

патиях устья и просвет венечных артерий не изменены, а интима артерий интактна, либо с минимальными атеросклеротическими изменениями в виде единичных липидных пятен и полосок, не нарушающих кровоснабжение миокарда [2].

Таким образом, проведенное сравнительное макроскопическое исследование показало, что морфологические изменения сердца, выявляемые при алкогольной и дилатационной кардиомиопатиях, не являются специфичными признаками, позволяющими проводить дифференциальный диагноз. Отличающиеся по этиологическим факторам и патогенетическим механизмам заболевания сердца имеют похожие морфологические проявления, которые порой не позволяют с достоверной точностью дифференцировать дилатационную кардиомиопатию от алкогольного поражения сердца, особенно если при этом отсутствуют другие висцеральные проявления, характерные для хронического алкоголизма.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кактурский Л. В., Пиголкин Ю. И., Горностаев Д. В.* Судебно-медицинская экспертиза скоропостижной смерти взрослых // Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: национ. рук-во / под ред. Ю. И. Пиголкина. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2014. — С. 664–685.
2. *Моисеев В. С., Киякбаев Г. К.* Кардиомиопатии и миокардиты. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2012. — 352 с.
3. *Пиголкин Ю. И., Дубровин И. А., Горностаев Д. В.* Атлас по судебной медицине / под ред. Ю. П. Пиголкина. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2010. — С. 275–299.
4. *Шальнова С. А.* Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и факторов риска в России / под ред.

Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2007. — С. 37–51.

5. *Шостак Н. А., Якушин С. С., Филиппов Е. В.* Кардиомиопатии / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2007. — С. 887–900.

6. Global status report on alcohol and health. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. — Luxembourg, 2014. — P. 2–53.

РЕЗЮМЕ

О. В. Соколова, Ю. А. Петрова

К вопросу макроскопической дифференциальной диагностики алкогольной и дилатационной кардиомиопатий

Представлена дифференциальная диагностика алкогольной и дилатационной кардиомиопатий по макроскопическим данным. Идентичность макроскопических изменений сердца, выявляемых при алкогольной и дилатационной кардиомиопатиях, не позволяет диагностировать эти заболевания по макроскопическим признакам, особенно если при этом отсутствуют другие висцеральные проявления, характерные для хронического алкоголизма.

Ключевые слова: дифференциальная диагностика, дилатационная кардиомиопатия, алкогольная кардиомиопатия.

SUMMARY

O. V. Sokolova, J. A. Petrova

In regard to the question of macroscopic differential diagnosis of alcoholic and dilated cardiomyopathy

The differential diagnosis of alcoholic and dilated cardiomyopathy according to the macroscopic data is represented in the article. The identity of macroscopic changes of heart, related to alcoholic and dilated cardiomyopathy, cannot diagnose these diseases based on the macroscopic characteristics; especially if there are no other visceral manifestations typical for chronic alcoholism.

Key words: differential diagnosis, dilated cardiomyopathy, alcoholic cardiomyopathy.

© Коллектив авторов, 2014 г.
УДК 616.329-003.972-006.66(471.23)

**Д. И. Василевский, Е. Н. Камалов,
С. Ю. Дворецкий, С. С. Скурихин,
Д. С. Силантьев, С. Н. Медников,
А. В. Луфт, С. Ф. Багненко**

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ЦИЛИНДРОКЛЕТОЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ И АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПИЩЕВОДА У ЖИТЕЛЕЙ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ (по данным эзофагогастродуоденоскопии)

Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова; Городская больница Св. Преподобномученицы Елизаветы, Санкт-Петербург; Ленинградское областное патологоанатомическое бюро, Санкт-Петербург

ВВЕДЕНИЕ

Впервые цилиндрический эпителий в пищеводе был описан в 1950 г. N. Barrett, который ошибочно истолковал выявленный феномен врожденным укорочением органа. В 1953 г. P. Allison и A. Johnstone показали, что описанные N. Barrett изменения относятся непосредственно к слизистой оболочке пищевода и являются следствием трансформации плоского эпителия в цилиндрический. В 1970 г. С. Bremner в экспериментальных работах на животных показал возникновение цилиндроклеточной метаплазии пищевода при индуцированном гастроэзофагеальном рефлюксе, доказав приобретенный характер подобных изменений. В 1976 г. A. Paull показал гетерогенность цилиндроклеточной метаплазии эпителия в пищеводе, выделив фундальный, кардиальный и кишечный типы.

