

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД на эндоскопическую диагностику и лечение осложнений ГЭРБ

Пирогов Сергей Сергеевич
заведующий отделом эндоскопии

Московский научно-исследовательский
онкологический институт им. П.А. Герцена
Национальный медицинский исследовательский
радиологический центр МЗ РФ



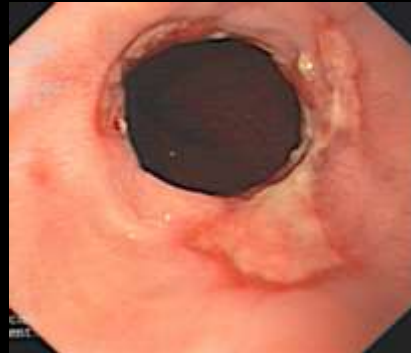
Генеральный директор
академик Каприн Андрей Дмитриевич

ОСЛОЖНЕНИЯ

гастроэзофагеальной рефлюксной болезни



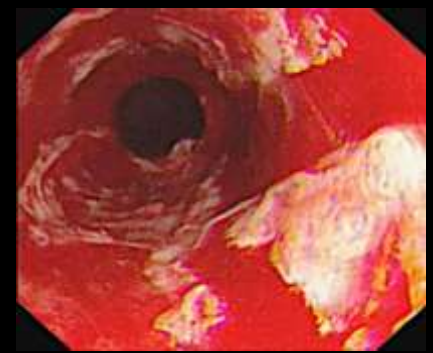
Эрозивный
рефлюкс-эзофагит



Язва
пищевода



Рубцовая
стриктура



Кровотечение



Реактивная
гиперплазия



Хронический
ларингит



Пищевод
Барретта

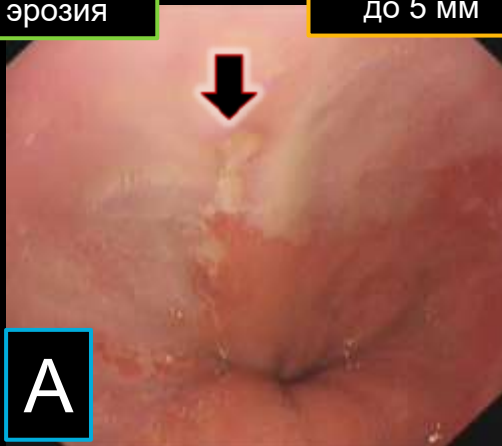


Рак на фоне
пищевода Барретта

ОСЛОЖНЕНИЕ ГЭРБ эрозивный рефлюкс-эзофагит

1 эрозия

до 5 мм



A

Несколько эрозий

более 5 мм

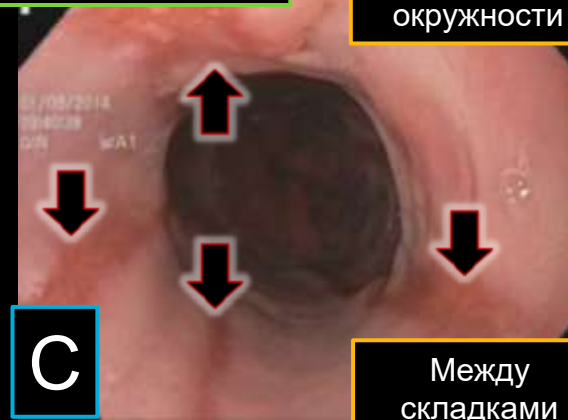


B

На вершинах складок

Несколько эрозий

Менее 75% окружности

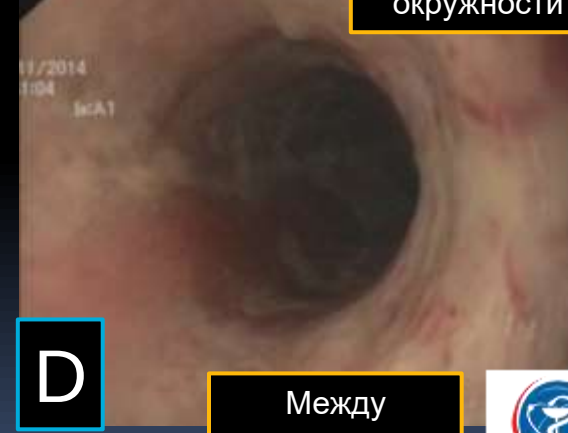


C

Между складками

Множество эрозий

Более 75% окружности



D

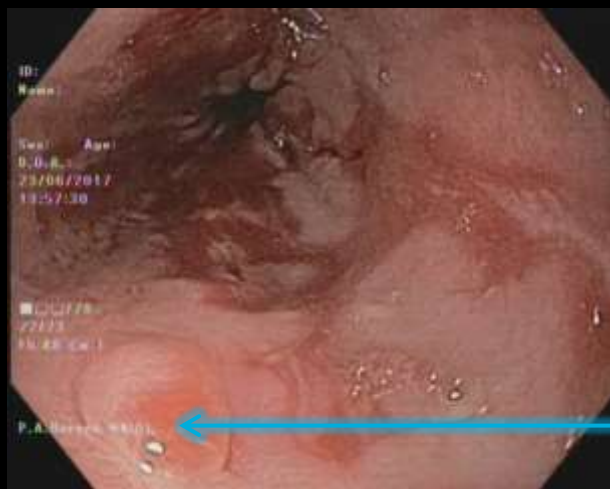
Между складками



Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. Lundell LR, Dent J, Bennett JR, Blum AL, Armstrong D, Galmiche JP, Johnson F, Hongo M, Richter JE, S pechler SJ, Tytgat GN, Wallin L. Gut. 1999 Aug; 45(2):172-80

ЭРОЗИВНЫЙ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ

степень D (по Лос-Анджелесской классификации)



Гранулёма –
признак
длительности
воспалительного
процесса

Эндоскопия высокого разрешения в
белом свете (WLI-HD)



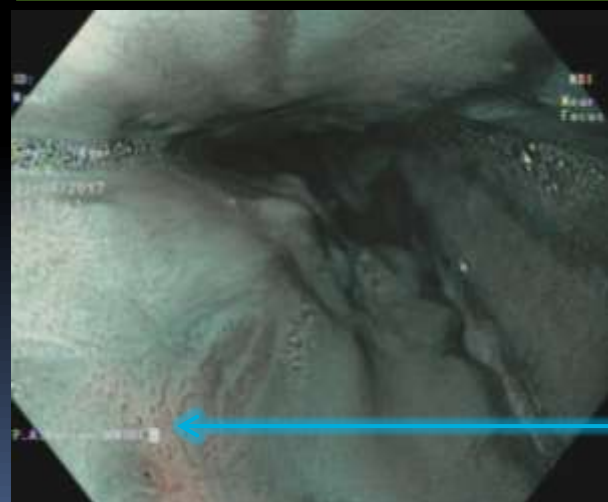
Тотальное эрозивное поражение

Париет 20 мг/сут



1 месяц

Полная эпителизация



Архитектоника
капилляров - тип V-
2 по Inoue –
признак
воспаления

Узкоспектральная эндоскопия с близким
фокусом (NBI-NF)

ЭРОЗИВНЫЙ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ

клиническое наблюдение

- Пациентка П., 36 лет обратилась в МНИОИ им. П.А. Герцена с направительным диагнозом «Подозрение на рак пищевода»
- Жалобы на изжогу в течение 15 лет, в последние 2 месяца – появились жалобы на затруднения в прохождении твердой пищи
- Нерегулярно принимала антациды

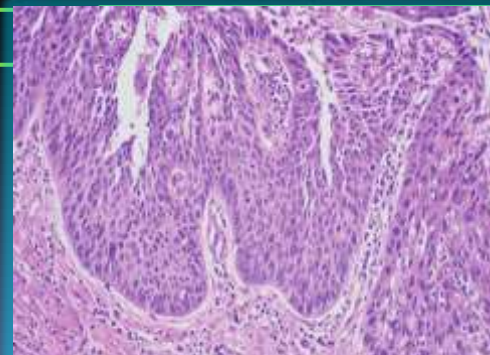


С по Лос-Анджелесской классификации)



WLI-HD)

ия (NBI)



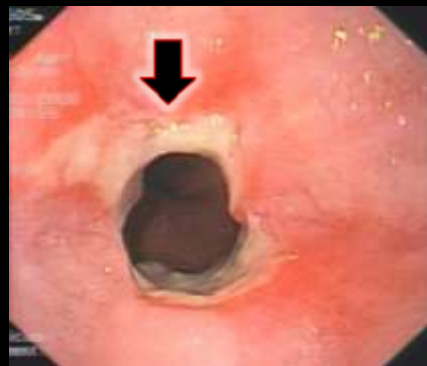
Ранний плоскоклеточный рак

ОСЛОЖНЕНИЕ ГЭРБ

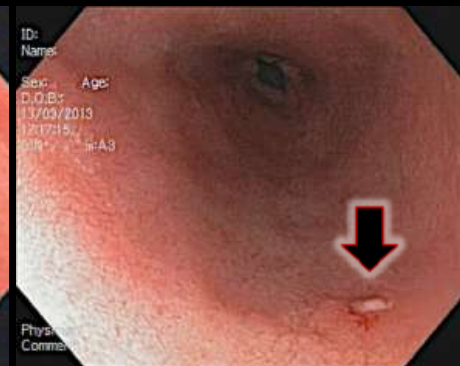
язва пищевода



Язвы пищевода. Эндоскопия в белом свете (WLI)



Ранний рак на фоне ПБ. Эндоскопия в белом свете (WLI)



