

## Расширение дистального отдела пищевода — новое состояние, имеющее патогенетическое значение на ранней стадии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Chandrasoma P, Wijetunge S, Ma Y, DeMeester S, Hagen J, DeMeester T. The dilated distal esophagus: a new entity that is the pathologic basis of early gastroesophageal reflux disease // *Am. J. Surg. Pathol.*— 2011.— Vol. 35, N 12.— P. 1873—1881.

Используемые в настоящее время алгоритмы ведения больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) предусматривают проведение эндоскопии только на поздней стадии заболевания, причем при отсутствии видимых изменений слизистой оболочки пищевода биопсия не показана. Таким образом, больные с начальной стадией ГЭРБ не охвачены данным алгоритмом. В данной статье представлены результаты обследования 714 больных с/без клинических проявлений ГЭРБ и с нормальными результатами эндоскопии, которым была проведена биопсия сквамозно-цилиндрического соединения и на 1 см дистальнее — в месте утолщения складок слизистой оболочки, а также биопсия слизистой оболочки тела и/или антрального отдела желудка. У всех больных в области сквамозно-цилиндрического соединения обнаружен «разрыв» между сквамозным эпителием пищевода и эпителием слизистой оболочки желудка, состоящим из клеток кардиального отдела, в том числе кислотообразующих, и клеток тонко-кишечного эпителия. У 643 (90,1 %) больных не выявлено каких-либо патологических изменений антрального отдела и/или тела желудка. У 71 (9,9 %) пациентов упомянутый «разрыв» в области сквамозно-цилиндрического соединения встречался в виде изолированной аномалии. «Разрыв» состоял только из кислотообразующих клеток кардиального отдела

у 71 (9,9 %) больного, из клеток слизистой кардии без тонкокишечной метаплазии — у 482 (67,5 %), у 161 (22,6 %) больного имела место только тонкокишечная метаплазия. Интерпретация патологических результатов биопсии из гастроэзофагального соединения значительно различалась вследствие отсутствия единого мнения о том, считать ли такой биоптат принадлежащим проксимальному отделу желудка (кардия желудка) или пищеводу. В данном исследовании приведены доказательства того, что наличие в биоптатах эпителия кардии с кислотообразующими клетками и без них, а также тонкокишечного эпителия у больных с ГЭРБ и нормальными результатами эндоскопии позволяет диагностировать расширение дистального отдела пищевода вследствие ГЭРБ. Такое расширение является патологическим проявлением деструкции абдоминального сегмента нижнего пищеводного сфинктера. Дилатация дистального отдела пищевода — это патогенетический механизм на ранней стадии ГЭРБ, которую часто не диагностируют у пациентов с нормальными результатами эндоскопии, которым согласно действующим рекомендациям биопсия не показана. Своевременное выявление дилатации дистального отдела пищевода будет способствовать точной, основанной на доказательствах интерпретации результатов биопсии из этого участка.

## Распространенность и клиническая картина гастроэзофагеального пролапса при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Aramini B., Mattioli S., Lugaesi M., Brusori S., Di Simone M.P., D'Ovidio F. Prevalence and clinical picture of gastroesophageal prolapse in gastroesophageal reflux disease // *Diseases of the Esophagus.*— 2011. doi: 10.1111/j.1442-2050.2011.01280.

В данном исследовании изучали распространенность, клиническую картину и влияние лечения на пролапс слизистой оболочки желудка в пищевод у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Из всех больных,

направленных в клинику в период 1980—2008 гг., в исследование отбирали тех, кто прошел полное диагностическое обследование, получал эффективную терапию и наблюдался в клинике с применением методов интервьюирования, радиоло-

гического исследования, эндоскопии и по показаниям — манометрии и рН-метрии пищевода.

Распространенность гастроэзофагеального пролапса у больных с ГЭРБ составила 13,5 % (70 пациентов из 516, из них 40 мужчин и 30 женщин, средний возраст — 48 лет, межквартильный ряд — 38—57 лет). Все пациенты жаловались на дисфагию и симптомы рефлюкса, 69 (98 %) — на эпигастральные или ретростеральные боли. Отрыжка приводила к уменьшению или купированию болей у 49 (70 %) больных, признаки выраженного эзофагита выявлены у 63 (90 %) пациентов, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы — у 43 (62 %). Наличие гастроэзофагеального пролапса у больных ГЭРБ сопровождалось более интенсивной болью ( $p < 0,05$ ), которой часто сопутствовала отрыжка, а также более выраженными признаками эзофагита и дисфагией ( $p < 0,05$ ).

Фундопликация была предложена всем больным, на нее согласились 39 (56 %) больных (средний период наблюдения — 60 мес, меж-

квартильный ряд — 54—72), двум больным была выполнена операция Коллиса—Ниссена по поводу истинного укорочения пищевода. Пациенты, отказавшиеся от хирургического метода лечения, получали медикаментозную терапию (средний период наблюдения — 60 мес, межквартильный ряд — 21—72). В группе консервативного лечения сохранение болевого синдрома отмечали 30 (98 %) больных, жалобы на отрыжку предъявляли 14 (45 %), симптомы ГЭРБ и эзофагита наблюдали у 25 (81 %) больных. После оперативного лечения боль отсутствовала у 38 (98 %) больных из группы оперативного лечения, у 31 (79 %) из них отсутствовали симптомы ГЭРБ и эзофагита.

Таким образом, распространенность гастроэзофагеального пролапса у больных ГЭРБ невелика. Он характеризуется наличием эпигастральной или ретростеральной боли, которая уменьшается при отрыжке. Эта боль может иметь механическую причину в результате пролапса слизистой оболочки желудка в пищевод.