Аденогенный рак пищевода, развившийся на фоне цилиндроклеточной метаплазии, впервые был описан В. Morson и J. Belcher в 1952 г. Однако лишь

в 1975 г. А. Naef теоретически обосновал развитие аденокарциномы из метаплазированного эпителия пищевода. Еще через восемь лет, в 1983 г., D. Skinner на обширном клиническом материале доказал эту взаимосвязь [4, 13, 17].

С этого времени роль цилиндроклеточной метаплазии в возникновении аденогенного рака пищевода не вызывает сомнения [6, 8, 9, 15].

Важным толчком к углубленному изучению различных аспектов патогенеза желудочно-пищеводного заброса и цилиндроклеточной метаплазии, их роли в развитии аденокарциномы пищевода стало увеличение распространенности данного типа злокачественных новообразований у жителей экономически развитых стран, отмечающееся с 80-х гг. XX в. [9, 11, 12].

Среди отдельных популяционных групп Европы и Северной Америки рост количества выявляемых впервые случаев аденокарциномы пищевода за тридцать лет составил 400 – 800 %, с ежегодным увеличением на 10 %.

Среди белых мужчин-американцев с середины 1970-х гг. к началу III тысячелетия распространенность железистого рака пищевода выросла на 463 %. У жителей Англии и Уэльса за период с 1971 по 2001 г. заболеваемость эзофагеальной аденокарциномой увеличивалась в среднем на 39,6 % у мужчин и 37,5 % у женщин за каждое пятилетие. В Швеции частота выявления аденогенного рака пищевода с 1970 по 2004 г. возросла в 5,9 раза среди мужчин и в 3,9 раза у женщин. В Израиле за четверть века, начиная с 1980 г., частота заболеваемости железистым раком органа у мужчин повысилась в 38 раз, среди женщин – в 19 [5 – 7, 10, 12, 14].

Статистический риск развития аденокарциномы на фоне цилиндроклеточной (кишечной) метаплазии слизистой оболочки пищевода превышает средний популяционный в 30 – 40 раз. Вероятность возникновения железистого рака у пациентов с интестинальной метаплазией составляет 0,5 – 0,8 % в год, или 5 – 8 % в течение жизни [3, 15, 16].

Распространенность цилиндроклеточной метаплазии и аденокарциномы пищевода у жителей России практически не изучена. Однако сопоставимые со средними европейскими данными показатели заболеваемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) у россиян позволяют прогнозировать близкие цифры распространенности цилиндроклеточной метаплазии слизистой оболочки пищевода – 1,2 – 1,6 % (10,0 – 15,0 % среди всех пациентов с симптомами желудочно-пищеводного заброса), а следовательно, и аденокарциномы пищевода [2].

К сожалению, железистый рак пищевода на сегодняшний день относится к крайне неблагоприятным в плане прогноза новообразованиям. Смертность от этого заболевания возрастает практиче-

ски пропорционально увеличению его распространенности в популяциях [11].

Представленные соображения определяют клиническую значимость проблемы и обосновывают необходимость ее разностороннего изучения.

Отсутствие статистически достоверной информации о распространенности цилиндроклеточной метаплазии пищевода и эзофагеальной аденокарциномы у жителей России явилось мотивом для изучения их распространенности в относительно однородной по этническому составу и культурным особенностям популяции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с 2007 по 2013 г. в Ленинградской областной клинической больнице было выполнено 34 903 эндоскопических исследования верхних отделов пищеварительного тракта пациентам с симптомами желудочной диспепсии (жителям Ленинградской области). Осмотр проводился с профилактической или диагностической целью одним коллективом врачей по стандартному протоколу. При выявлении цилиндроклеточной метаплазии или злокачественного новообразования пищевода в «белом свете» для уточнения характера изменений применялись витальные красители (1,5 %-й раствор Люголя, 0,05 %-й раствор метиленового синего, 1,5 %-й раствор уксусной кислоты), осмотр в узком спектре света (NBI) с цифровым или оптическим увеличением изображения (ZOOM). Для оценки глубины инвазии и размеров аденокарциномы использовалась эндосонография (EUS). Результаты эндоскопического осмотра подтверждались морфологическим исследованием полученного при биопсии материала.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Цилиндроклеточная метаплазия пищевода была диагностирована в 501 (1,4 %) наблюдении. Аденокарцинома дистального отдела пищевода была диагностирована в 23 (0,065 %) случаях. У 17 (73,9 %) больных железистым раком (0,048 % прошедших эзофагоскопию) имелись признаки метаплазии слизистой оболочки пищевода. В 6 (26,1 %) случаях при аденокарциноме пищевода видимых фоновых изменений не отмечалось. Удельный вес больных аденокарциномой по отношению ко всем пациентам, страдавшим цилиндроклеточной метаплазией, составил 4,6 %.