Тяжелая дисплазия
в крае изъязвления

Патологически извитые
капилляры

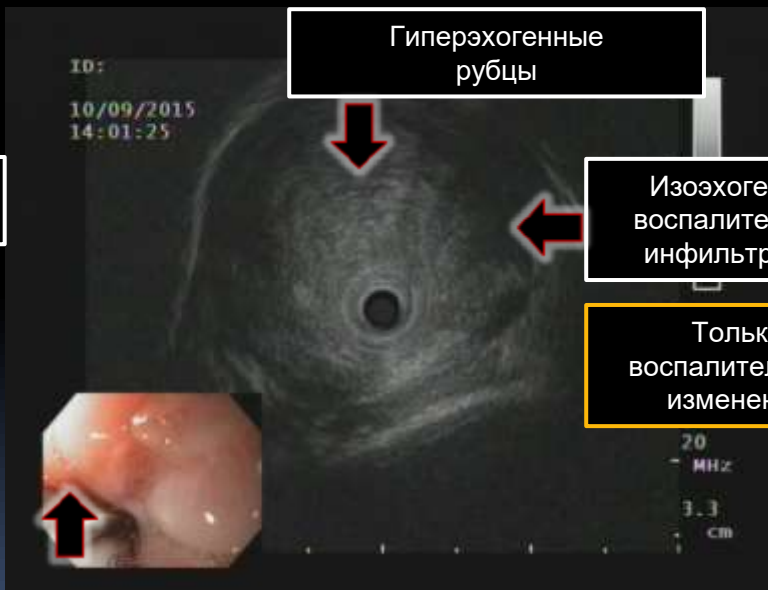


Узкоспектральная эндоскопия с близким фокусом (NBI-NF)

Гиперэхогенные
рубцы

Изоэхогенная
воспалительная
инфильтрация

Только
воспалительные
изменения



Эндоскопическая ультрасонография (EUS)

Изъязвление в пределах сегмента пищевода
Барретта – достоверный критерий малигнизации

Barrett's esophagus: Macroscopic markers and the prediction of dysplasia
and adenocarcinoma. Hillman LC, 2003

ЯЗВА ПИЩЕВОДА

при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни



Пациент П., 46 лет
Обратился с направительным
диагнозом
«РАК ПИЩЕВОДА»

Жалобы на изжогу – 15 лет,
плохое прохождение пищи –
3 месяца

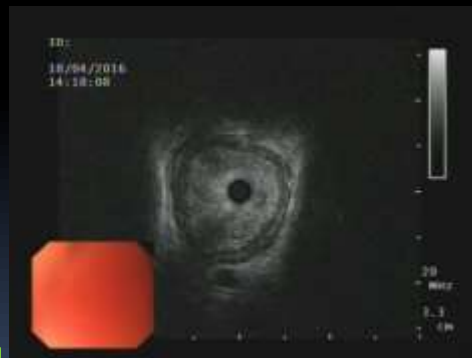
Диагноз СНЯТ

Париет 20 мг/сут

1 месяц



Ровные края изъязвления,
перифокальный отёк



Эндосонография (EUS)
Гиперэхогенные рубцовая
ткань и фибрин, мышечный
слой прослеживается

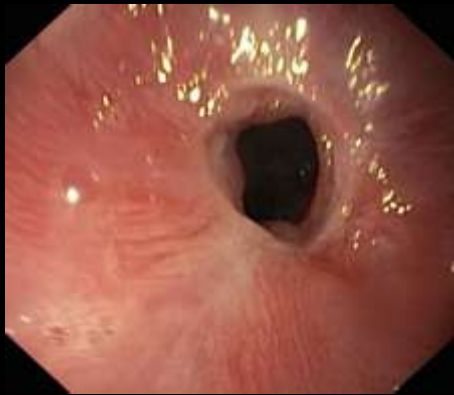


Рубцевание язвы, запланирована
баллонная дилатация



ОСЛОЖНЕНИЕ ГЭРБ

рубцовая стриктура



Короткие рубцовые стриктуры пищевода

Протяженные рубцовые стриктуры пищевода

Рубцовая стриктура

Рубцовая стриктура (?)

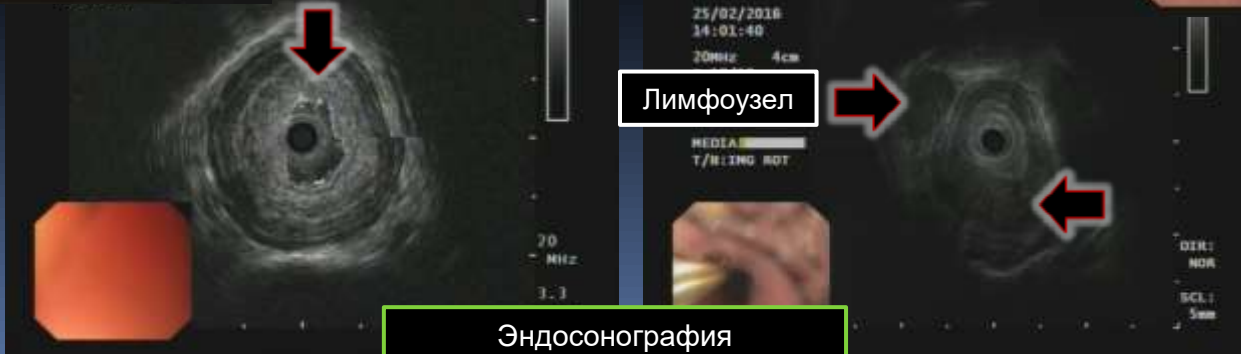


Гиперэхогенные рубцы

Гипоэхогенная опухолевая ткань



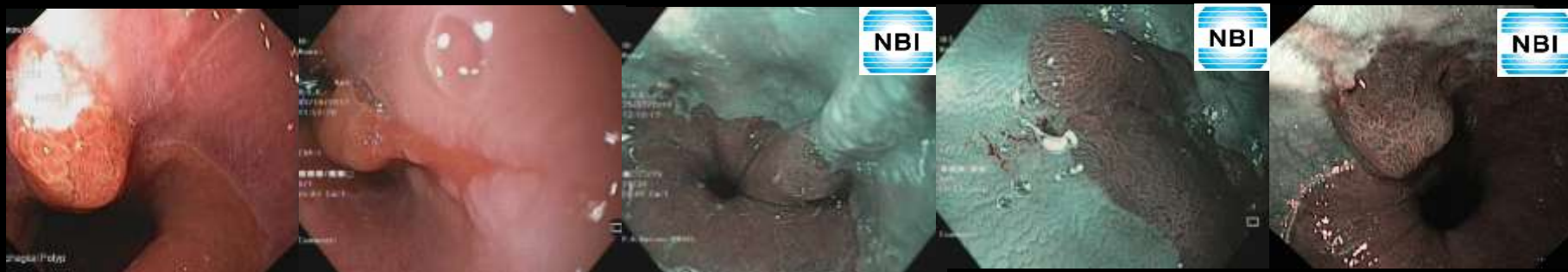
Лимфоузел



Эндосонография

ОСЛОЖНЕНИЕ ГЭРБ

реактивная гиперплазия слизистой оболочки кардии



Не является «полипом» пищевода или пищеводом Барретта



Эрозия пищевода

Гиперплазия
проксимального
края складки
кардии



2 месяца ИПП
(Париет)

Средний возраст
больных – 26,4 года
N=134

Не является
истинным полипом
кардии

Всегда ассоциирован
с ГЭРБ

В 85,8% случаев
примыкает к эрозии
нижней трети
пищевода

ПИЩЕВОД БАРРЕТТА

Пищевод Барретта – осложнение **гастроэзофагеальной рефлюксной болезни**, характеризующееся эндоскопически и морфологически подтвержденной **кишечной метаплазией** эпителия слизистой оболочки пищевода **длиной более 1 см**

2%
взрослого
населения
США



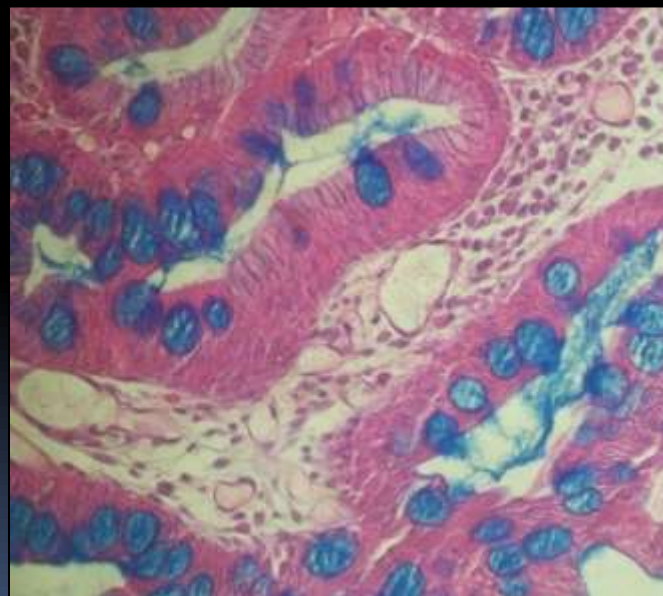
STATEMENT 1

The diagnosis of BE is made if the distal esophagus is lined with columnar epithelium with a minimum length of 1 cm (tongues or circular) containing specialized intestinal metaplasia at histopathological examination.

Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement, 2017



Пищевод Барретта,
эндофото



Пищевод Барретта, микрофото, окраска по
Крейбергу



СТЕПЕНЬ РИСКА РАЗВИТИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПОВ НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ПРОГРЕССИИ В ПИЩЕВОДЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА МЕТАПЛАЗИРОВАННОГО ЭПИТЕЛИЯ

Тип эпителия	Этап неопластической прогрессии			
	нет прогрессии	слабая дисплазия	тяжелая дисплазия	аденокарцинома
Неполная кишечная метаплазия (II и III типы) N= 653	483	127 (77,44%)	20 (90,91%)	43 (100%)
Полная кишечная метаплазия (I тип) N= 61	42	17 (10,37%)	2 (9,09%)	-
Кардиальный эпителий N=778	764	14 (8,54%)	-	-
Фундальный Эпителий N=43	37	6 (3,66%)	-	-
Всего случаев прогрессии	0	164 (100%)	22	43

Обследовано 1535 больных с подозрением на пищевод Барретта



В 46,5% случаев диагноз пищевода Барретта снят

Длина сегмента метаплазии менее 1 см
Только желудочный тип метаплазии

Сводные данные 2004 – 2016 гг, МНИОИ им. П.А.Герцена, РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН
Пирогов С.С., Соколов В.В., Кувшинов Ю.П.

