

УДК 616.329-072.1

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И
МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДА
БАРРЕТТА**

Габриэль Сергей Александрович – к.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н.,
профессор
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Хусаинова Светлана Сергеевна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Дынько Виктор Юрьевич
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Нами проанализирована эффективность
эндоскопической диагностики и малоинвазивного
лечения пищевода Барретта в условиях
муниципального многопрофильного лечебно-
диагностического учреждения за период с 2008 по
2011 годы.

Ключевые слова: ПИЩЕВОД БАРРЕТТА,
ХРОМОСКОПИЯ, ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ
ЛИГИРОВАНИЕ, ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ

UDC 616.329-072.1

**MODERN TECHNOLOGIES OF
ENDOSCOPIC DIGNOSTICS AND
LOW-INVASIVE TREATMENT OF BARRETT
ESOPHAGUS**

Gabriel' Sergey Alexandrovich – MD
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Korochanskaya Natalya Vsevolodovna – MD,
professor
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»;
SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Khusainova Svetlana Sergeevna
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Dyin'ko Viktor Yurievich
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

The efficacy of endoscopic diagnostics and low-
invasive treatment of Barrett esophagus was assessed
in the municipal versatile medical and diagnostic
hospital during 2008–2011 years.

Key words: BARRETTs ESOPHAGUS,
CHROMOSCOPY, ENDOSCOPIC LIGATION,
ENDOSCOPIC TREATMENT

Введение. Неуклонный рост числа злокачественных заболеваний органов пищеварительной системы и в результате высокая смертность от них позволяют считать предраковую диагностику одной из актуальных проблем современной гастроэнтерологии [9, 10, 11].

Пищевод Барретта (ПБ) интерпретируется как факультативное предраковое заболевание с многоэтапной неопластической прогрессией и возможной трансформацией его в аденокарциному пищевода [13].

Термин «пищевод Барретта» был введен Allison & Jonstone в 1957 году. К настоящему времени понятие «пищевод Барретта» претерпело множество изменений [1, 2]. Первоначально за ПБ принимали обнаруженный в дистальном отделе пищевода железистый эпителий желудка. В настоящее время большинство авторов считают, что только наличие метаплазии в дистальном отделе пищевода, преимущественно, по тонкокишечному типу, правомочно назвать ПБ [3, 4]. Однако ряд авторов считают доминирующим наличие метаплазии по толстокишечному типу. Таким образом, можно констатировать, что мнения авторов по поводу этого понятия разделились, и вопрос остается по-прежнему спорным и

Термин «специализированный цилиндрический эпителий» (*specialized columnar mucosa*) используется в настоящее время для характеристики ПБ [5, 6].

Пищевод Барретта встречается у 8 % (от 5 до 20 %) больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) [7]. До 80–90 % случаев аденокарциномы дистального отдела пищевода развиваются на фоне ПБ [8].

Своевременная диагностика и выбор тактики лечения больных с ПБ – чрезвычайно важная проблема в хирургии [12].

Цель исследования – поделиться опытом эндоскопической диагностики и лечения пищевода Барретта и показать эффективность данных методов.

Материал и методы

В группу исследования включены 17 пациентов в возрасте от 18 до 62 лет с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), осложненной ПБ. Методы диагностики, применяемые в данной группе больных, приведены в таблице.

Таблица – Методы диагностики, применяемые в группе больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Методы	Характеристика
Рентгенологический	Выявляет грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, язвы, стриктуры пищевода, недостаточность функции нижнего пищеводного сфинктера (НПС).
Эндоскопический	Выявляет воспалительные изменения пищевода, эрозии, язвы, стриктуры пищевода, ПБ.
Манометрия пищеводных сфинктеров	Позволяет диагностировать изменение тонуса пищеводных сфинктеров. Норма по De Meester: базальное давление НПС 14,3–34,5 мм рт. ст., общая длина НПС – не менее 4 см, длина абдоминальной части НПС – не менее 2 см.
Суточное мониторирование рН в нижней трети пищевода	Определяет количество и продолжительность эпизодов рН <4 и >7 в пищеводе, их связь с субъективными симптомами, приемом пищи, положением тела, курением, приемом лекарств. Позволяет проводить индивидуальный подбор терапии и контроль эффективности лечения.

Основными методами диагностики ГЭРБ являются эндоскопический и рентгенологический. Лечение ПБ, как правило, комплексное и предполагает применение консервативных, эндоскопических и хирургических методов.

