Ив. Тишков,
П. Карагьозов
Отделение по Интервенционална Гастроентерология, Клиника по Гастроентерология "Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда" - София

БАРЕТОВ ХРАНОПРОВОД – СЪВРЕМЕНЕН ПОДХОД И ЛЕЧЕНИЕ

Ключови думи:
Аденокарцином на хранопровода; Баретов хранопровод; Дисплазия; Интестинална метаплазия;

Баретовият хранопровод (БХ) е придобито състояние, характеризиращо се със заместване на нормалния сквамозен епител в дисталната част на хранопровода с метапластичен цилиндричен епител - интестинален тип (колонен епител с гоблетови клетки). Клиничният интерес към БХ произтича в голяма степен предвид връзката му с аденокарцинома на хранопровода - интестиналната метаплазия се счита за междинен етап във възникването му – хистологична прогресия и последователност от нискостепенна дисплазия до високостепенна дисплазия, интрамукозен и инвазивен карцином. Рискови фактори за развитие включват мъжки пол, ГЕРБ, възраст над 50 г., затлъстяване от централен тип, тютюнопушене и алкохол, фамилна анамнеза за БХ. От голяма важност за прогнозата и поведението на проследяване е определянето на дължината на баретовия сегмент, както и наличието на дисплазия. Установяването на фокуси на дисплазия при проследяването на БХ и ключов момент в лечението. Въвеждането на нови ендоскопски методики, като радиофреквентна аблация и ендоскопски техники на резекция (EMR, ESD) остават на заден план използваното в миналото хирургичното лечение с езофаготомия.

Баретовият хранопровод (БХ) е придобито състояние, най-често резултат от хронична гастроезофагеална рефлуксна болест - ГЕРБ, характеризиращо се с метаплазия на нормалния стратифициран плоскоклетъчен епител в дисталната част на хранопровода, ≥1 cm над гастроезофагеалната връзка, с цилиндричен – видим макроскопски и потвърден хистологично. Хистологичните варианти на цилиндроклетъчната баретова метаплазия са: метаплазия от стомашен тип - кардиален и фундусен, и метаплазия от интестинален тип (колонен епител с гоблетови клетки). Единствено баретовият хранопровод с интестинална метаплазия има малигнен потенциал и е облигатна преканцероза за развитието на аденокарцином на хранопровода, като съществуват различия в индивидуалния малигнен риск – в зависимост от наличието на фокуси на дисплазия, дължината на баретовия сегмент и др.

Рискови фактори за развитие на Баретов хранопровод на базата на клинични проучвания и мета-анализи са: ГЕРБ (счита се за основен рисков фактор), възраст над 50 г., затлъстяване, ЗД тип 2 (метаболитен синдром), мъжки пол (до 2:1 по-чест при мъже), тютюнопушене и алкохол (без убедителни данни), фамилна анамнеза за БХ. Данните показват, че най-често пациентите със затлъстяване от централен тип (90%) и метаболитен синдром (60%) имат баретов сегмент над 3 см. При тези пациенти се препоръчва ендоскопски скрининг, както и при пациенти с повече от два рискови фактора и/или фамилна анамнеза за БХ, аденокарцином на хранопровода. От друга страна, някои противоречиви доклади показват, че инфекцията с H. pylori, и по-специално вирулентните cagA щамове, могат да профилактират развитието на БХ и прогресията до аденокарцином.

Златният стандарт за оценка на БХ е високо резолюционна ендоскопия с бяла светлина (white-light endoscopy) с биопсии, извършени съгласно протокола от Сиатъл – 4 биопсии (от 4 различни квадранта) на интервал от 2 см при пациенти без установена дисплазия, и на интервал от 1 см – при пациенти с предходно установена дисплазия, започвайки от горния край на стомашните гънки, както и насочени биопсии от ендоскопски видими лезии. Биопсиите от всяко ниво трябва да бъдат събрани и предоставени на патолога в отделни

И. Тишков,
П. Карагьозов
Отделение по интервенционална гастроентерология, Клиника по гастроентерология, "Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда" - София