Среди пациентов с железистым раком пищевода мужчин было 15 (65,2 % человек с данной патологией, 3,0 % с выявленной метаплазией и 0,042 % прошедших эзофагоскопию), женщин – 8 (34,8, 1,6 и 0,022 % соответственно). Метаплазия слизистой оболочки пищевода чаще отмечалась также у представителей мужского пола – в 275 наблюдениях (0,78 % от общего количества обследованных

Таблица 1

Распределение пациентов с аденокарциномой пищевода по возрасту

Пациенты	Возраст, лет							
	31-45		46-60		61-75		76-90	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Мужчины	-	-	8	34,8	5	21,7	2	8,7
Женщины	-	-	4	17,4	3	13,0	1	4,4
Всего	-	-	12	52,2	8	34,7	3	13,1

и 54,9 % больных с цилиндроклеточной метаплазией). Женщин с подобной патологией было 226 (0,64 и 45,1 % соответственно) (табл. 1).

Максимум распространенности цилиндроклеточной метаплазии слизистой оболочки пищевода у представителей обоего пола (включая 12 пациентов с аденокарциномой) отмечался в возрастной группе 46 – 60 лет (123, 24,5 %, мужчин и 98, 19,6 %, женщин) (табл. 2).

Метаплазия по желудочному типу (по классификации А. Paull) имела место у 211 (42,2 %) человек (0,6 % прошедших эзофагоскопию), по кишечному типу (включая 17 человек с аденокарциномой) – у 290 (57,8 и 0,8 % соответственно) (табл. 3).

Морфологические признаки интраэпителиальной неоплазии (по согласованной Венской классификации) отмечались только при кишечной метаплазии пищевода. Неоплазия низкой степени имела место в 18 (6,2 %) наблюдениях (3,6 % всех больных с цилиндроклеточной метаплазией и 0,05 % прошедших эзофагоскопию), высокой степени – у 7 (2,4 %) человек (1,4 и 0,02 % соответственно). Аденокарцинома пищевода на фоне кишечной метаплазии была выявлена в 17 (5,8 %) случаях (3,4 % всех пациентов с диагностированной метаплазией) (табл. 4).

Таким образом, неопластический процесс, включавший неоплазию низкой и высокой степени, а также аденокарциному пищевода, был выявлен у 42 (14,5 %) из 290 человек с цилиндроклеточной метаплазией по кишечному типу.

В большинстве случаев протяженность цилиндроклеточной метаплазии была менее 3 см (короткий сегмент). Подобные изменения отмечались у 412 (82,2 %) пациентов (включая 11 человек с аденокарциномой). Длинный сегмент метаплазии (более 3 см) был выявлен в 89 (17,8 %) случаях (в том числе у 6 больных железистым раком) (табл. 5).

При длинном сегменте во всех 89 наблюдениях отмечалась кишечная метаплазия. При коротком

Таблица 3

Тип цилиндроклеточной метаплазии пищевода

Пациенты	Тип метаплазии			
	желудочная		кишечная	
	п	%	п	%
Мужчины	113	22,6	162	32,3
Женщины	98	19,6	128	25,5
Всего	211	42,2	290	57,8

Таблица 2

Распределение пациентов с цилиндроклеточной метаплазией по возрасту

Пациенты	Возраст, лет									
	16-30		31-45		46-60		61-75		76-90	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Мужчины	41	8,1	55	11,0	123	24,5	51	10,2	5	1,0
Женщины	25	5,0	48	9,6	98	19,6	50	10,0	5	1,0
Всего	66	13,1	103	20,6	221	44,1	101	20,2	10	2,0

сегменте желудочная метаплазия имела место в 211 случаях, кишечная – в 201.

