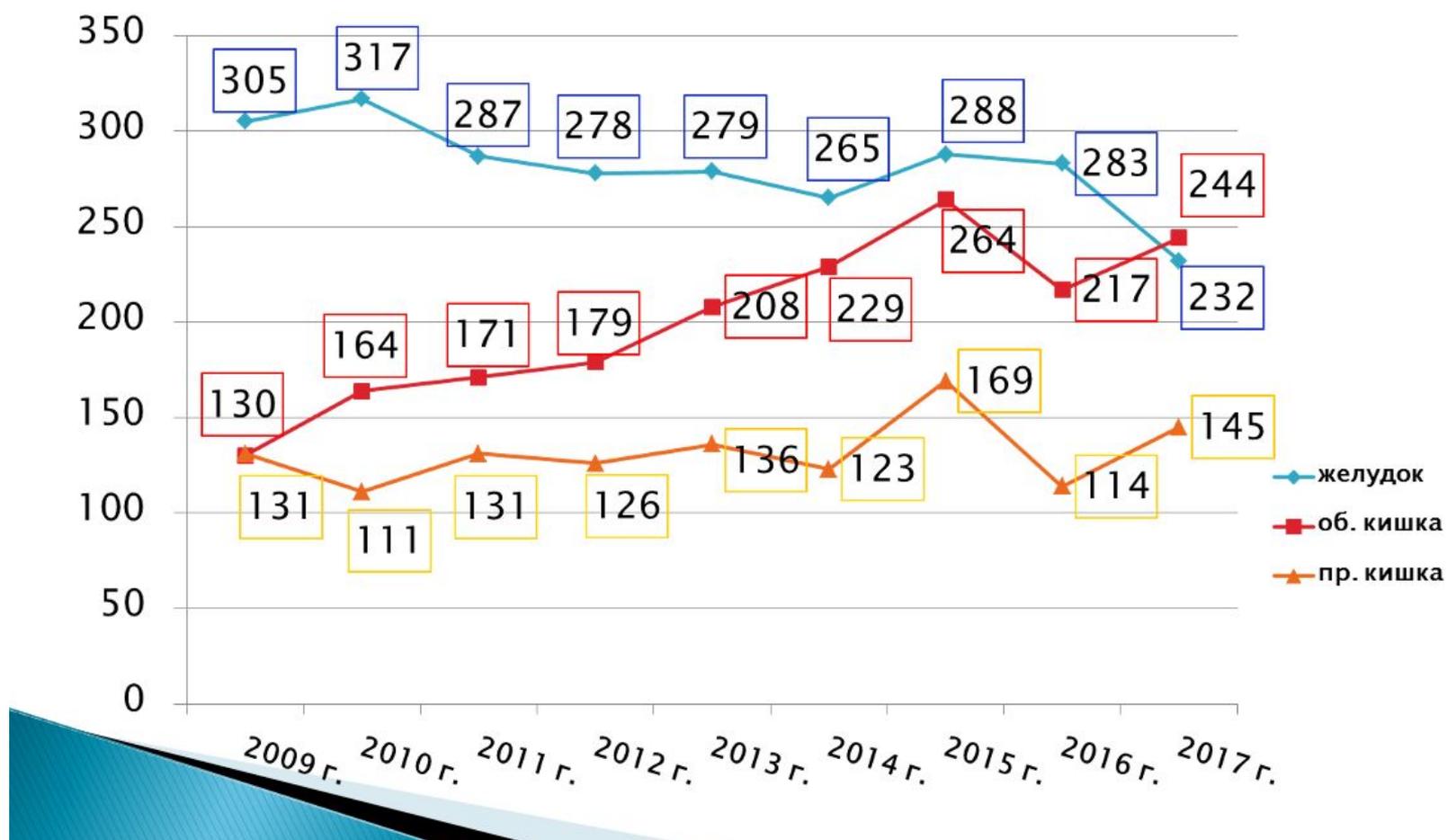


ГБУЗ РМ «Республиканский онкологический  
диспансер»

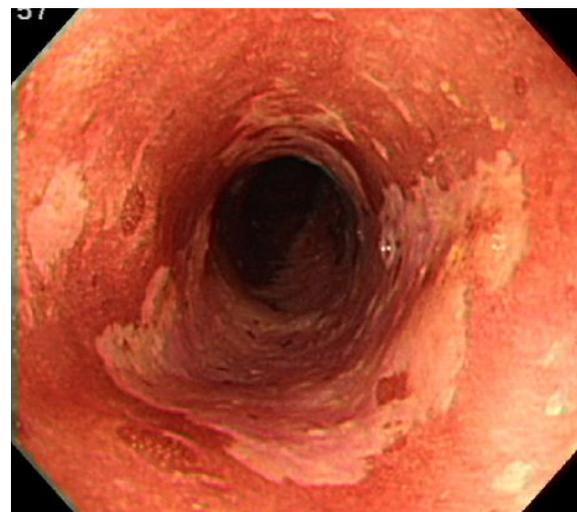
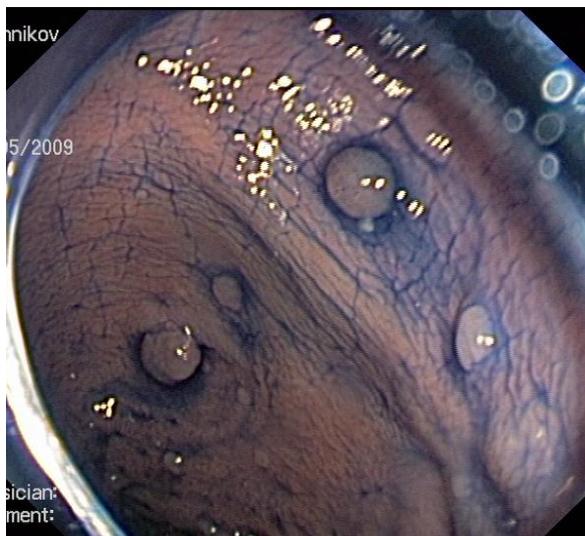
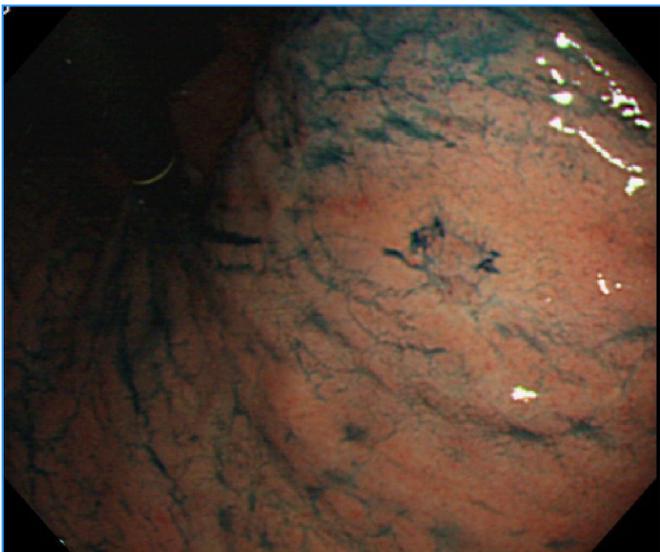
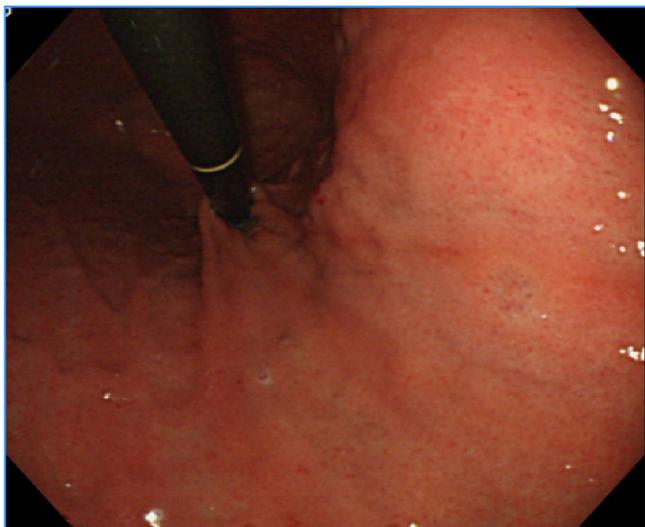
**Диагностика и лечение  
новообразований желудочно-  
кишечного тракта**

## Динамика заболеваемости раком желудка, прямой и ободочной кишки

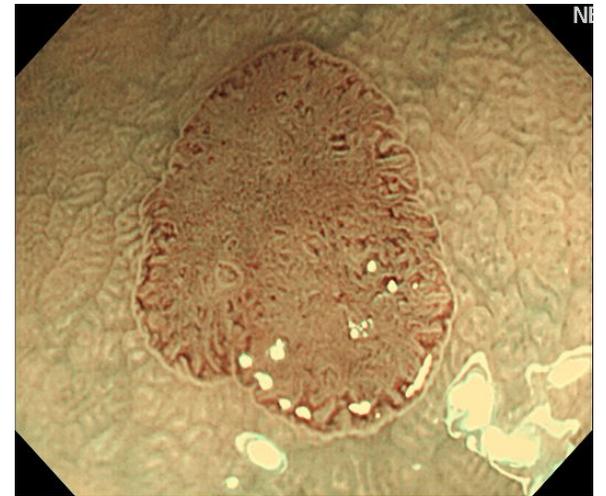
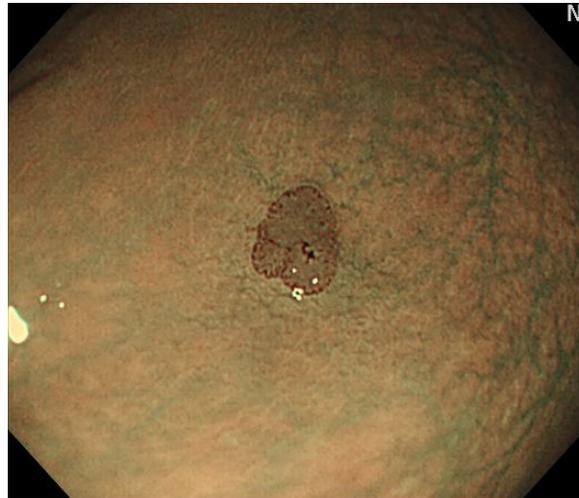
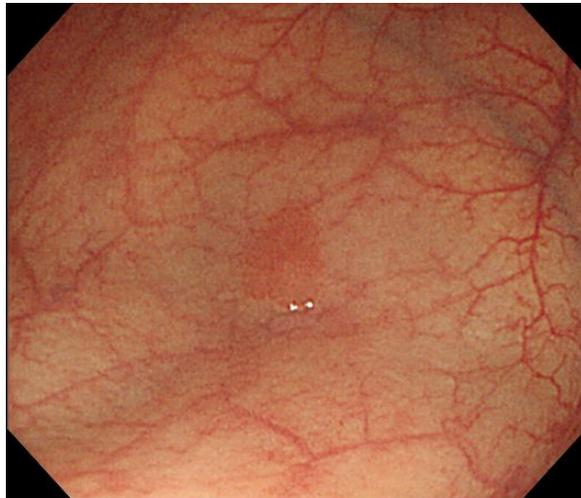
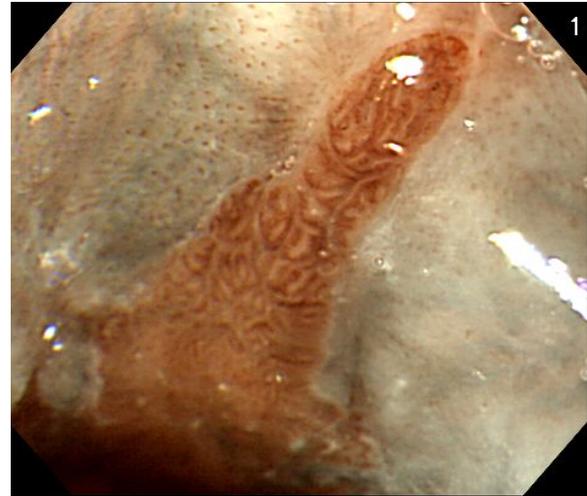
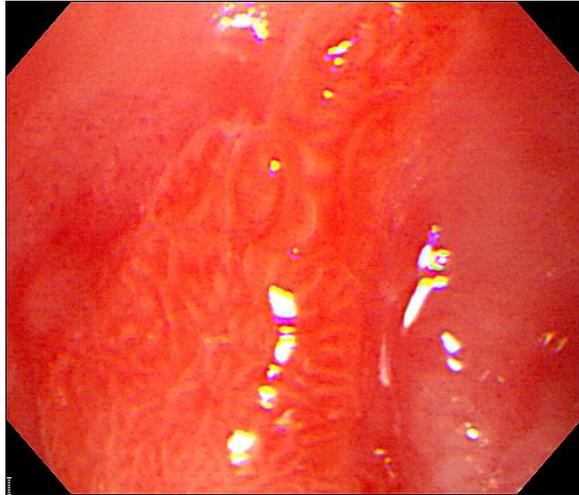


