

**Министерство здравоохранения Республики Бурятия  
ГБУЗ «Бурятский республиканский клинический онкологический  
диспансер»**

**Роль ранней диагностики в лечении ЗНО (Желудка. Бронхов и  
легких. Ободочной кишки.)**

**врач-онколог 2го хирургического отделения к.м.н. Юмов Евгений Леонидович**

## В структуре ЗНО по Республике Бурятия

**в 1991г.- рак желудка занимал у мужчин и женщин 2 место  
2015г.- 3 место у мужчин и 4 место у женщин**

**Высока смертность от рака желудка, почти 45% больных умирают в первый год выявления.**

### Причины смертности:

**1 место болезни ССС**

**2 место ЗНО**

**В структуре смертности от ЗНО рак желудка занимает 2 место у мужчин и 3 место у женщин в Республике Бурятия.**

**Смертность от рака желудка высокая, в связи с поздней диагностикой**

# **Основные причины развития рака желудка (по данным МАИР)**

- **нерациональное питание,**
- **недостаточное количество витаминов,**
- **употребление соленых, копченых, жирных продуктов**
- **злоупотребление алкоголем**
- **курение.**

**Академик Л.М. Шабад утверждал: нет рака без предрака.**

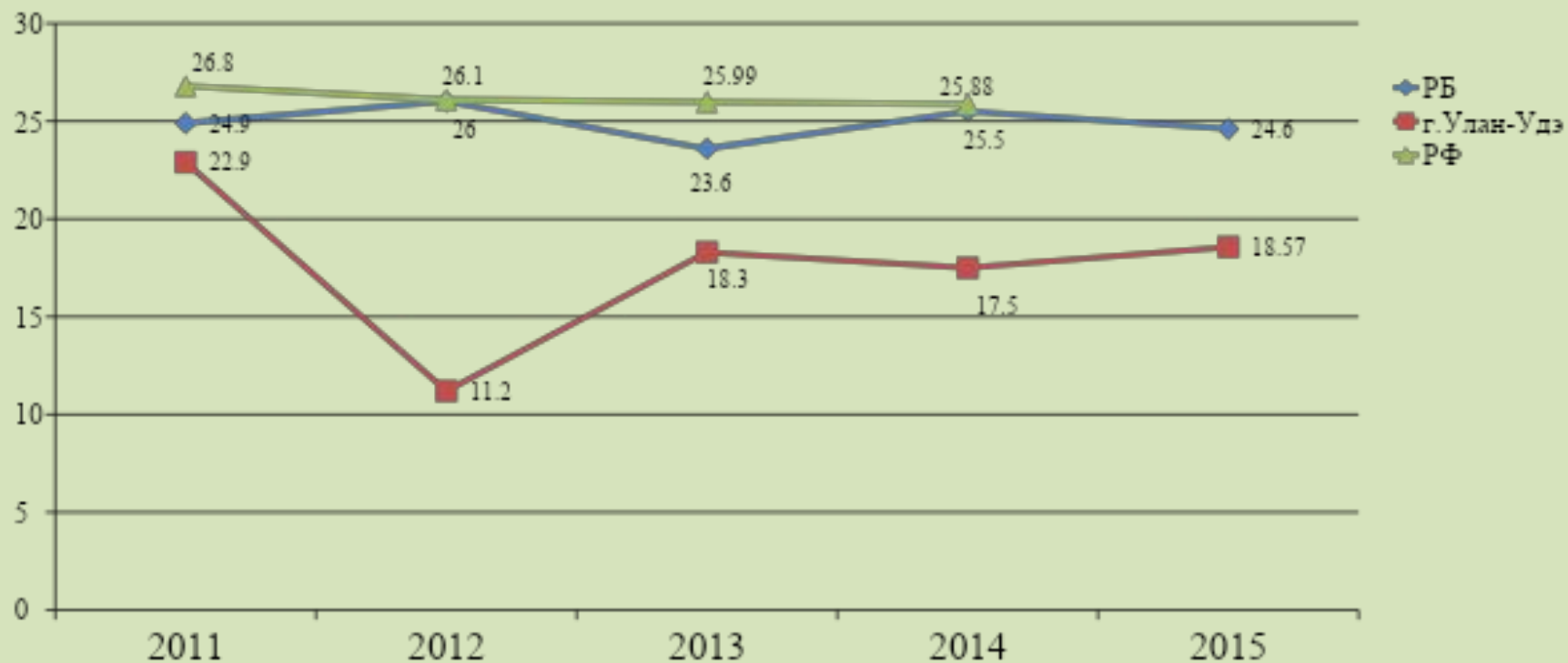
**В качестве предраковых заболеваний рассматривают:**

- **ахлоргидрию и железодефицитную анемию**
- **атрофический и гипертрофический гастрит**
- **метаплазию по тонко- и толстокишечному типу**
- **длительно не заживающие каллезные язвы ( малигнизация от 10 до 100%)**
- **полипы желудка (в 20% рак)**
- **Дисплазию**

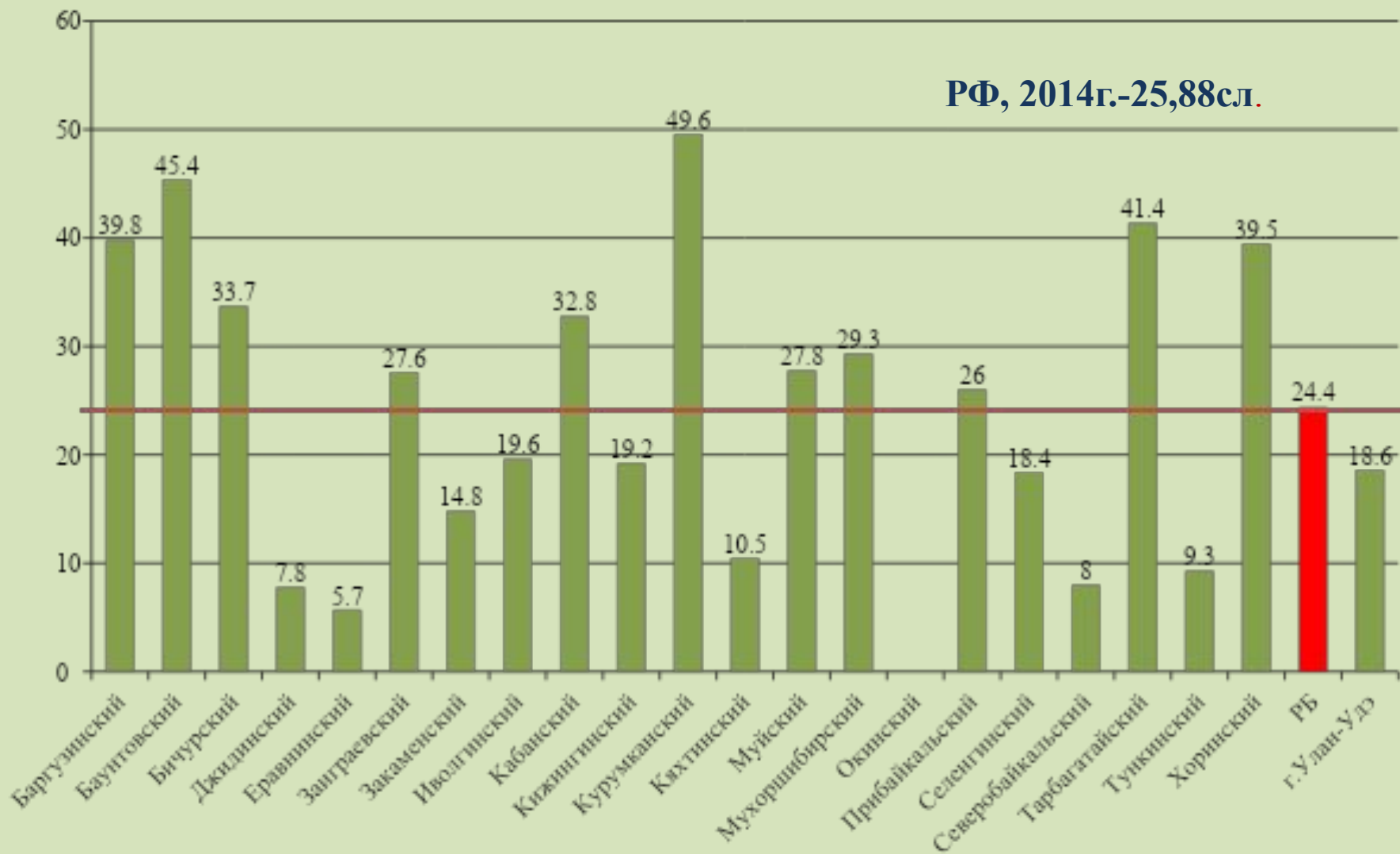
**Факторы риска развития:**

- **Семейная и наследственная предрасположенность**
- **Инфицированность слизистой желудка *Helicobacter pylori***

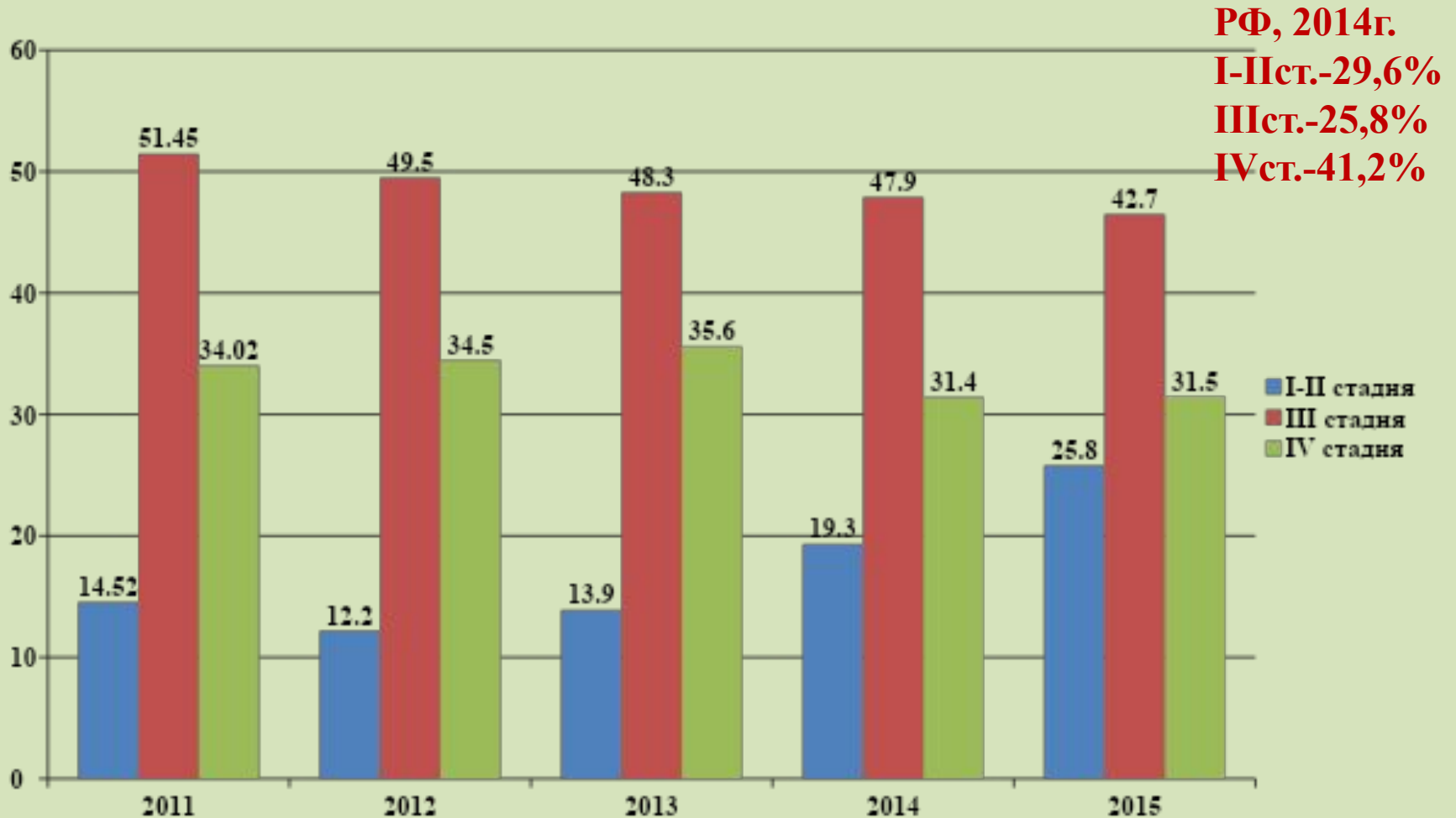
## Динамика заболеваемости ЗНО желудка по Республике Бурятия, г. Улан-Удэ, Российской Федерации за 2011-2015гг.