Интраэпителиальная аденокарцинома пищевода (Т1а) была выявлена у 4 (17,4 %) пациентов. В остальных 19 (82,6 %) случаях злокачественные новообразования имели признаки распространения в более глубокие слои стенки пищевода.

ВЫВОДЫ

1. Цилиндроклеточная метаплазия слизистой оболочки пищевода является распространенной патологией. Частота ее выявления при эндоскопическом исследовании у жителей Ленинградской области с симптомами желудочной диспепсии составила 1,4 %. Аденокарцинома пищевода в той же группе пациентов была выявлена в 0,065 % случаев. Удельный вес больных железистым раком пищевода по отношению ко всем пациентам с цилиндроклеточной метаплазией составил 4,6 %.

2. Интраэпителиальная неоплазия низкой степени отмечалась у 3,6 % больных с цилиндроклеточной метаплазией (6,2 % с интестинальной метаплазией и 0,05 % прошедших эзофагоскопию), неоплазия высокой степени – у 1,4 % (2,4 и 0,02 % соответственно). При желудочной метаплазии неопластических изменений эпителия выявлено не было. Короткий сегмент цилиндрического эпителия имел место у 82,2 % пациентов с метаплазией, длинный – у 17,8 %. Статистически достоверных различий по частоте выявления аденокарциномы при протяженности метаплазии менее и более 3 см не отмечалось. Внутриэпителиальный (Т1а) железистый рак пищевода был диагностирован в 17,4 % случаев. В 82,6 % наблюдений имел место распространенный процесс.

3. Среди больных с метаплазией и железистым раком пищевода преобладали мужчины (54,9 и 65,2 % соответственно). Женщин среди страдающих цилиндроклеточной метаплазией было 45,1 %; среди пациентов с аденокарциномой органа – 34,8 %. Пик заболеваемости железистым раком пищевода, как у мужчин, так и у женщин, приходился на возрастную интервал от 46 до 60 лет (52,2 % пациентов).

4. Полученные в исследовании данные были близки средним статистическим показателям заболеваемости цилиндроклеточной метаплазией и аденокарциномой пищевода у населения стран Северной Европы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василевский Д., Силантьев Д., Михалева К. и др. Цилиндроклеточная метаплазия и аденокарцинома пищевода у жителей ленинградской области (по данным эзофагогастроэнтеродуоденоскопии) // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 2012. — № 6. — С. 76–79.
2. Лазебник Л., Машарова А., Борзин Д. и др. Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» (МЭГРЕ): первые итоги // Эксперимент и клин. гастроэнтерол. — 2009. — № 6. — С. 4–11.
3. Anderson L., Murray L., Murphy S. et al. Mortality in Barrett's oesophagus: results from a population based study // Gut. — 2003. — Vol. 52. — P. 1081–1084.
4. Bani-Hani K., Bani-Hani B. Columnar-lined esophagus: Time to drop the eponym of «Barrett»: Historical review // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2008. — Vol. 23. — P. 707–715.
5. Brown L., Devesa S., Chow W. Incidence of adenocarcinoma of the esophagus among white Americans by sex, stage, and age // J. Natl. Cancer Inst. — 2008. — Vol. 100. — P. 1184–1187.
6. Caygill C., Watson A., Lao-Sirieix P. et al. Barrett's oesophagus and adenocarcinoma // W. J. Surg. Oncol. — 2004. — Vol. 2. — P. 1–21.
7. 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.
8. Fitzgerald R., di Pietro M., Ragunath K. et al. British Society of gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus // Gut. — 2014. — Vol. 63. — P. 7–63.
9. Hurschler D., Borovickaa J., Neuweiler J. et al. Increased detection rates for Barrett's oesophagus without rise in incidence of esophageal adenocarcinoma // Swiss. Med. Wkly. — 2003. — Vol. 133. — P. 507–514.
10. Lepage C., Rachtel B., Jooste V. et al. Continuing rapid increase in esophageal adenocarcinoma in England and Wales // Am. J. Gastroenterol. — 2008. — Vol. 103. — P. 2694–2699.
11. Melhado R., Alderson D., Tucker O. The changing face of esophageal cancer // Cancers. — 2010. — Vol. 2. — P. 1379–1404.
12. Mudan S., Kang J.-Y. Epidemiology and clinical presentation in esophageal cancer // Cambridge University Press. — 2008. — P. 1–10.
13. Naef A., Savary M., Ozzello L., Pearson F. Columnar-lined lower esophagus // Surgery. — 1975. — Vol. 70. — P. 826–834.
14. Rozen P., Liphshitz I., Barchana M. The changing epidemiology of upper gastrointestinal cancers in Israel: clinical and screening implications // Eur. J. Cancer. — 2009. — Vol. 18 (3). — P. 191–198.
15. Spechler S., Sharma P., Souza R. et al. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of Barrett's esophagus // Gastroenterology. — 2011. — Vol. 140. — P. 1084–1091.
16. Sharma P. Barrett's esophagus // N. Engl. J. Med. — 2009. — Vol. 361. — P. 2548–2556.
17. Skinner D., Walther B., Riddell R. et al. Barrett's Esophagus: Comparison of benign and malignant cases // An. Surg. — 1983. — Vol. 198. — P. 554–565.

