Эндоскопическое наблюдение: нозологии, сроки и частота

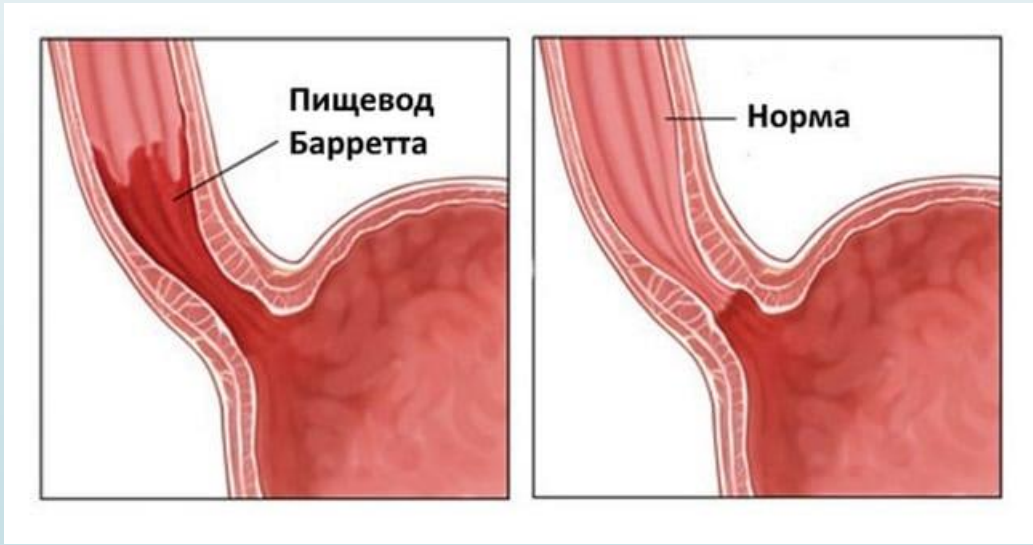
Пищевод Барретта

- замещение плоского эпителия дистального отдела пищевода цилиндрическим (железистым) эпителием.
- Это факультативное предраковое заболевание
- Классифицируется по

  Пражской клсассификации,
- где С- это длина циркулярного

  цилиндрического сегмента
- М- это максимальная длина языка

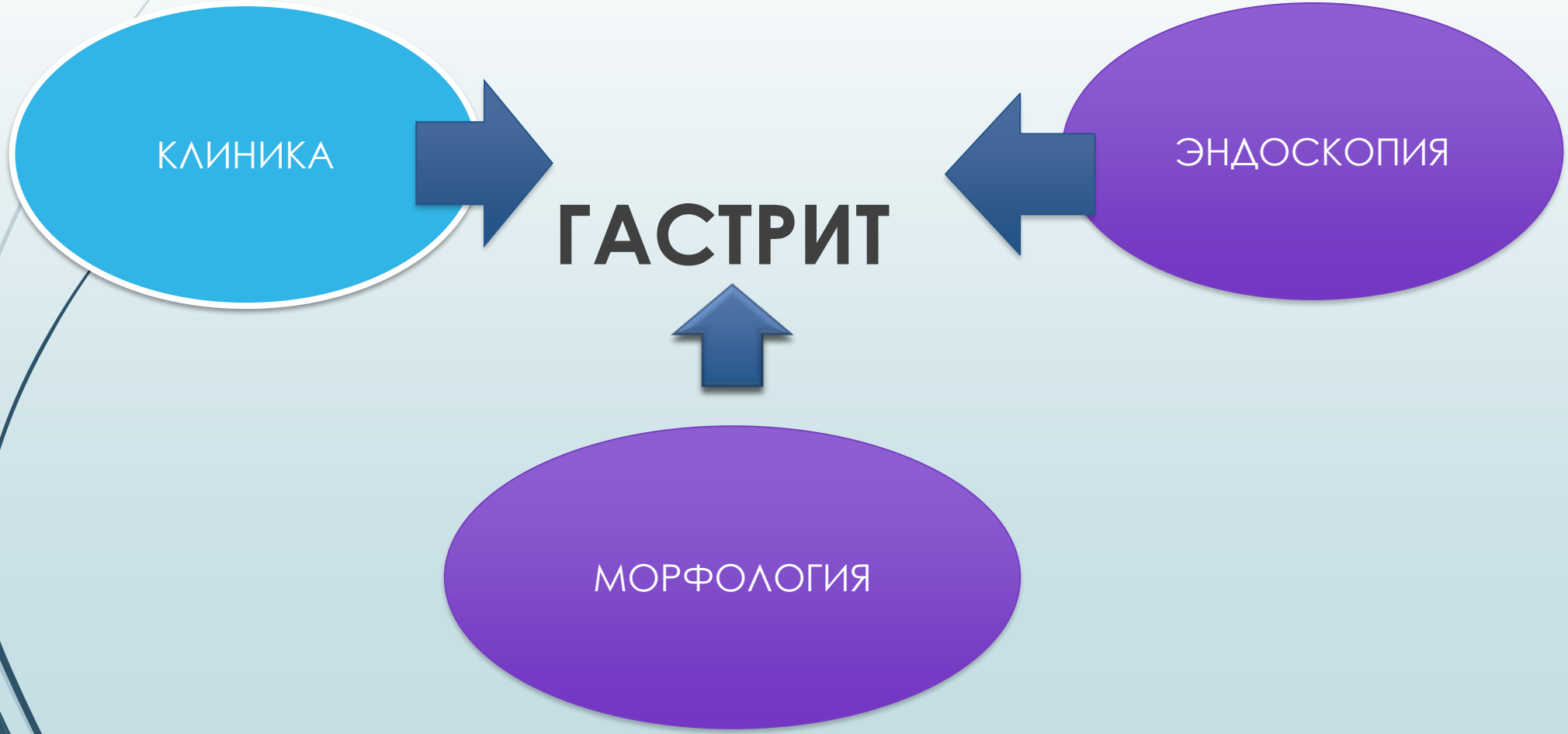
  метаплазии



Если С или М менее 1 см, то это нерегулярная Z-линия, это не пищевод БАРРЕТТА!
Биопсия при пищеводе Барретта обязательна
Проводят ее по Сиетлскому протоколу:
каждые 2 см по 4 биопсии согласно часам,
а также отдельно из всех измененных участков слизистой.

Если выявлена дисплазия low grade,
повторное обследование через 6 месяцев
с четырехквадратной биопсией каждый 1 см.
Если выявлена дисплазия high grade обследование через 3 месяца с прицельной биопсией.
При отсутствии дисплазии по данным разных источников повторное обследование 1 раза в 1 -3 года.

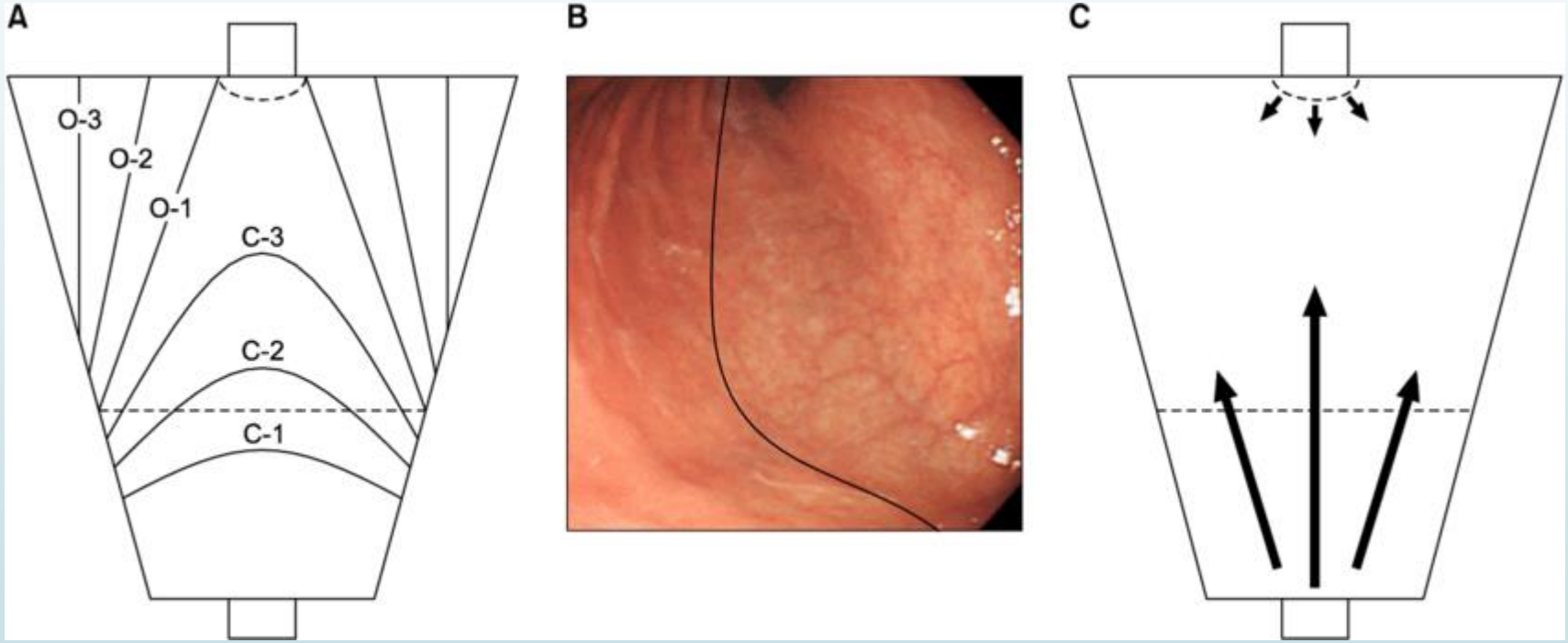
Хронический гастрит



Хронический гастрит-группа хронических заболеваний, которые характеризуются персистирующим воспалительным инфильтратом и нарушением клеточного обновления с развитием кишечной метаплазии и атрофии в слизистой оболочке желудка

- По классификации Киотского консенсуса выделяют:
- АУТОИММУННЫЙ ГАСТРИТ
- ИНФЕКЦИОННЫЙ ГАСТРИТ
- ГАСТРИТ, ВЫЗВАННЫЙ ВНЕШНИМИ ПРИЧИНАМИ
- ГАСТРИТ, ВЫЗВАННЫЙ СПЕЦИАЛЬНЫМИ ПРИЧИНАМИ
- ГАСТРИТ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ДРУГИМИ КЛАССИФИЦИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Атрофический гастрит в обязательном порядке необходимо классифицировать по Кимура-Такемото

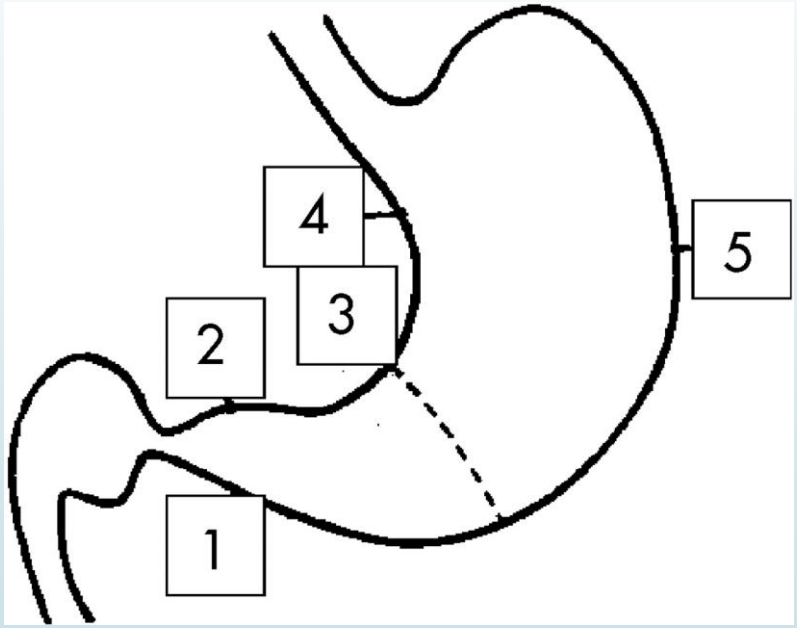


Стадия и степень атрофического гастрита и кишечной метаплазии служат индикаторам риска развития рака желудка.
Для того, чтобы облегчить и стандартизировать определение прогноза хронического гастрита применяется прогностическая система OLGA-Operative Link for Gastritis Assessment

OLGA: стадия хронического гастрита

- Оценка гистологических признаков выраженности воспаления и атрофии в антральном отделе и теле желудка с последующим определением степени и стадии гастрита
- Под степенью - подразумевается выраженность суммарной воспалительной инфильтрации, под стадией – выраженность атрофии
- Риск рака тем выше, чем более выражена атрофия и чем больше объем поражения
- Пациенты с III и IV стадией атрофии – группа высокого риска РЖ

		СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ТЕЛА ЖЕЛУДКА			
		Нет атрофии (S0)	Слабая атрофия (S1)	Умеренная атрофия (S2)	Тяжелая Атрофия (S3)
АНТРАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ	Нет атрофии (S0)	СТАДИЯ 0	СТАДИЯ I	СТАДИЯ II	СТАДИЯ III
	Слабая атрофия (S1)	СТАДИЯ I	СТАДИЯ II	СТАДИЯ II	СТАДИЯ III
	Умеренная атрофия (S2)	СТАДИЯ II	СТАДИЯ II	СТАДИЯ III	СТАДИЯ IV
	Тяжелая атрофия (S3)	СТАДИЯ III	СТАДИЯ III	СТАДИЯ IV	СТАДИЯ IV



Аутоиммунный гастрит

- это орган-спецефическое аутоиммунное заболевание, которое характеризуется наличием антител к париетальным клеткам желудка и\или внутреннему фактору.
- Для аутоимунного гастрита характерно:
- средний возраст пациента 50-60 лет
- женщины болеют в три раза чаще мужчин
- характерны другие аутоиммунные заболевания
- анемия, снижение уровня ферритина и B12
- Эндоскопическая картина:
- проксимальная атрофия
- на слизистой вязкий секрет
- разнообразные очаговые изменения (фовеолярная гиперплазия, кишечная метаплазия, гиперпластические полипы, НЕО 1 тип)
- Эндоскопическая диагностика: биопсия 4 биоптата- 2 из тела и 2 из антрума
- Лабораторная диагностика: антитела к париетальным клеткам и внутреннему фактору Кастла

Частота наблюдения

- При выявлении атрофии I/II стадии, отсутствии дисплазии по патоморфологическому заключению, неотягощенном анамнезе, диспансерное наблюдение не нужно.
- Если по OLGA /OLGIM III/IV стадии - наблюдение 1 раз в 3 года.
- Если выявлены очаги дисплазии, отягощенный анамнез наблюдение 1 раз в год, при выявлении дисплазии high grade контроль через 3 месяца.
- Аутоиммунный гастрит наблюдение 1 раз в 1-2 года

Болезнь Крона

- локализация : любой отдел ЖКТ от полости рта до анального канала.
- прерывистый характер поражения
- трансмуральное поражение: язвы, абсцессы, свищи
- Эндоскопические критерии: прерывистое поражение, симптом «булыжной мостовой», стртиктуры, свищи

- Для определения локализации, протяженности, степени активности воспаления рекомендовано проведение колоноскопии и осмотром терминального отдела подвздошной кишки.
- В дальнейшем рутинная ежегодная колоноскопия при отсутствии клинических показаний не требуется
- Эзофагогастродуоденоскопия рекомендована ежегодно для исключения поражения верхних отделов ЖКТ

Язвенный колит

- -диффузное воспаления слизистой оболочки, начинающееся в прямой кишке и распространяющееся проксимальнее с четкой границей воспаления.
- Всем пациентам при подозрении на ЯК необходимо провести биопсию для подтверждения диагноза, при легкой и умеренной активности проводят илеоколоносокпию, при выраженной активности- сигмоскопию.
- При длительном анамнезе (более 7 лет) необходимо провести хромосокпию с прицельной биопсией или ступенчатую биопсию: из прямой кишки и не менее 4 биоптатов из других отделов толстого кишечника.
- В клинической ремиссии колоноскопия 1 раз в 3 года

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Любой измененный участок слизистой должен подвергаться биопсии и гистологическому исследованию