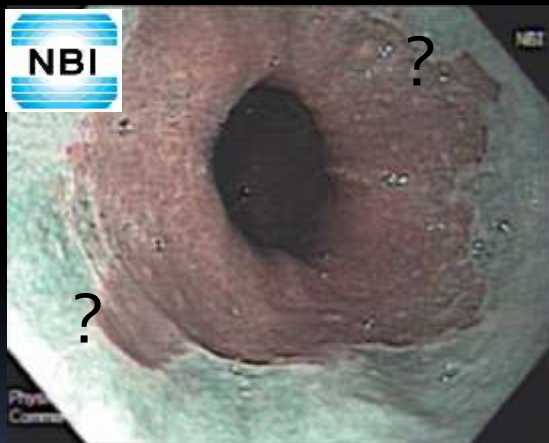


УЛЬТРАКОРОТКИЙ СЕГМЕНТ МЕТАПЛАЗИИ

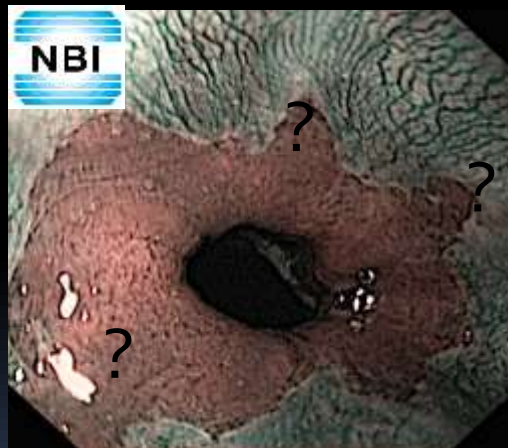
это не пищевод Барретта!

- У больных с ГЭРБ Z-линия часто имеет «изрезанную форму», в 40% случаев при биопсии из данной зоны выявляется кишечная метаплазия эпителия
- Эндоскопический мониторинг не рекомендуется больным с кишечной метаплазией слизистой оболочки кардии, а также – при нерегулярной (изрезанной) форме Z-линии, вне зависимости от наличия или отсутствия кишечной метаплазии эпителия
- Участки метаплазии длиной **менее 1 см** не следует относить к пищеводу Барретта

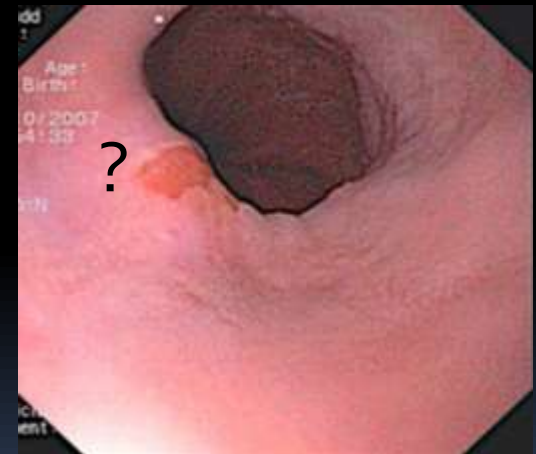
British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus, 2013



Узкоспектральная эндоскопия
(NBI)



Узкоспектральная эндоскопия
(NBI)



Эндоскопия в белом свете
(WLI)

СТЕПЕНЬ РИСКА РАЗВИТИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПОВ НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ПРОГРЕССИИ В ПИЩЕВОДЕ

в зависимости от длины сегмента пищевода Барретта

0 случаев

дисплазии или рака

В ультракоротких (менее 1 см)
«языках» метаплазии

Этап неопластической прогрессии	Длина сегмента	
	Короткий (средняя – 2,1 см)	длинный (средняя – 4,9 см)
прогрессия не обнаружена	393 (76,16%)	112 (56,67)%
интраэпителиальная неоплазия низкой степени (слабая дисплазия)	117 (22,67%)	27 (13,64%)
интраэпителиальная неоплазия высокой степени (тяжелая дисплазия)	-	22 (11,11%)
Аденокарцинома (ранний, локализованный и местно-распространенный рак)	6 (1,16%)	37 (18,69%)
ВСЕГО	516 (100%)	198 (100%)

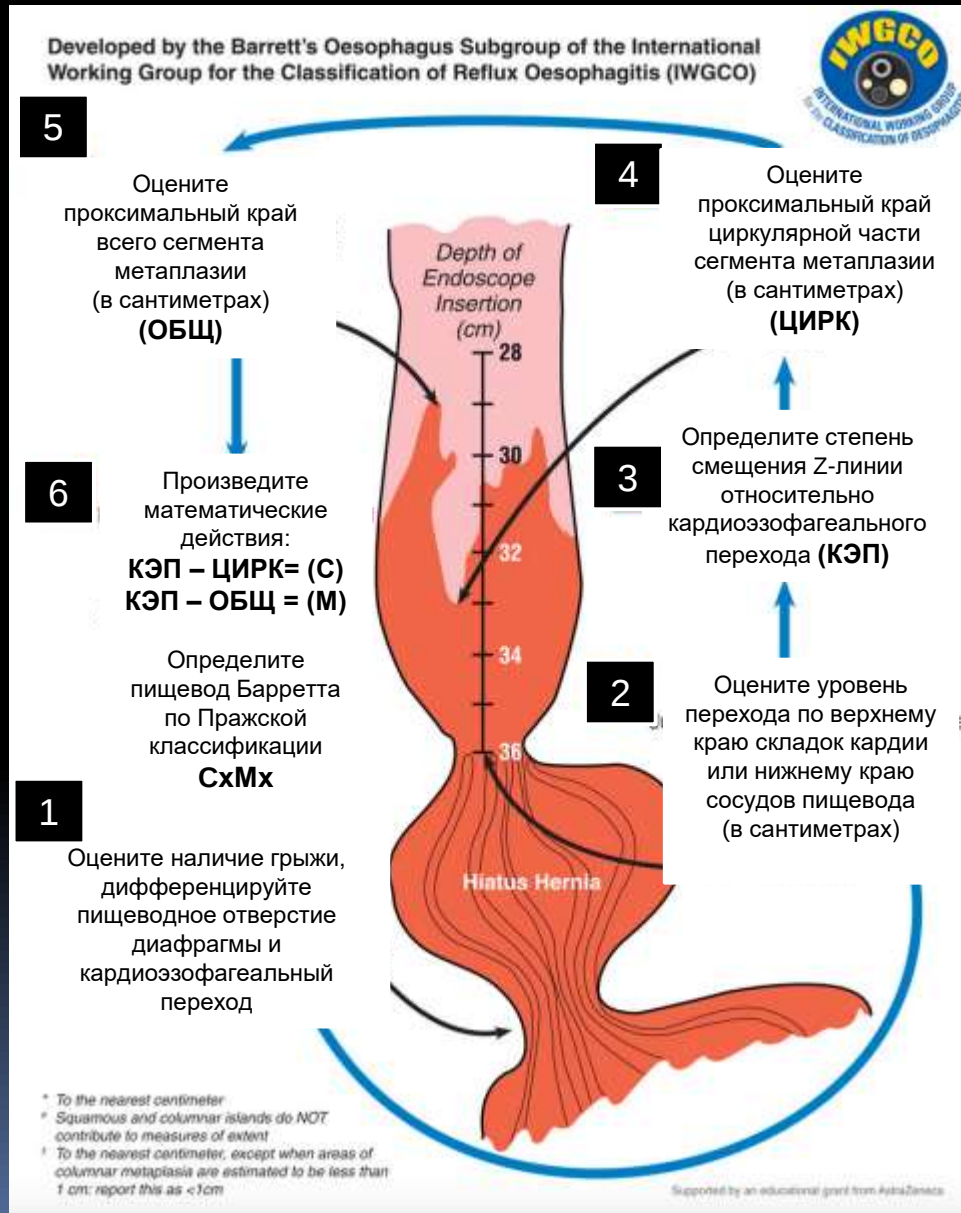


Доля раннего рака (тяжелая дисплазия, аденокарцинома M-SM₁) среди всех таких случаев - 38,4%

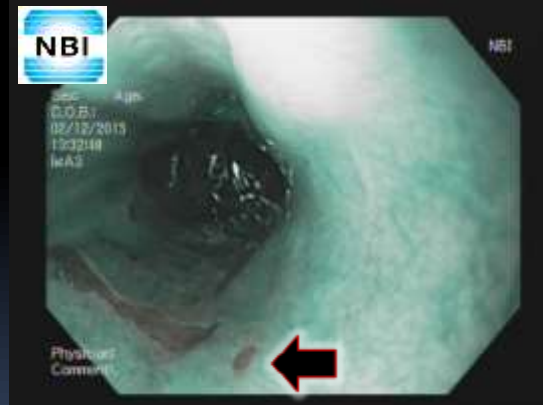
Сводные данные 2004 – 2016 гг, МНИОИ им. П.А.Герцена, РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН
Пирогов С.С., Соколов В.В., Кувшинов Ю.П.