В исследуемой группе пациентов прооперированы 17 пациентов, из них 4 пациентам выполнена лапаротомия, устранена ГПОД с формированием арефлюксной кардии. Кроме того, 10 пациентам выполнена лапароскопическая фундопликация. Первичное эндоскопическое лечение ПБ в виде эндоскопического лигирования метапластически измененной слизистой произведено 3-м пациентам с ГПОД малых размеров.

Результаты исследования

С целью диагностики, предполагающей взятие прицельной биопсии, применялась хромокопия измененной слизистой оболочки дистального отдела пищевода различными красителями.

У 9 пациентов выполнялась хромокопия раствором метиленового синего, у 4-х – раствором Люголя, в 4-х случаях осуществлялась комбинированная хромокопия с применением растворов Люголя и метиленового синего.

Результаты исследования представлены на рисунке 1. Так, желудочная метаплазия выявлена у 5 пациентов, кишечная метаплазия – у 3-х пациентов, желудочно-кишечная метаплазия – у 5 пациентов, в 4-х случаях обнаружена кишечная метаплазия с дисплазией 1–2 ст.

Все пациенты перед оперативным лечением прошли курс консервативной терапии, длительность которой зависела от степени повреждения слизистой оболочки пищевода. При положительном ответе на проводимую терапию и легкой степени поражения слизистой пищевода назначалась поддерживающая терапия «по требованию» с использованием ингибиторов протонной помпы (ИПП) в стандартной дозе на протяжении 3–6 месяцев.


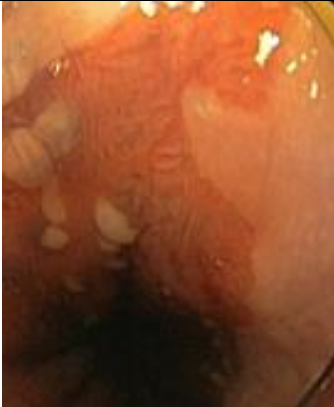


	
<p>а) Магнификационное исследование: сегмент пищевода Барретта</p>	<p>б) Хромоскопия раствором Люголя: сегмент пищевода Барретта</p>
	
<p>в) Хромоскопия раствором метиленового синего: пищевод Барретта</p>	<p>г) Комбинированная хромоскопия растворами метиленового синего и Люголя</p>

Рисунок 1. Фиброгастродуоденоскопия. Эндофото. Пищевод Барретта

Результаты первичного эндоскопического лечения в виде эндоскопического лигирования метаплазированного эпителия пищевода эластичными кольцами (патент на изобретение № 2405495 от 06 апреля 2009 г.), выполненного 3-м пациентам, представлены на рисунке 2. В результате механического пережатия кольцом подслизистого слоя с сосудами, обеспечивающего кровоснабжение, происходят ишемизация и отторжение слизистой пораженного участка пищевода. Лигирование производили при помощи лигатора варикозно-расширенных вен пищевода на 6 лигатур модели «Shooter» фирмы Wilson Cook MBL-6-ПК, одеваемого на дистальный конец эндоскопа.

	
<p>а) Аспирация сегмента пищевода Барретта в просвет колпачка-лигатора</p>	<p>б) Участок пищевода Барретта в виде «гриба» с латексными лигатурами у основания</p>
	
<p>в) Контрольная эзофагогастродуоденоскопия на третьи сутки. Поверхностный язвенный дефект слизистой пищевода, покрытый фибрином</p>	<p>г) Контрольная эзофагогастродуоденоскопия через три месяца. Звездчатый рубец</p>

Рисунок 2. Этапы эндоскопического лигирования пищевода Барретта

Методика выполнения. К пораженному участку слизистой пищевода подводим эндоскоп с предварительно надетым на дистальный конец силиконовым прозрачным цилиндром, на котором установлены эластичные кольца. Визуализируется пораженный участок. Путем аспирации в просвет прозрачного цилиндра втягивается пораженный участок, попутно контролируется адекватность втягивания. Как только участок (или часть пораженной слизистой) полностью заполнит прозрачный цилиндр, посредством транспортного устройства с внешней части прозрачного цилиндра сбрасывается эластичное кольцо на основание втянутого участка пораженной слизистой. Данный участок измененной

слизистой, в виде «гриба» за счет локальной ишемизации тканей, отторгается на 3–5-й день. Возникающий на этом месте язвенный дефект рубцуется на 6–7-й день.