Интервенционални процедури под ехо-ендоскопски контрол

Ключови думи: *ендоскопски ултразвук, терапевтична ехо-ендоскопия, тънкоиглена аспирационна биопсия, невролиза на плексус целиакус, дренаж на панкреасни течни колекции, билиарен дренаж, етанолова аблация.*

В последните години ендоскопската ехография (EUS) се превърна във важна диагностична и терапевтична модалност, неизбежна част от съвременната гастроентерология. Комбинира ендоскопското и високо-резолюционно ултразвуково изследване. Прецизният оглед и достъпът до структури в близост до ГИТ, дават възможност на ендоскопския ултразвук за много интервенционални процедури, изместващи конвенционалните методи за лечение. Въпреки че е постигнат напредък в почти всички области на диагностичната и терапевтичната ехо-ендоскопия, настоящият преглед ще бъде съсредоточен върху тънкоиглената аспирационна биопсия FNA и FNB core биопсията, използването на ендоскопския ултразвук при дренаж на панкреасни течни колекции, невролиза на плексус целиакус, билиарния дренаж, като алтернатива на перкутанния достъп и оперативното лечение, при пациенти с неуспешна конвенционална ERXПГ, дренаж на интраабдоминални абсцеси и жлъчен мехур при остър холецистит, както и етаналовата аблация.

Ендоскопски ултразвук - модерна методика, която комбинира ендоскопско и високо-резолюционно ултразвуково изследване, като в съвременната гастроентерология се използва както в диагностичен, така и в терапевтичен план.

Има два типа апарати за ендоскопски ултразвук, в зависимост от типа на скениране – радиален и линеарен. При радиалния се наблюдава 360 градусов кръгъл образ, перпендикулярен на оста на апарата, чието тяло се намира в центъра на образа – образ, подобен на КТ срез (по-лесен за разчитане). Предимството на този апарат е възможността за бърз оглед на големи части от ГИТ, по-добра оценка на циркумферентни процеси и липсата на слепи участъци. Радиалният ехоендоскоп се използва единствено за диагностика и стадиране, поради липса на оперативен канал.

Основното предимство на линеарния ехоендоскоп пред радиалния е наличието на оперативен канал, което дава възможност както за диагностично, така и за мини-инвазивно терапевтично поведение. При линеарното скениране се генерира образ, паралелен на дългата ос на апарата, което позволява проследяване и прецизно позициониране на инструмента в реално време (*Фиг. 1*).

ОСНОВНИ ИНДИКАЦИИ НА ЕНДОСКОПСКАТА ЕХОГРАФИЯ

- Доказване (хистологична верификация) и локо-регионално стадиране на процеси в гастро-интестиналния тракт (ГИТ).
- Характеристика и стадиране на субмукозни лезии на ГИТ.
- Охарактеризиране и оценка на промени при хроничен панкреатит, хист. верификация при съмнение за ранен панкреасен карцином.
- Уточняване на панкреасни кистични неоплазми, солидни тумори на панкреаса, периампуларни тумори – ехографски белези за малигненост, биохимичен и цитологичен анализ, инжектиране на алкохол.
- Оценка на хепатобилиарна система, холедохолитиаза.
- Верифициране на патологично увеличени абдоминални или медиастинални лимфни възли (неясен произход).
- Верификация на процеси в медиастинум/белодробни тумори.
- Ехоендоскопско еластографско изследване в реално време.
- Контраст-усилено ехографско изследване.
- Невролиза на плексус целиакус (EUS-CPN) при пациенти с панкреасни тумори.
- Блокада на плексус целиакус (EUS-CPB) – при пациенти с хронична абдоминална болка и не-неопластични заболявания.
- Ехо-ендоскопски дренаж при панкреасни псевдокисти, остри колекции, билиарен дренаж.
- Етаналова аблация на солидни и кистични тумори на панкреаса, невроендокринни тумори, метастатични абдоминални лезии.

FNA - ТЪНКОИГЛЕНА АСПИРАЦИОННА БИОПСИЯ/ FNB "CORE" БИОПСИЯ – ПОД ЕХО-ЕНДОСКОПСКИ КОНТРОЛ