ОЦЕНКА ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА по современным критериям



Ультракороткий сегмент метаплазии
(≤ 1 см)
Не является пищеводом Барретта



Изолированные «островки»
метаплазированного эпителия не
включаются в общую длину
сегмента пищевода Барретта

УЗКОСПЕКТРАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ в диагностике пищевода Барретта

Церебральные (мозговидные)
ямки



Кардиальный
эпителий

Овальные (округлые)
ямки



Фундальный
эпителий

Виллезные (ворсинчатые)
ямки



Кишечная
метаплазия

Гребенчатые (удлиненные гребни)
ямки



Кишечная
метаплазия

Нерегулярные (полиморфные)
ямки



Тяжелая
дисплазия

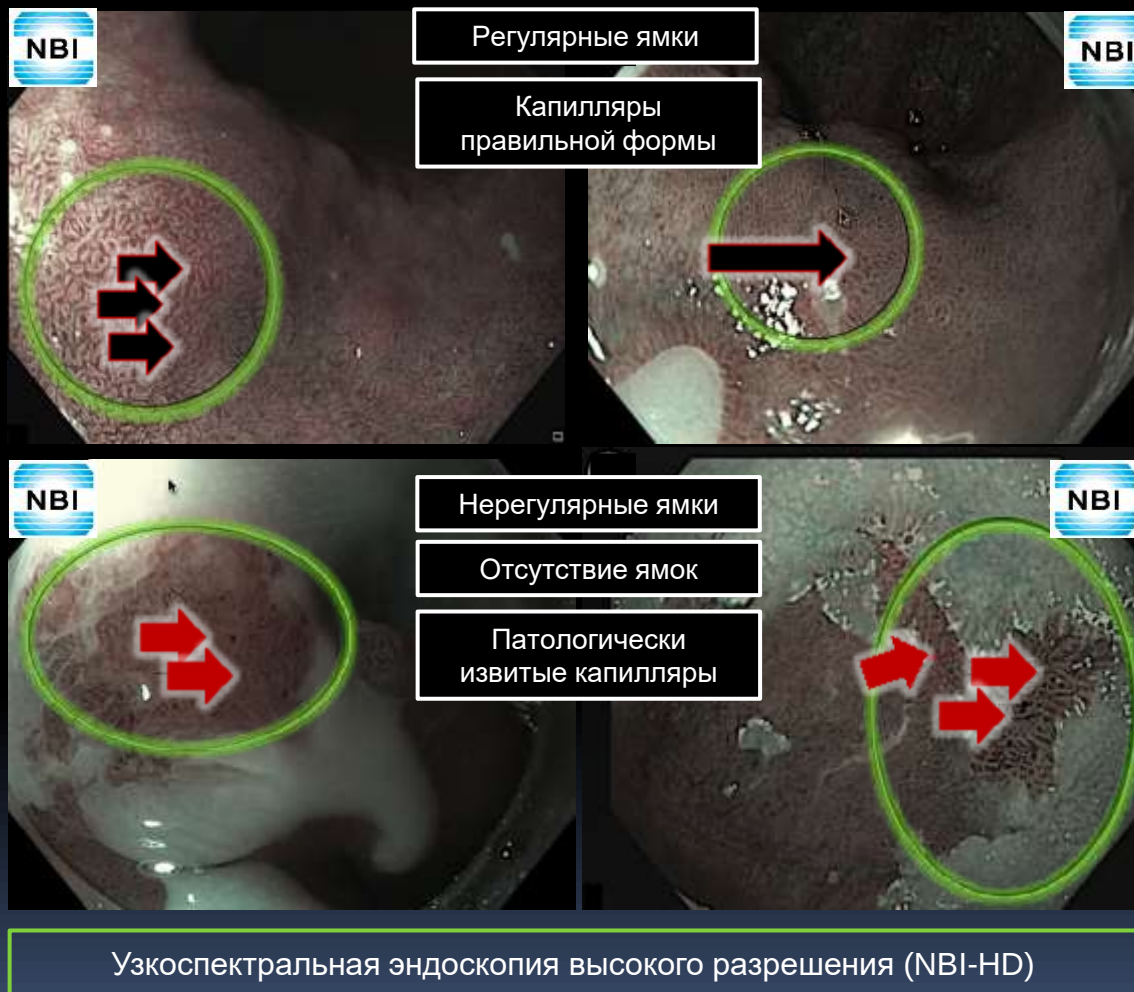
Отсутствие, выраженная
нерегулярность ямок



Аденокарцинома

NBI-КРИТЕРИИ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА

рабочая группа по использованию NBI высокого разрешения при пищеводе Барретта (BING)



Development and Validation of a Classification System to Identify High-Grade Dysplasia and Esophageal Adenocarcinoma in Barrett's Esophagus Using Narrow-Band Imaging. Sharma P, Bergman JJ, Goda K, Kato M, Messmann H, Alsop BR, Gupta N7, Vennalaganti P, Hall M, Konda V, Koons A, Penner O, Goldblum JR, Waxman I. Gastroenterology. 2016 Mar;150(3):591-8..

КОНФОКАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ЭНДОМИКРОСКОПИЯ x1000 при пищеводе Барретта

Surveillance of Barrett's esophagus: why biopsy if you can endomicroscopy

Точность оценки степени неопластической прогрессии – 86%

H.Neumann, 2012

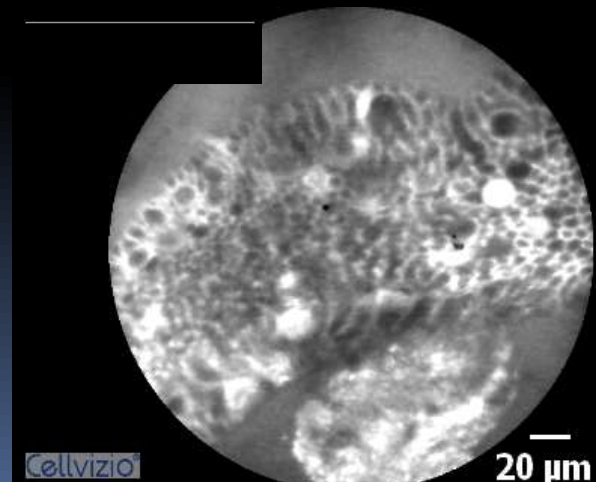
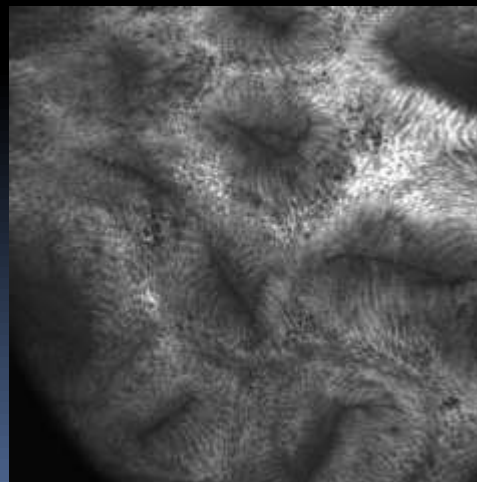
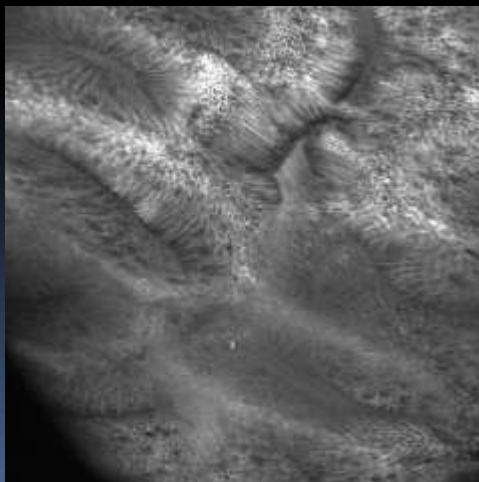
Manuel Berzosa, MD
Michael B. Wallace, MD, MPH
Mayo Clinic, Jacksonville, Florida, USA

To perform a biopsy or not to perform a biopsy? Does confocal endomicroscopy provide the answer for surveillance in Barrett's esophagus?

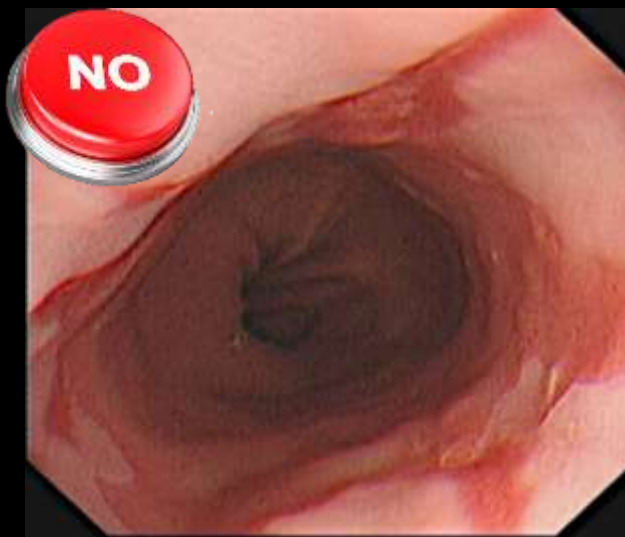
Специфичность в отношении раннего рака пищевода Барретта – 99%

R.Kiesslich, 2011

Joo Ha Hwang, MD, PhD
Division of Gastroenterology
Department of Medicine
University of Washington
Seattle, Washington, USA

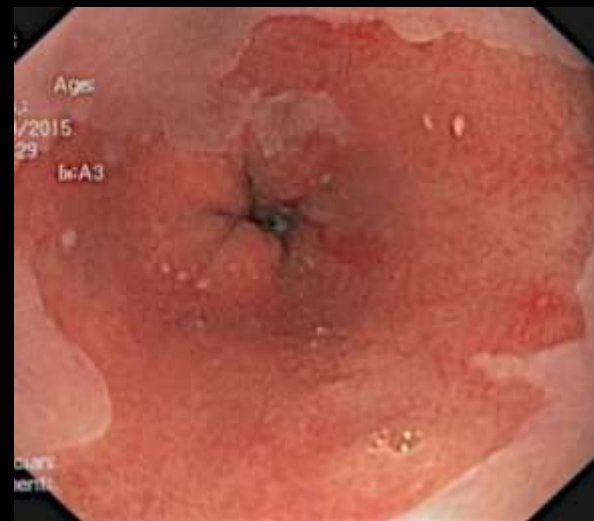


СНАЧАЛА ТЕРАПИЯ, ЗАТЕМ ДИАГНОСТИКА?



