



Академии постдипломного образования  
ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

## Принципы ранней диагностики, лечения и профилактики онкозаболеваний пищеварительной системы

**Лектор: доцент кафедры,  
к.м.н. И.И. Быков**

# Схема пищеварительной системы

## 1. Ротовая полость:

2. Нёбо
3. Язычок
4. Язык
5. Зубы

## 6. Слюнные железы:

7. Подъязычная железа
8. Подчелюстная железа
9. Околоушная железа

## 10. Глотка

11. Пищевод
12. Печень
13. Желчный пузырь
14. Общий желчный проток
15. Желудок
16. Поджелудочная железа
17. Главный проток поджелудочной железы

## 18. Тонкая кишка:

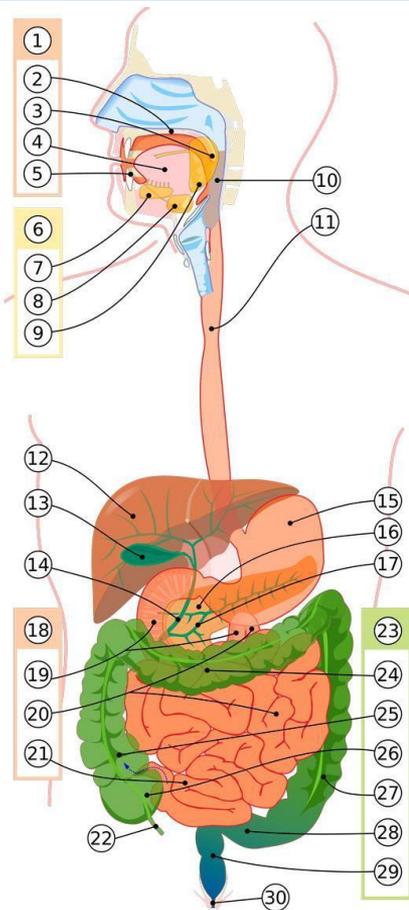
19. Двенадцатиперстная кишка
20. Тощая кишка
21. Подвздошная кишка

## 22. Аппендикс

## 23. Толстая кишка:

24. Поперечная ободочная кишка
25. Восходящая ободочная кишка
26. Слепая кишка
27. Нисходящая ободочная кишка
28. Сигмовидная ободочная кишка
29. Прямая кишка

## 30. Анус



ЗНО ЖКТ можно разделить в зависимости от локализации поражения.

К ним относятся опухолевые поражения:

- пищевода;
- желудка;
- поджелудочной железы;
- печени, желчных протоков и желчного пузыря;
- тонкой кишки;
- толстой и прямой кишки.

## Опухоли головы и шеи:

Хотя опухоли губы, слизистой ротовой полости, языка, слюнных желез, глотки и гортани потенциально можно отнести к опухолям желудочно-кишечного тракта исторически данные заболевания рассматриваются в разделе опухолей головы и шеи. В объем настоящей лекции данные нозологии включены не будут.

# Общая информация по онкозаболеваниям органов ЖКТ

ЗНО пищеварительной системы – это злокачественные поражения пищеварительной трубки, а также желез, участвующих в процессе переваривания пищи. Этот вид ЗНО опасен тем, что длительное время может никак себя не проявлять, повреждать большой объем тканей и способен к метастазированию в соседние и отдаленные органы. Опухоли имеют разные размеры и локализацию, гистологический тип и форму роста, но приводят к нарушению работы ЖКТ и формированию осложнений.

В сравнении с другими локализациями ЗНО можно отметить, что опухоли ЖКТ имеют в общем более низкие показатели общей выживаемости в течение 5 лет. Если говорить про опухоль желудка, то выживаемость составляет до 30%, для поражении кишечника – около 68%. При раке поджелудочной железы после установления диагноза только 9% людей живут более 5 лет. Летальность от рака пищеварительной системы вдвое превышает гибель от рака молочной железы и простаты вместе взятых.

# Причины онкозаболеваний органов ЖКТ

Опухоли пищеварительной системы – достаточно разнородна группа ЗНО.

На сегодняшний день не выявлено единой конкретной причины, которая бы провоцировала рост злокачественных онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Выделяют влияние негативных внешних факторов в сочетании с генетической предрасположенностью человека к развитию опухолей. Эти сочетания провоцируют трансформацию клеток пищеварительной системы в неопластические, которые дают начало опухоли.

Общие факторы риска рака ЖКТ актуальны для большинства опухолей.

К ним относятся:

вредные привычки – табакокурение, прием алкогольных напитков;

старение организма;

прием пищи с высоким содержанием жиров, красителей, консервантов, химических соединений, канцерогенов, прием пищи высокой температуры;

хронические воспалительные поражения органов ЖКТ;

избыточная масса тела, ожирение;

длительный и нерациональный прием некоторых лекарственных препаратов.

