

ПИЩЕВОД БАРРЕТТА: СОГЛАСОВАННЫЕ ПОЗИЦИИ

Федоров Е. Д.^{1,2}, Пирогов С. С.³, Белова Г. В.^{4,5}, Михалева Л. М.^{2,6}, Шидий-Закруа А. В.^{1,2}

¹ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова Минздрава России, (ул. Островитянова 1, Москва, 117997, Россия)

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 31 имени академика Г. М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы», (ул. Лобачевского, 42, Москва, 119415, Россия)

³ Московский научноисследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» МЗ РФ, (2-й Боткинский проезд, д. 3, Москва, 125284, Россия)

⁴ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» Федерального медико-биологического агентства, (улица Островитянова, 1, стр. 10, Москва, 117513, Россия)

⁵ ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (ул. Долгоруковская, д. 4, г. Москва, 127006, Россия)

⁶ «Научно-исследовательский институт морфологии человека имени академика А. П. Авцына» Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Российский научный центр хирургии имени академика Б. В. Петровского», (ул. Цюрупы, 3, Москва, 117418, Россия)

Для цитирования: Федоров Е. Д., Пирогов С. С., Белова Г. В., Михалева Л. М., Шидий-Закруа А. В. Пищевод Барретта: согласованные позиции. Клиническая эндоскопия. 2025;67(2):40-41. doi: 10.31146/2415-7813-endo-67-2-40-41.

BARRETT'S ESOPHAGUS: CONSENSUS POSITIONS

E. D. Fedorov¹, S. S. Pirogov², G. V. Belova^{3,4}, L. M. Mikhaleva^{5,6}, A. V. Shidiy-Zakrua^{5,7}

¹ N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, (1, Ostrovityanova St., Moscow, 117997, Russia)

² City Clinical Hospital No. 31 named after Academician G. M. Savelyeva of the Moscow City Health Department, (42, Lobachevsky st., Moscow, 119415, Russia)

³ P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute (MORI) — branch of the National Medical Research Radiological Centre (NMRR) of the Ministry of Health of the Russian Federation, (3, 2nd Botkinsky proezd, Moscow, 125284, Russia)

⁴ Federal Center of the Brain and Neurotechnologies of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, (1, bld. 10, Ostrovityanova street, Moscow, 117513, Russia)

⁵ Moscow State University of Medicine and Dentistry, (4, Dolgorukovskaya st., Moscow, 127006, Russia)

⁶ Avtsyn Research Institute of Human Morphology of Federal state budgetary scientific institution «Petrovsky National Research Centre of Surgery», (3, st. Tsyurupy, Moscow, 117418, Russia)

For citation: Fedorov E. D., Pirogov S. S., Belova G. V., Mikhaleva L. M., Shidiy-Zakrua A. V. Barrett's Esophagus: Consensus Positions. *Filin's Clinical endoscopy*. 2025;67(2): 40-41. (in Russ.) doi: 10.31146/2415-7813-endo-67-2-40-41.

EDN: FJBEMQ



1. Комплекс эндоскопических методов высокого разрешения в белом и узком спектре света с увеличением позволяет гарантированно диагностировать наличие и протяженность сегмента цилиндроклеточной метаплазии в пищеводе и с точностью до 87,8% определить тип метаплазии, а также предсказать наличие дисплазии с чувствительностью 91,3% и специфичностью 100%.
2. Прицельная щипцовая биопсия, детерминированная цифровой оптикой высокого разрешения с применением классификационных систем BING и PREDICT, в сочетании с морфологическим исследованием позволяет диагностировать разновидности цилиндроклеточной метаплазии, а также выявить наличие дисплазии с точностью — 96%, чувствительностью — 92% и специфичностью — 98%.

3. Диагностика дисплазии в сегменте пищевода Барретта требует уточняющего иммуногистохимического исследования с маркером p53.
4. Эндоскопическая диагностика неоплазий пищевода Барретта, особенно ранних форм, представляет значительные трудности при осмотре слизистой оболочки в белом свете. Применение близкофокусной узкоспектральной эндоскопии (NBI Dual Focus) или эндоцитоскопии с увеличением в 520 раз обеспечивает высокую (92,3–96,4% точность диагностики неоплазий пищевода Барретта).
5. Желудочный тип эпителия значимо чаще встречается у пациентов с коротким и ультракоротким сегментом цилиндроклеточной метаплазии, в то время как кишечная метаплазия статистически достоверно чаще ($p=0,0005$) обнаруживается в длинном сегменте цилиндроклеточной метаплазии.

Дисплазия эпителия как легкой, так и тяжелой степени достоверно чаще ($p=0,0001$) выявляется у пациентов с длинным сегментом. Однако эти различия не исключают возможности развития аденокарциномы в коротком сегменте цилиндроклеточной метаплазии.
6. Достоверная патоморфологическая диагностика протяженности и типа цилиндроклеточной метаплазии слизистой оболочки пищевода, а также раннее выявление неопластических изменений обеспечивают своевременный выбор адекватной лечебной тактики. (Л. М. Михалева)
7. Тактика ведения пациентов с пищеводом Барретта определяется коллегиально; в зависимости от тяжести выявленных изменений в состав консилиума входят: врач-эндоскопист, владеющий методами внутриспросветной диагностики, врач-патоморфолог, врач-гастроэнтеролог, интервенционный эндоскопист, лапароскопический хирург, торакоабдоминальный хирург, онколог.
8. Пациенты, у которых выявлена неоплазия/дисплазия эпителия, нуждаются в инвазивных, резецирующих и абляционных методах лечения с последующим регулярным клиническим и эндоскопическим наблюдением. Выявленные на преинвазивной стадии злокачественные новообразования могут быть эффективно излечены с помощью современных внутриспросветных эндоскопических хирургических вмешательств.
9. Пациенты без неопластических/диспластических изменений подлежат консервативному лечению врачом-гастроэнтерологом, с последующим эндоскопическим мониторингом, кратность которого определяется на основании эндоскопических и морфологических (включая иммуногистохимический метод) данных обследования. Выполнение абляционных методик лечения (аргонплазменная коагуляция или радиочастотная абляция) этой группе пациентов не показано.

Решение о выполнении абляционных методик лечения пациентам с пищеводом Барретта, в том числе с длинным сегментом, в отсутствие неопластических/диспластических изменений, принимается на уровне отдельного ЛПУ, после полного и достоверного информирования пациента, в рамках научно-клинического исследования после его одобрения этическим комитетом.