ИПП (Париет)

4 – 12 недель



В случаях выявления **эрозивного эзофагита** (степень В, С, D по Лос-Анджелесской классификации) рекомендуется **терапия эффективными ИПП** в течение 8 – 12 недель для эпителизации эрозий и **исключения наличия пищевода Барретта и раннего рака** на его фоне под фибринозным налетом

Дисплазия эпителия и ранний рак очень часто **пропускаются** при первичном эндоскопическом исследовании у больных с длинным сегментом пищевода Барретта, **не получающих** терапию **эффективными ИПП**

Visrodia K. Yield of Repeat Endoscopy in Barrett's Esophagus with No Dysplasia and Low-Grade Dysplasia: A Population-Based Study // Dig Dis Sci. 2016 Jan;61(1):158-67.

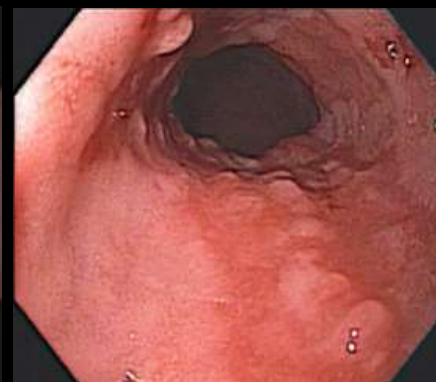


ОСЛОЖНЕНИЕ ГЭРБ

аденокарцинома на фоне пищевода Барретта



Ранний рак на фоне пищевода Барретта



Локализованный рак на фоне пищевода Барретта

Пациент А, 62 лет
Не принимал ИПП



Микрофокус
высокодифференцированной
аденокарциномы

1,5 мм



Нерегулярные ямки

Отсутствие ямок

Патологически
извитые капилляры

Узкоспектральная
эндоскопия с близким
фокусом (NBI-NF)

РИСК МАЛИГНИЗАЦИИ пищевода Барретта

- Риск возникновения **аденокарциномы** пищевода у пациентов с пищеводом **Барретта выше в 11,3 раза**, чем в среднем по популяции

ASGE Guidelines on Barrett's Esophagus, 2012

- Частота **малигнизации** пищевода Барретта – **0,38% - 0,77%** пациентов в год

ASGE Guidelines on Barrett's Esophagus, 2012

- При длине сегмента пищевода Барретта менее 6 см риск развития **аденокарциномы** составляет 0,09% в год, при длине **от 6 см** и более риск малигнизации равен **0,65 % в год**

Рекомендации РГА по пищеводу Барретта, 2015

- Риск развития **аденокарциномы** пищевода на фоне метаплазии **желудочного типа** – **очень невелик**

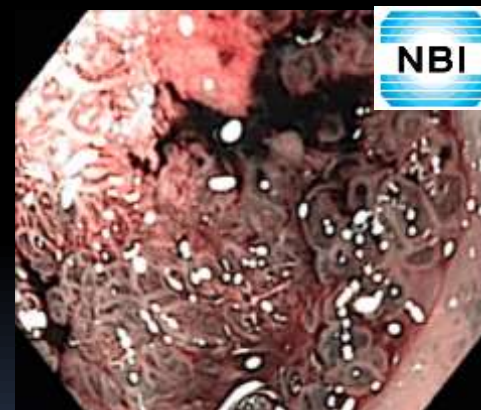
Barrett's Dysplasia and Cancer Taskforce , 2012

- Слабая дисплазия эпителия** пищевода Барретта доказанный фактор риска его малигнизации (1,7%), однако большинство таких заключений – **требуют дополнительной морфологической оценки независимым морфологом**

ACG Guidelines on Barrett's Esophagus, 2016



Рак на фоне пищевода Барретта.
Эндоскопия в белом свете



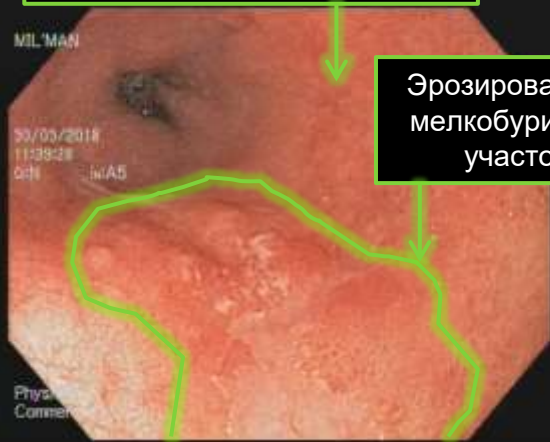
Рак на фоне пищевода Барретта.
Узкоспектральная эндоскопия

ПИЩЕВОД БАРРЕТТА

клиническое наблюдение

- Пациент 64 лет обратился в МНИОИ им. П.А. Герцена с направительным диагнозом «Пищевод Барретта с дисплазией»
- Жалобы на изжогу в течение 15 лет, в последние 3 года её интенсивность и частота значительно снизились
- Нерегулярно принимал ИПП и антациды «по требованию»

Пищевод Барретта
(длинный сегмент С3,5М4,5)



Осмотр в белом свете
(WLI-HD)

Нерегулярная архитектура
ямки и капилляров



Узкоспектральная эндоскопия
(NBI-HD)

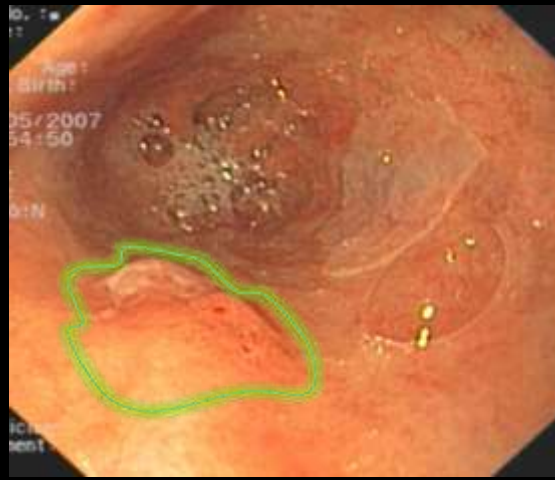
Опухолевые клетки



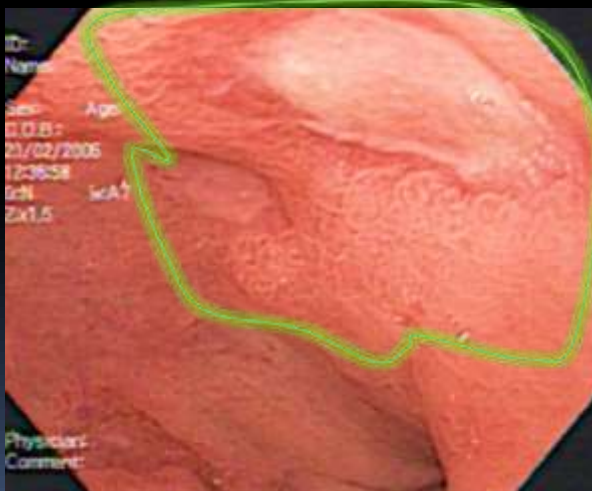
Эндомикроскопия
x1000

Ранний рак (макроскопический тип IIB+C) пределах длинного сегмента
пищевода Барретта

«ЭРОЗИИ», «ЯЗВЫ» «ПОЛИПЫ» в пределах сегмента пищевода Барретта



Ранний рак (аденокарцинома) на фоне пищевода Барретта



Инвазивный рак (аденокарцинома) на фоне пищевода Барретта

**Достоверные признаки
малигнизации**

Polypoid dysplasia in Barrett's esophagus: case report and qualitative systematic review of the literature
Ahlawat SK, 2012

Barrett's esophagus: Macroscopic markers and the prediction of dysplasia and adenocarcinoma.
Hillman LC, 2003

**Требует прицельной
биопсии**

AGA Medical Position Statement
on the Management of Barrett's Esophagus, 2011

РАННИЙ РАК НА ФОНЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА

эндоскопическая резекция слизистой оболочки с диссекцией в подслизистом слое



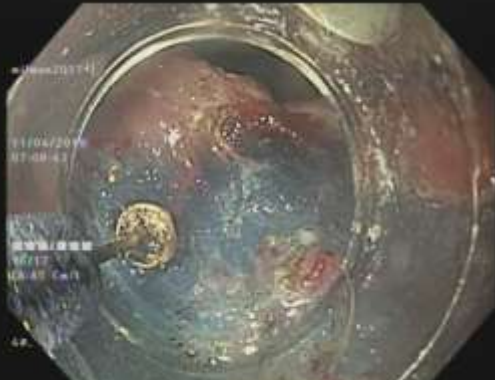
Наложение меток по периметру опухоли



Введение в подслизистый слой раствора Волювена с индигокармином



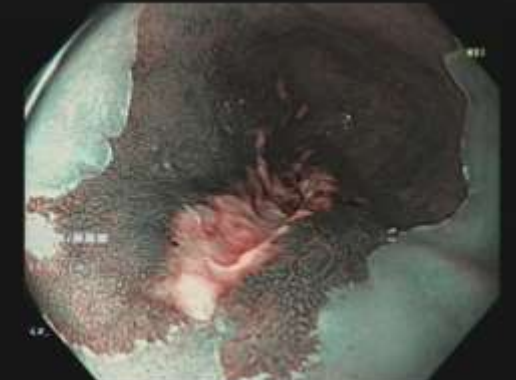
Окаймляющий разрез эндоскопическим ножом



Диссекция в подслизистом слое



Контрольный осмотр через 2 дня после вмешательства



Постоянная терапия ИПП (Париет 20 мг/сут)