При этом пациенту назначается дополнительный прием ИПП и обволакивающих препаратов в средних дозах для улучшения восстановления нормальной слизистой оболочки пищевода. Операция проводится без подготовки или после приема специальных препаратов, воздействующих на слизистую пищевода для снятия имеющегося воспаления и улучшения результатов операции.

У пациентов после проведенного первичного эндоскопического лечения при контрольной ФГДС через три месяца визуализируются звездчатые рубцы в области эндоскопического лечения. При взятии биопсии из рубца данные о метаплазии не обнаружены.

После выполненного хирургического лечения у 15 пациентов отмечалась регрессия сегмента ПБ, у 2-х пациентов (одного – после лапароскопии и одного – после традиционного хирургического лечения) сегмент ПБ сохранялся. Из них одному пациенту (с коротким сегментом ПБ) выполнилось вторичное эндоскопическое лечение в объеме лигирования метапластически измененной слизистой оболочки дистального отдела пищевода. При контрольном осмотре через 6 месяцев данные о рецидиве не получены. Второй пациент с сохраняющимся ПБ находится на консервативном лечении и динамическом наблюдении в связи с длинным и циркулярным сегментом ПБ.

Выводы

Эндоскопические методы являются основными в выявлении и верификации ПБ.

Разработанный метод комбинированной хромокопии позволяет более детально определять метапластически измененные участки слизистой пищевода.

Устранение ГПОД, которая является одной из основных причин ПБ, приводит к инволюции метапластически измененной слизистой пищевода в 87,4 % случаев.

Разработанный метод эндоскопического лечения показал свою высокую эффективность как в лечении пациентов после устранения ГПОД с сохраненным ПБ, так и у неоперированных пациентов с грыжами малых размеров, осложненными ПБ.

Предлагаемые методы эндоскопической диагностики и лечения предполагают дальнейшую практическую отработку навыков и анализ эффективности на более обширной группе больных.

Список литературы

1. *Ивашкин, В.* Трудности диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В. Ивашкин, А. Шептулин, Е. Баранская // *Врач.* – 2003. – № 5. – С. 10–13.
2. *Barrett, N.R.* Chronic peptic ulcer of oesophagus and “oesophagitis” / N.R. Barrett // *Br. J. Surg.* – 1950. – V. 38. – P. 175–182.
3. *Худайбердыев, А.М.* Диагностика и хирургическое лечение заболеваний диафрагмы: автореф. дис. канд. мед. наук / А.М. Худайбердыев. – М., 1991. – 26 с.
4. *Dinjens, W.N.M.* Genetic alterations in Barrett’s esophagus and esophageal adenocarcinoma / W.N.M. Dinjens // *Minerva chir.* – 2002. – V. 57, № 6. – P. 733–752.
5. *Поддубный, Б.К.* Критическая оценка эндоскопических методов хромокопии при диагностике пищевода Барретта / Б.К. Поддубный, Ю.П. Кувшинов, О.А. Малихова, И.П. Фролова // *Росс. журн. гастроэнтерологии.* – 2002. – № 7. – С. 11.
6. *Будзинский, А.А.* Пищевод Барретта: эндоскопическая диагностика и лечение / А.А. Будзинский, Г.В. Белова, В.М. Садоков и др. // *Росс. журн. гастроэнтерологии.* – 2002. – № 5. – С. 5.
7. *Болезни пищевода* / Под ред. В.Т. Ивашкина, А.С. Трухманова. – М.: Триада-Х, 2000. – С. 179.
8. *W. Falk*, 2002.
9. *Старостин, Б.Д.* Пищевод Барретта: выявление, мониторинг, лечение / Б.Д. Старостин // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* – 2003. – № 3. – С. 85–91.
10. *Hu, Y.* Pathogenesis of Barrett esophagus: deoxycholic acid up – regulates goblet – specific gene MUC2 in concert with CDX2 in human esophageal cells / Y. Hu, C. Jones, O. Gellersen [et al.] // *Arch. Surg.* – 2007. Vol. – 142. – P. 540–544; discussion 544–545.
11. *Cameron, A.J.* Adenocarcinoma of the esophagogastric junction and Barrett’s esophagus / A.J. Cameron, C.T. Lomboy, M. Pera, H.A. Carpenter // *Gastroenterology.* – 1995. – Vol. 109. – P. 1541–1546.
12. *Bani-Hani K. et al.*, 2000.
13. *Sharma, P.* Barrett's esophagus and Esophageal adenocarcinoma. Second edition / P. Sharma, R. Sampliner // *Blackwell Publishing.* – 2006. – P. 1–7.