Для некоторых видов опухолей типичны и свои дополнительные провоцирующие факторы. Например, для опухолей желудка это *Helicobacter pylori*, для рака пищевода это рефлюксная болезнь, для опухолей кишечника типичны длительные эпизоды интоксикаций на производстве и в быту. Также провокаторами опухолей толстой кишки могут стать язвенный колит и полипоз кишечника.

# Онко check-up

Онко check-up – это программа диагностики онкологических заболеваний

Онкологические заболевания являются одной из ведущих причин смертности людей в мире. В России онкологические заболевания являются второй по распространенности причиной смерти

Онкологические заболевания на ранней стадии обычно никак не проявляются

Своевременная диагностика позволяет обнаружить нарушения или онкозаболевание на ранней стадии, когда они хорошо поддаются коррекции, а также появляется возможность снизить риск развития самого онкозаболевания

# Ранний рак и Онко check-up

Под Ранним раком понимают клинические формы, которые диагностируются на 0–I стадии заболевания, при их адекватном лечении благоприятный прогноз выживаемости отмечается у 90-95 % больных и возможно применение органосохраняющих и функционально щадящих способов лечения.

Основной задачей Онко check-up является выявление ЗНО на ранней стадии, когда возможно применение щадящих способов лечения, а выживаемость пациентов будет стремиться к 90-95%.

# Кто может проводить первичное обследование пациентов

- Терапевт
- Врач общей практики
- Семейный врач
- Гастроэнтеролог
- Хирург
- Проктолог

# Основные виды исследований

- Сбор жалоб ?,
- Сбор анамнеза,
- Осмотр ??,
- Онкомаркеры ???

## **Инструментальные исследования:**

- Ультразвуковые (трансабдоминальное УЗИ, эндоУЗИ)
- Эндоскопические исследования (ЭГДС, колоноскопия, прижизненная микроскопия) + биопсия
- МРТ, КТ, ПЭТ/КТ

## **Морфологические исследования:**

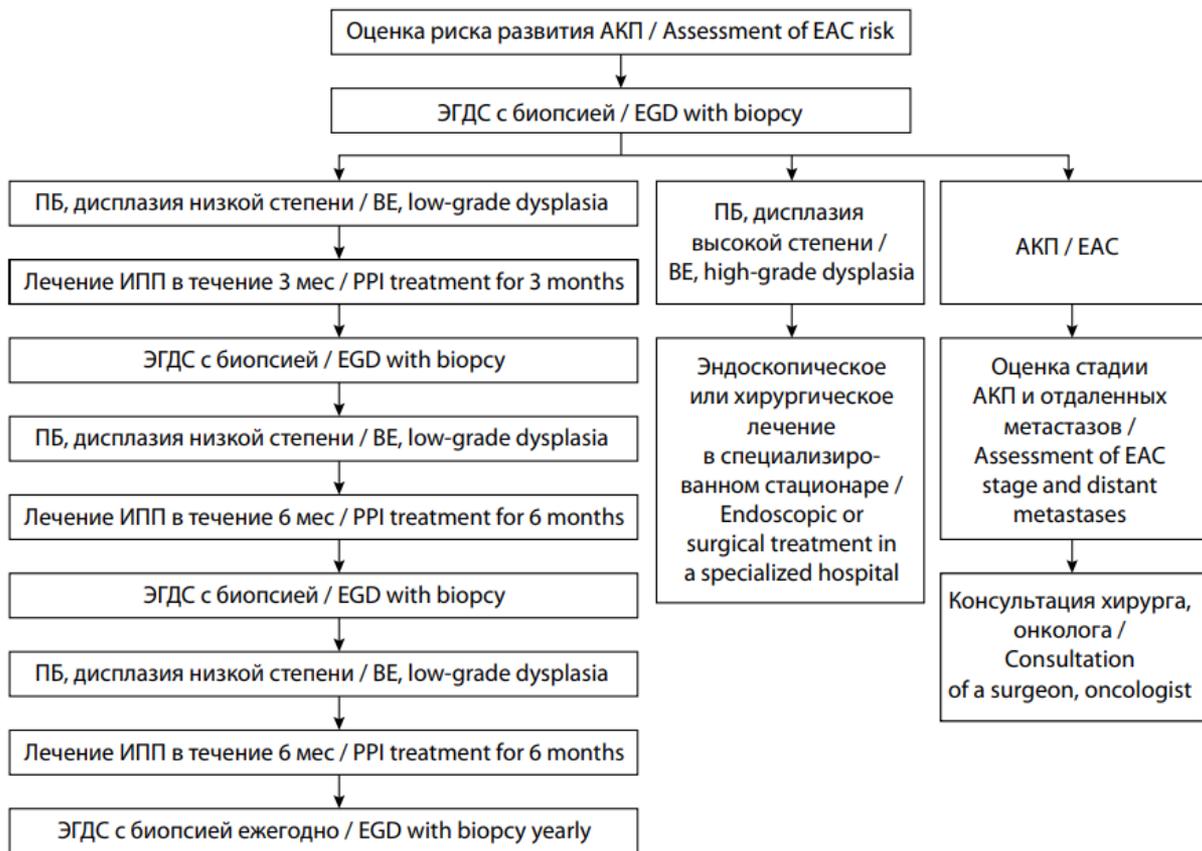
- цитологическое,
- флуорисцентная гибридизация *in situ* (fish),
- гистологическое,
- ИГХ,