ПИЩЕВОД БАРРЕТТА

клиническое наблюдение

Через 6
месяцев

Постоянная терапия ИПП (Париет 20 мг/сут)

Рубец с резпителизацией плоским эпителием

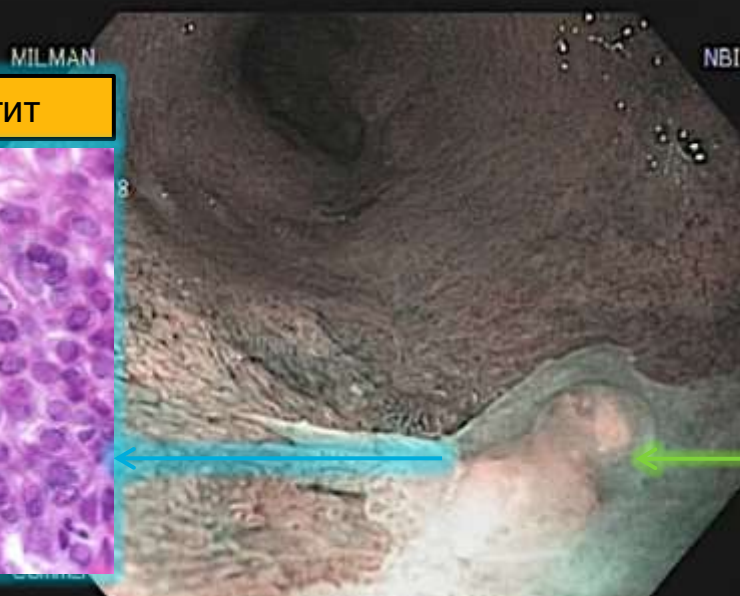
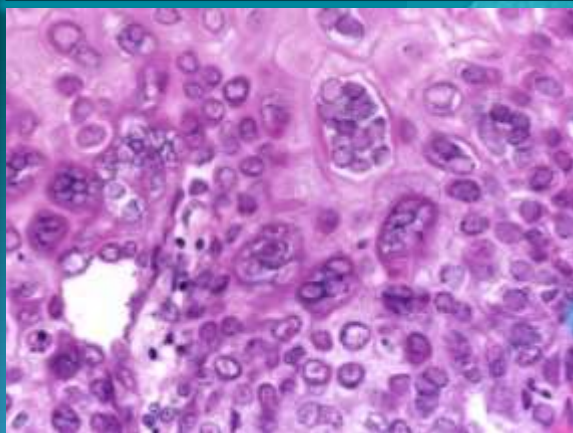


Осмотр в белом свете (WLI-HD)



Узкоспектральная эндоскопия(NBI-HD)

Герпетический эзофагит



Две папулы в зоне
рубца

Узкоспектральная эндоскопия(NBI-HD)

ПИЩЕВОД БАРРЕТТА

алгоритм эндоскопической диагностики

Пациент с ГЭРБ

Определение уровня кардиоэзофагеального перехода
Определение уровня Z-линии

HD
TV
1080p

NBI

Есть метаплазированный железистый
эпителий длиной более 1 см

HD
TV
1080p

NBI

Нет метаплазированного железистого
эпителия длиной более 1 см

Пищевода Барретта нет

Только желудочная
метаплазия

Пищевода Барретта
нет

Есть кишечная
метаплазия

Пищевод Барретта
есть

NBI

Dual Focus

NBI
x 150

Acetic
acid

Поиск фокусов
дисплазии / рака

Dual Focus

NBI
x 150

Cellvizio®

ECS

Решение вопроса о лечебной
тактике



ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПИЩЕВОДЕ БАРРЕТТА



Консервативная
терапия



Эндоскопическая
абляция



Эндоскопическая
хирургия



Хирургия

Ингибиторы
протонной помпы

Аргоноплазменная
коагуляция

Петлевая
EMR

Лапароскопическая
фундопликация

H2-блокаторы

Радиочастотная
абляция

Колпачковая
EMR

Резекция пищевода с
пластикой

Ингибиторы
циклооксигеназы-2

Фотодинамическая
терапия

Подслизистая
диссекция (ESD)

Прокинетики

Электродеструкция

Антациды

Криодеструкция

Комбинированное
эндоскопическое лечение

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

у больных с пищеводом Барретта



Пациентам с пищеводом Барретта без дисплазии эпителия показана постоянная антирефлюксная терапия



Длительная терапия ингибиторами протонной помпы снижает риск развития аденокарциномы пищевода у больных пищеводом Барретта



Назначение нестероидных противовоспалительных средств (ингибиторов циклооксигеназы-2) с целью канцерпревенции не показано больным с ПБ



Терапия H2-блокаторами не снижает риск развития аденокарциномы пищевода у больных с пищеводом Барретта

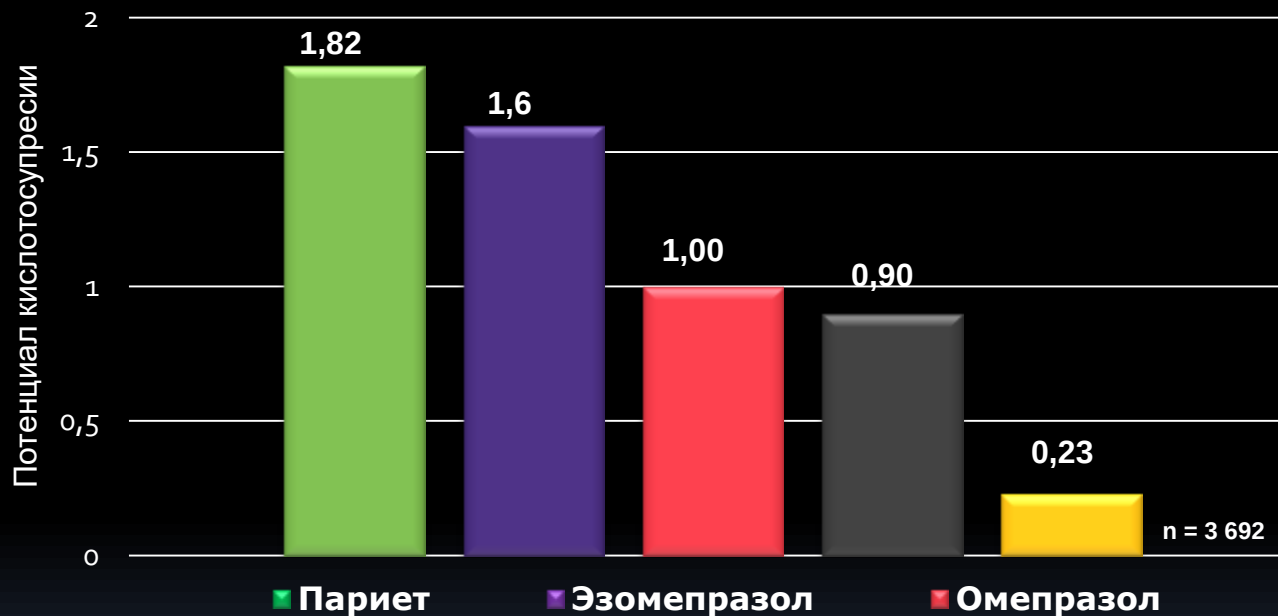


Применение прокинетиков не изменяет моторику пищевода и не снижает интенсивность желчного компонента рефлюкса у больных с пищеводом Барретта



обеспечивает наибольший потенциал кислотосупрессии в классе ИПП

Независимый мета-анализ 57 исследований
(класс доказательности A)



Дозировки, анализируемые в мета-анализе составляли:
Рабепразол – 5,10,20,40 мг; Омепразол - 10,20,40 мг;
Лансопразол – 10,15,20,30,60,80,90,120,180 мг; Пантопразол – 10,20,40,60,80,120 мг;
Эзомепразол – 20,40,80 мг

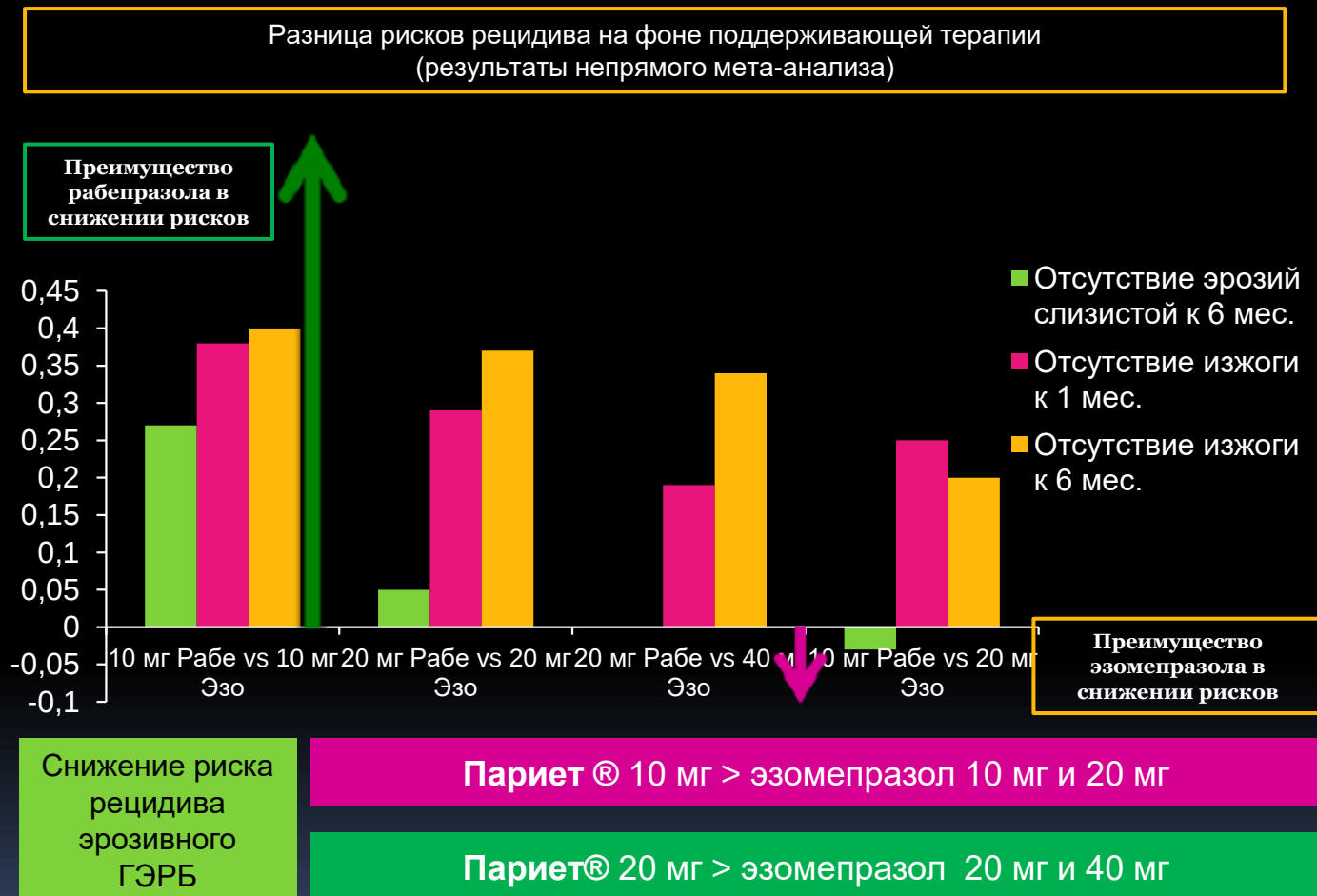
Для сравнительной оценки потенциала за единицу принимался потенциал омепразола

Kirchheiner J. et al. Eur j Clin Pharmacol (2009) 65: 19-31

ПАРИЕТ ЭФФЕКТИВНЕЕ ЭЗОМЕПРАЗОЛА

поддерживает ремиссию у пациентов с эрозивным эзофагитом

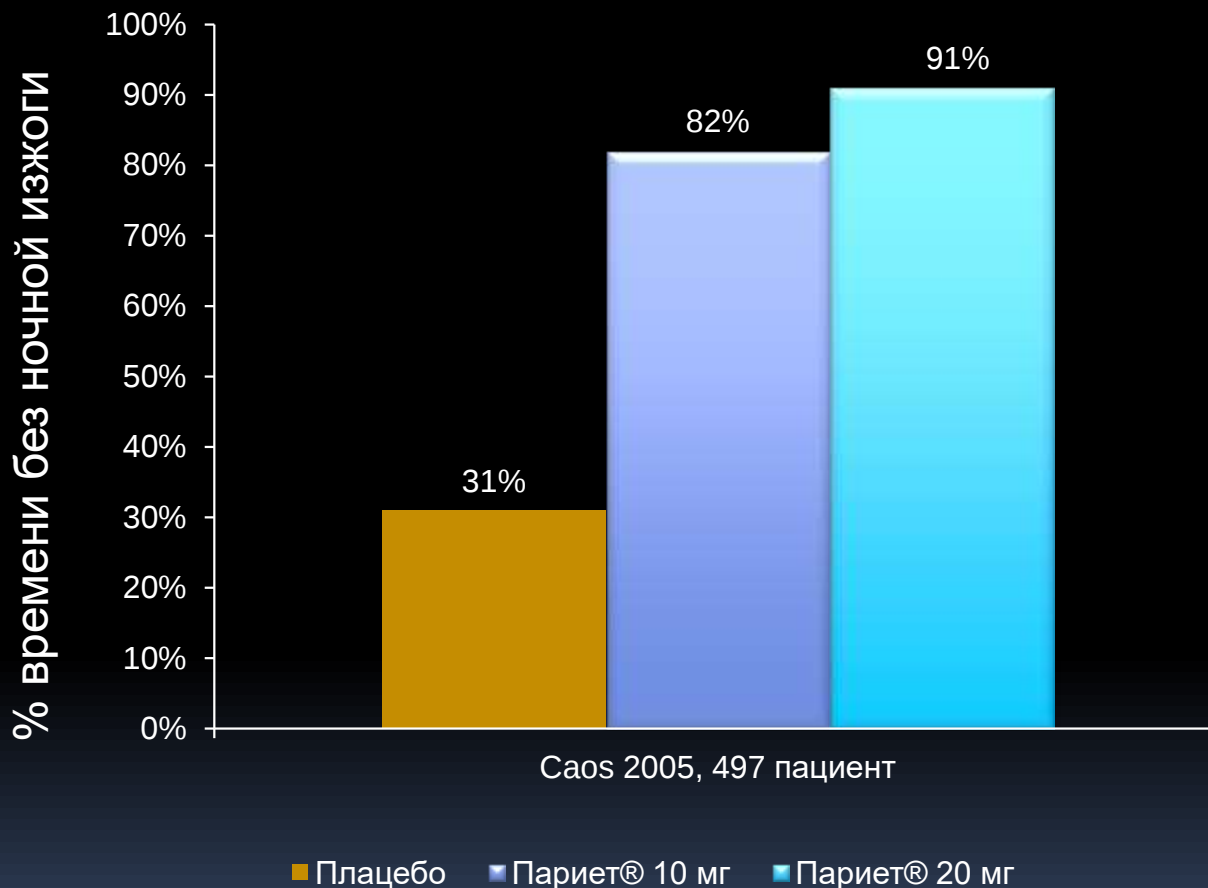
Шкала соотношения рисков рецидивов ЭЭ на фоне приема ИПП



Schrover R. et al. Australian Gastroenterology Week (AGW) 2004, Poster

У 90% ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ ПАРИЕТА

достигается ремиссия и купирование симптоматики эрозивного ГЭРБ
в течение 6 мес. (24-26 нед)

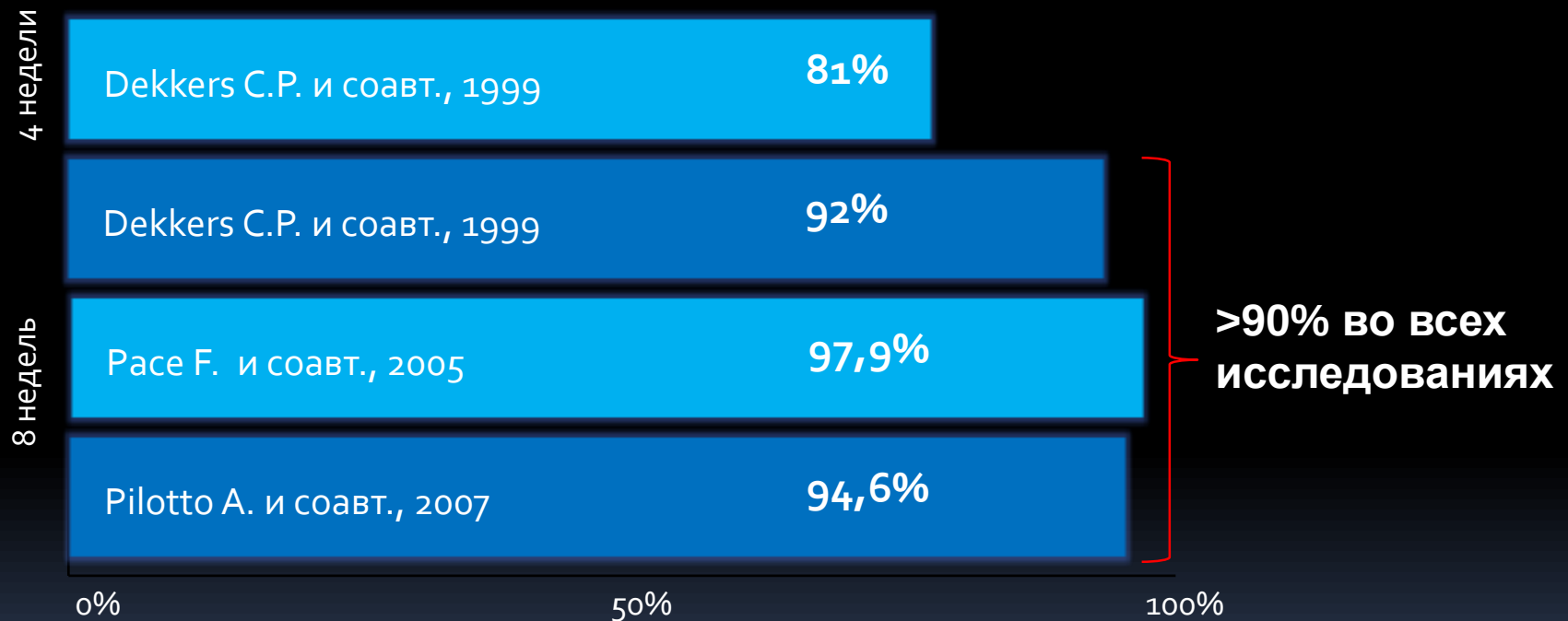


Caos A. et al., Rabeprazole for the prevention of pathologic and symptomatic relapse of erosive or ulcerative gastroesophageal reflux disease// AJG – Vol. 95, No. 11, 2000

ПАРИЕТ® ЗАЖИВЛЯЕТ ЭРОЗИИ ПИЩЕВОДА

более чем в 90% случаев

✧ % больных с вылеченными эрозиями пищевода на 4-8 неделях после терапии Париетом 20 мг



1. Dekkers C.P.M. et al *Aliment Pharmacol Ther* (1999) 13: 49-57
2. Pace F. et al. *Dig Liver Dis* 2005; 37: 741-750
3. Pilotto A. et al *World J Gastroenterol*; (2007); 33: 4467-4472

