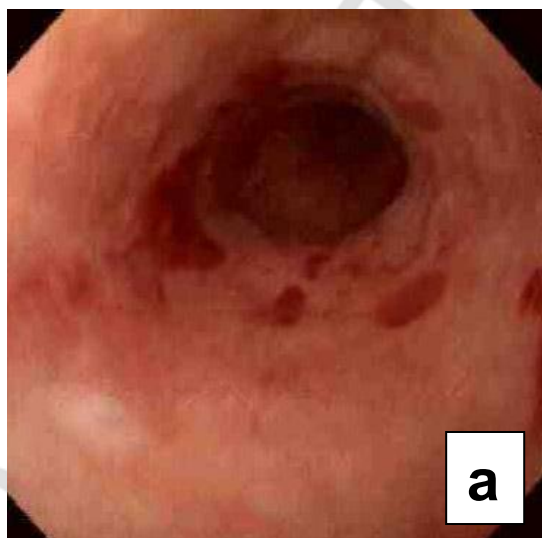


Рис. 1. а) ГЭРБ при эндоскопическом исследовании; б) пищевод Барретта, кишечный тип метаплазии эпителия (окраска гематоксилином и эозином, об. 5х).

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 39 (28,5%) 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%).

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 (28,5%), 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 — 864 с.; 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 / edited by Prateek Sharma, Richard Sampliner. – 2nd ed. UK; 2007. - P. 288
5. GERD Reflux to Esophageal Adenocarcinoma / Parakrama T. Chandrasoma, Tom R. Demeester/ Elsevier/ NewYork, US; 2006. - P. 301