



ПЕРСОНАЛЬНОЕ ВИДЕНИЕ ПЕРСПЕКТИВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 10-ГО OESO КОНГРЕССА

David A. Peura

Университет Вирджинии, США
Charlottesville Virginia, USA

28–31 августа 2010 года в Бостоне состоялся 10-й Всемирный конгресс OESO (Всемирная организация, специализирующаяся на изучение болезней пищевода), основной темой был пищевод Барретта. Ученые, клинические исследователи и топ-лидеры по этой теме со всего мира представили самую последнюю информацию по вопросам патогенеза, диагностики и ведению больных с этим предраковым состоянием. Полностью труды этого конгресса будут опубликованы в следующем году в прессе Нью-йоркской академии наук, чтобы представить всем клиницистам и ученым, интересующимся патологией пищевода, самые последние данные по этой проблеме.

В связи с этим я намерен представить одно из моих исследований, с которым я выступал на конгрессе, касающееся диспластического пищевода Барретта и ранних стадий аденокарциномы пищевода.

Во-первых, количество больных ГЭРБ в западных странах увеличивается на фоне увеличения частоты ожирения и нездорового образа жизни среди населения. ГЭРБ — фактор риска развития аденокарциномы при пищеводе Барретта и поэтому играет определенную роль в развитии карциногенеза. В настоящее время предполагается, что под влиянием постоянного воздействия кислоты на пищевод и под влиянием определенных генетических факторов и факторов внешней среды метапластический барреттовский эпителий проходит стадии низко- и высококодифференцированной дисплазии (которые могут спонтанно регрессировать или поддаваться эндоскопическому лечению) и ранних стадий ограниченного слизистого рака (который может быть излечен некоторыми эндоскопическими методиками), прежде чем разовьется поздняя стадия агрессивного рака.

Хотя полностью неясно значение указанных выше факторов и временного фактора в прогрессировании этого процесса, тем не менее уменьшение

воздействия кислоты на пищевод с помощью ингибиторов протонной помпы и периодический эндоскопический контроль являются основными компонентами ведения больных с пищеводом Барретта. Применение ингибиторов протонной помпы может замедлять прогрессирование метаплазии в дисплазию и затем в аденокарциному пищевода, и наблюдение дает возможность обнаружить высококодифференцированную дисплазию, когда она еще может быть удалена и когда аденокарцинома пищевода остается ограниченной в пределах пищевода и, следовательно, излечима.

Большой срок лечения ингибиторами протонной помпы еще недостаточен для определения того, что они значительно снижают последующее развитие аденокарциномы пищевода. Хотя имеются данные, дающие основания предполагать, что ингибиторы протонной помпы могут предотвращать или замедлять прогрессирование пищевода Барретта в дисплазию и аденокарциному пищевода. Ингибиторы протонной помпы, возможно, могут способствовать регрессии низко- и высококодифференцированной дисплазии, однако не полностью предотвращать их прогрессирование в аденокарциному пищевода. В настоящее время имеются данные, показывающие роль ингибиторов протонной помпы отдельно или совместно с эндоскопическим лечением, но не в хемотрепревенции у больных с пищеводом Барретта.

Традиционным методом лечения при высококодифференцированной дисплазии и аденокарциноме пищевода было хирургическое вмешательство — эзофагэктомия. Однако эзофагэктомия, даже выполненная в высококвалифицированном центре, имеет высокую степень осложнений, смертности и значительно снижает качество жизни. Появившиеся новые эндоскопические техники дают возможность более точной диагностики пищевода Барретта (высокая степень разрешения, увеличение изображения), большие возможности для исследования образцов

ткани (ультрасонография, эндоскопическая резекция слизистой), лучшие возможности для удаления очагов метаплазии, дисплазии и даже для ограничения пораженной слизистой при аденокарциноме пищевода (радиочастотное удаление, криотерапия, фотодинамическая терапия). Хотя эти методики переносятся значительно лучше, чем хирургическое вмешательство, однако длительность их эффективности при пищеводе Барретта еще требует изучения. Информация по сравнению результатов эндоскопического и хирургического лечения высококодифференцированной дисплазии и аденокарциномы пищевода все еще ограничена и недостаточно проконтролирована. Тем не менее доступная в настоящее время информация позволяет предполагать, что опытные эндоскописты и опытные хирурги имеют примерно одинаковые ближайшие и отдаленные результаты. Результаты рук менее опытных эндоскопистов и хирургов неизвестны.