- психологическая нацеленность врача эндоскописта на минимальную злокачественную патологию
- подготовка больного к исследованию (адекватная премедикация и седация)
- техника выполнения исследования
- дополнительные методики (хромоскопия, NBI, AFI, ZOOM, эндоУЗИ)
- взятие гистологического материала

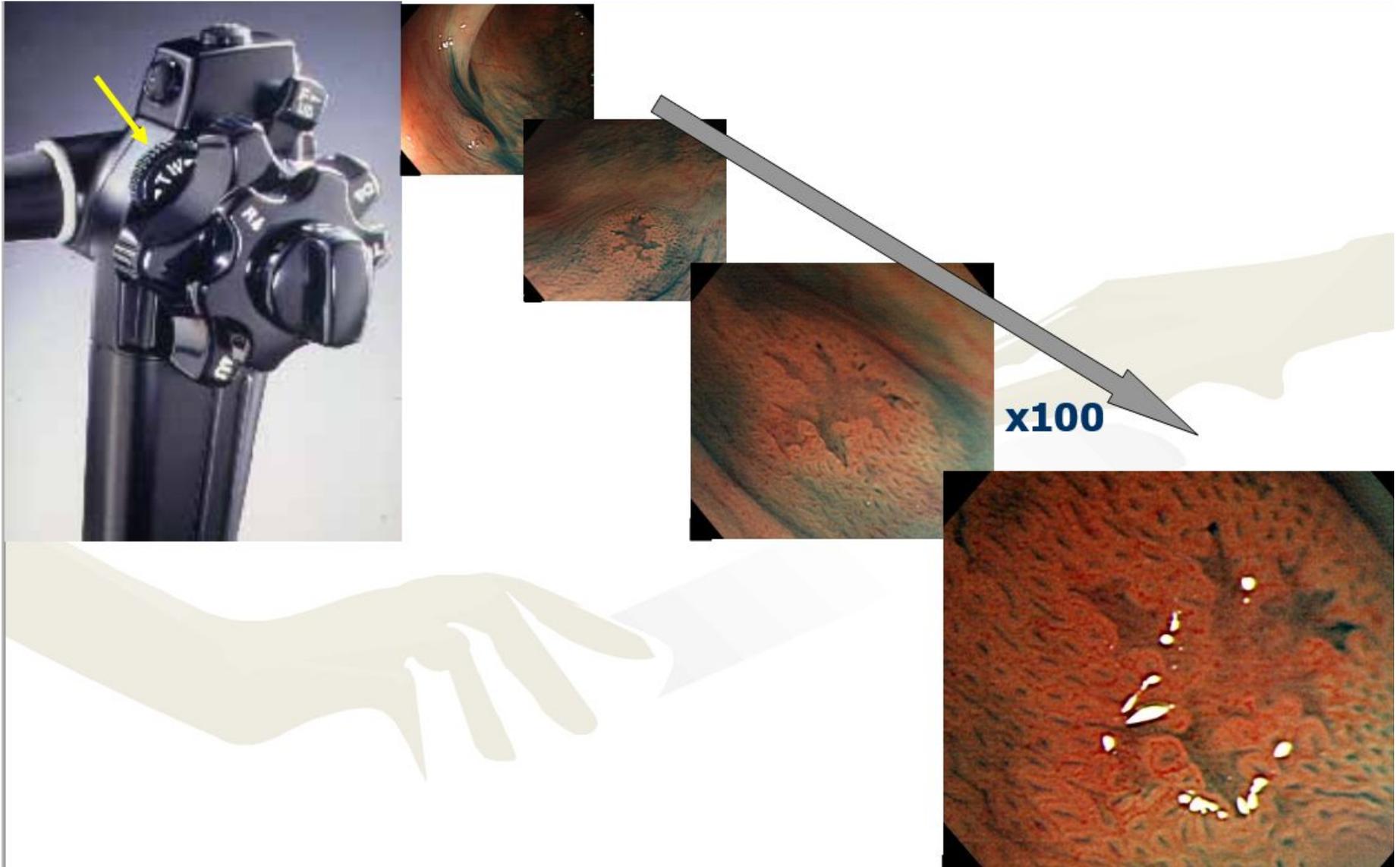
# Хромоскопия



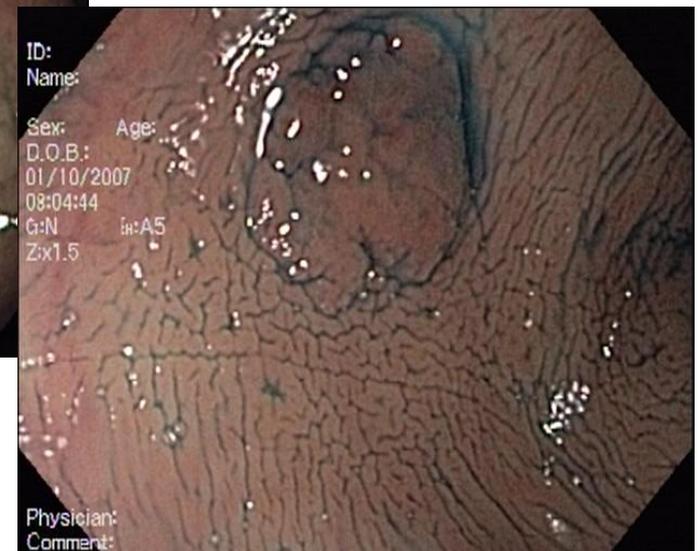
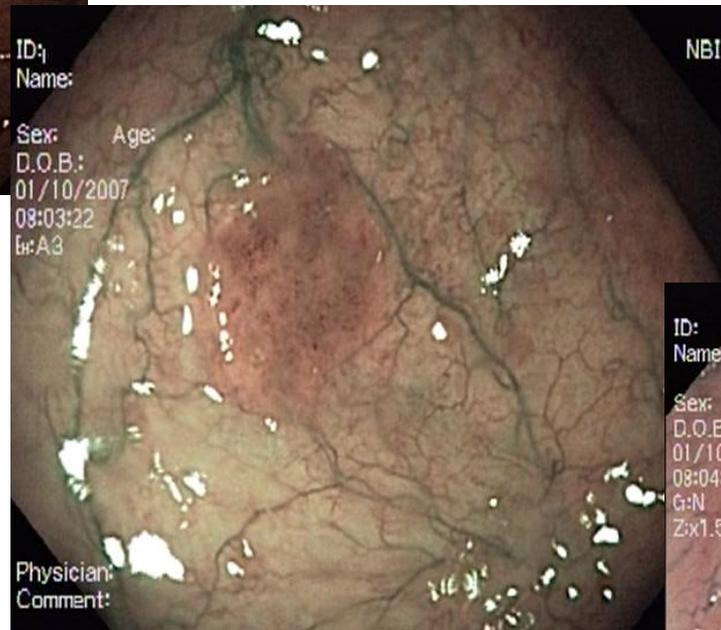
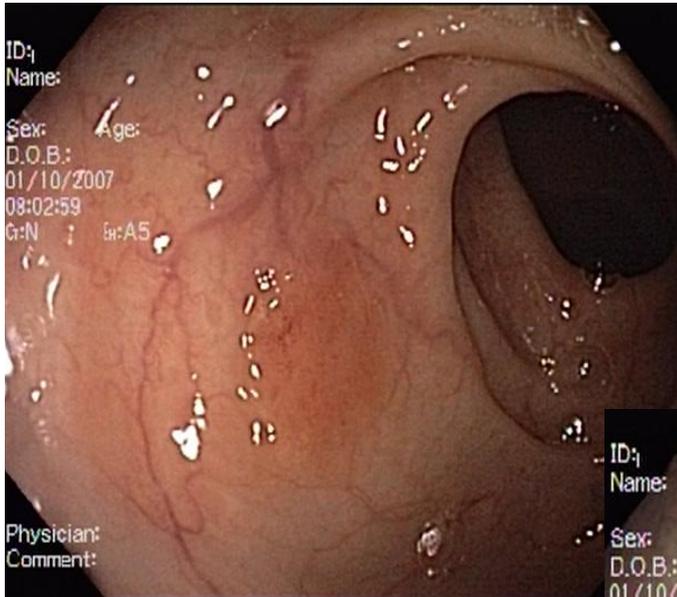
# NBI