РЕЗЮМЕ

Д. И. Василевский, Е. Н. Камалов, С. Ю. Дворецкий, С. С. Скурихин, Д. С. Силантьев, С. Н. Медников, А. В. Луфт, С. Ф. Багненко

Таблица 4

Пациенты	Тип неоплазии при кишечной метаплазии пищевода							
	Тип морфологических изменений							
	без неоплазии		неоплазия легкой степени		неоплазия высокой степени		железистый рак	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Мужчины	137	47,3	9	3,1	4	1,4	12	4,1
Женщины	111	38,3	9	3,1	3	1,0	5	1,7
Всего	248	85,6	18	6,2	7	2,4	17	5,8

Таблица 5

Пациенты	Протяженность метаплазии			
	короткий сегмент		длинный сегмент	
	п	%	п	%
Мужчины	216	43,1	59	11,8
Женщины	196	39,1	30	6,0
Всего	412	82,2	89	17,8

Частота выявления цилиндроклеточной метаплазии и аденокарциномы пищевода у жителей Ленинградской области (по данным эзофагогастроэнтеродуоденоскопии)

В течение трех последних десятилетий отмечается достоверный рост заболеваемости аденокарциномой пищевода населения экономически развитых стран. Одним из доказанных факторов развития железистого рака органа является цилиндроклеточная метаплазия его слизистой оболочки. Распространенность цилиндроклеточной метаплазии и аденогенного рака пищевода среди россиян изучена мало. В статье представлен анализ результатов 34 903 эндоскопических исследований верхних отделов пищеварительного тракта, выполненных в период с 2007 по 2013 г. жителям Ленинградской области с симптомами желудочной диспепсии.

Ключевые слова: аденокарцинома пищевода, цилиндроклеточная метаплазия, пищевод Барретта, распространенность у жителей России.

SUMMARY

D. I. Vasilevskiy, E. N. Kamalov, S. U. Dvoretzkiy, S. S. Skurikhin, D. S. Silantiev, S. N. Mednikov, A. V. Luft, S. F. Bagnenko

Detection rate of columnar-lining esophagus and adenocarcinoma among the residents of Leningrad region (according to esophagogastroduodenoscopy)

The incidence of esophageal adenocarcinoma among the population in economically developed countries has been increasing significantly for last three decades. Columnar-lining esophagus (Barrett's esophagus) is one of the proven factors of developing esophagus cancer. The prevalence of Barrett's esophagus and esophageal adenocarcinoma in Russia is not investigated enough. The analysis of the results of 34903 endoscopic examinations of the upper gastrointestinal tract in population of Leningrad region with symptoms of gastric dyspepsia during the period from 2007 to 2013 is presented in this article.

Key words: esophageal adenocarcinoma, columnar-lining esophagus, Barrett's esophagus, the prevalence among the residents of Russia.