

Эндоскопическая диагностика раннего рака желудка, его протяжённости и глубины инвазии

R. Narisawa¹, M. Kobayashi², M. Takeuchi¹, J. Yokoyama¹,
K. Shioji¹, Y. Satoh², Y. Aoyagi²

¹ Department of Endoscopy, Niigata University Medical and Dental Hospital

² Division of Gastroenterology and Hepatology,

Niigata University, Graduate School of Medical and Dental Sciences, Niigata, Japan

На сегодняшний день такое лечение раннего рака желудка, как эндоскопическая резекция слизистой оболочки (EMR) и эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD) выполняются во многих клиниках по всему миру.

При использовании эндоскопических методов лечения раннего рака желудка необходима более точная диагностика, так как выполняется локальная резекция до подслизистого слоя без диссекции региональных лимфатических узлов. Это означает, что для эндоскописта очень важно определить протяжённость и глубину инвазии опухоли, используя хорошую технику и детальный визуальный осмотр.

Для определения глубины инвазии новообразования можно использовать эндоскопическую ультрасонографию. Однако аналогичную информацию можно получить при стандартном эндоскопическом исследовании с индигокармином, который подчёркивает контур, рельеф, неравномерность развития поражения.

С другой стороны, для определения точного диагноза важно понимать гистологию рака желудка, который делится на два типа: дифференцированный и недифференцированный. Первый имеет тубулярную структуру, последний таковой не имеет. Эти гистологические типы опубликованы Японским обществом исследования рака желудка.

1. ДИАГНОСТИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ТИПА РАКА

В большинстве случаев при дифференцированном типе рака желудка при стандартной эндоскопии цвет поражения слизистой оболочки красноватый. Протяжённость рака сопоставима с участком покраснения. Так же мы можем определить протяжённость поражения по различиям в структуре рельефа между раковым поражением и слизистой оболочкой без опухоли. При орошении слизистой оболочки индиго карминовым в первом случае определяются нерегулярные структуры (рельеф, подобный желудочному), во втором случае — регулярные (желудочные поля).

2. ДИАГНОСТИКА ГЛУБИНЫ ИНВАЗИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ТИПА РАКА

При диагностике злокачественного поражения приподнятого типа (тип I) или плоскоприподнятого (тип II) мы должны осмотреть границы новообразования и внимательно оценить его поверхность. Возможность чёткого определения границ поражения свидетельствует о том, что глубина инвазии ограничена слизистой оболочкой. Если чёткую границу новообразования обнаружить не удастся, то глубина инвазии ограничена, по меньшей мере, подслизистым слоем. Далее мы должны оценить рельеф поверхности опухоли. Если на поверхности новообразования определяются нерегулярные гранулы (рельеф, подобный желудочному), то глубина инвазии ограничивается слизистой оболочкой. Если же имеются участки исчезновения нерегулярных гранул, то в этих участках опухоль инвазирует в подслизистый слой.

Для нас очень важно осматривать границы выступающего новообразования и его рельеф с особой бдительностью для определения глубины инвазии.

При раннем раке плоского типа (IIb) и плоского погружённого типа (IIc), если возможно различить нерегулярные гранулы (рельеф, подобный желудочному) на поверхности поражения, то возможно диагностировать инвазию в пределах слизистой оболочки.

3. ДИАГНОСТИКА ПРОТЯЖЁННОСТИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ТИПА РАКА

В большинстве случаев для раннего рака желудка недифференцированного типа характерен макроскопический тип: плоский (IIb) или поверхностный погружённый (IIc) с островковым характером строения. Цвет такого злокачественного поражения при стандартной эндоскопии белесоватый.

4. ДИАГНОСТИКА ГЛУБИНЫ ИНВАЗИИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ТИПА РАКА

В большинстве случаев при данном типе для постановки правильного диагноза ориентируются на островковый тип строения и участки конвергенции слизистой

оболочки. Если определяется островковый рельеф поверхности опухоли без конвергенции слизистой оболочки, новообразование диагностируется как слизистый рак. Если конвергенция складок не распространяется за пределы опухоли, то поражение ограничено подслизистой инвазией без пептического язвенного рубца, так как в этом случае конвергенция слизистой

оболочки вызвана фиброзом стромы, за счёт цирротического роста рака недифференцированного типа.

Напоследок подчеркнём, что мы в силах ставить точный диагноз при тщательном исследовании эндоскопических данных, полученных при стандартной эндоскопии с орошением слизистой оболочки индиго карминовым.

ФГУН МНИИ ЭМ им. Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора

Цикл тематического усовершенствования

Организация и проведение мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях

13 апреля–25 апреля,
5 октября–17 октября

Москва

Теоретические и практические занятия – 72 часа

Основные темы занятий:

Организация работы эндоскопического подразделения ЛПУ в соответствии с требованиями Санитарных правил СП 3.1.1275-03.

Назначение и применение эндоскопов в клинической практике. Конструктивные особенности эндоскопической аппаратуры, определяющие их эпидемиологическое значение.

Эпидемиология нозокомиальных инфекций при эндоскопических манипуляциях.

Современные требования к обработке эндоскопической аппаратуры в РФ. Организация технологического процесса.

Организация обработки эндоскопической техники ручным способом.

Автоматическая обработка эндоскопов: преимущества, особенности, новейшие технологии.

Стерилизация эндоскопов и инструментов к ним в современных промышленных установках.

Практические приёмы предотвращения инфекционных осложнений в диагностической и оперативной эндоскопии.

Ретроспективный и оперативный эпидемиологический анализ. Расследование случаев ВБИ в эндоскопии.

Методы и средства для очистки, ДВУ и стерилизации эндоскопической техники.

Токсикологическая характеристика средств, применяемых для обеззараживания эндоскопической техники и других объектов больничной среды

Защита здоровья персонала эндоскопических отделений. Индивидуальные средства защиты. Профилактика инфекционных заболеваний медицинского персонала.

Производственный контроль за эндоскопическими отделениями/кабинетами.

Составление рабочей инструкции по обработке эндоскопов в ЛПУ.

Разработка мероприятий по эпидемиологической безопасности эндоскопических манипуляций.

Приглашаются: врачи-эндоскописты, медицинские сестры эндоскопических подразделений, эпидемиологи и помощники эпидемиологов ЛПУ, ТУ и ЦГиЭ Роспотребнадзора, врачи-дезинфектологи

Место проведения:

Москва, ул. Адмирала Макарова, дом 10.

Проезд до ст. «Водный стадион» в последнем вагоне, далее – 3 минуты пешком.

ФГУН МНИИ ЭМ им. Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора

Телефоны для справок:

По организации обучения: Гренкова Татьяна Аркадьевна (8-499-747-64-73, e-mail: g4209761@bk.ru)

По вопросам зачисления на цикл: Бондаренко Юлия Витальевна (8-495-452-18-16, e-mail: info@gabrich.com)

По вопросам оплаты цикла: Новикова Елена Владимировна (8-495-459-11-78)