В каждом отдельном случае необходимо учитывать более высокую возможность рецидива аденокарциномы при эндоскопическом лечении и в то же время большее число побочных эффектов при хирургическом вмешательстве. Эндоскопическое удаление слизистой эффективно и обычно хорошо переносится.

Следует ли весь метапластический эпителий удалять эндоскопически или эндоскопическое удаление слизистой осуществлять только при осложненном пищеводе Барретта — вопрос спорный.

Если эндоскопическое лечение давало бы ощутимое снижение риска развития рака и снимало необходимость периодического контроля, это снижало бы стоимость обслуживания таких больных, и тогда было бы целесообразно применять его у всех больных с пищеводом Барретта.

Результаты эндоскопического удаления (обычно после него следует лечение ингибиторами протонной помпы) демонстрирует полную ремиссию барреттской дисплазии (как при высококодифференцированной, так и при низкодифференцированной дисплазии) примерно в 80% случаев на протяжении до двух лет.

Полное эндоскопическое удаление метапластического эпителия Барретта возможно примерно

в 70% случаев. Однако остаточная метаплазия, дисплазия и, возможно, чешуйчатая метаплазия, возникшая после удаления, заключают в себе остаточный риск развития рака, хотя и сниженный. Поэтому всем эндоскопистам, занимающимся пищеводом Барретта, рекомендуется длительное наблюдение за этими больными, чтобы определить, насколько действительно эффективно эндоскопическое лечение в предупреждении развития аденокарциномы пищевода. Дополнительное изучение необходимо также, чтобы поддержать рекомендацию эндоскопического лечения больным с неосложненной метаплазией.

Выбор правильной тактики лечения затрудняется, учитывая не всегда ясную картину со стороны эпителия, что создает трудности с постановкой правильного диагноза. Так должен ли при пищеводе Барретта обязательно присутствовать любой цилиндрический эпителий или должен иметь место его специальный кишечный тип? Трудности гистологической диагностики дисплазии (и даже самого пищевода Барретта) делают трудным определение клинической прогрессии или регрессии. В одинаковой ли степени длинные и короткие сегменты (языки) пищевода Барретта одинаково подтверждают риск развития в дальнейшем высококодифференцированной дисплазии или аденокарциномы пищевода? Одинаковы ли предзлокачественные изменения при очаговой и диффузной или плоской и узловой дисплазии? В результате чего такие разноречивые данные прогрессирования высокочастотной дисплазии в аденокарциному пищевода (от 15 до 50%). Последние данные предполагают, что в США действительно идет увеличение аденокарцином пищевода. Возможно ли, что снижение числа факторов риска, таких как ГЭРБ и ожирение, снизит число аденокарцином пищевода? Возможно ли изменение прогрессирования этой патологии? Необходимо ли соответствующим больным чаще проводить лечение такими защитными факторами, как ингибиторы протонной помпы, NSAID's? Имеет ли значение обнаружение более ранних стадий заболевания и соответственно более раннее вмешательство? На все эти вопросы должны ответить исследователи и клиницисты, занимающиеся пищеводом Барретта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pohl H., Sirovich B., Welch H. G. Встречаемость аденокарциномы пищевода: достигаем ли мы пика? // *Cancer Epidemiol. Biomarker Prev.* — 2010. — Vol. 19, № 6. — P. 1468–1470.
2. Yarsef F., Cardwell C., Cantwell M. M. et al. Частота рака пищевода и высококодифференцированной дисплазии в пищеводе Барретта: обзор и метаанализ // *Am. J. Epidemiol.* — 2008. — Vol. 168, № 3. — P. 237–249.
3. Shaheen N. J., Frantz D. J. Когда рассматривается вопрос о прекращении эндоскопического лечения пищевода Барретта? // *Curr. Opin. Gastroenterol.* — 2010. — Vol. 26, № 4. — P. 361–366.
4. El-Serag H. B., Aguirre T. V., Davis S. et al. Ингибиторы протонной помпы связаны со снижением частоты дисплазии при пищеводе Барретта // *Am. J. Gastroenterol.* — 2004. — Vol. 99, № 10. — P. 1877–1883.