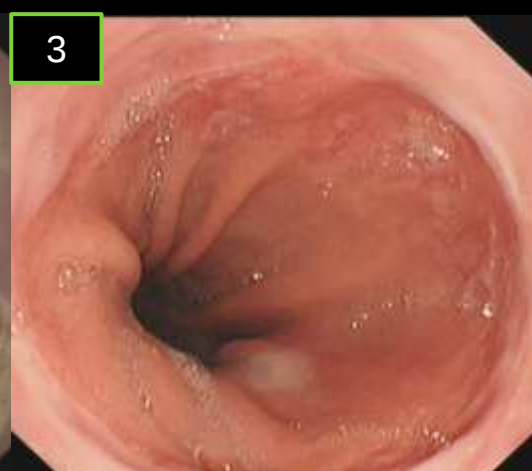
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ КОАГУЛЯЦИЯ при пищеводе Барретта



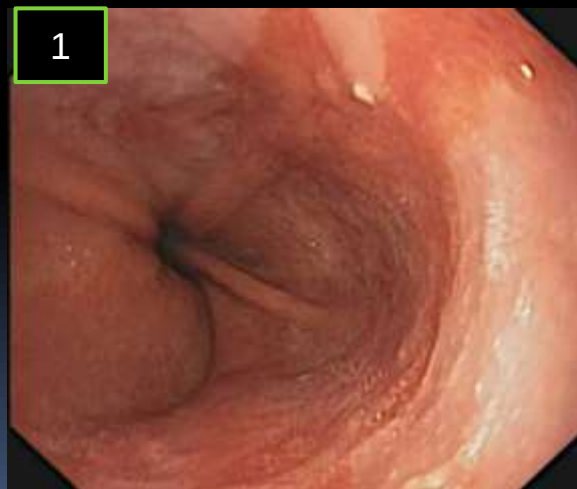
Пищевод Барретта C1M3



Аргонплазменная коагуляция



Через 3 месяца после



Пищевод Барретта C1M2,5



Аргонплазменная коагуляция



Через 6
месяцев после

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ АРГНОПЛАЗМЕННАЯ КОАГУЛЯЦИЯ

при пищеводе Барретта

- Профилактическая АПК слизистой оболочки пищевода при пищеводе Барретта без дисплазии эпителия **не рекомендована**

ESGE Position Statement on Barrett's Esophagus, 2016

- Аргонплазменную коагуляцию **не следует** выполнять при пищеводе Барретта **без дисплазии** вследствие невысокого риска его малигнизации

ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus, 2015

- После выполнения эндоскопической аргонплазменной коагуляции больным с ПБ рекомендована **длительная терапия ИПП**

BOB CAT: A Large-Scale Review and Delphi Consensus for Management of Barrett's Esophagus With No Dysplasia, Indefinite for, or Low-Grade Dysplasia Am J Gastroenterol. 2015 May; 110(5): 662–682.

- Даже на фоне терапии ИПП после АПК **рецидив** пищевода Барретта развивается в **30 – 47% наблюдений** при сроках наблюдений до 2 лет и в **67% -** при мониторинге в течение 4 лет

M. Kahaleh, Long-term Follow-Up and Factors Predictive of Recurrence in Barrett's Esophagus Treated by Argon Plasma Coagulation and Acid Suppression, 2002

- Применение **гибридной АПК** с введением в подслизистый слой физиологического раствора позволяет повысить **радикальность вмешательства до 75%**, однако **отдаленных результатов пока не опубликовано**

Manner H. Efficacy and safety of Hybrid-APC for the ablation of Barrett's esophagus, 2016



ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ при пищеводе Барретта



Kamar Belghazi. Current Controversies in Radiofrequency Ablation Therapy for Barrett's Esophagus. Curr Treat Options Gastroenterol. 2016; 14: 1–18. Published online 2016 Feb 19. doi: 10.1007/s11938-016-0080-4

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ при пищеводе Барретта

- Применение РЧА слизистой оболочки пищевода Барретта рекомендуется при множественных фокусах интраэпителиальной неоплазии высокой степени в пределах его сегмента
- Профилактическая РЧА слизистой оболочки пищевода при пищеводе Барретта без дисплазии эпителия не рекомендована
- РЧА следует выполнять после эндоскопического удаления очагов интраэпителиальной неоплазии высокой степени и внутрислизистой аденокарциномы для всего сегмента пищевода Барретта

ESGE Position Statement on Barrett's Esophagus, 2016

- Тотальная РЧА всего сегмента пищевода Барретта рекомендуется пациентам с подтвержденной интраэпителиальной неоплазией низкой степени (слабой дисплазией) метаплазированного эпителия

Falk GW, ACG Updated Guidelines for Diagnosing and Managing Barrett Esophagus, 2016

- РЧА обеспечивает элиминацию интраэпителиальной неоплазии высокой степени эпителия пищевода Барретта в 81% - 91% наблюдений, кишечной метаплазии без дисплазии эпителия – только в 53% наблюдений

Shaheen NJ, Sharma P. Radiofrequency ablation in Barrett's esophagus with dysplasia, 2009

- Основными осложнениями РЧА являются формирование рубцовых стриктур пищевода (3 – 7%) и развитие болевого синдрома непосредственно после вмешательства (8%)

P. Orman. Efficacy and Durability of RFA for Barrett's Esophagus: Systematic Review and Meta-analysis, 2013



ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ АБЛАЦИЯ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА

не рекомендована без дисплазии эпителия



STATEMENT 8

Prophylactic endoscopic therapy (such as ablation therapy) for non-neoplastic BE should not be performed.



После аргон-плазменной коагуляции



После радиочастотной абляции

«Прорастание» подлежащей кишечной метаплазии



Плоский эпителий

Скрытые железы

- Аргон-плазменная коагуляция, в том числе – гибридная, позволяет уменьшить длину сегмента пищевода Барретта, однако не снижает риска его малигнизации
- Частота развития аденокарциномы пищевода после аргон-плазменной коагуляции пищевода Барретта не отличается от таковой у больных без эндоскопического лечения
- Высокий риск наличия «скрытых» желез, выстланных метаплазированным железистым эпителием должно снизить энтузиазм в лечении больных с пищеводом Барретта с помощью радиочастотной абляции

Sie, 2013

Milashka, 2014

Spechler SJ, 2013



ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ФУНДОПЛИКАЦИЯ

при пищеводе Барретта

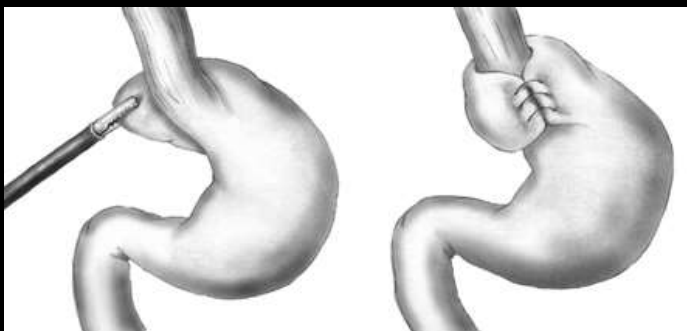


Схема
оперативного вмешательства

Антирефлюксная хирургия может быть рекомендована **только больным с** **пищеводом Барретта**, **рефрактерным к** **терапии ИПП**. Применение ингибиторов протонной помпы – наиболее эффективный вариант канцерпревенции при пищеводе Барретта

Does Barrett's esophagus regress after surgery (or proton pump inhibitors)?, Spechler SJ., 2014

Если терапия ИПП у больного пищеводом Барретта неэффективна, необходимо дообследование, возможно – смена ингибитора протонной помпы, **не следует прибегать к хирургическому вмешательству не разобравшись в клинической ситуации**

Antireflux surgery in the proton pump inhibitor era.,
Bulsiewicz WJ, 2012

Фундопликация эффективна в купировании симптомов ГЭРБ, однако такое хирургическое вмешательство **не снижает риска** развития **аденокарциномы** у больных с пищеводом Барретта.

Impact of laparoscopic Nissen fundoplication on non-complicated Barrett's esophagus.,
Mohamed AA, 2011

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ

больных с пищеводом Барретта



STATEMENT 3

Endoscopic surveillance of BE is recommended.

Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement, 2017

Дисплазия	ACG	ASGE	AGA	BSG	SFED
Нет	Каждые 3 года	Либо не проводить, либо 1 раз в 3 – 5 лет	1 раз в 3 – 5 лет	До 3 см – каждые 3 – 5 лет, более 3 см – каждые 2 – 3 года	До 3 см – каждые 5 лет, от 3 см до 6 см – каждые 3 года, более 6 см – каждые 2 года
Слабая	Повторить исследование через 6 месяцев, если нет тяжелой дисплазии – 1 раз в год	Повторить исследование через 6 месяцев, если нет тяжелой дисплазии – 1 раз в год	1 раз в 6 – 12 месяцев	Повторить исследование через 3 месяца, если нет тяжелой дисплазии – 1 раз в 6 месяцев	Повторить исследование, затем – 1 раз в 6 месяцев, а через 1 год – 1 раз в год
Тяжелая	Эндоскопическое лечение или 1 раз в 3 месяца	Эндоскопическое лечение или 1 раз в 3 месяца	Эндоскопическое лечение или 1 раз в 3 месяца	Эндоскопическое лечение	Эндоскопическое или хирургическое лечение

- Эндоскопическое исследование должно быть выполнено немедленно при изменении симптоматики (снижение веса, анемия, дисфагия, рвота и т.п.)
- Впервые выявленная **тяжелая дисплазия** – показание к **эндоскопическому лечению**, а не к включению в мониторинг
- **Мониторинг не рекомендуется** в случаях наличия **кишечной метаплазии** в области кардиоэзофагеального перехода

Old O., Oesophagus Surveillance versus endoscopy at need Study (BOSS): protocol and analysis plan for a multicentre randomized controlled trial. J Med Screen. 2015 Sep;22(3):158-64.

BOSS



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ



Отдел эндоскопии МНИОИ им. П.А. Герцена
Руководитель – к.м.н. Пирогов Сергей Сергеевич