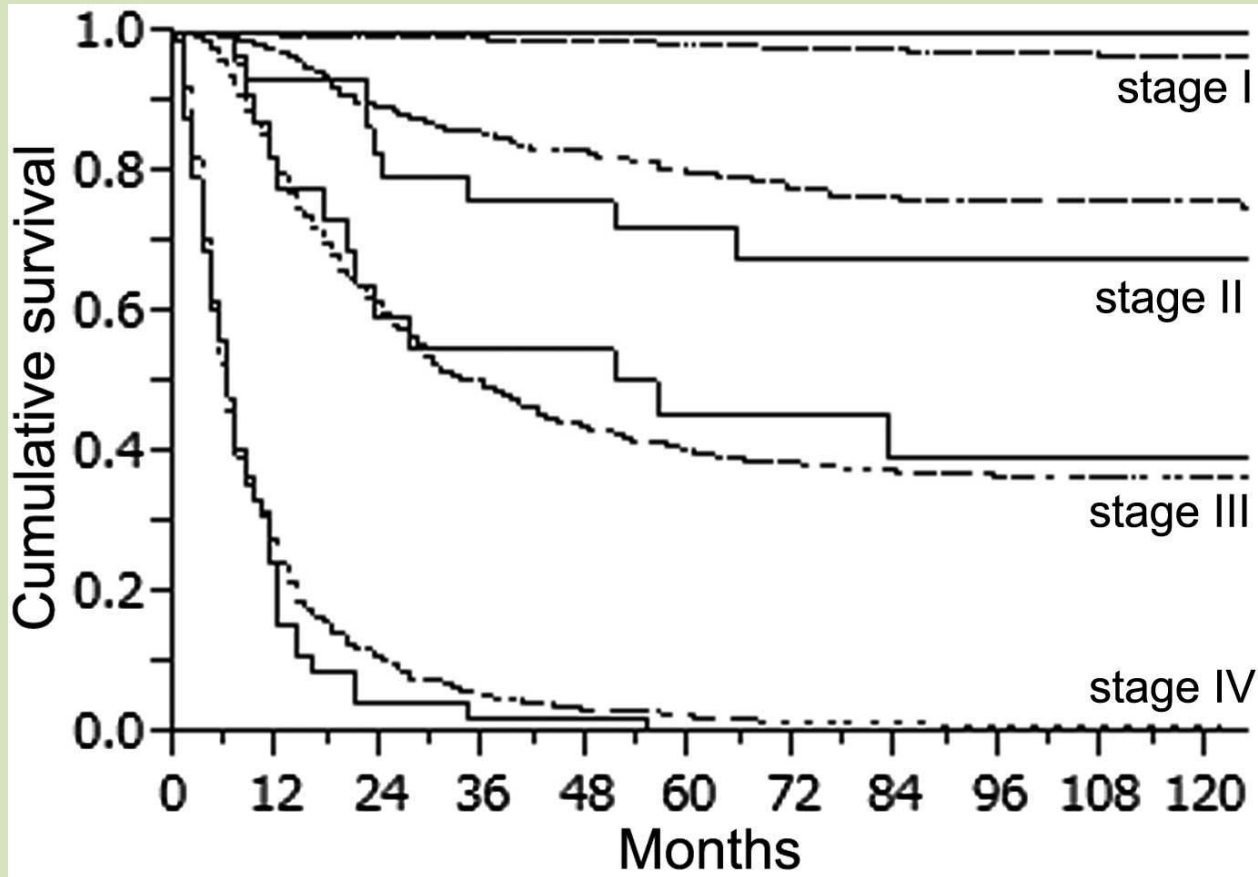
# Заболеваемость ЗНО желудка, в разрезе районов за 2015г на 100 тыс.нас.



**Удельный вес больных раком желудка с впервые в жизни установленным диагнозом в зависимости от стадии заболевания, в Республике Бурятия в 2011-2015гг. (%)**



## Показатели выживаемости в зависимости от стадии заболевания.

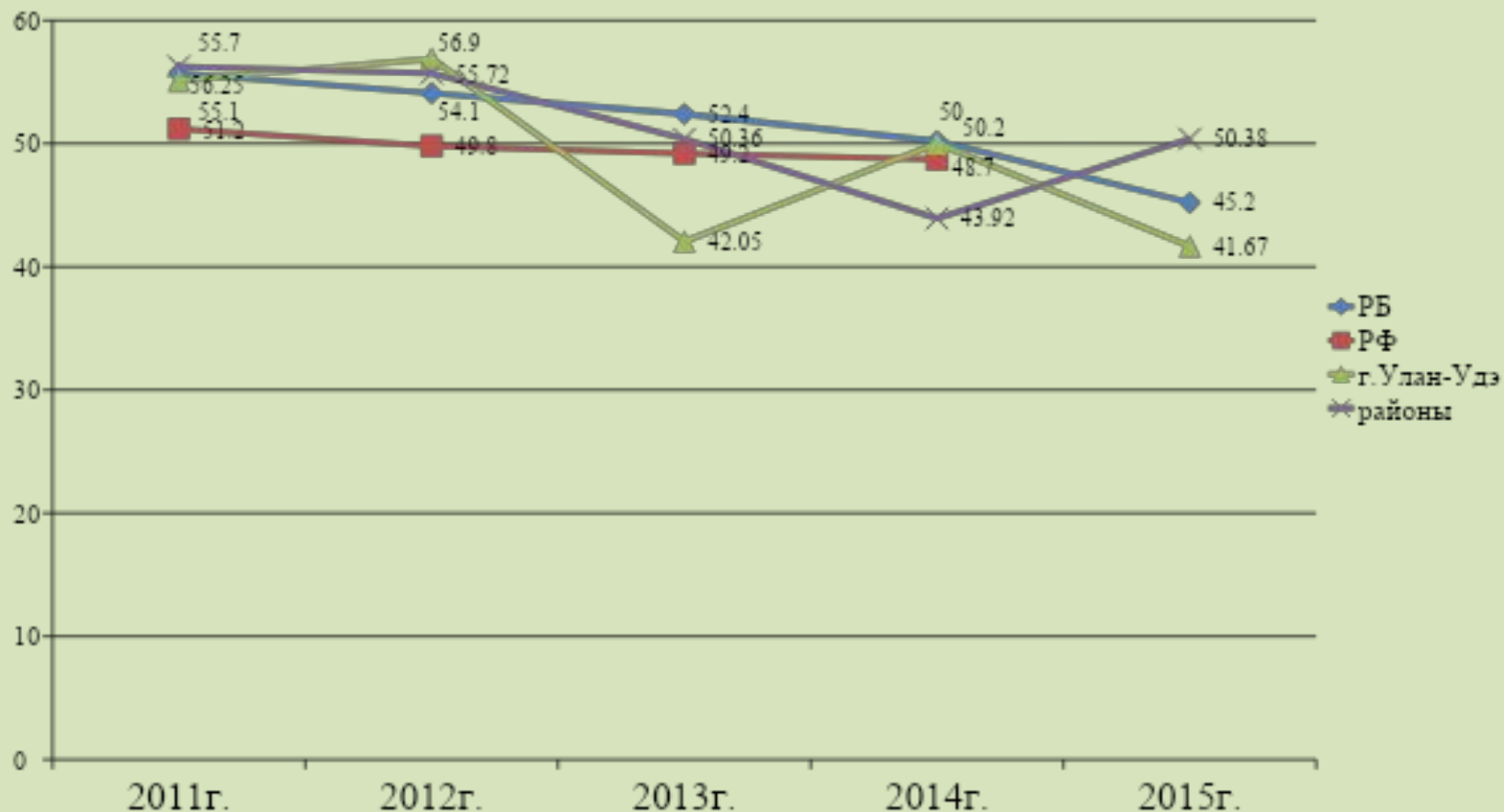


РФ, 2014г-54,6.

РБ, 2015г-53,6

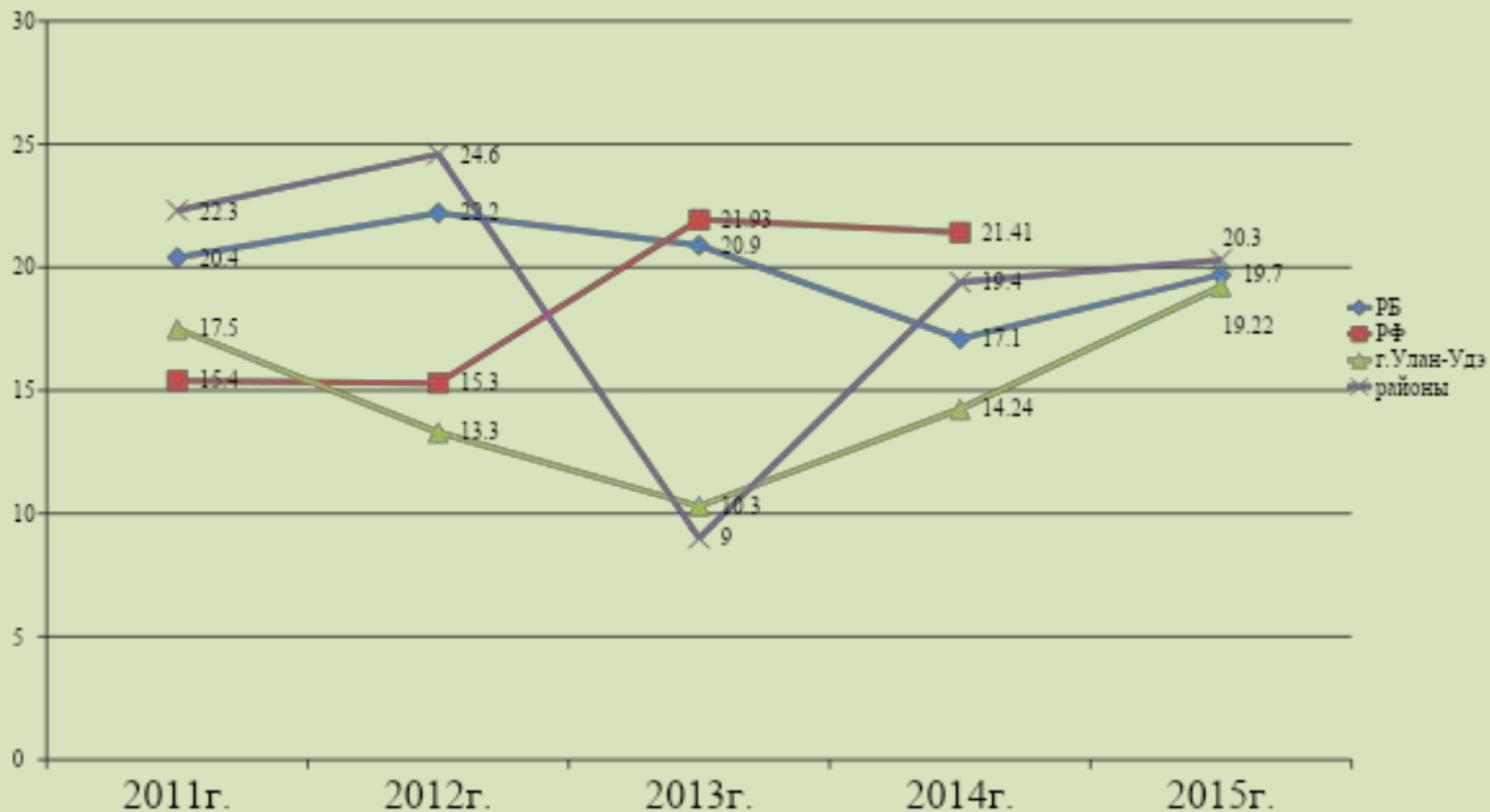
(Taro Isobe, Kousuke Hashimoto 2013) Department of Surgery, Kurume University School of Medicine, Fukuoka, Japan

## Одногодичная летальность ЗНО желудка по Республике Бурятия, в сравнении с г.Улан-Удэ, районов РБ, Российской Федерации, за 2011-2015гг.





## Динамика смертности ЗНО желудка по Республике Бурятия по г.Улан-Удэ, районах РБ и Российской Федерации за 2011-2015гг.



## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

	2013г.		2014г.		2015г.	
	абс	%	абс	%	абс	%
<b>ГБУЗ БРКОД</b>	<b>58</b>	<b>25,33</b>	<b>81</b>	<b>32,67</b>	<b>73</b>	<b>30,9</b>
<b>БСМП</b>	<b>1</b>	<b>0,44</b>	<b>2</b>	<b>0,81</b>	<b>2</b>	<b>0,83</b>
<b>РКБ</b>	<b>3</b>	<b>1,31</b>	<b>4</b>	<b>1,62</b>	<b>1</b>	<b>0,42</b>
<b>ИООД</b>	<b>10</b>	<b>4,37</b>	<b>10</b>	<b>4,04</b>	<b>15</b>	<b>6,23</b>
<b>Томский НИИО</b>	<b>1</b>	<b>0,44</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>1,66</b>

**В 2015 году в Бурятском онкологическом диспансере проведено 73 операции (30,9% от первично выявленных, РФ-35,1%), в т.ч.**

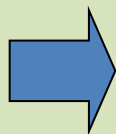
- гастрэктомий – 30,**
- субтотальных резекций – 37,**
- паллиативных операций 6, (гастростомия, наложение обходных анастомозов)**

## Стандарты диагностики

- Эндоскопические исследования являются «золотым стандартом» в диагностике патологических процессов слизистых оболочек ЖКТ.
- Большое значение уделяется использованию всех возможностей для выявления и установления наличия участков метапластических и диспластических изменений слизистой оболочки пищевода и желудка с целью улучшения визуальной картины и её трактовки, а затем и прицельной биопсии из патологически измененных участков, а также для определения точных границ поражения, выявления минимальных изменений слизистой оболочки желудка и, что особенно важно, выявления различий между нормальным и патологически измененным эпителием слизистой оболочки.

## Современный алгоритм обследования в диагностическом эндоскопическом процессе

Детальный осмотр  
в белом  
свете



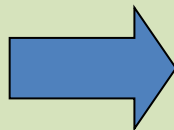
AFI



Хромоскопия

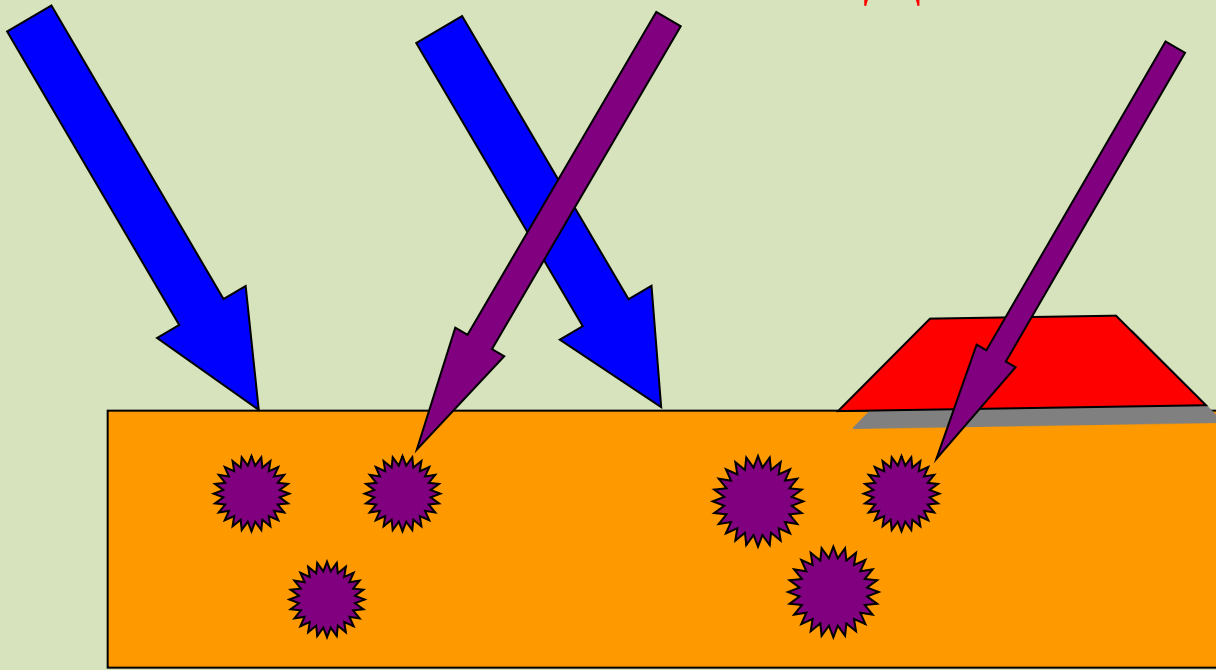


NBI



Увеличительная  
эндоскопия

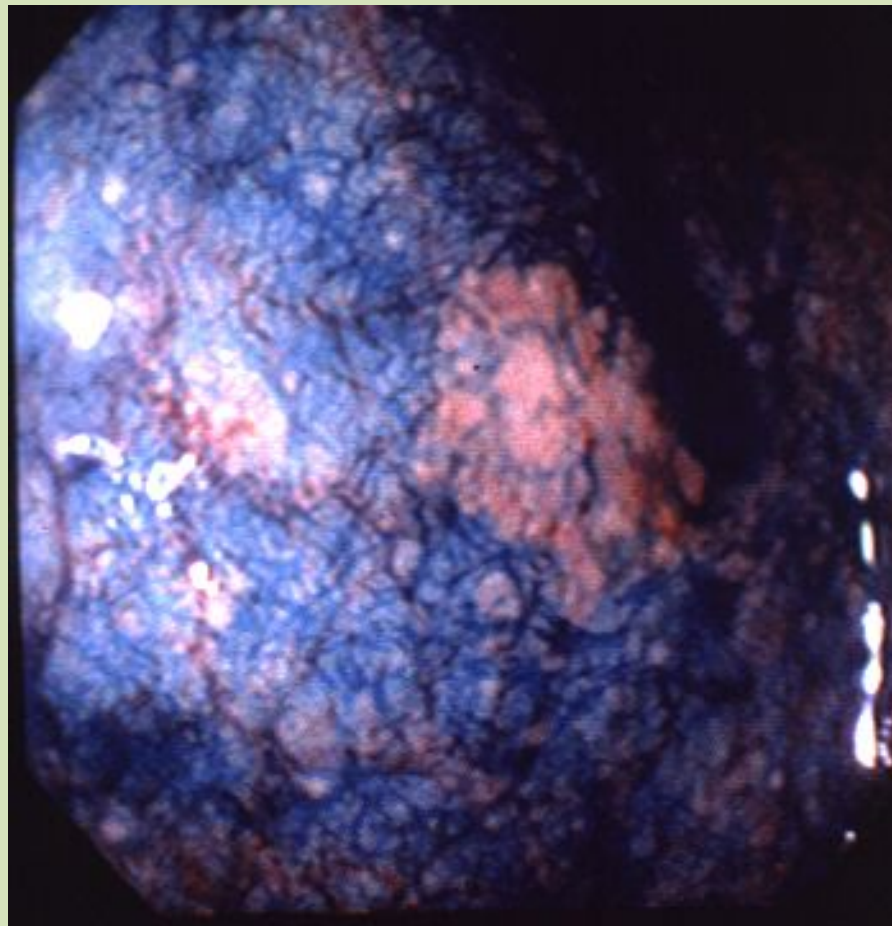
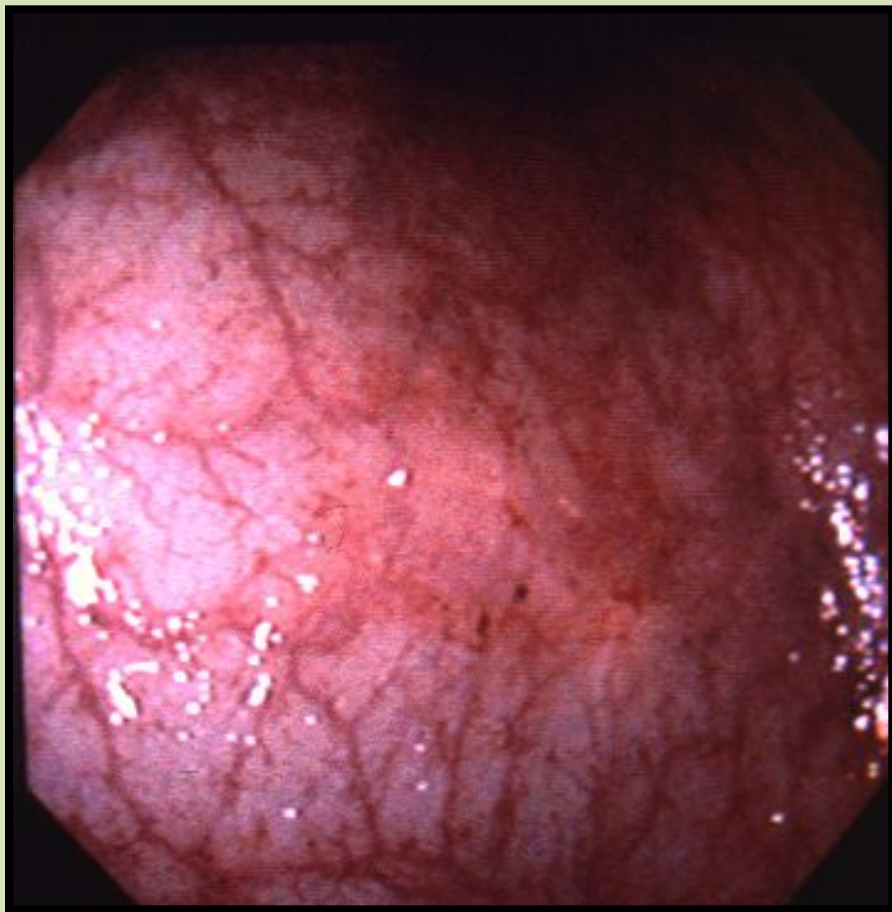
# Механизмы действия АФИ



Обнаружение патологических участков основано на определении изменений в аутофлуоресценции тканей, обусловленных:

- изменениями в концентрации и глубины распределения эндогенных флуорофоров
- нарушениями тканевой микроархитектоники (толщина слизистой оболочки и нарушения структуры различных её слоев),
- степенью васкуляризации (концентрация гемоглобина),
- измененными уровнями обмена веществ в ткани.

**Поверхностный плоско-возвышающийся тип  
раннего рака желудка  
до окраски и после.**



# Узкоспектральная эндоскопия

## Narrow Band Imaging

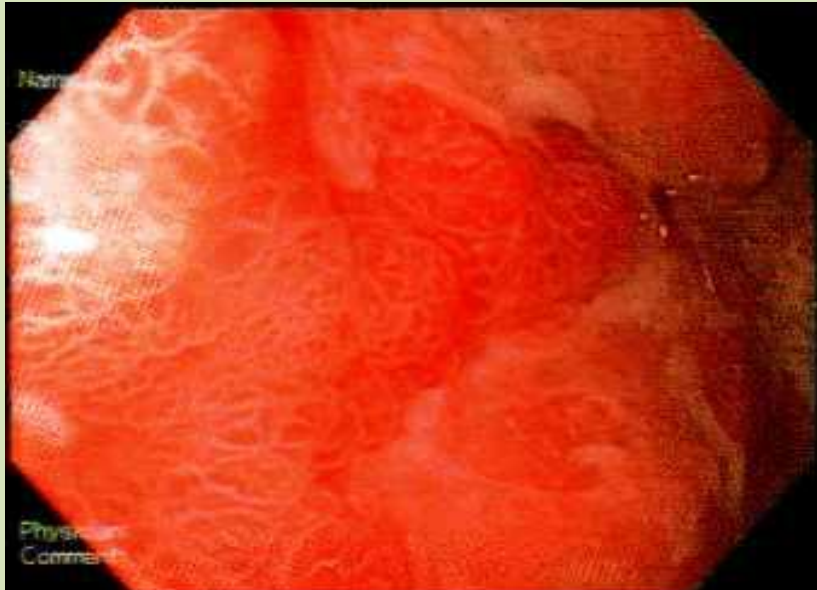
NBI позволяет исследовать слизистую оболочку узким спектром света, используя длины волны 415нм и 540нм, которые избирательно поглощаются гемоглобином крови

При использовании технологии NBI для оценки доступны две анатомические структуры:

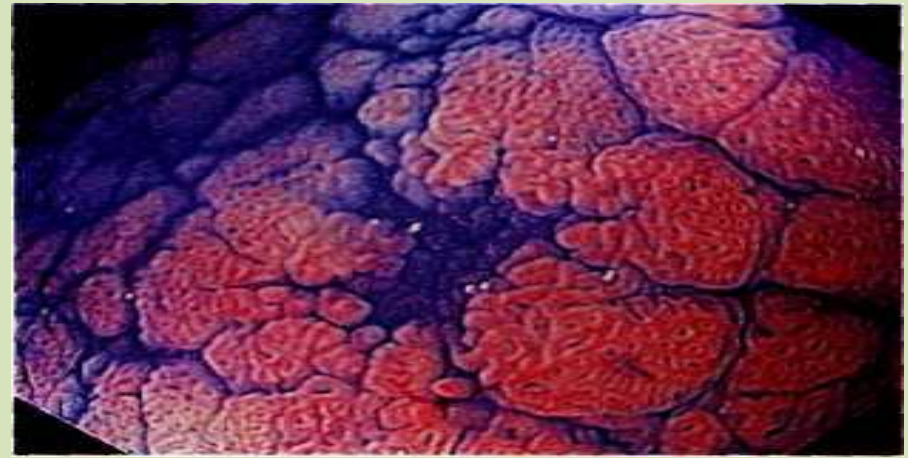
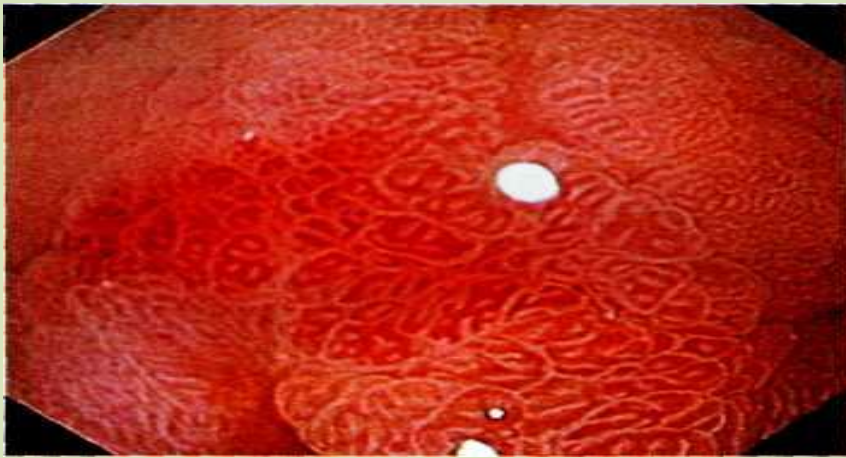
- Субэпителиальный капиллярный рисунок
- Структура поверхности слизистой оболочки

Таким образом световые фильтры позволяют получить детальное изображение сосудистого рисунка, его изменений, характерных для патологических участков воспалительного генеза, а также для предраковых заболеваний и ранних форм рака. Кроме того система повышает контрастность, что создает эффект виртуальной хромокопии.

# Язва желудка, NBI технология





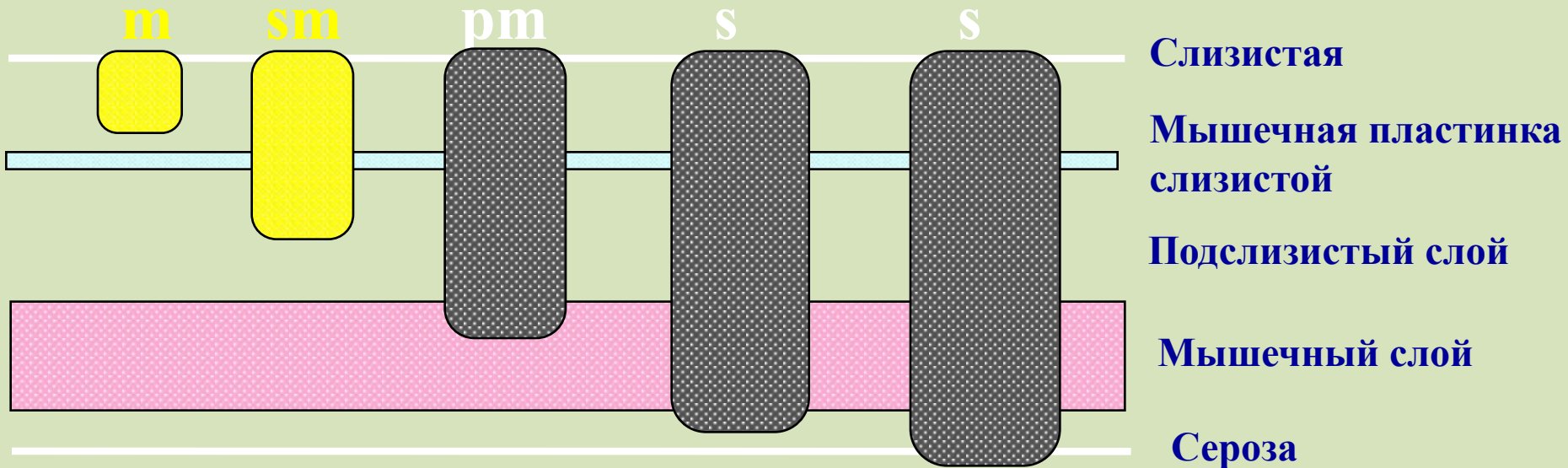


## **Увеличительная эндоскопия**

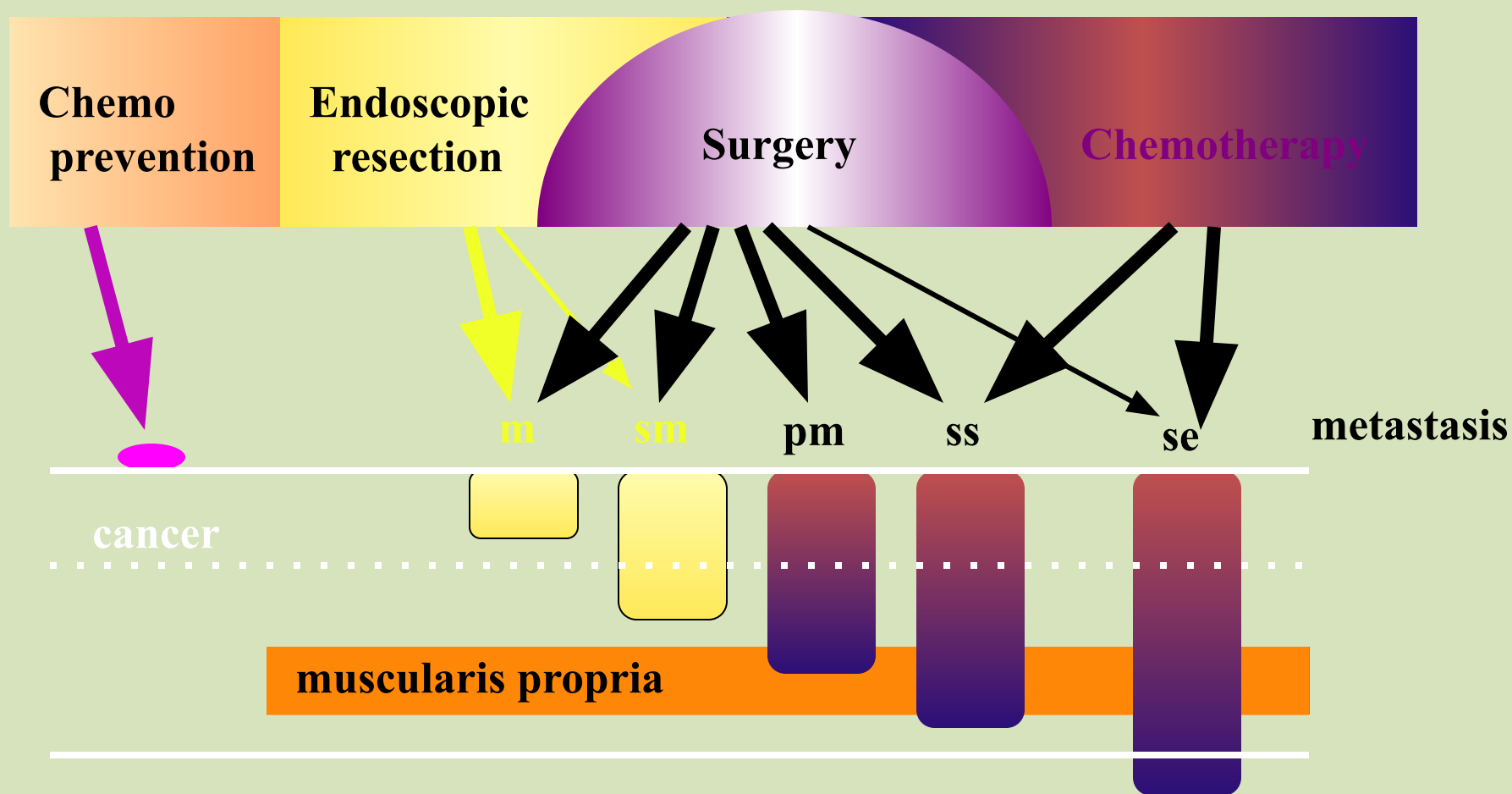
Данный метод позволяет детально исследовать микроархитектонику слизистой оболочки, выявить минимальные нарушения типичной архитектоники слизистой оболочки и четко различать участки кишечной метаплазии и дисплазии или наличие неопластических изменений по визуальным критериям.

# Ранний рак желудка

Ранний рак желудка характеризуется опухолевой инвазией слизистого слоя и подслизистого слоя слизистой оболочки



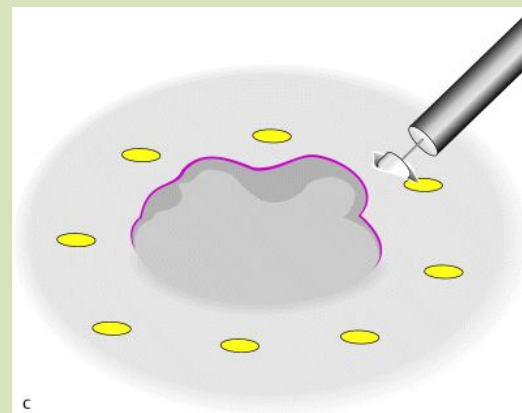
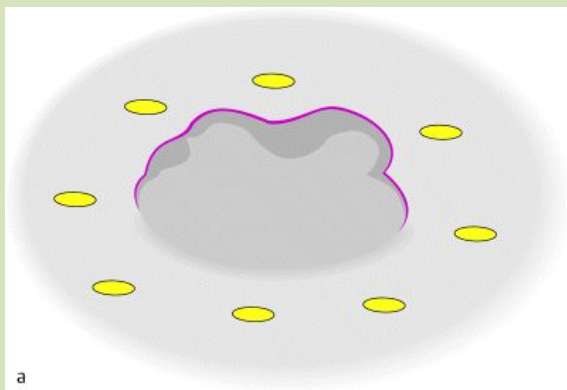
# Тактика лечения в зависимости от глубины инвазии опухоли при раке желудка



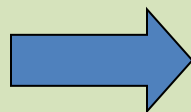
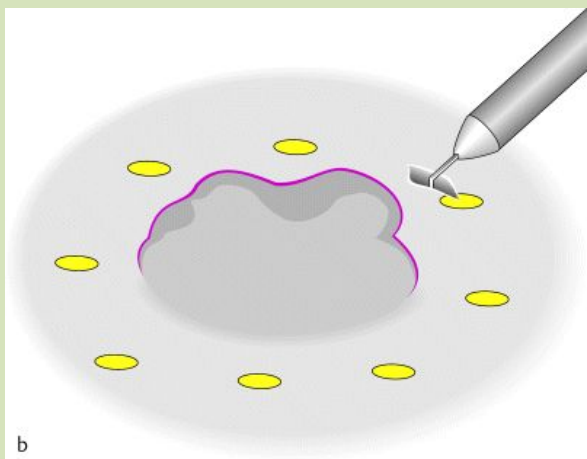
## Эндоскопическая подслизистая диссекция:

- Наиболее часто и успешно используемой сейчас методикой является **эндоскопическая подслизистая диссекция (ЭПД / Endoscopic Submucosal Dissection / ESD)** – операция по удалению пораженного опухолью участка слизистой оболочки и части подслизистого слоя с помощью специального эндоскопического инструментария, которая **является высокотехнологичной, адекватной и достаточно безопасной методикой, позволяющей выполнить полноценное и малоинвазивное эндоскопическое удаление предопухолевого патологического процесса и раннего рака желудка.**
- Операция проводится под внутривенным наркозом, не вызывающем сильных побочных эффектов у пациента, и занимает в среднем от 1,5 до 3-х часов, в зависимости от размера и локализации опухоли.
- Средняя длительность нахождения в клинике при выполнении такой операции составляет 5-7 дней.
- Таким образом, данная методика часто позволяет полностью излечить рак за короткое время, в случае его обнаружения на ранней стадии.

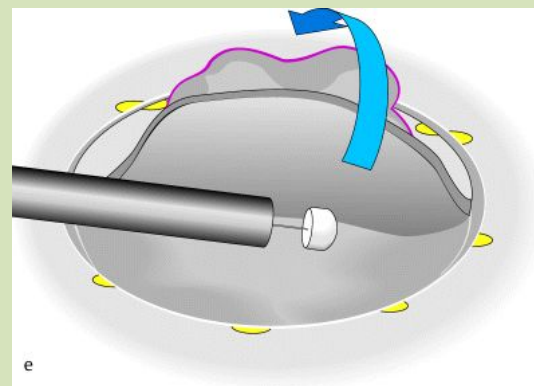
## Методика выполнения:



Маркировка



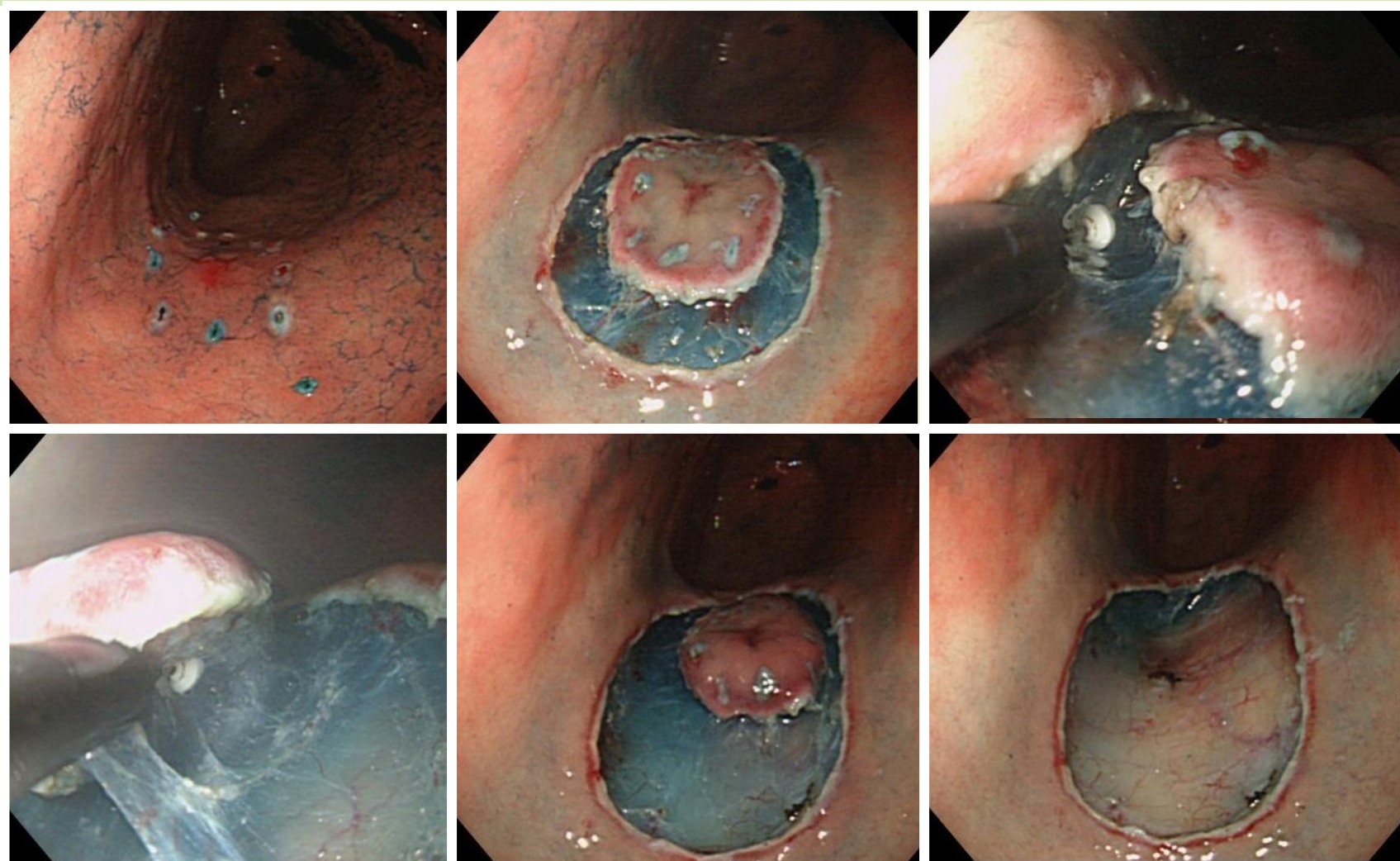
круговой разрез, сделанный скальпелем с изолированным кончиком



разрез игловидным скальпелем после введения физиологического раствора

отделение резецированного участка от подлежащих тканей

## ESD – эндоскопическая диссекция подслизистого слоя слизистой



Ichiro Oda, MD, [ioda@ncc.go.jp](mailto:ioda@ncc.go.jp)

Endoscopy Division, National Cancer Center Hospital Tokyo

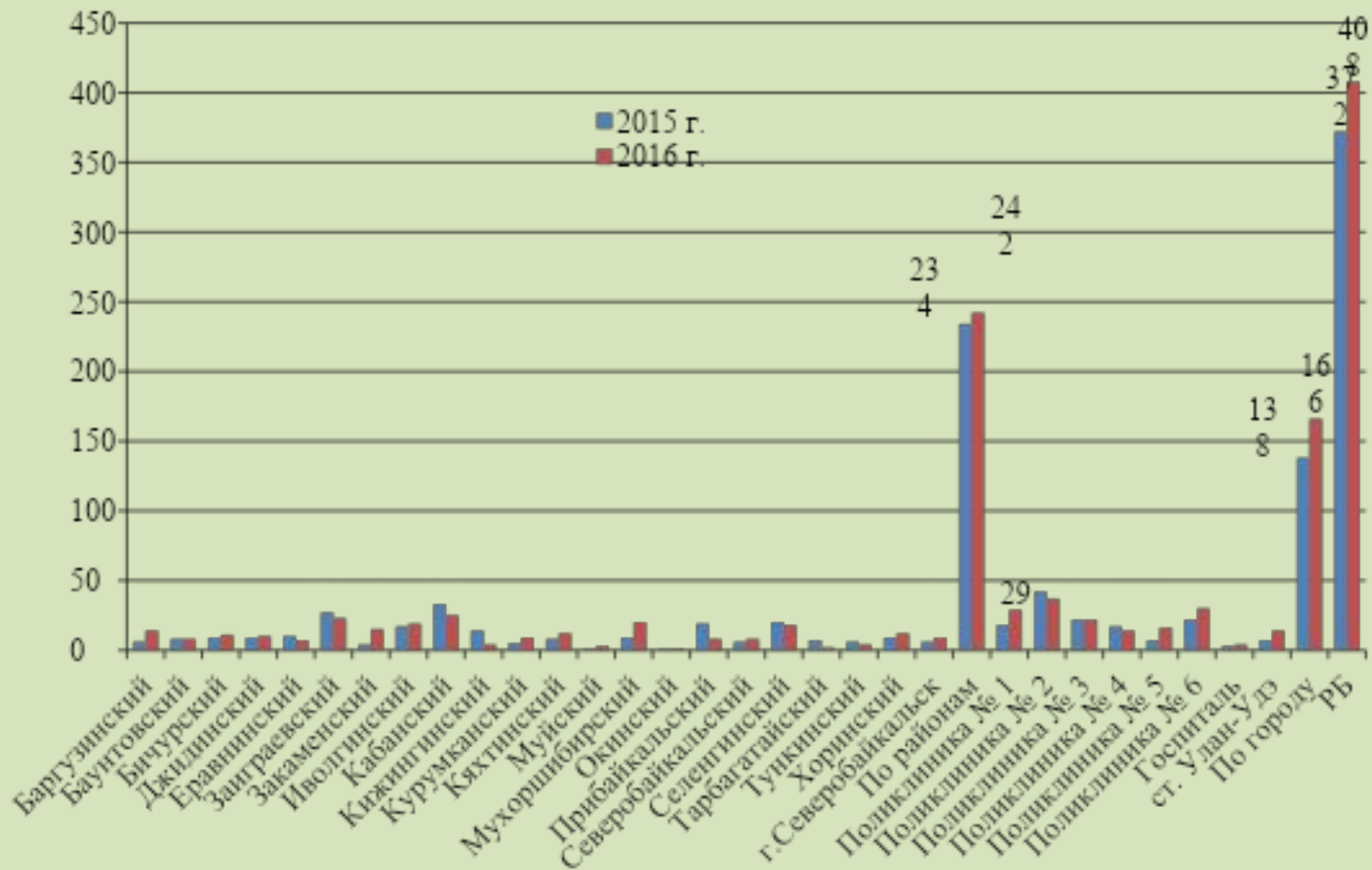
# РЕЗЮМЕ

**Снижение смертности от рака желудка возможно при увеличении частоты диагностирования ранних форм рака желудка и своевременном лечении.**

Посредством чего достигнуть этого?

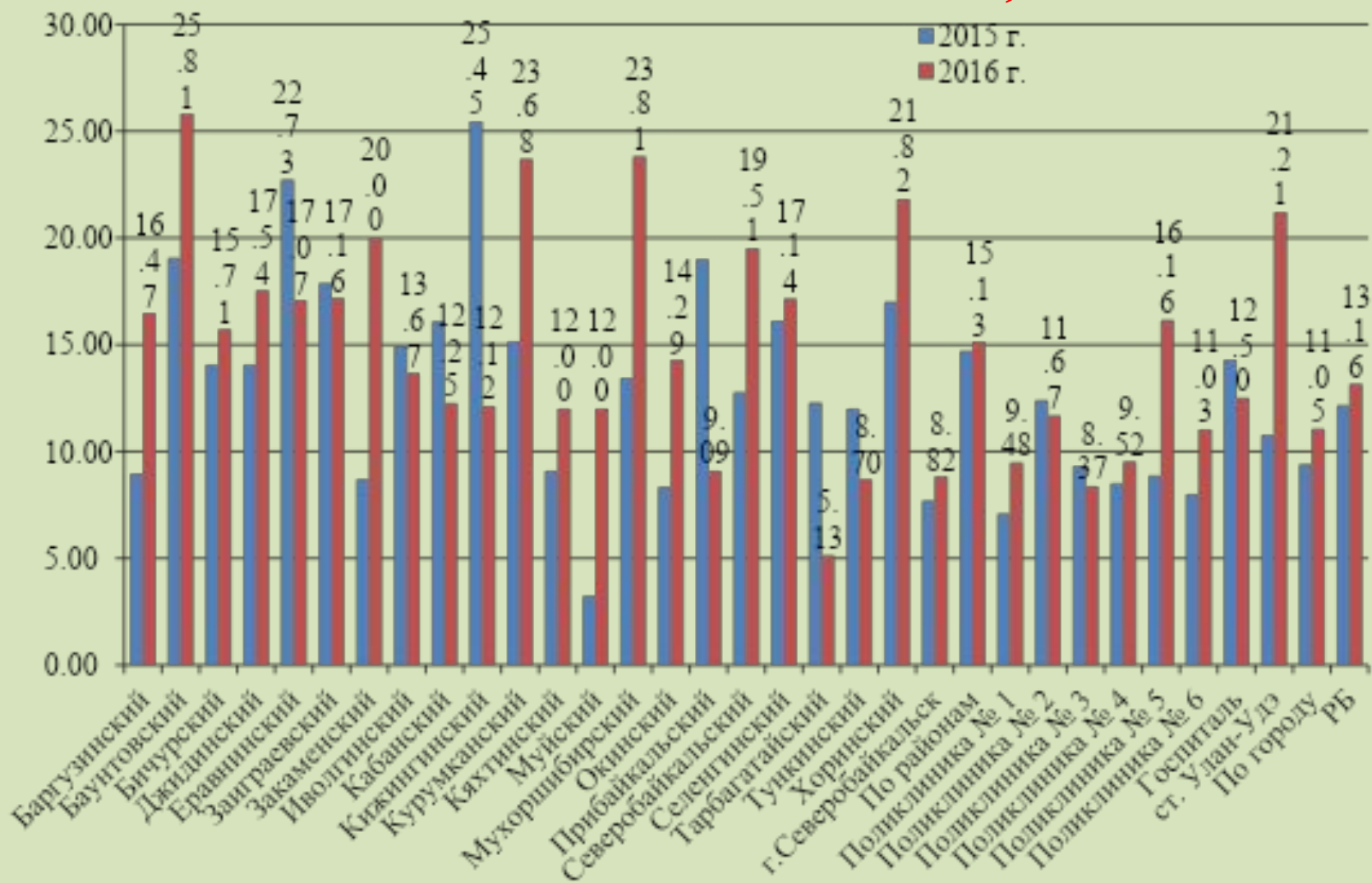
- Активной тактике лечения предраковых состояний (канцеропревенция).
- Внедрение современных методов ранней диагностики в эндоскопии и повышении их доступности.
- Обучение специалистов первичного звена, повышения «онкологической настороженности», формирования «групп риска» среди населения.
- Агрессивной тактике эндоскопической службы.
- Популяризации здорового образа жизни среди населения.
- Ориентация амбулаторно-поликлинической сети на профилактику и раннее выявление ЗНО.
- Усиления контроля онкологического компонента диспансеризации.
- Усиление противораковой просветительной работы среди населения.

# Рак легкого в структуре заболеваемости Абсолютное число

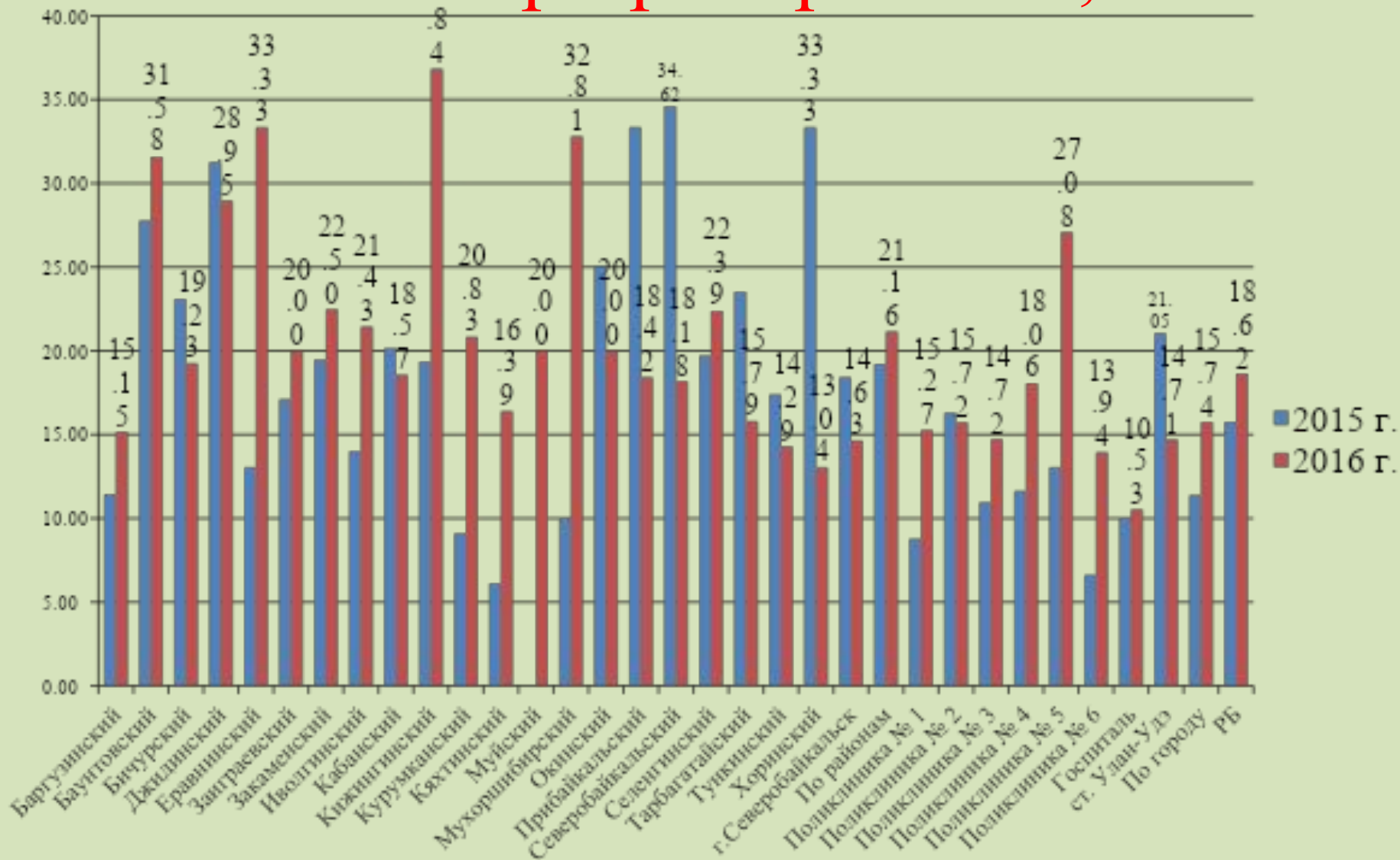




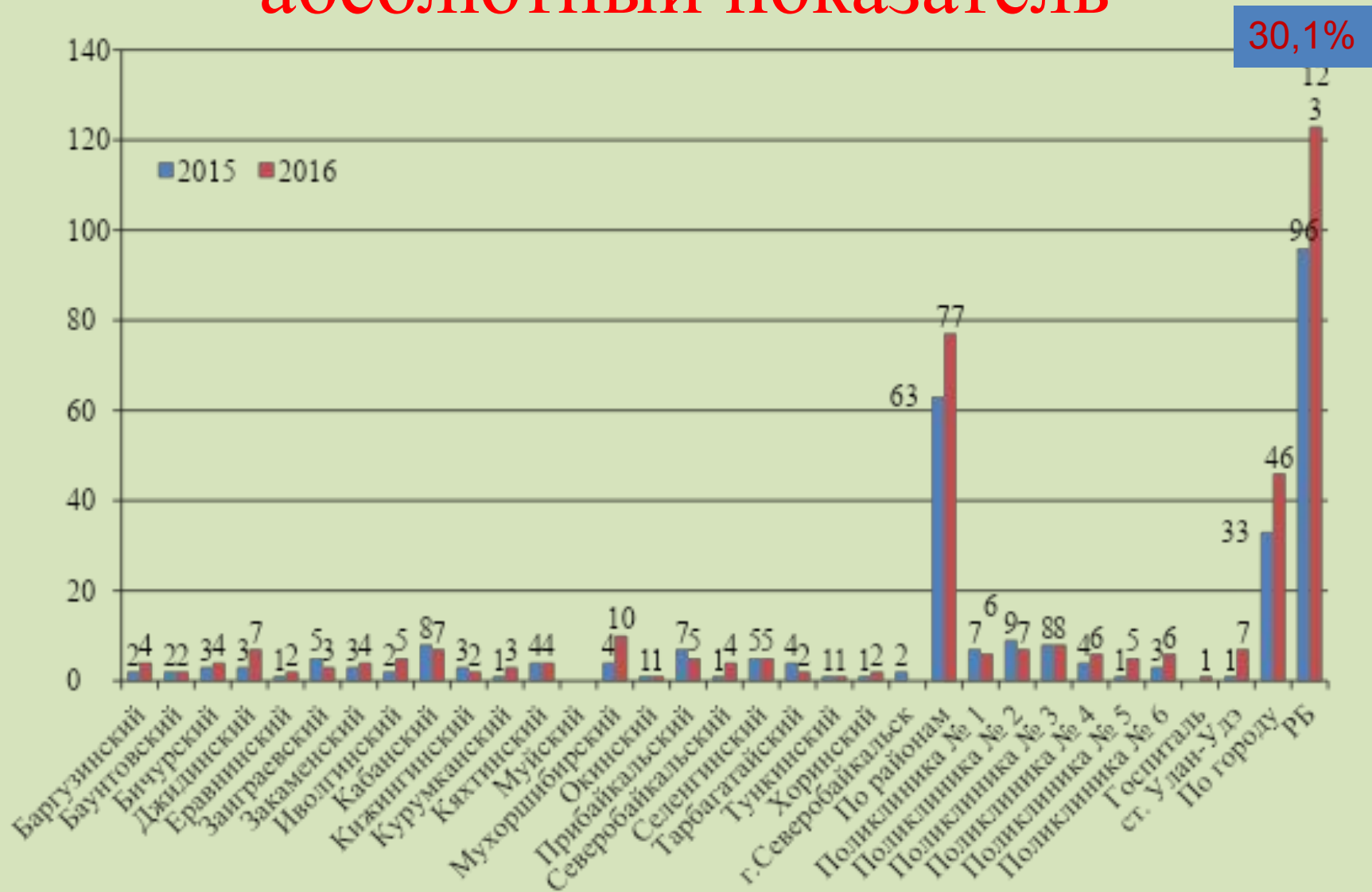
# Рак легкого в структуре заболеваемости, %



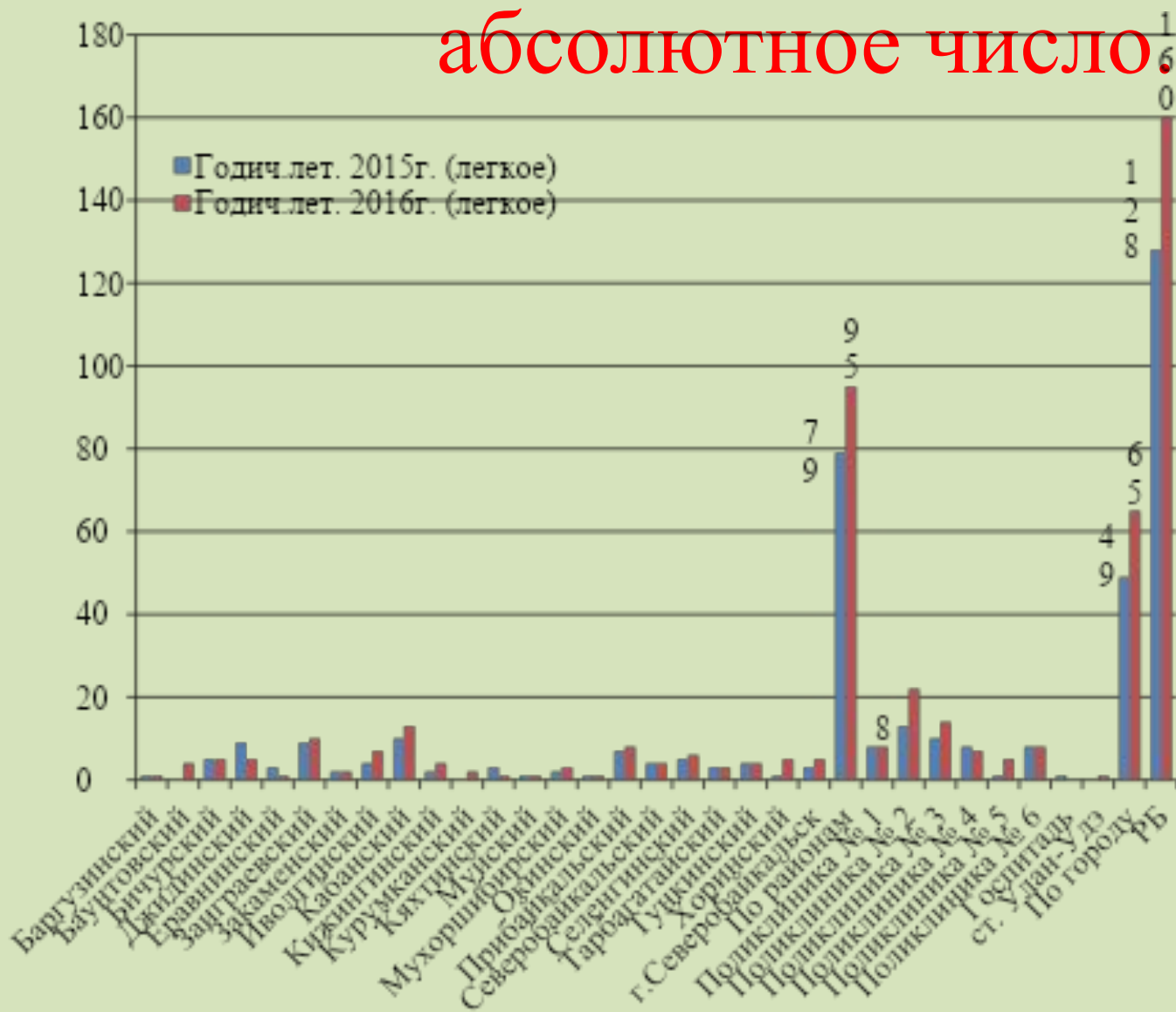
# Рак легкого в структуре смертности от ЗНО в разрезе районов, %



# Запущенность рака легкого, IV ст абсолютный показатель

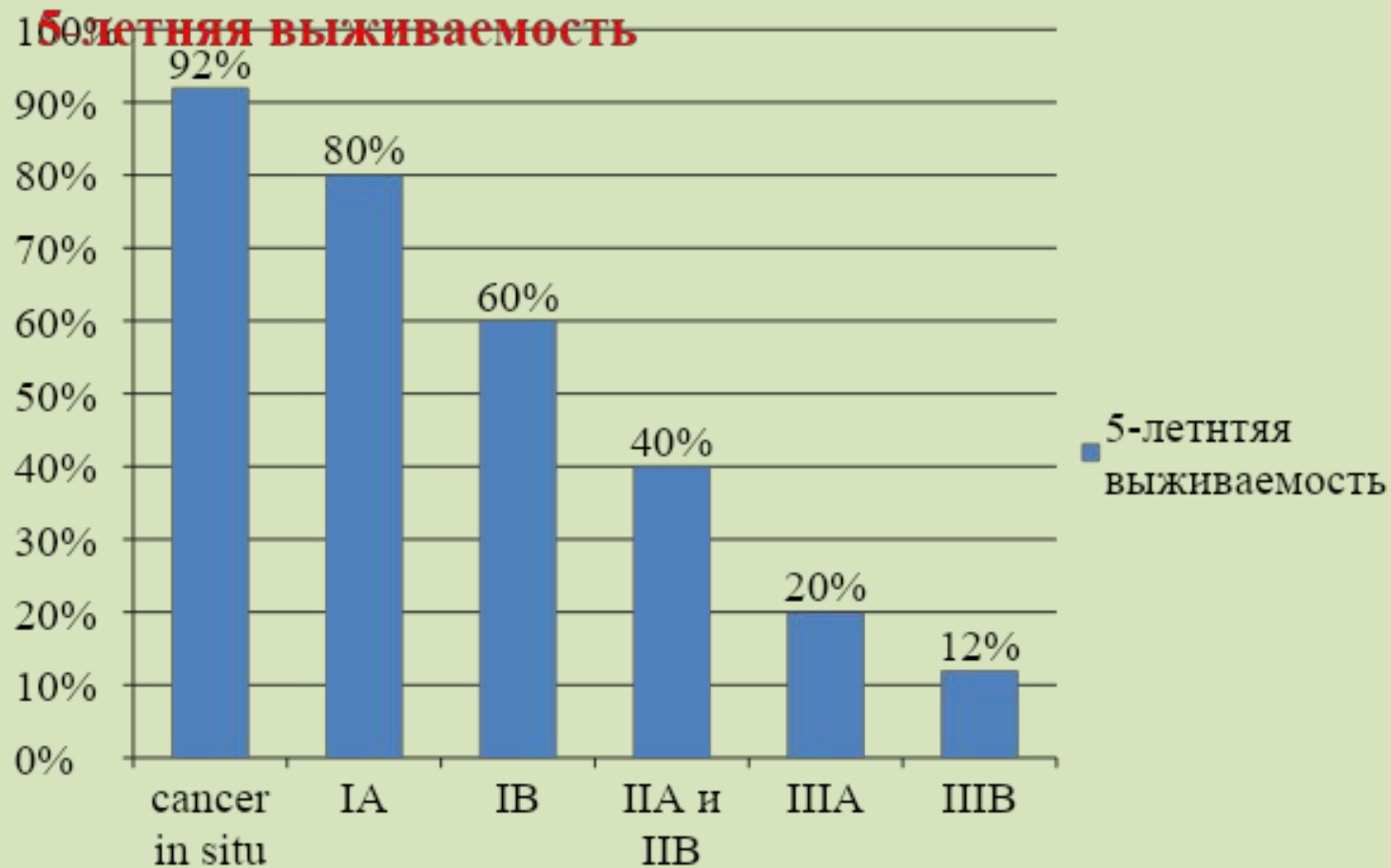


# Одногодичная летальность, абсолютное число



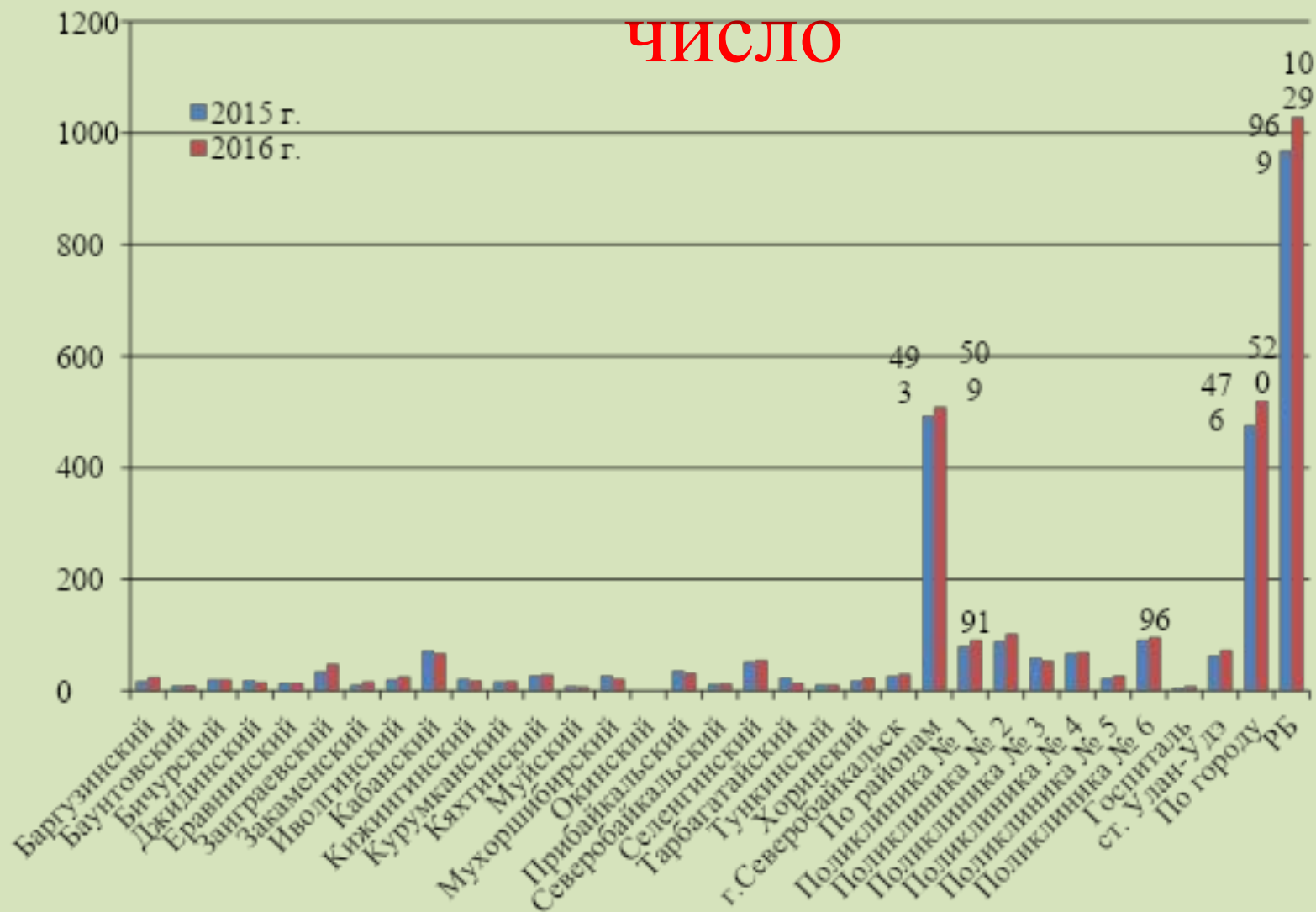
39,2%

# РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ



# Контингент пациентов, абсолютное

## число

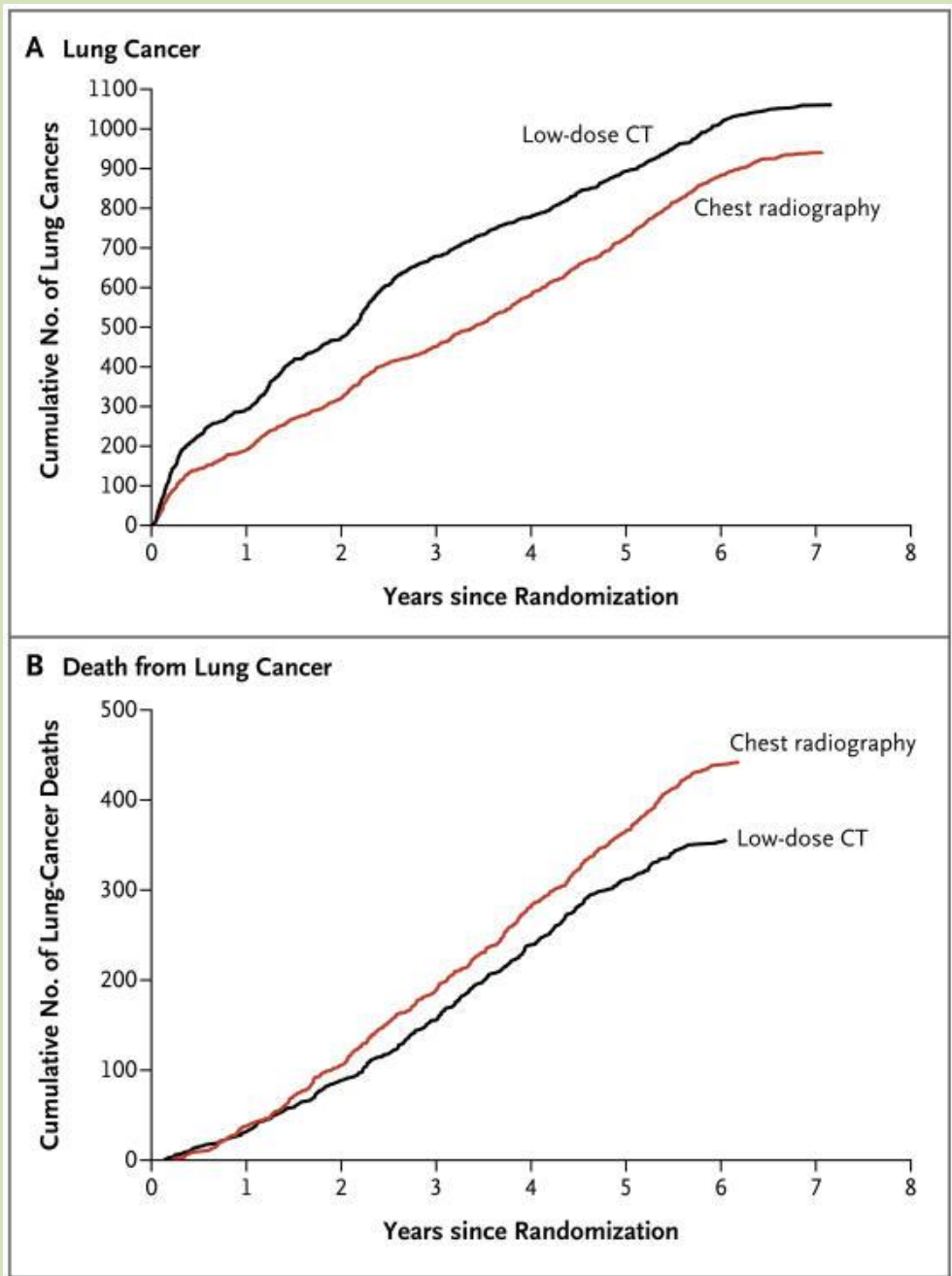


## Диагностика рака легкого.

1. **ФЛГ и Рентгенологическое исследование органов грудной клетки в 2-х проекциях.**
2. **Спиральная компьютерная томография с в/в контрастированием.**
3. **Фибробронхоскопия (ФБС) с забором биопсийного материала.**
4. **Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, периферических л/узлов.**
5. **Ультразвуковое исследование сердца и спирография.**

# National Lung Screening Trial

- В исследование было включено 53454 пациента, сформированы 2 группы.
- На протяжении 6,5 лет проводился скрининг включавший рентгенографию легких и низкодозную компьютерную томографию раз в год.
- Смертность в группе с КТ составила 247 на 100000.
- В группе с R-графией 309 на 100000.





# Эффект скрининга и критерии

## ВКЛЮЧЕНИЯ

- One large randomized trial reported that screening persons aged 55 to 74 years who have cigarette smoking histories of 30 or more pack-years and who, if they are former smokers, have quit within the last 15 years reduces lung cancer mortality by 20% and all-cause mortality by 6.7%
- An updated analysis showed that the estimated reduction in lung cancer mortality was 16% **Updated:** November 18, 2016
- Единственный метод ранней диагностики снижающий смертность от рака легкого.



**Предопухолевые заболевания толстой  
и прямой кишки. Основные проблемы  
в диагностике и лечении.**

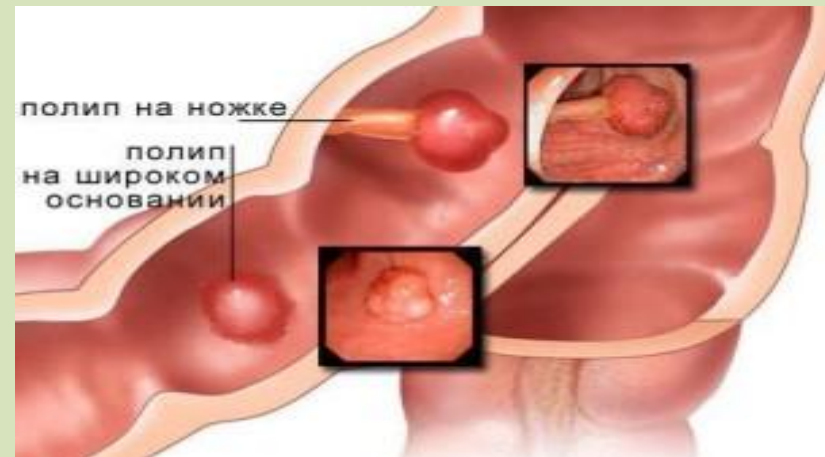
# *Предраковые состояния.*

Среди заболеваний толстой кишки к фону, на котором чаще, чем у здоровых лиц, возникает рак относят:

- Полипы толстой кишки
- Диффузный семейный полипоз толстой кишки
- Семейный ювенильный полипоз
- Синдромы Гарднера, Пейтца – Егерса, Тюрко
- Сопутствующие заболевания (дивертикулёз толстой кишки, болезнь Крона, а также хронический язвенный колит).

Ведущее значение в развитии рака толстой кишки играют предопухолевые заболевания, среди которых первое место занимают *аденоматозные полипы* – одиночные и множественные, ворсинчатые опухоли.

Полипы могут быть единичными или множественными, расположенными на ножке или на широком основании.



По гистологическому строению различают:

- 1) Неопухолевые полипы: гиперпластические, гамартомные (ювенильные, синдром Пейтца – Егерса), воспалительные;
- 2) Эпителиальные новообразования: тубулярные, ворсинчатые (виллёзные) аденомы, диффузный (семейный) полипоз;
- 3) Подслизистые доброкачественные неэпителиальные опухоли: липомы, лейомиомы, невромы, лимфангиомы, лимфоидная гиперплазия, лимфомы.

**Гиперпластические полипы** являются следствием пролиферации эпителиальных желёз без изменения структуры слизистой оболочки кишечника.

Вероятность малигнизации гиперпластических полипов составляет лишь 1%.

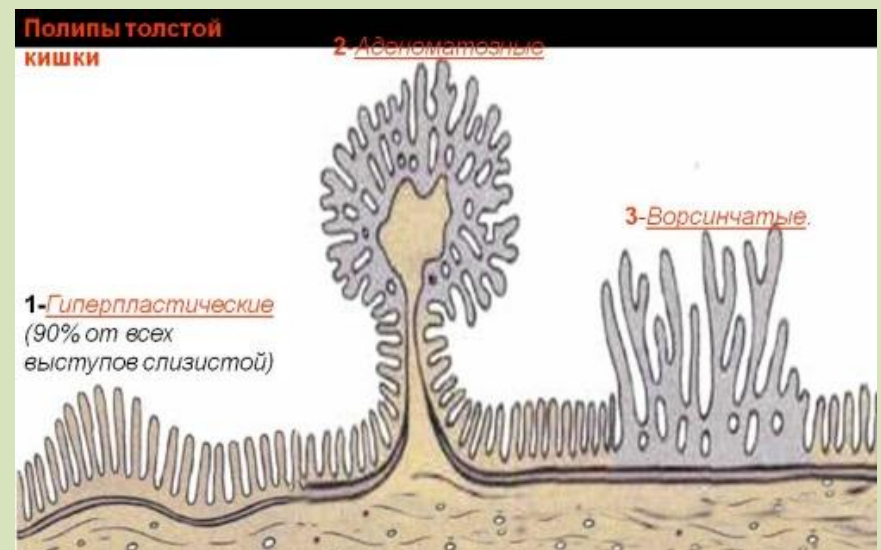
Гиперпластические полипы, встречаются в 10 раз чаще, чем аденоматозные.

Полипы больших размеров могут иметь участки **аденоматозных** структур.

**Аденоматозные полипы** формируются из железистых клеток и представляют собой доброкачественные опухоли кишечника с высоким риском перерождения в рак.

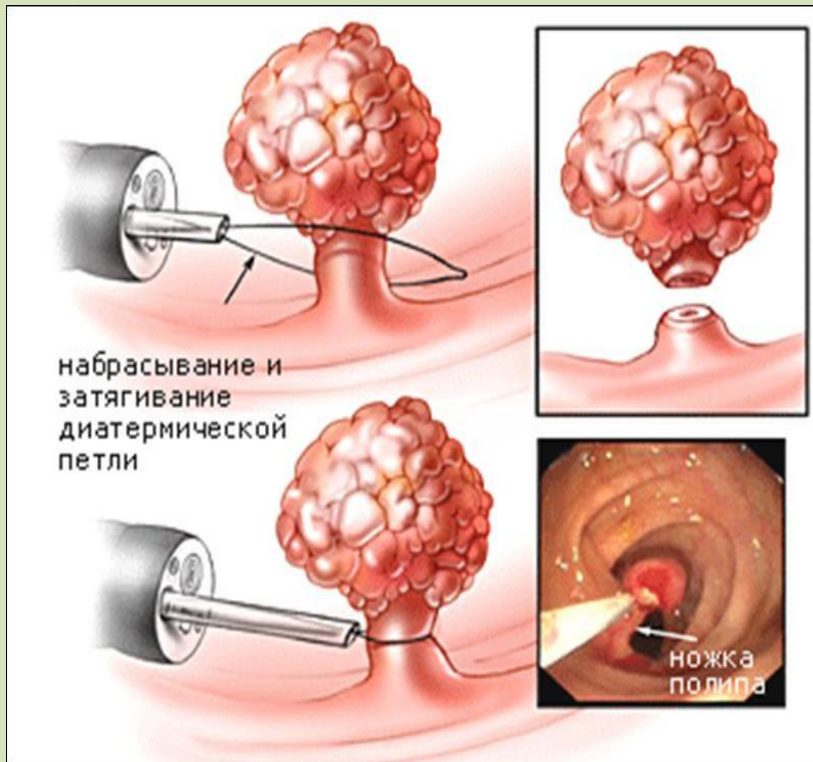
Три варианта **аденоматозных** полипов:

- Тубулярной структуры – 5% малигнизации.
- Тубуловорсинчатой - 23% малигнизации.
- Ворсинчатой – 41-90% малигнизации.



## Лечение

С увеличением количества полипов в желудочно-кишечном тракте существенно растёт риск развития колоректального рака, который достигает 22-100% при наличии у больного 8-50 полипов ободочной и прямой кишки.



Рекомендуется эндоскопическое удаление (электроэксцизия) за счет электрода в виде только полипов, имеющих диаметр свыше 5 мм.

Все аденоматозные полипы должны полностью удаляться и подвергаться тщательному гистологическому контролю.

Обычно после удаления полипов диаметром более 5 мм в течение 2 лет не бывает рецидивов.

Повторной эндоскопии не ранее чем через 2 года.

Хирургические методы лечения при диффузном полипозе – это тотальное удаление толстой кишки (колэктомия) (с илеоректоанастомозом), субтотальная колэктомия (с илеосигмоанастомозом), колпроктэктомия (с илеоанальным анастомозом).

## Группа повышенного онкологического риска.

В группу повышенного онкологического риска включаются больные: 1) с одиночными полипами; 2) с множественными полипами; 3) с ворсинчатыми опухолями; 4) с неспецифическим язвенным колитом; 5) с болезнью Крона.

Больные из групп риска наблюдаются проктологом поликлиники, гастроэнтерологом, а при необходимости - онкологом. Всем им проводятся:

- исследование кала на скрытую кровь каждые 6 месяцев;
- ректороманоскопия 1 раз в год;
- колоноскопия ежегодно или ирригоскопия, чередуясь, через 2 года;
- исследование сыворотки крови на эмбриональный антиген (РЭА) и СА 19.9 через 6 мес.

При трудностях диагностики больные госпитализируются в стационар в гастроэнтерологическое, проктологическое или диагностическое отделения.

## Программа первичного скрининга рака ободочной и прямой кишки

### ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

#### Здоровые лица:

- Колоноскопия лицам старше 45 лет 1 раз в 2 года

- При необходимости биопсия (полипы, эрозии)

#### Группа риска:

- Неспецифический язвенный колит
- Полипы ободочной кишки
- Болезнь Крона

Колоноскопия с биопсией  
1 раз в год, при полипах  
> 1 см – эндоскопическая  
полипэктомия

**После полипэктомии – контрольная колоноскопия через 6 мес**



## Программа первичного скрининга рака ободочной и прямой кишки

При диспансерном обследовании всем пациентам по направлению участкового терапевта ежегодно берется анализ кала на скрытую кровь.

- При отрицательном анализе ежегодно проводится пальцевое исследование прямой кишки, которое проводит хирург, у женщин - гинеколог. Всем лицам старше 50 лет 1 раз в 3 года проводится сигмоскопия и ректоскопия. Исследование может проводить эндоскопист, проктолог или гастроэнтеролог.
- При положительном анализе кала на скрытую кровь проводится 3-дневный гемокульттест при строгой соответствующей диете. При отрицательном анализе (3-кратном) пациент переводится в 1-ю клиническую группу. При положительном гемокульттесте больному проводится пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия. При отсутствии патологии, которая может объяснить наличие крови в кале, проводится колоноскопия, а после нее, при необходимости, ирригоскопия.  
При положительном анализе кала на скрытую кровь и отсутствии патологии больной берется на активное наблюдение в группу повышенного онкологического риска по раку толстой кишки. Также проводится консультация гастроэнтеролога и назначается рентгенологическое исследование желудка либо гастроскопия

# Резюме

Своевременная диагностика колоректального рака на ранних стадиях заболевания резко повышает эффективность лечения при этом заболевании. Так, 5-летняя выживаемость больных при прорастании только слизистой оболочки толстой кишки составляет 88 — 100%, при вовлечении в опухолевый процесс подслизистого слоя — на 10% меньше.

В связи с этим особое значение в диагностике рака толстой кишки приобретает выявление лиц повышенного риска имеющих предрасположенность к развитию опухолей этой локализации.

Все вышесказанное свидетельствует о необходимости изыскания путей и способов раннего выявления рака и предраковых заболеваний толстой кишки.

Целесообразность проведения профилактических осмотров на предмет выявления заболеваний толстой кишки не вызывает сомнения. Однако при их проведении врач сталкивается с рядом трудностей и, в первую очередь, с нежеланием практически здорового человека подвергаться такой процедуре как ректоскопия, колоноскопия и т.д. Именно поэтому необходима разработка организационно легко выполнимого исследования. Таким является в настоящее время тест кала на скрытую кровь.

**Спасибо за внимание!**