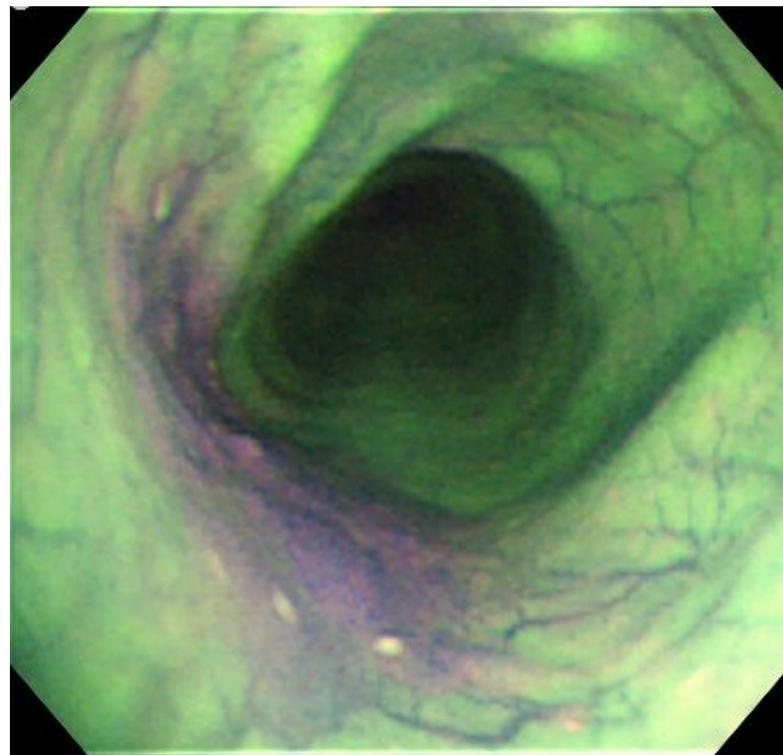
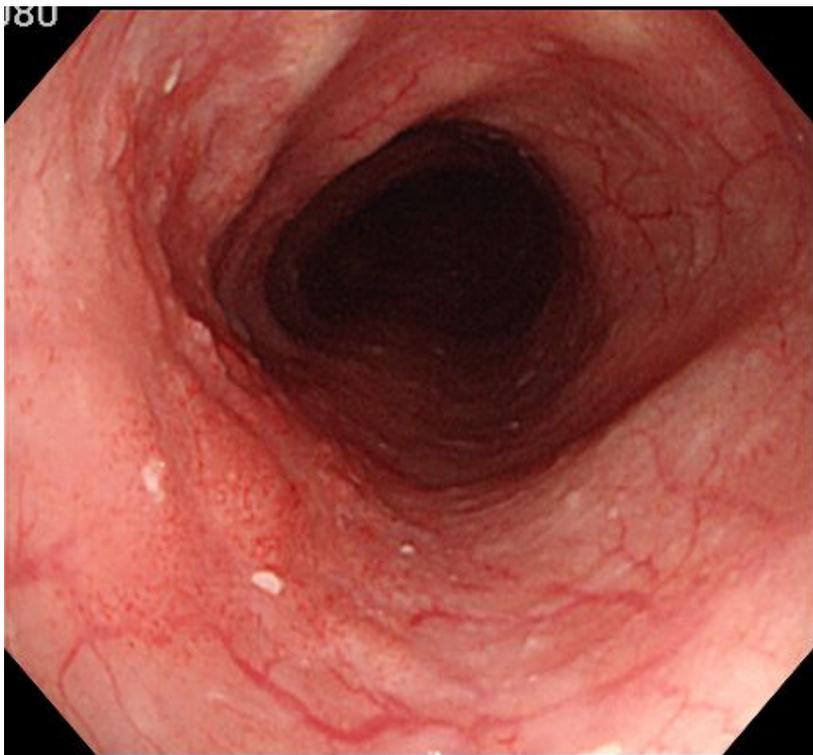
# ZOOM



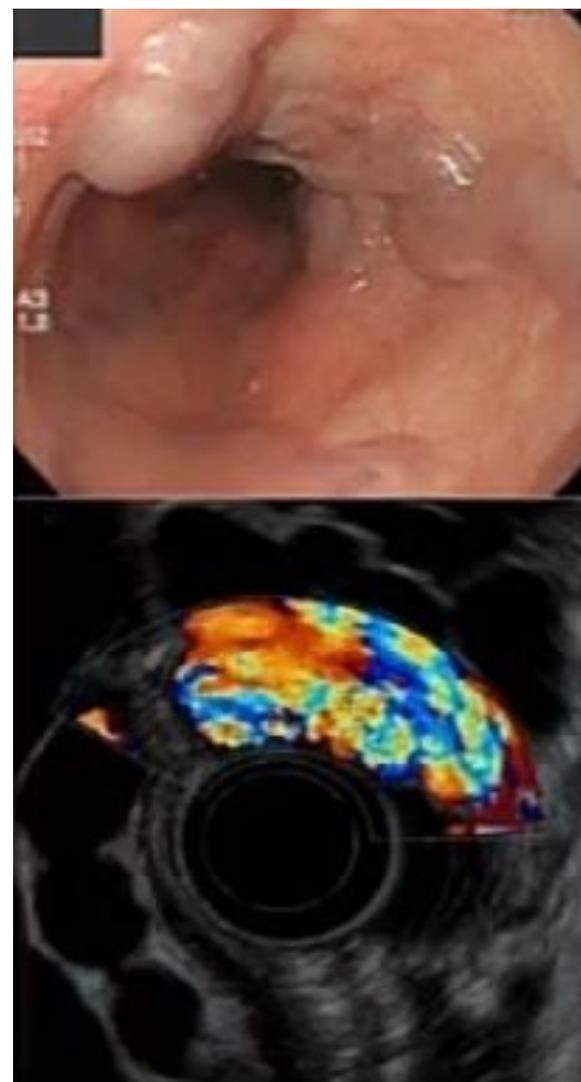
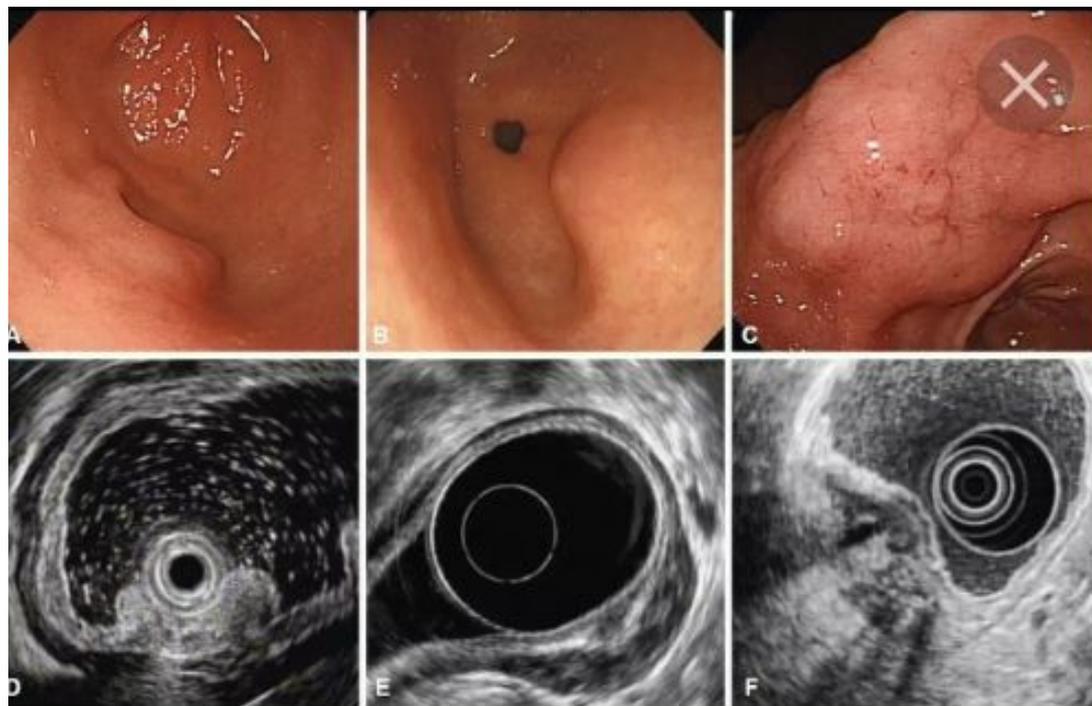
# NBI+хромоскопия



# AFI



# ЭндоУЗИ



# Предраковые болезни органов пищеварения

- Атрофический гастрит ассоциированный с *Helicobacter pylori*
- Полипы и аденомы желудка
- Пищевод Барретта
- Язва желудка



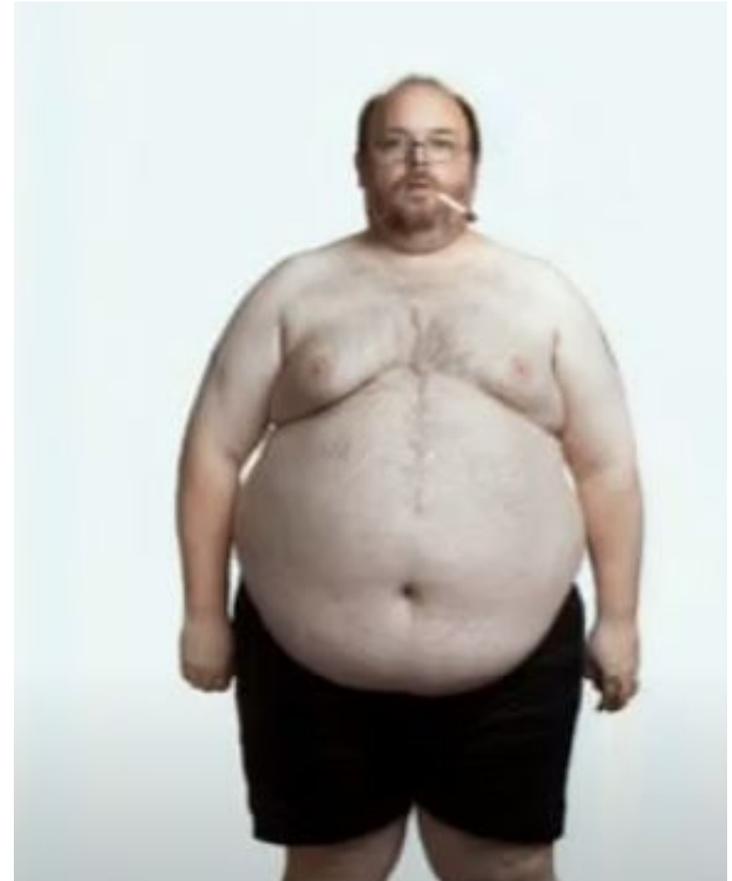
# Пищевод Барретта

Приобретенное состояние, развивающееся в результате замещения разрушенного многослойного плоского эпителия нижней части пищевода специализированным цилиндрическим эпителием.

# Пищевод Барретта

## Факторы риска

- Возраст старше 50 лет
- Мужчина белой расы
- Хронический желудочно-пищеводный рефлюкс
- Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- Абдоминальное ожирение
- Курение



# Пищевод Барретта

## Критерии диагностики

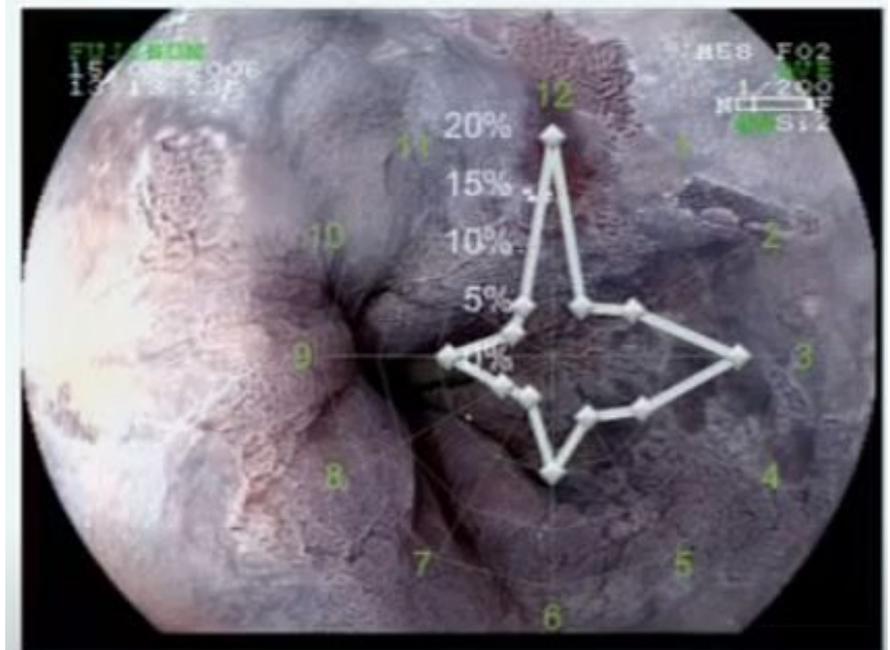
- Эндоскопическая диагностика ПБ основана на определении кишечной метаплазии выше уровня пищеводного перехода на протяжении больше 1 см
- Изменения эпителия, выявляющиеся при ЭГДС должны быть подтверждены морфологически — кишечная метаплазия с наличием бокаловидных клеток



