

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТТА

[П. А. Платонов^{1,2}, В. В. Анищенко^{1,2}, В. Г. Куликов³, Ю. М. Ковган^{1,2}, Е. А. Шмакова^{1,2}](#)

¹НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск-Главный ОАО „РЖД“»
(г. Новосибирск)

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава
России (г. Новосибирск)

³ФГБУН «Институт химической биологии и фундаментальной медицины» СО РАН
(г. Новосибирск)

Выполнен анализ ближайших результатов лечения пациентов с гастроэзофагеальнорефлюксной болезнью IV степени, осложненной пищеводом Барретта, методом эндоскопической аргон-плазменной коагуляции. Дана характеристика имевшихся осложнений как в раннем послеоперационном периоде, так и в позднем, предложена предпочтительная тактика наблюдения, лечения и ведения данной категории больных. В статье анализируется воздействие аргон-плазменной коагуляции на слизистую и сроки последующего оперативного вмешательства — фундопликации.

Ключевые слова: пищевод Барретта, аргон-плазменная коагуляция, гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, метаплазия, лапароскопическая фундопликация, эндоскопическая диагностика.

Платонов Павел Александрович — ассистент кафедры хирургии ФПК и ППВ ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», врач-хирург хирургического отделения гастроэнтерологического центра НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск-Главный ОАО „РЖД“», рабочий телефон: 8 (383) 229-32-73, e-mail: hir_fpk@mail.ru

Анищенко Владимир Владимирович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии ФПК и ППВ ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», руководитель гастроэнтерологического центра НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск-Главный ОАО „РЖД“», рабочий телефон: 8 (383) 229-35-22, e-mail: avv1110@yandex.ru

Куликов Виталий Геннадьевич — кандидат медицинских наук, заведующий лабораторией лучевой диагностики ФГБУН «Институт химической биологии и фундаментальной медицины», e-mail: kulikov_vitalii@mail.ru

Ковган Юлий Михайлович — аспирант кафедры хирургии ФПК и ППВ ГБОУ ВПО

«Новосибирский государственный медицинский университет», врач-хирург
хирургического отделения гастроэнтерологического центра НУЗ «Дорожная клиническая
больница на ст. Новосибирск-Главный ОАО „РЖД“», e-mail: kovgan_julius@inbox.ru

Шмакова Елена Алексеевна — аспирант кафедры хирургии ФПК и ППВ ГБОУ ВПО
«Новосибирский государственный медицинский университет», врач-хирург
хирургического отделения гастроэнтерологического центра НУЗ «Дорожная клиническая
больница на ст. Новосибирск-Главный ОАО „РЖД“», e-mail: shmakova.elena7@mail.ru

Введение. Согласно Многоцентровому исследованию Эпидемиология
гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в России («МЭГРЕ», 2010)
распространенность заболевания ГЭРБ варьирует от 11,6 до 23,6 %. Частота выявления
пищевода Барретта (ПБ), по данным того же исследования, составляет 1,5–4,0 %
в среднем по популяции. Данные Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации в 2008–2011 годах указывают на частоту встречаемости ПБ
в среднем 350 случаев на 100 000 населения. По тем же данным, рак пищевода составил
2,5 % у мужчин и 0,6 % у женщин от всех онкологических заболеваний [1, 3].
Наблюдается вытеснение плоскоклеточного рака аденокарциномой пищевода (АКП),
роль ПБ здесь очевидна. Н. Pohl показал неуклонный рост развития случаев АКП
в развитых странах, который увеличился на 600 % [5]. Риск развития АКП у пациентов
с ПБ (метапластические изменения) составляет около 0,5 % случаев в год [4], на фоне
дисплазии высокой степени достигает 6 % [2]. У больных с диагностированным раком
пищевода летальность в течение года с момента установления диагноза превышает 60 %,
пятилетняя выживаемость не превышает 10–20 % [3]. Формирование АКП происходит
следующим образом: кишечная метаплазия (КМ) — дисплазия — аденокарцинома [6].