## Предикторы купирования болей в верхней части живота после холецистэктомии

Thistle J.L., Longstreth G.F., Romero Y., Arora A.S., Simonson J.A., Diehl N.N., Harmsen W.S., Zinsmeister A.R. Factors That Predict Relief From Upper Abdominal Pain After Cholecystectomy // *Clinical Gastroenterology & Hepatology*.— 2011.— Vol. 9, N 10.— P. 891—896.

Боли в верхней части живота у больных с желчнокаменной болезнью часто сохраняются после холецистэктомии. Цель данного исследования — выявить прогностические маркеры купирования болевого синдрома после холецистэктомии.

**Методы.** Под наблюдением находились 1008 пациентов, перенесших холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни и болей в верхней части живота в клинике Мейо (Рочестер, штат Миннесота) и клинике Кайзер Перманенте (Сан-Диего, штат Калифорния), период наблюдения составил 12 мес. Больные заполняли валидизированный опросник для уточнения симптомов заболеваний желчевыводящих путей, в котором уточняли симптомы, характерные для болей в верхней части живота, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и синдрома раздраженного кишечника (СРК). Опросник заполняли сразу после холецистэктомии и через 3 и 12 мес.

**Результаты.** 594 (59 %) больных сообщили об исчезновении болей в верхней части живота после холецистэктомии. Факторы, ассоциировавшиеся с купированием болевого синдрома ( $p < 0,05$ ),

включали частоту болей в верхней части живота не чаще 1 эпизода в месяц, длительность болей до 1 года на момент оперативного вмешательства, постоянную для данного больного длительность эпизода болей (от 30 мин до 24 ч, преимущественно в вечернее или ночное время) и интенсивность болевого синдрома выше 5 баллов по 10-балльной шкале. Сочетание нескольких прогностических признаков (частота, начало, длительность эпизодов и время возникновения болей в верхней части живота) ассоциировалось с повышением вероятности купирования болей после холецистэктомии. Отношение риска (ОР) составило 4,2 для 1, 2 или 3 признаков (95 % доверительный интервал (ДИ) [1,1—16];  $p = 0,03$ ), ОР для 4 признаков составило 6,3 (95 % ДИ [1,6—25];  $p = 0,008$ ). Отрицательные прогностические признаки включали боль в нижней части живота, нормальный стул, 1 и более эпизодов тошноты в неделю, частые эпизоды вздутия живота и отрыжки, наличие ГЭРБ и/или СРК. Также выявлена отрицательная связь между купированием болей и соматизацией. Не выявлено

связи между исчезновением боли после холецистэктомии и связи болевого синдрома с приемом пищи. Множественный регрессионный логистический анализ позволил выявить независимые положительные связи эффективного купирования болевого синдрома в верхней части живота после холецистэктомии ( $p < 0,05$ ) с частотой и началом болей в верхней части живота, частотой пробуждения ночью вследствие болей и

отрицательную — с болью в нижней части живота, нарушением стула, частыми эпизодами вздутия живота и отрыжки.

**Выводы.** Характеристика болей в верхней части живота, наличие сопутствующих ГЭРБ и СРК, признаков соматизации до холецистэктомии определяют высокую вероятность купирования болей в верхней части живота после холецистэктомии.

## «Аспирин», нестероидные противовоспалительные препараты, ацетаминофен и риск развития рака поджелудочной железы: клиническое исследование типа случай — контроль

Tan X.-L., Lombardo K.M.R., Bamlet W.R., Oberg A.L., Robinson D.P., Anderson K.E., Petersen G.M. Aspirin, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, acetaminophen, and pancreatic cancer risk: a clinic-based case-control study // *Cancer Prev. Res.* — N 4 (11). — P. 1835—1841.

«Аспирин» и другие нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) показали свою способность предотвращать развитие рака некоторых локализаций. Результаты исследований их способности предотвращать развитие рака поджелудочной железы менее убедительны. С целью изучения связи между приемом «Аспирина», НПВП и ацетминофена и риском развития рака поджелудочной железы проведено клиническое исследование типа случай — контроль. В исследовании было включено 904 больных с аденокарциномой протока поджелудочной железы, подтвержденной экспресс-гистологическим методом или клинически. Группу контроля составили 1224 здоровых лиц соответствующего возраста и пола. Исследование проведено в клинике Мейо в период с апреля 2004 г. по сентябрь 2010 г.

В целом не выявлено связи между приемом НПВП и ацетаминофена и риском развития рака поджелудочной железы. Прием «Аспирина» 1 раз в месяц и чаще ассоциировался со значительным уменьшением риска развития рака

поджелудочной железы по сравнению с приемом препарата в меньшей дозировке или отсутствием приема (отношение риска (ОР) = 0,74, 95 % доверительный интервал (ДИ) [0,60—0,91];  $p = 0,005$ ). Анализ частоты приема и частоты-дозировки приема в исследуемых категориях приема «Аспирина» также показал снижение риска развития рака поджелудочной железы ( $p = 0,007$  и  $p = 0,022$  соответственно). Обратная зависимость также выявлена у лиц, которые принимали «Аспирин» в низких дозах с целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ОР = 0,67, 95 % ДИ [0,49—0,92],  $p = 0,013$ ). При анализе подгрупп выявлено, что связь между приемом «Аспирина» и риском развития рака поджелудочной железы не зависела от стадии рака поджелудочной железы, статуса курения и индекса массы тела.

Таким образом, результаты исследования показали, что прием «Аспирина», но не других НПВП, ассоциируется со снижением риска развития рака поджелудочной железы.

Подготовила Л.В. Богун, к. мед. н.  
Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины