

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННИХ ФОРМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА



У 3-5% ПАЦИЕНТОВ РАЗВИТИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ СВЯЗАНО С НАЛИЧИЕМ ИЗВЕСТНЫХ НАСЛЕДСТВЕННЫХ СИНДРОМОВ, НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ИЗ КОТОРЫХ – СИНДРОМ ЛИНЧА, СЕМЕЙНЫЙ АДЕНОМАТОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ И MUTYH-АССОЦИИРОВАННЫЙ ПОЛИПОЗ. У ОСТАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА НОСИТ СПОРАДИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР. КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ РАССМАТРИВАЮТСЯ ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ (НАПРИМЕР, НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, БОЛЕЗНЬ КРОНА), КУРЕНИЕ, УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, ПРЕОБЛАДАНИЕ В РАЦИОНЕ КРАСНОГО МЯСА, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ОЖИРЕНИЕ ИЛИ ПОВЫШЕННЫЙ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА, НИЗКАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ.

- Распространенность эпителиальных образований толстого кишечника колеблется от 20 % в возрасте 45 лет до более чем 50-60% к 85 годам.
- В возрасте 50 лет у 24 % осмотренных выявлены полипы.
- У мужчин частота выявления аденоматозных полипов выше в 1,77 раза, чем у женщин.

КОЛИЧЕСТВО КОЛОНОСКОПИЙ В РАЗНЫХ СТРАНАХ



В ЯПОНИИ КОЛОНОСКОПИЯ ОТНОСИТСЯ К СКРИНИНГОВОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ, ПРАКТИЧЕСКИ КАЖДЫЙ ЖИТЕЛЬ В ВОЗРАСТЕ ОТ 40 ДО 74 ЛЕТ ПРОХОДИТ ЭТО ИССЛЕДОВАНИЕ КАЖДЫЕ 5 ЛЕТ.

В США КОЛОНОСКОПИЯ ТАКЖЕ ОТНОСИТСЯ К СКРИНИНГОВОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ С 45 ЛЕТ КАЖДЫЕ 10 ЛЕТ. ВСЕГО В ГОД ПРОВОДЯТ ОКОЛО 1 МЛН ИССЛЕДОВАНИЙ (НАСЕЛЕНИЕ США 340 110 998 ЧЕЛОВЕК).

В РФ ПРОВОДИТСЯ ОКОЛО 750 000 КОЛОНОСКОПИЙ (НАСЕЛЕНИЕ 146 150 789 ЧЕЛОВЕК)

ЧТО НЕОБХОДИМО ДЛЯ КАЧЕСТВЕННОЙ КОЛОНОСКОПИИ

- 1. желание врача
- 2. подготовка пациента (Фортранс, Эзиклен)
- 3. время!
- 4. оборудование : видеоэндоскопическое
 - наличие ирригационной помпы
 - видео\фотофиксация
 - инсуффлятор CO₂



ПРАКТИЧЕСКИ ЛЮБАЯ ОПУХОЛЬ ТОЛСТОГО
КИШЕЧНИКА ВЫРАСТАЕТ ИЗ ПОЛИПА.

ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ ВРАЧ-ЭНДОСКОПИСТ ПРИ
ОПИСАНИИ ПОЛИПОВ ДОЛЖЕН В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ
ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ТРИ КЛАССИФИКАЦИИ И
ОДИН АЛГОРИТМ.

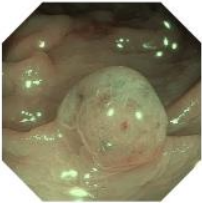
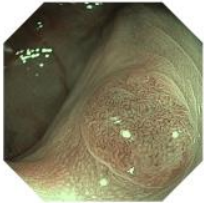
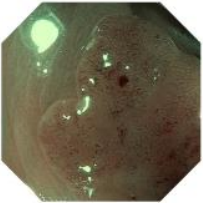
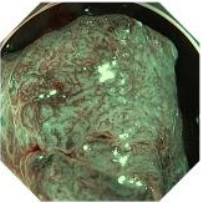


ПАРИЖСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПОЛИПОВ



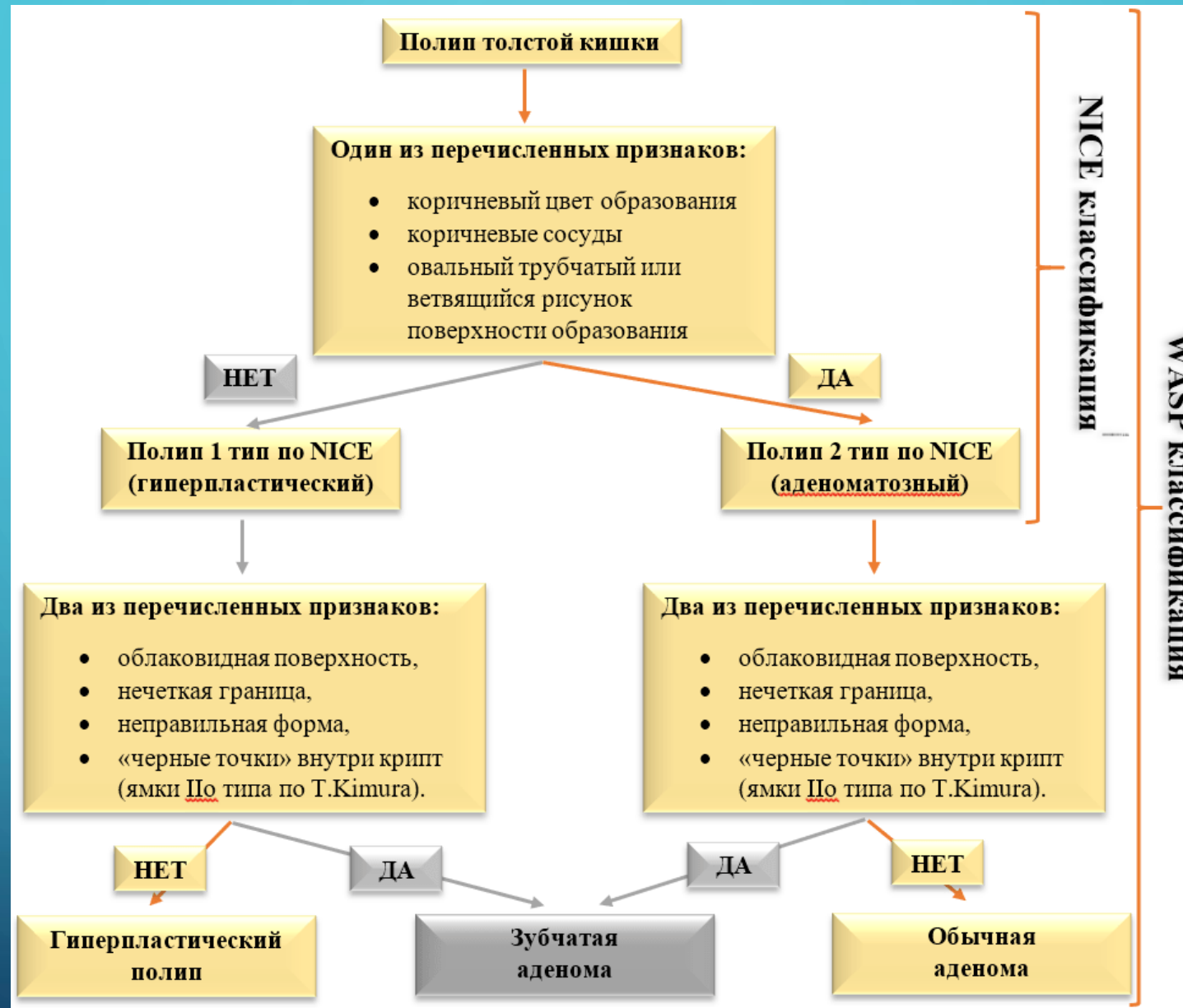
Парижская классификация	Размер полипа (мм)				
	< 5	6-10	11-15	16-20	> 20
0-Ip	SS	SS	SS	SS	SS
0-Is	SS, EMR	EMR	EMR	EMR	pEMR
0-IIa, b, 0-II a+b	EMR	EMR	EMR/ESD	ESD/Surg	Surg
0-II c	EMR	EMR/ESD	Surg	Surg	Surg
LST- G	-	-	EMR	pEMR/ESD	pEMR/ESD
LST - NG	-	-	EMR/ESD	ESD	ESD/Surg

JNET

	Тип 1	Тип 2A	Тип 2B	Тип 3
Сосудистый рисунок	Не визуализируется	Одинаковый диаметр. Регулярное распределение (сетчатый/спиральный рисунок)	Вариабельный диаметр. Нерегулярное распределение	Зоны с отсутствием рисунка. Прерывающиеся толстые сосуды
Ямочный рисунок	Регулярные тёмные или белые точки. Подобен нормальной окружающей оболочке	Регулярный (тубулярный/разветвлённый/ сосочковый)	Нерегулярный или отсутствует	Аморфные зоны
Наиболее вероятная гистология	Гиперпластический поли/сидячий зубчатый полип	Интарэпителиальная неоплазия низкой степени (Low grade)	Интраэпителиальная неоплазия высокой степени (High grade) / рак с поверхностной подслизистой инвазией	Рак с глубокой подслизистой инвазией
Эндоскопические изображение				

KUDO

Тип	Pit pattern	3D изображение	Характеристика	Гистологическая оценка
Тип I			Круглые, одинаковые	Нормальная слизистая
Тип II			Звёздчатой формы	Гиперпластический полип
Тип IIIs			Маленькие, компактно расположенные	Тубулярная аденома (неполиповидная форма)
Тип IIIL			Вытянутые, большие	Тубулярная аденома (полиповидная форма)
Тип IV			Извилистые, ветвистые	Тубулопапиллярная или папиллярная аденома
Тип V			Уменьшение или отсутствие ямок	Карцинома или высокая степень дисплазии



ПОЛИПЫ:

- - гиперпластические
- - аденоматозные (тубулярные, ворсинчатые)
- - зубчатая аденома



ДЛЯ ЧЕГО НУЖНЫ ЭТИ КЛАССИФИКАЦИИ?

- Задачи, которые стоят перед эндоскопистом во время проведения колоноскопии:
- 1. определить потенциал полипа
(доброкачественный\злокачественный?)
- 2. при выявлении признаков злокачественности в обязательном порядке взять биопсию!
- Исключение лишь в том случае, если с целью тотальной биопсии этот полип будет удален в данной медицинской организации
- 3. врач должен маршрутизировать пациента

• ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЙ ПОЛИП



- ГУЗ УОКБ
- Новоспасская РБ
- ГУЗ ЦК МСЧ
- ГУЗ ЦКГБ
- ГУЗ УОКЦСВМП



Если необходимы EMR,ESD



Федеральный экспертный центр

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ ПОЛИП



ГУЗ ОКОД



Если необходима ESD



Федеральный экспертный центр

онкологического профиля

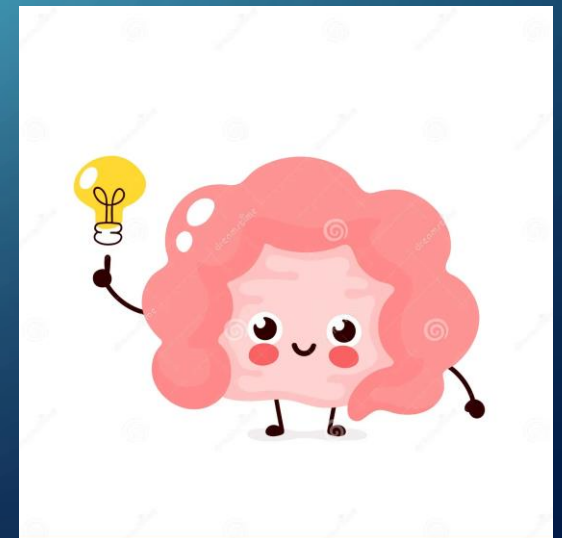
- Полипы любого размера выше прямой кишки подвергаются эндоскопическому удалению (при невозможности хирургическому лечению), в прямой кишке можно не удалять полипы до 5 мм.

- Полипы без ножки до 10 мм удаляются «холодной петлей» амбулаторно

**В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА
В ОРГАНИЗАЦИИ, ГДЕ ПРОВОДЯТСЯ КОЛОНОСКОПИИ
ДОЛЖНЫ БЫТЬ БИОПСИЙНЫЕ ЩИПЦЫ И ПЕТЛЯ!**

ЧАСТОТА НАБЛЮДЕНИЯ:

- -через 6 месяцев при фрагментарном удалении полипа
- -через 3 года , если образование удалено единым блоком
- -через 5 лет, если при исследовании не выявлено образований



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