# Пищевод Барретта

## Особенности взятия биопсии

- Взятие биопсии согласно Сиэтлскому протоколу — 4-х квадрантная биопсия, каждые 2 см (при известных данных о дисплазии каждый 1 см)



# Пищевод Барретта

## Периодичность эндоскопического наблюдения

- нет дисплазии — 1 раз в 3-5 лет
- дисплазия низкой степени — 1 раз в 6-12 месяцев
- Дисплазия высокой степени - 1 раз в 3 месяца

# Пищевод Барретта

Направление в онкологический диспансер

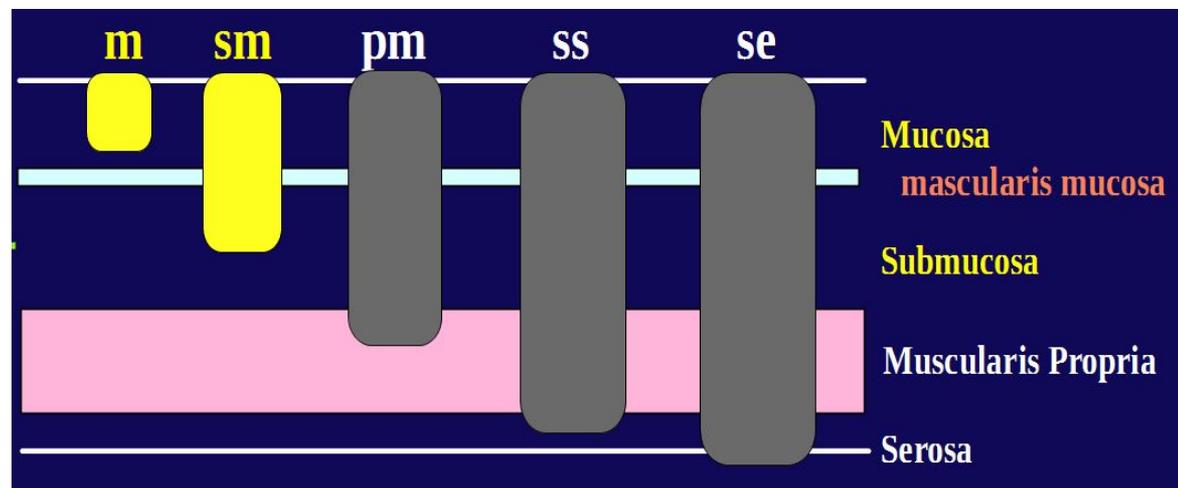
В случае выявления пищевода Барретта, с морфологической верификацией —

**обязательное наличие кишечной метаплазии с бокаловидными клетками**

# Злокачественные эпителиальные новообразования

**Ранний рак** – опухоль, ограниченная слизистой оболочкой или подслизистым слоем, вне зависимости от наличия или отсутствия метастазов в регионарные лимфоузлы.

**Распространенная опухоль** – проникающая в мышечный слой стенки и глубже



# Ранний рак

## МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА

*(1962г., Японское Общество Гастроэнтерологической эндоскопии)*

Тип 0 I – возвышающийся тип



Тип 0 II – поверхностные типы

Тип 0 II a – поверхностный приподнятый



Тип 0 II b – поверхностный плоский



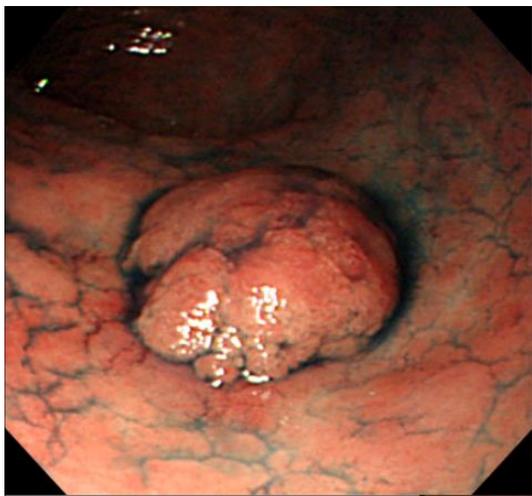
Тип 0 II c – поверхностный углубленный



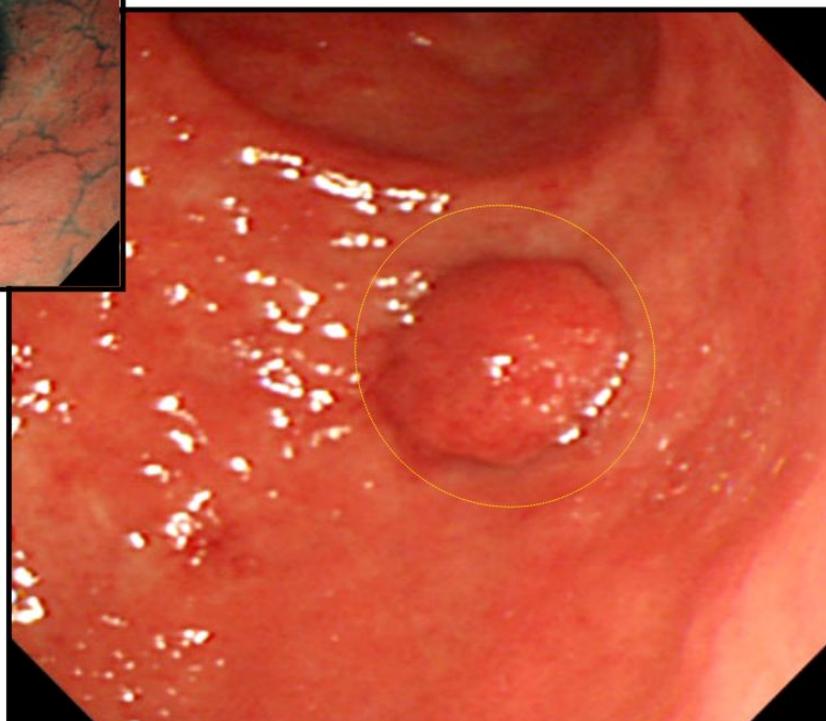
Тип 0 III – изъязвленный тип



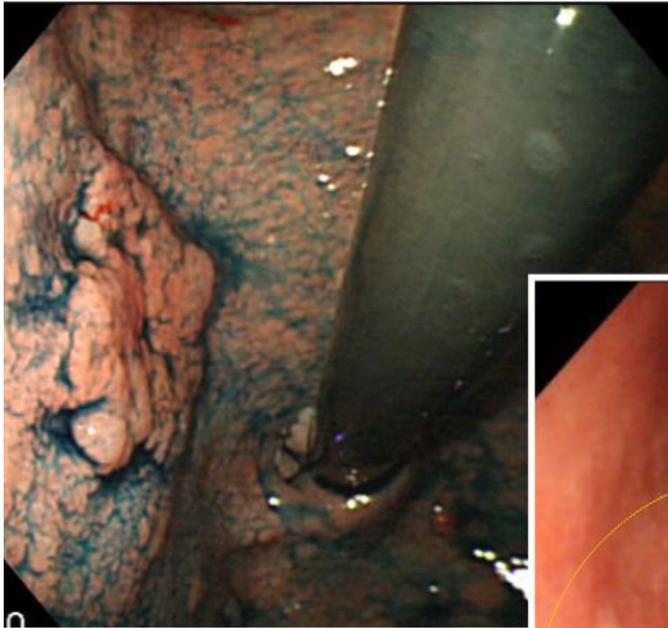
# Ранний рак



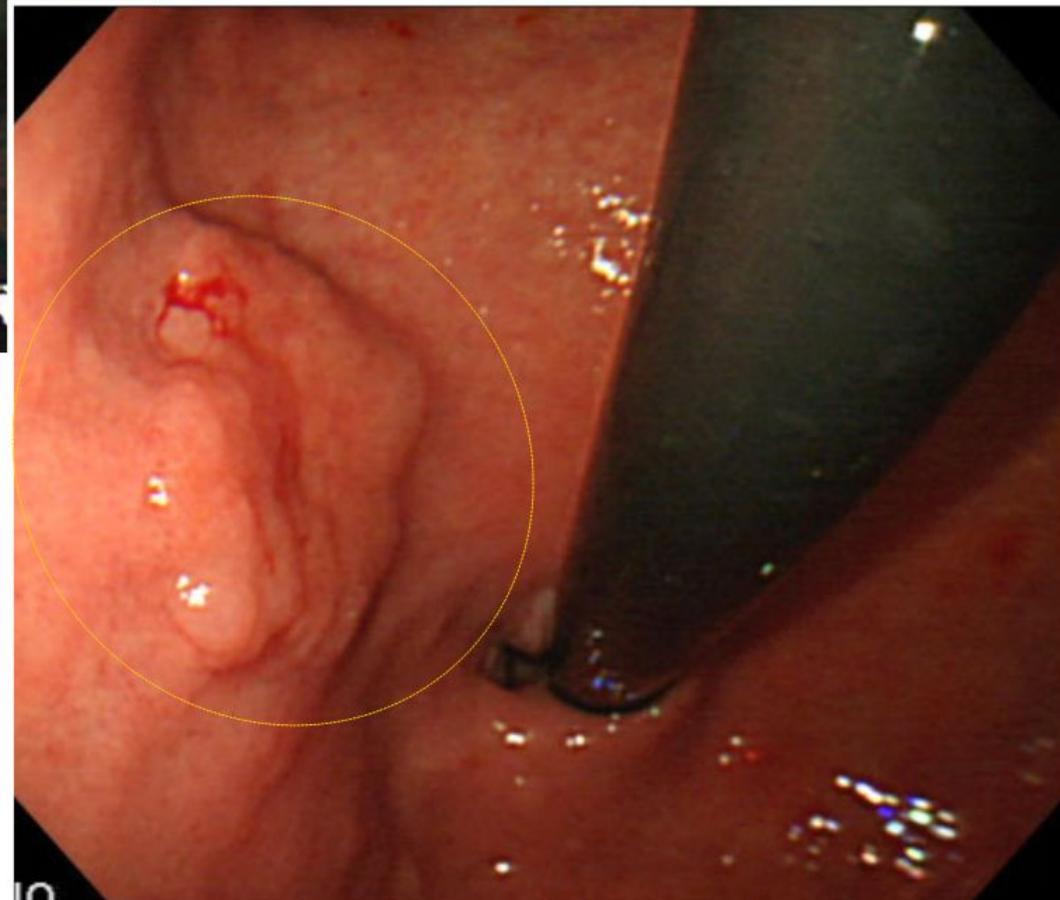
Тип 0-I возвышающийся  
аденокарцинома



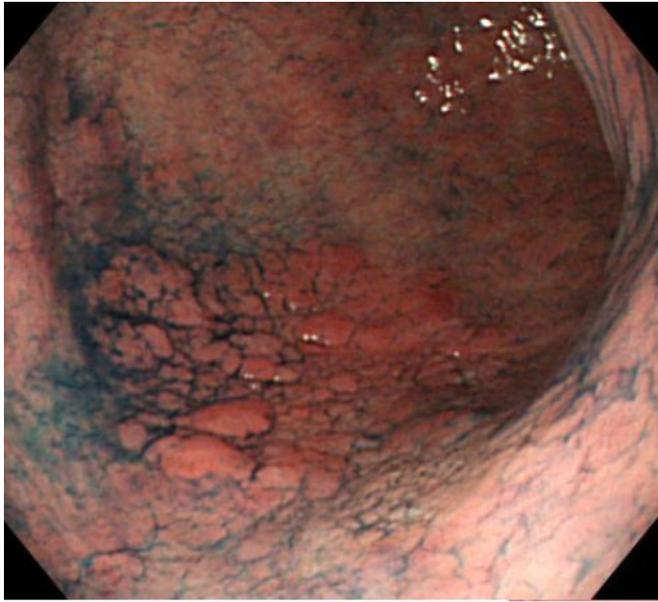
# Ранний рак



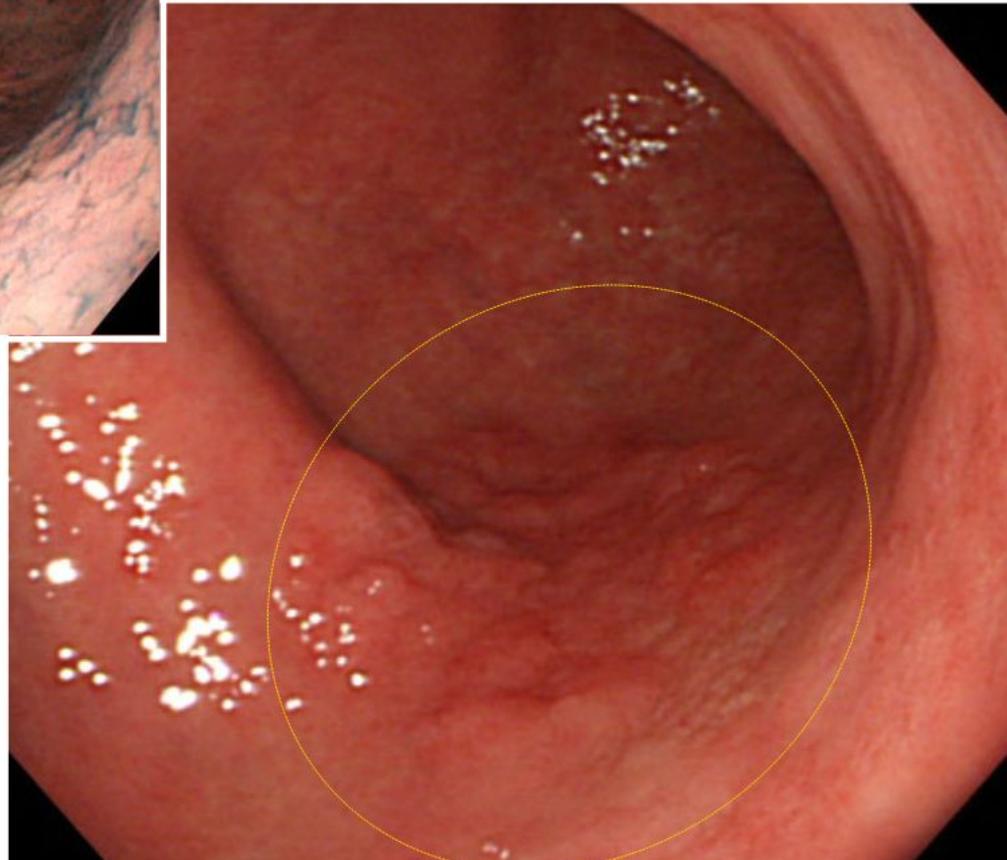
Тип 0-IIa приподнятая  
аденокарцинома



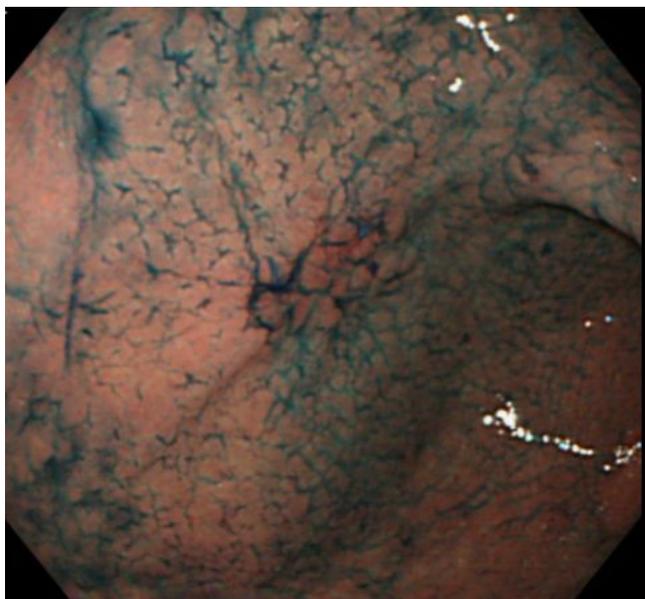
# Ранний рак



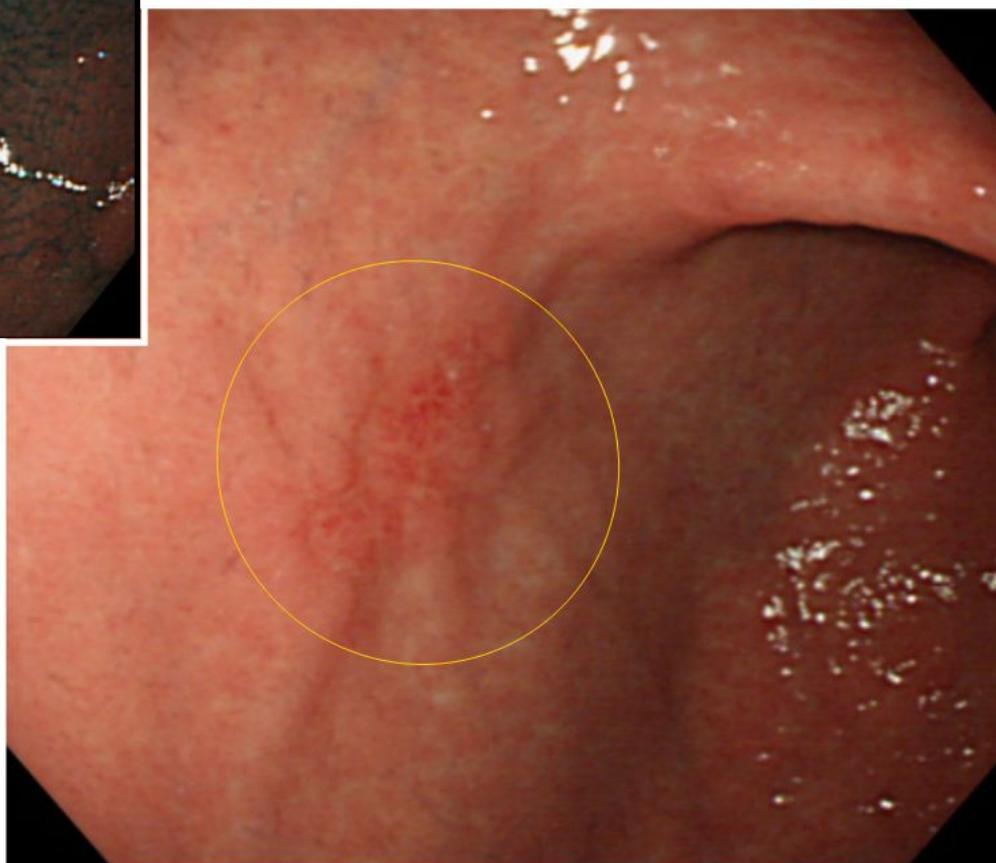
Тип 0-IIa  
аденокарцинома



# Ранний рак

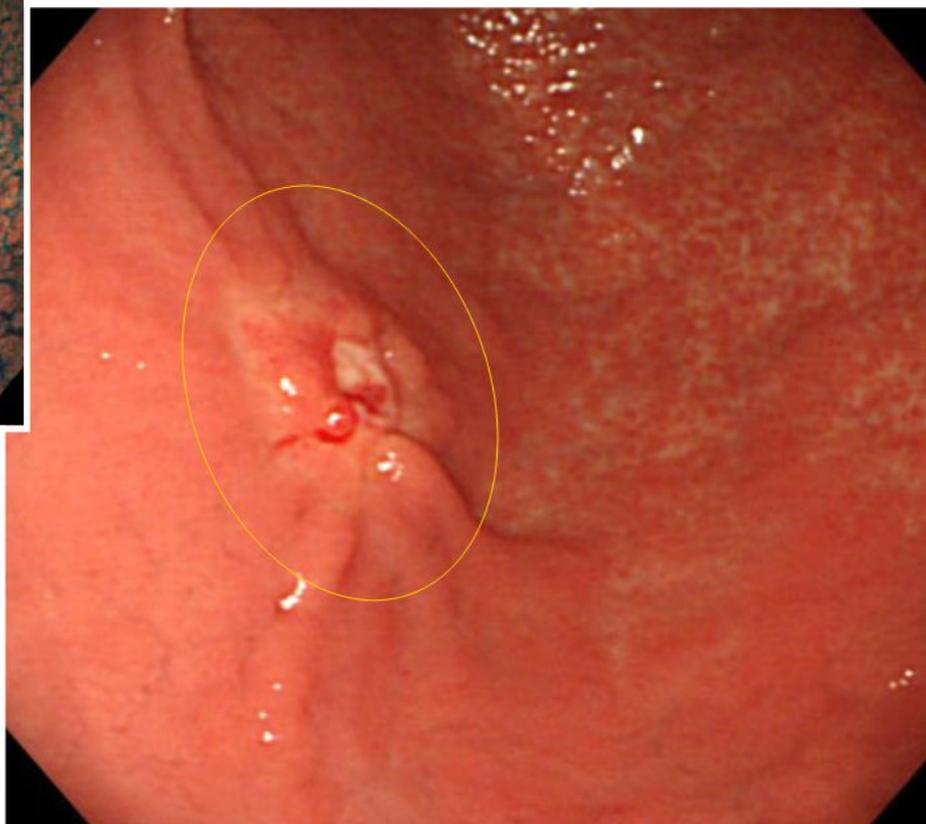
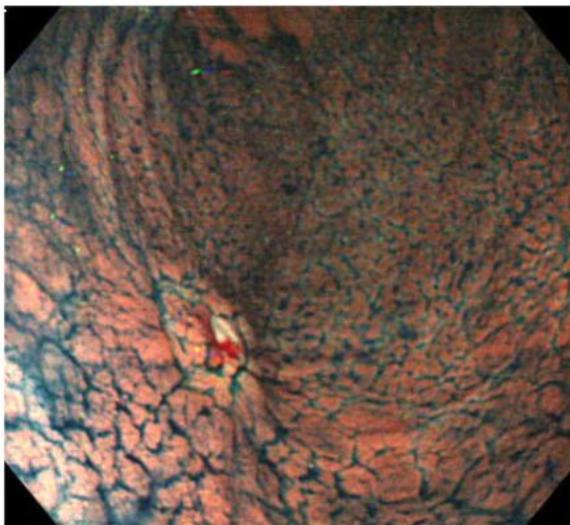


Тип 0-IIc углубленный



# Ранний рак

Тип 0-III



# МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

Тип 0 - ранний рак

Тип 1 – полиповидная обычно на широком основании

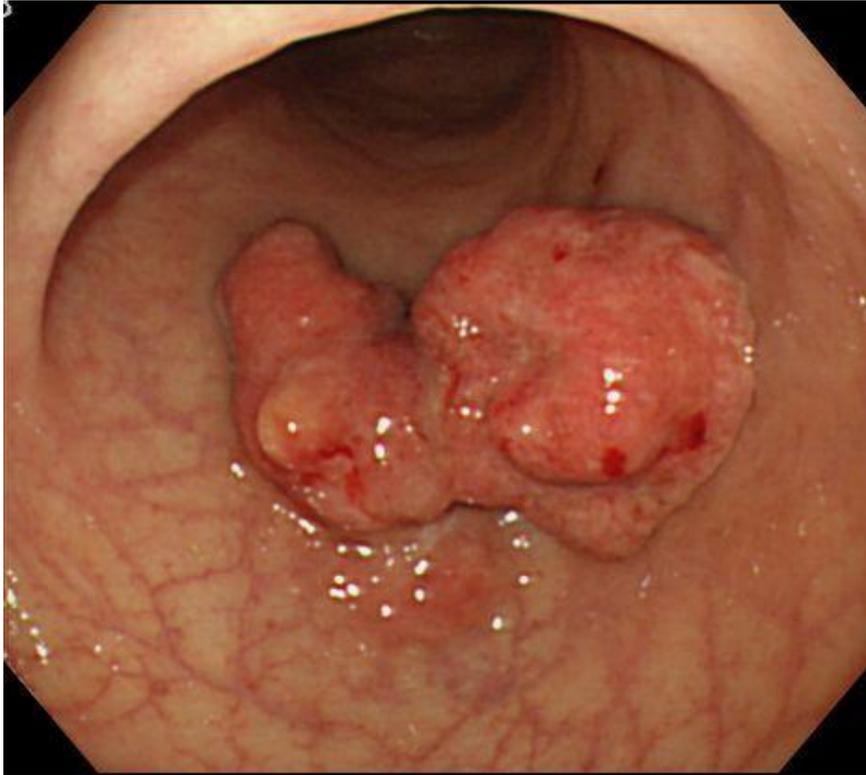
Тип 2 – изъязвленная опухоль с приподнятыми краями (блюдецобразная форма)

Тип 3 – инфильтративно-язвенная опухоль

Тип 4 – диффузно инфильтративная опухоль

Тип 5 – неклассифицируемая опухоль

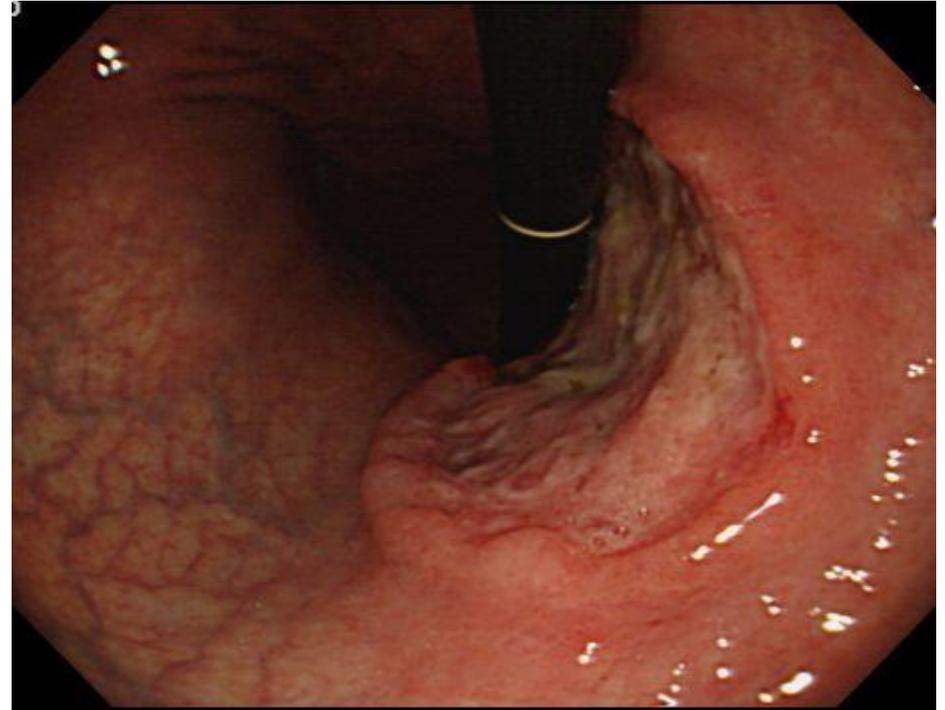
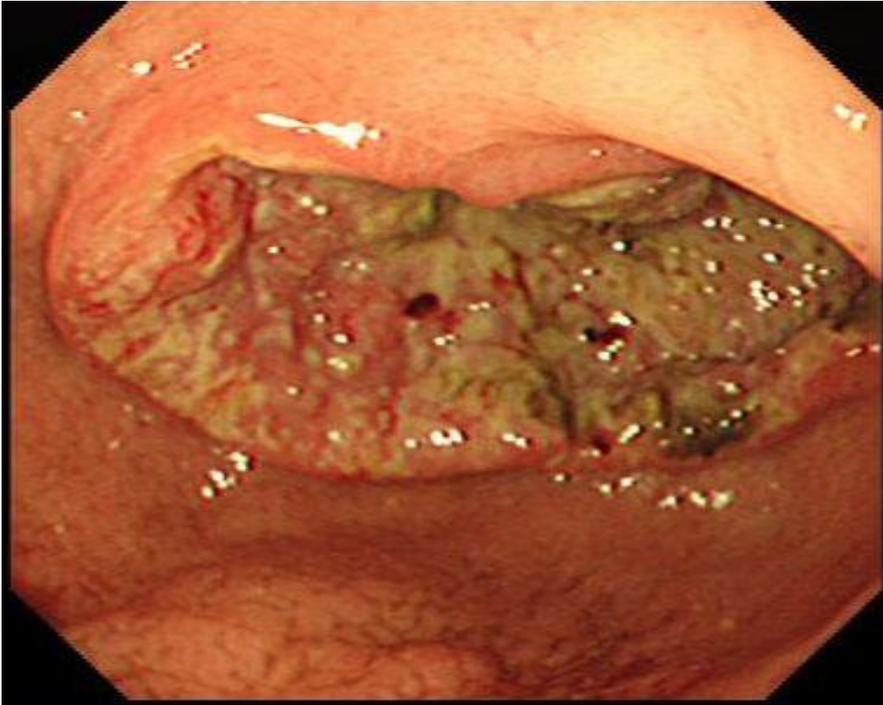
# Полиповидный рак



Опухоль имеет полушаровидную или овальную форму, широкое основание, бугристую поверхность, серовато-красного цвета, часто с изъязвлением.

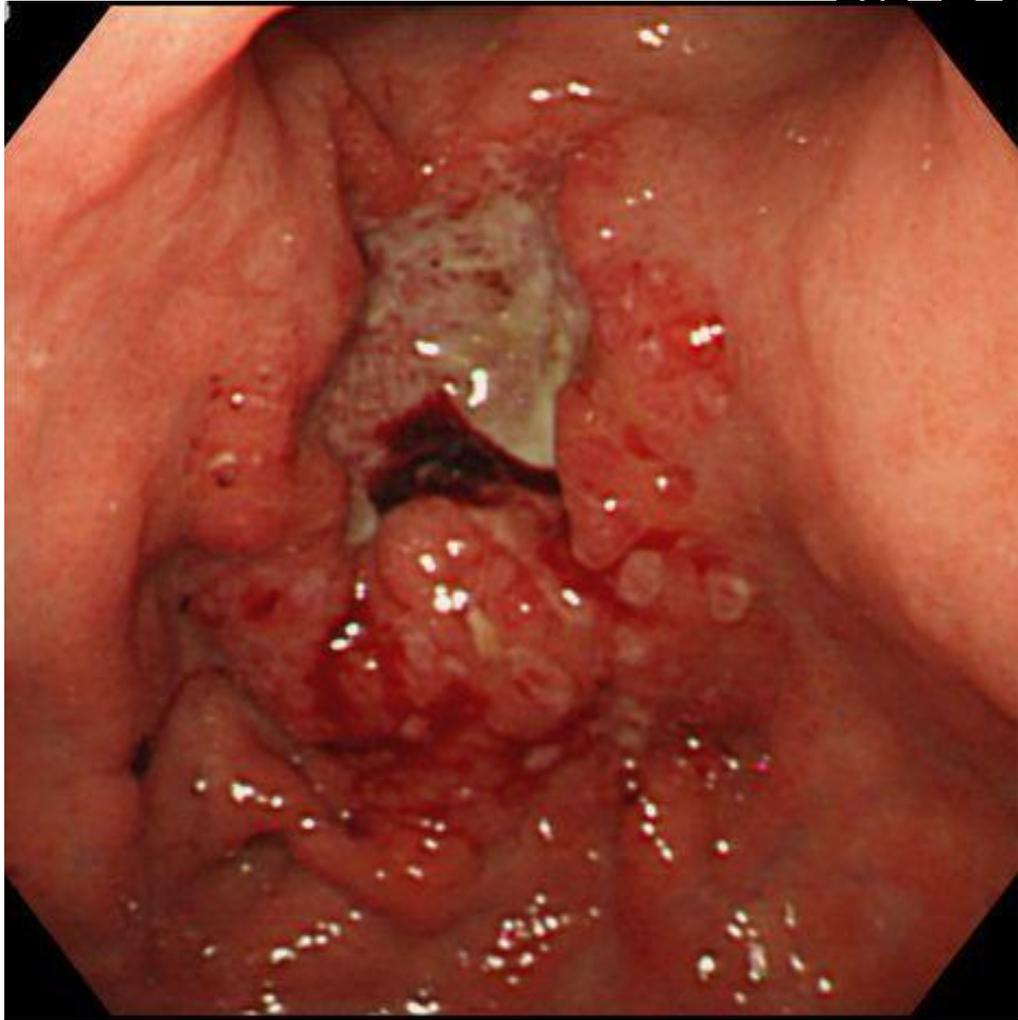
Опухоль четко отграничена от окружающей слизистой оболочки

# Изъязвленная форма опухоли



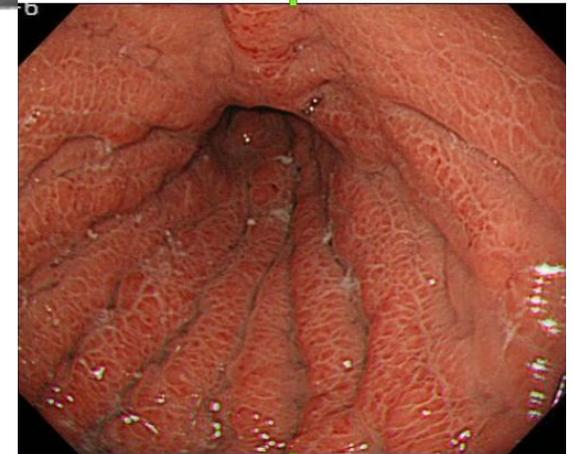
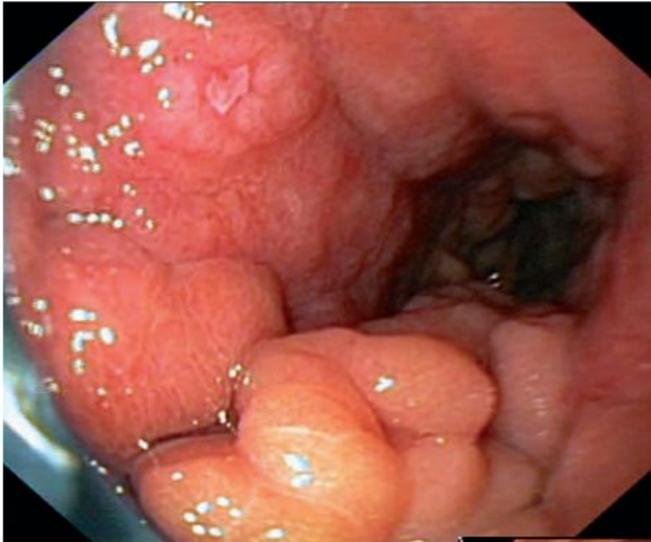
Язва с высокими, широкими, подрытыми краями, дно бугристое, покрыто грязно – серым налетом. При инструментальной пальпации край ригиден.

# Инфильтративно-язвенная форма



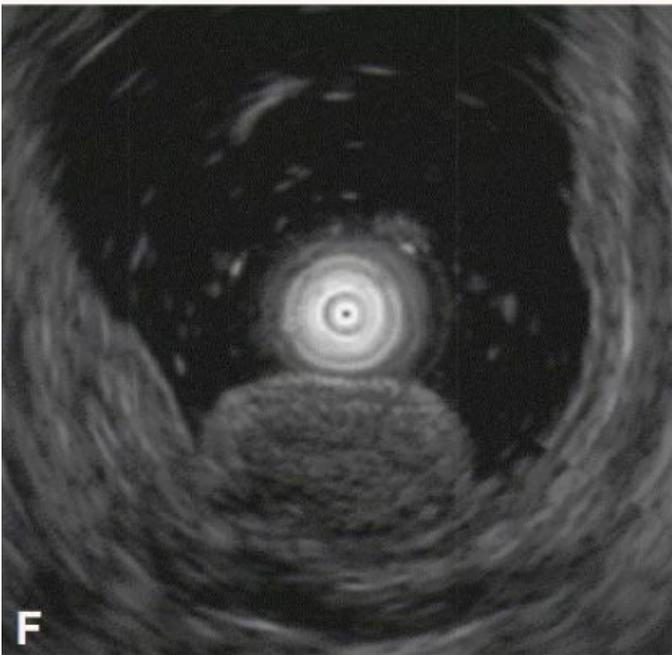
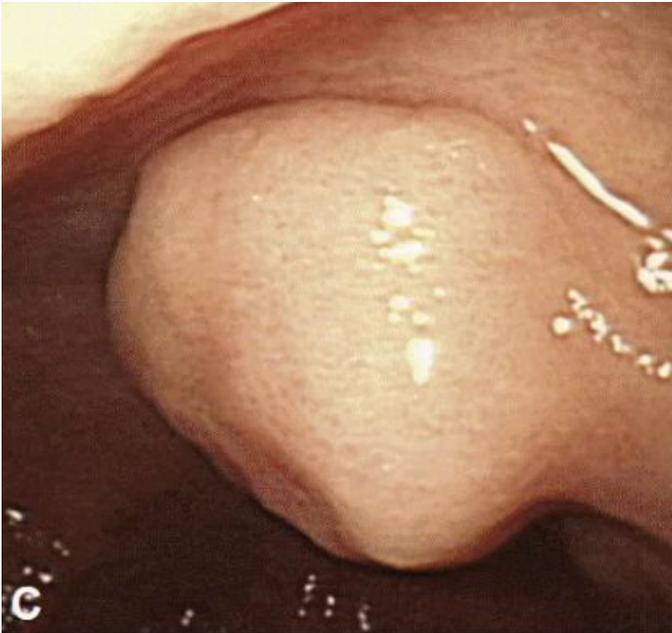
Язва с нечеткими контурами, изъеденными краями. Дно язвы неровное бугристое, покрыто грязно-серым фибринозным налетом, край незаметно переходит в окружающую инфильтрированную неровную слизистую, серого цвета, возможно с плоскими

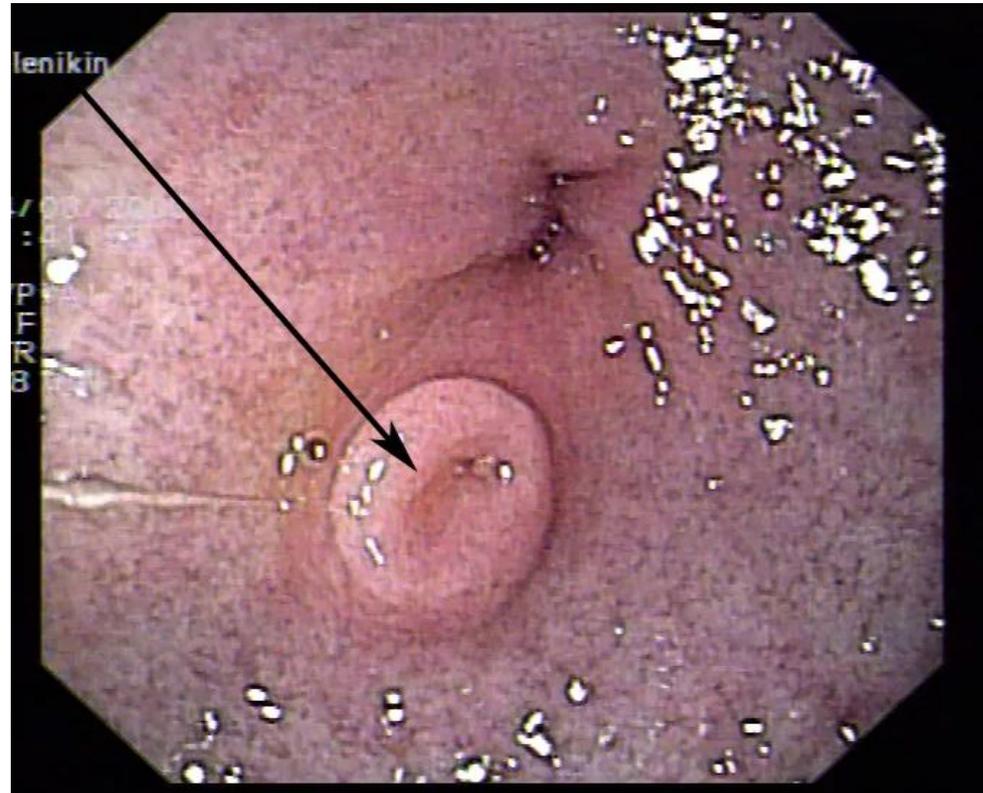
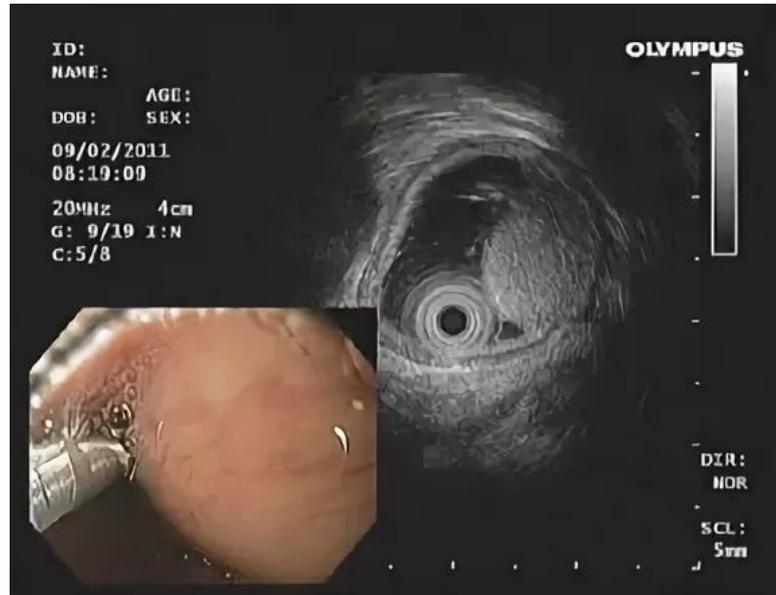
# Диффузно-инфильтративная форма рака желудка



# Подслизистые образования ЖКТ

- Лейомиома
- Липома
- Зернисто-клеточная опухоль
- Дупликационная киста
- *Варикозно-расширенные вены*
- *Абберантная поджелудочная железа*
- **ГИСТ**





apture(51)

ID No. : ■  
Name :

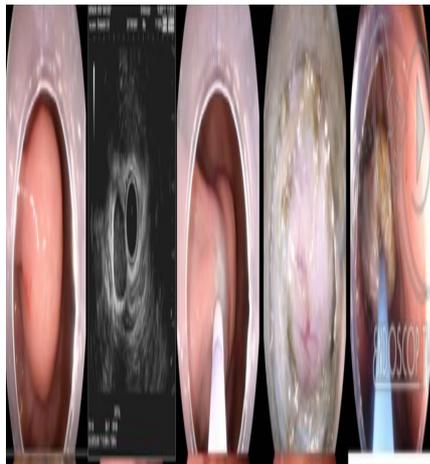
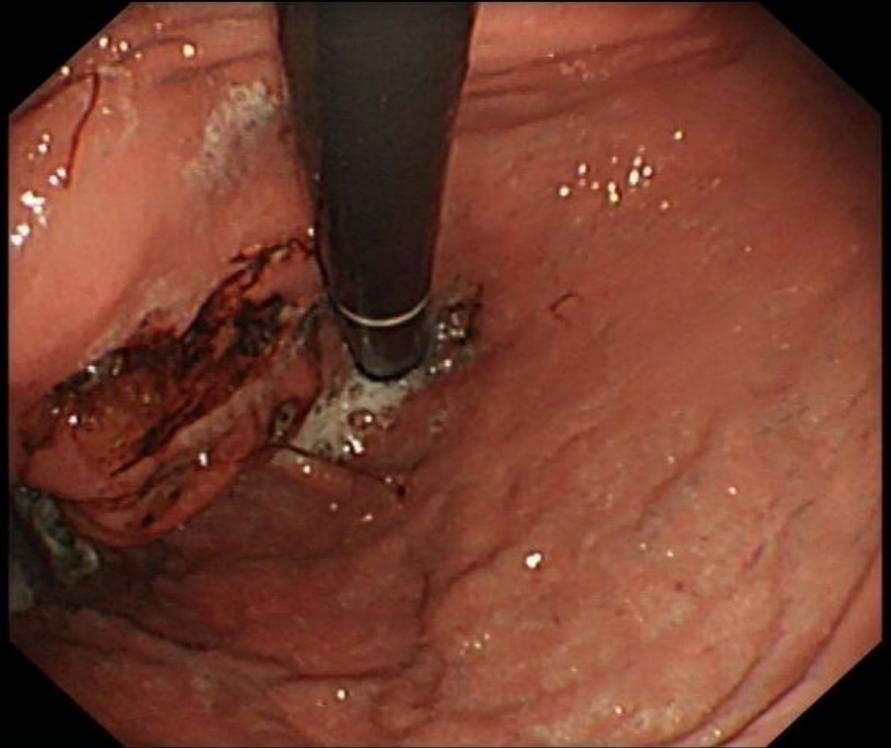
Sex : Age :  
D.O.Birth :

16/02/2018  
08:37:05

SCV:4

CT: N EH: A4  
CE: O Z: 1.0

Physician :  
Comment :



Равномерно, острым краем и без DC

Слизистая



фотокамера не работает при видеостан

Видео: 00:05:00

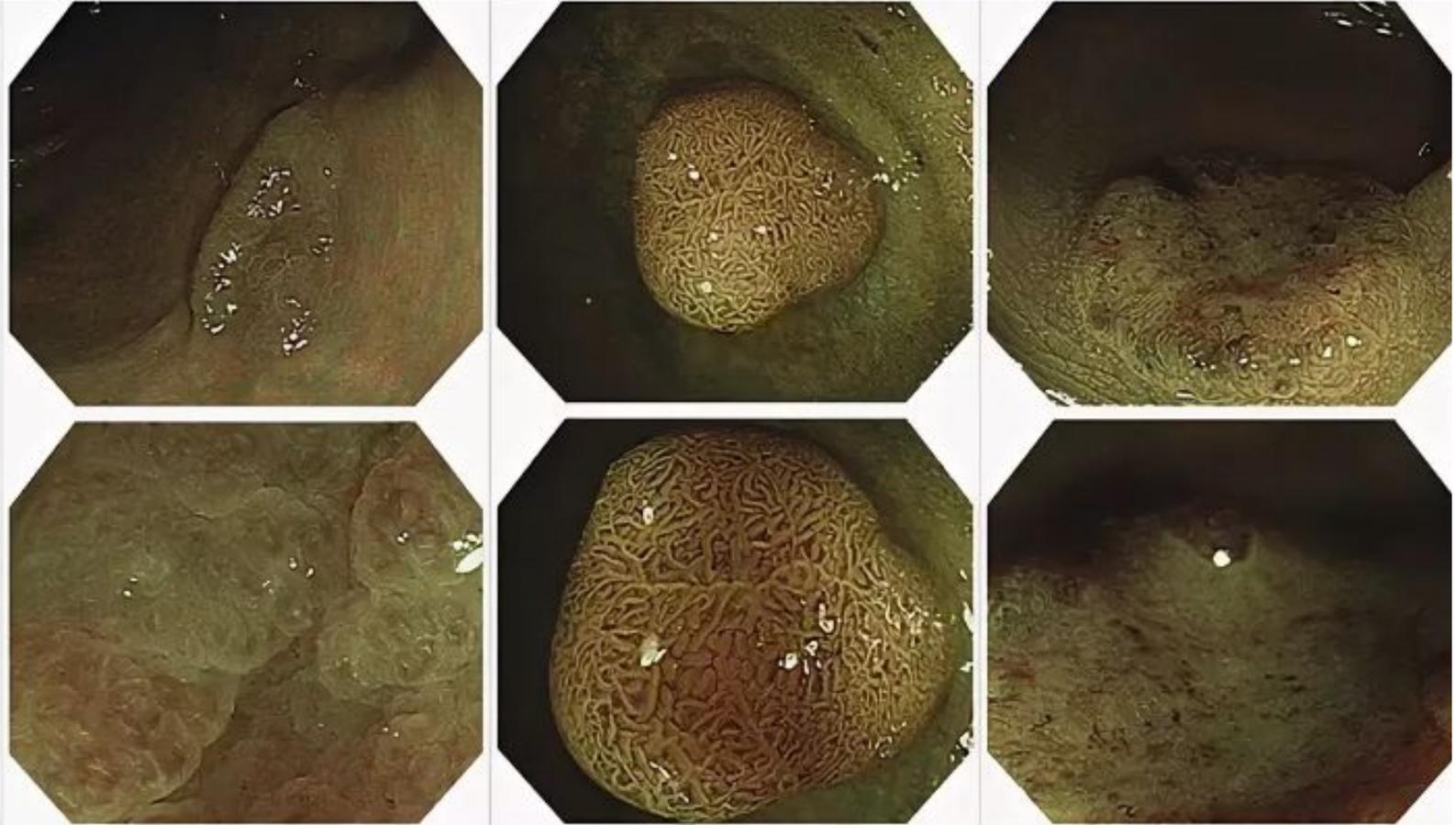
Колоректальный рак (КРР) – широко распространенная во всем мире патология, которой каждый год заболевает 1 млн. человек, а ежегодное количество смертей превышает 500 тыс. По прогнозам экспертов, в следующие два десятилетия абсолютное число случаев КРР в мире увеличится в результате роста населения в целом и его старения как в развитых, так и развивающихся странах.

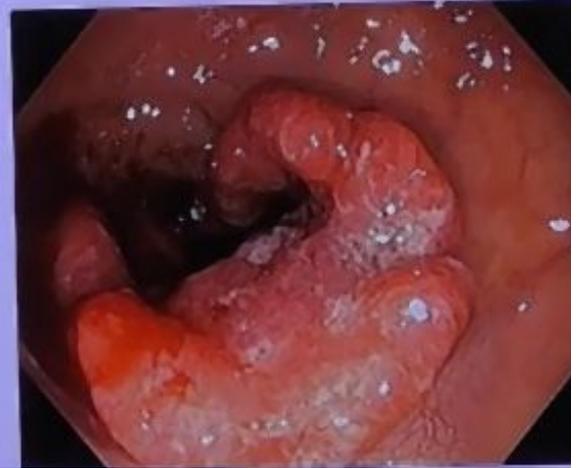
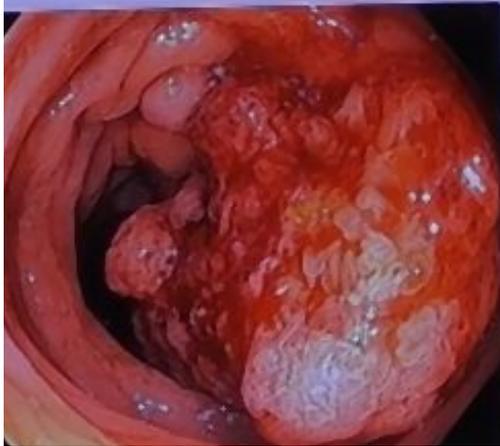
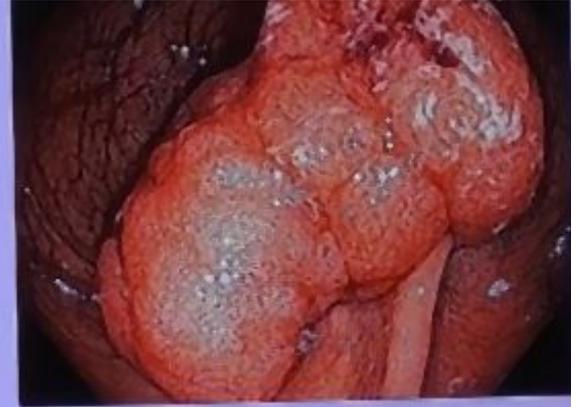
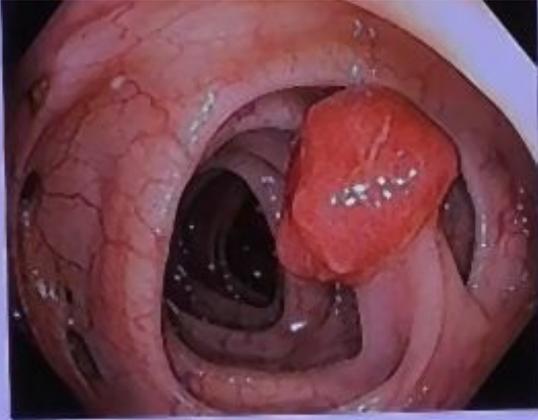
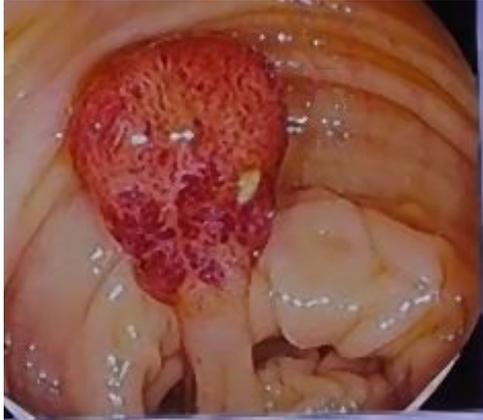
КРР занимает второе место по смертности от злокачественных новообразований среди мужчин и женщин. Чаще всего КРР возникает из аденом толстой кишки, в отдельных случаях – у пациентов с генетически детерминированными синдромами полипоза или воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

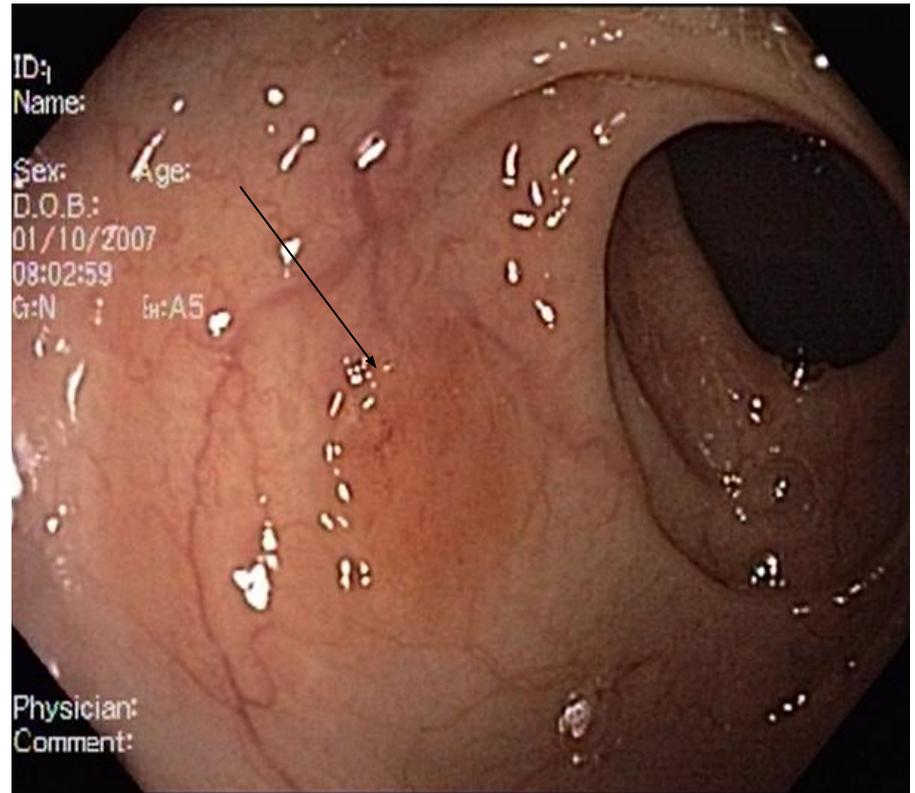
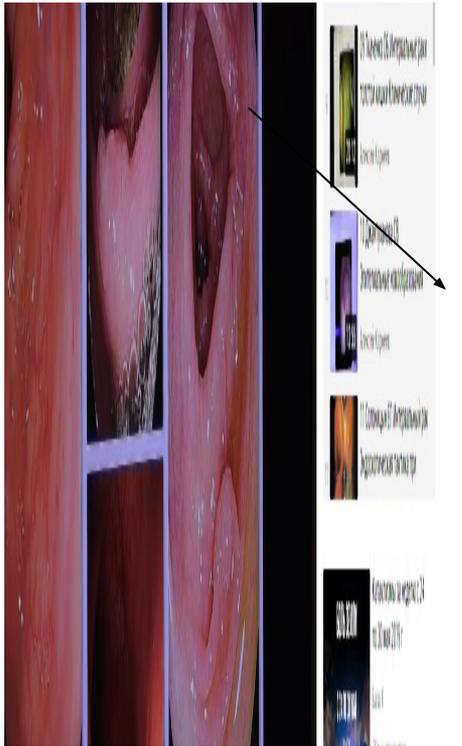
# Факторы риска

- семейные формы полипоза (синдром Гартнера)
- больные НЯК давностью более 7-10 лет. Гранулематозным колитом.
- лица с одиночными полипами(аденомами) – вероятность развития рака из полипов более 2см, особенно ворсинчатых аденом, составляет 35-53% ;
- при полипах более 3 см вероятность озлокачествления составляет 100% (Muto et al 1985г)
- больные раком толстой кишки или половых органов в анамнезе

# NICE







**Благодарим за внимание!**