Цель исследования: улучшить результаты эндохирургического лечения пациентов с ГЭРБ,
осложненной развитием ПБ.

Материалы и методы. Эндоскопическое заключение ПБ за период набора материала
в группу исследования было установлено у 216-ти пациентов. Биоптаты брались из всех
подозрительных участков. В дальнейшем проведено сопоставление эндоскопического
и морфологического заключений. Морфологическое подтверждение ПБ к первичному
эндоскопическому заключению получено в — 187-ми (86,5 %) случаях. Из них
желудочная метаплазия — 104 (48,1 %), КМ — 73 (33,8 %), кардиальный эпителий — 23
(10,6 %), дисплазия низкой степени (ДНС) — 6 (2,8 %), многослойный плоскоклеточный
эпителий — 6 (2,8 %), дисплазия высокой степени — 3 (1,4 %), АКП — 1 (0,5 %). В группу
исследования включены 69 пациентов с ПБ, из них 43 пациента — мужчины
и 26 женщины, средний возраст составил $46,49 \pm 12,7$ года.

Всем пациентам проведена Rg-скопия пищевода и желудка. В 54-х (78,2 %) случаях
выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), из которых кардиальные
грыжи — 52 пациента (96,3 %), кардиофундальные грыжи — 2 пациента (3,7 %).
Фиксированные ГПОД диагностированы у 39-ти пациентов (72,2 %), скользящие ГПОД —
у 15-ти (27,8 %). В 15-ти случаях (21,8 %) ПБ развился на фоне изолированного ГЭР.

Морфологически в группе исследования КМ встречена в 63-х (91 %) случаях, ДНС —
в 6-ти (9 %) случаях. Эндоскопическая картина степени выраженности эзофагита
оценивалась по классификации LosAngeles 1996. Рефлюкс эзофагит А не отмечен,
рефлюкс эзофагит В — 14 наблюдений (20,3 %), рефлюкс эзофагит С — 19 больных

(27,5 %), рефлюкс эзофагит D — 36 случаев (52,2 %). Также использовалась классификация эзофагитов (подгруппа Барретта), принятая согласно Монреальскому консенсусу в 2004 году. Длинный сегмент ПБ выявлен в 47-ми случаях, что составило 68,1 %, короткий сегмент ПБ — в 22-х случаях (31,9 %). Мы сопоставили данные рентгенографии к длине сегмента Барретта. У больных с ГПОД короткие сегменты зарегистрированы в 10-ти наблюдениях (18,5 %), длинные сегменты — 44 случая (81,5 %). В группе с изолированным ГЭРБ (15 больных) длина сегментов следующая: короткие сегменты — 12 случаев (80 %), длинные сегменты — 3 случая (20 %).

Для проведения аргон-плазменной коагуляции (АПК) измененной слизистой пищевода использовалась электрохирургическая станция ERBE, режим FORSED APC, зонд «APC-Sonde» с диаметром 2,3 мм, длиной 2,2 м. Мощность генератора 40–50 Вт, скорость подачи аргона — 2,0–2,5 л/мин. Для точного определения топографии метаплазии слизистой применялось орошение участков водным раствором Люголя, Zoom-эндоскопия, а также режим NBI.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде после АПК 56 больных (81,2 %) предъявляли жалобы на боли за грудиной, дисфагию — 42 наблюдения (60,9 %), гипертермию — 11 больных (15,9 %). У 2-х (2,9 %) больных выявлен реактивный гидроторакс. В отдаленном послеоперационном периоде через 2 недели после АПК в 3-х (7,1 %) наблюдениях сформировалась стриктура нижней трети пищевода. Этим пациентам проведены баллонные дилатации пищевода под Rg-контролем (баллон фирмы Cook d20, L80 мм), после чего дисфагия купирована.

После проведения АПК всем пациентам рекомендовали прием блокаторов протонной помпы (Омез, Нольпаза, Париет) и стимуляторов моторики желудочно-кишечного тракта (Мотилиум, Ганатон). Контрольная эзофагоскопия выполнена в 60-ти случаях (9 пациентов прооперированы после АПК на 4–7-е сутки в объеме лапароскопическая фундопликация — ЛФ) в среднем через 1 месяц после АПК, необходимым условием было проведение мультифокальной биопсии. У 5-ти пациентов после контрольного исследования сохранялись участки КМ, в связи с чем понадобилась повторная АПК, после которой на контрольном исследовании метаплазии не выявлено.

Вторым этапом хирургического лечения мы проводили ЛФ. У пациентов (9 случаев), которым фундопликация проведена в ранние сроки после АПК, на 4–7-е сутки — интраоперационно отмечен значительный отек пищевода и периезофагит. У этих пациентов в послеоперационном периоде в 100 % случаев отмечена дисфагия.

Учитывая первый опыт «технически сложных» ЛФ, в ранние сроки после проведенных АПК последующим пациентам выполнена эндосонография, по данным которой выявлено значительное утолщение стенки пищевода после проведения АПК ($12,85 \pm 0,29$ мм), купируемое в среднем через месяц после АПК ($6,55 \pm 1,66$ мм).

Комплексно (АПК + ЛФ) прооперировано 52 пациента (17 пациентов после проведенной АПК от ЛФ воздержались, мотивируя это отсутствием ПБ). Таким образом, эффективность АПК в нашем исследовании составила 72,5 %, соответственно в 27,5 % случаев контрольных исследований морфологически определялась цилиндроклеточная метаплазия, при этом на долю сохраняющейся КМ пришлось 8,3 % (5 случаев), желудочная метаплазия выявлена в 23,3 % (14 случаев). По данным отсроченных контрольных обследований, которые проведены не ранее 6-ти месяцев после ЛФ, участки КМ выявлены в 5,7 % случаев (3 пациента), следовательно, эффективность комплексного лечения больных с ПБ составила 94,3 % (49 случаев). Следует отметить,

что у пациентов, получивших комплексное лечение, имеющих на контрольном обследовании ПБ (3 пациента), выявлен рецидив рефлюкса без рецидива ГПОД (в последующем этим пациентам проведены повторные сеансы АПК, и рекомендован пожизненный прием блокаторов протоновой помпы). Данных за ДНС, дисплазию высокой степени, АКП при контрольном морфологическом исследовании не получено.

Заключение. Таким образом, АПК является эффективным, малоинвазивным и безопасным методом лечения пациентов с ПБ. В послеоперационном периоде необходима медикаментозная антирефлюксная и антисекреторная терапия. В дальнейшем, после проведения контрольного обследования, показана ЛФ. Раннее выполнение фундопликации после АПК не рекомендуется ввиду тяжести выполнения оперативного вмешательства и частого развития послеоперационной дисфагии.

Список литературы

1. Давыдов М. И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 году / М. И. Давыдов, Е. М. Аксель // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2011. — Т. 22, № 3 (85), прил. 1. — С. 3-172.
2. Рекомендации по обследованию и лечению больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью : пособие для врачей / В. Т. Ивашкин [и др.]. — М., 2001.
3. Чиссов В. И. Состояние онкологической помощи населению России в 2011 году / В. И. Чиссов, В. В. Старинский, Г. В. Петрова. — М. : МНИОИ им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития России, 2012.
4. The incidence of oesophageal adenocarcinoma in non-dysplastic Barrett's oesophagus : a meta-analysis / T. K. Desai [et al.] // Gut. — 2012. — N. 61. — P. 970-976.
5. Pohl H. The role of overdiagnosis and reclassification in the marked increase of esophageal adenocarcinoma incidence / H. Pohl, H. G. Welch // J. Natl. Cancer. Inst. — 2005. — Vol. 97, N 2. — P. 142-146.
6. A critical review of the diagnosis and management of Barrett's esophagus : the AGA Chicago Workshop / P. Sharma [et al.] // Gastroenterology. — 2004. — Vol. 127, N 1. — P. 310-330.

ENDOSURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH BARRETT'S ESOPHAGUS

[P. A. Platonov^{1,2}, V. V. Anishchenko^{1,2}, V. G. Kulikov³, Y. M. Kovgan^{1,2}, E. A. Shmakova^{1,2}](#)

¹NHE «Road clinic hospital PLC The Russian Railways (RZhD)» (Novosibirsk)

²SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk)

³FSBHE «Institute of chemical biology and fundamental medicine» SB RAS (Novosibirsk)

The analysis of immediate results of treatment of patients with gastroesophageal reflux disease of the IV degree complicated with Barrett's esophagus by method endoscopic argon-plasma coagulation is presented in the article. The characteristic of complications both in the early postoperative period, and in late is contributed, preferable tactics of supervision, treatment and maintaining of this category of patients is offered. The influence of argon — plasma coagulation on mucous and terms of the subsequent surgery — fundoplication is analyzed in the article.

Keywords: Barrett's esophagus, argon-plasma coagulation, gastroesophageal reflux disease, hernia of esophageal opening of diaphragm, metaplasia, laparoscopic fundoplication, endoscopic diagnostics.

About authors:

Platonov Pavel Aleksandrovich — assistant of surgery chair of FAT & PDD at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», surgeon of surgical unit of gastroenterological center at NHE «Road clinic hospital PLC The Russian Railways (RZhD)», office phone: 8 (383) 229-32-73, e-mail: pplatonoff@mail.ru

Anishchenko Vladimir Vladimirovich — doctor of medical science, professor, head of surgery chair of FAT & PDD at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», principal of gastroenterological center at NHE «Road clinic hospital PLC The Russian Railways (RZhD)», office phone: 8 (383) 229-35-22, e-mail: AVV1110@yandex.ru

Kulikov Vitaly Gennadevich — candidate of medical science, head of laboratory of radiodiagnosis of FSBHE «Institute of chemical biology and fundamental medicine» SB RAS, e-mail: kulikov_vitalii@mail.ru

Kovgan Yuliy Mikhaylovich — post-graduate student of surgery chair of FAT & PDD at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», surgeon of surgical unit of gastroenterological center at NHE «Road clinic hospital PLC The Russian Railways (RZhD)», e-mail: kovgan_julius@inbox.ru

Shmakova Elena Alekseevna — post-graduate student of surgery chair of FAT & PDD at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», surgeon of surgical unit of gastroenterological center at NHE «Road clinic hospital PLC The Russian Railways (RZhD)», e-mail: shmakova.elena7@mail.ru

List of the Literature:

1. Davydov M. I. Statistics of malignant neoplasm in Russia and the CIS countries in 2009 / M. I. Davydov, E. M. Axel // Bulletin of ROISC n. a. N. N. Blokhin of the Russian Academy of Medical Science. — 2011. — Vol. 22, N 3 (85), enc. 1. — P. 3-172.
2. Recommendations on inspection and treatment of patients with gastroesophageal reflux disease: guidance for doctors / V. T. Ivashkin [et al.]. — M., 2001.
3. Chissov V. I. State of oncological help to the population of Russia in 2011 / V. I. Chissov, V. V. Starinsky, G. V. Petrova. — M. : MSIOR n. a, P. A. Herzen of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, 2012.
4. The incidence of oesophageal adenocarcinoma in non-dysplastic Barrett's oesophagus : a meta-analysis / T. K. Desai [et al.] // Gut. — 2012. — N. 61. — P. 970-976.
5. Pohl H. The role of overdiagnosis and reclassification in the marked increase of esophageal adenocarcinoma incidence / H. Pohl, H. G. Welch // J. Natl. Cancer. Inst. — 2005. — Vol. 97, N 2. — P. 142-146.
6. A critical review of the diagnosis and management of Barrett's esophagus : the AGA Chicago Workshop / P. Sharma [et al.] // Gastroenterology. — 2004. — Vol. 127, N 1. — P. 310-330.