## **Молекулярные исследования**

# Аденокарцинома пищевода (АКП)

Предрасполагающие факторы	Диагностика	Лечение
<p>Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), которая может привести к формированию кишечной метаплазии слизистой оболочки пищевода — пищевод Барретта (ПБ). В свою очередь на фоне ПБ может развиваться АКП пищевода, который повышает риск возникновения опухоли в 30–125 раз по сравнению с общей популяцией. У 0,4–0,6 % пациентов с ПБ ежегодно развивается АКП и дисплазия высокой степени.</p> <p>Другими факторами риска развития АКП являются мужской пол, возраст, табакокурение, европеоидная раса, ожирение, а также генетические факторы (мутации генов <i>CRTC1</i>, <i>BARX1</i>, <i>FOXF1</i>, <i>FOXP1</i> и <i>TBX5</i>).</p>	<p>Жалобы: изжога.</p> <p>Анамнез: курящие мужчины с ПБ старше 50 лет с повышенным ИМТ и/или абдоминальным ожирением. Пациенты длительно страдающие ГЭРБ и/или ПБ.</p> <p>Исследования: ЭГДС+биопсия, рентгенография пищевода с контрастированием</p>	<p>Хирургическое</p>

# Алгоритм при подозрении на АКП



# Плоскоклеточный рак пищевода (ПРП)

Предрасполагающие факторы	Диагностика	Лечение
<p>Предраковыми заболеваниями, приводящим к развитию ПРП, относятся ахалазия кардии, дивертикулы пищевода, опухоли головы или шеи, химические и термические ожоги пищевода, ожирение.</p> <p>У 1–2 % пациентов с плоскоклеточным раком органов головы и шеи при более тщательном обследовании выявляют также рак пищевода. Развитию ПРП предшествует хроническое раздражение и воспаление слизистой оболочки стенки пищевода.</p>	<p>Жалобы: на диспепсию.</p> <p>Анамнез:</p> <p>в группу высокого риска развития ПРП включаются мужчины в возрасте от 45 до 70 лет, имеющие наследственную отягощенность по раку пищевода, предъявляющие диспепсические жалобы, особенно сопровождающиеся дисфагией, имеющие в анамнезе злоупотребление алкоголем, курение, перенесшие раньше (10–15 лет назад) термический ожог пищевода, а также пациенты с диагностированными ранее предраковыми заболеваниями (ахалазия кардии и др.)</p> <p>Исследования: ЭГДС (узкоспектральная (NBI), хромоэндоскопию (ЭГДС с окрашиванием слизистой оболочки желудка индигокармином) и эндоскопию с увеличением)+биопсия, рентгенография пищевод с контрастированием.</p>	<p>Хирургическое</p>

# Алгоритм при подозрении на ПРП

Больные с высоким риском развития ПРП / Patients at high risk of developing esophageal squamous cell carcinoma (ESCC)

Проведение ЭГДС (включая узкоспектральную и увеличительную эндоскопию) с биопсией  
и последующим морфологическим исследованием /  
EGD (including NBI and magnifying endoscopy) with biopsy and subsequent morphological examination

Отсутствие ПРП / Absence of ESCC

Повторная ЭГДС через год /  
EGD one year later

Обнаружение ПРП / Detection of ESCC

Оценка стадии ПРП и наличия отдаленных метастазов  
(эндосонография, КТ, МРТ, ПЭТ) / Evaluation of the ESCC stage and  
the presence of distant metastases (endosonography, CT, MRI, PET)

Консультация хирурга, онколога / Consultation of a surgeon, oncologist

# Рак желудка

## Предрасполагающие факторы

К факторам риска, способствующим возникновению РЖ, относят наследственную предрасположенность, А(II) группу крови, низкий социально-экономический уровень, злоупотребление алкоголем и курение, недостаточное употребление свежих овощей и фруктов (дефицит витамина С), избыточное потребление поваренной соли, высокое содержание нитратов в продуктах питания, приводящих к образованию нитрозаминов из белков пищи и других канцерогенных веществ (например, 3,4-бензпиренов, выделяющихся при копчении мясных и рыбных продуктов). Однако самым важным фактором риска развития РЖ является инфекция *Helicobacter pylori*.

## Предраковые заболевания

Хронический неатрофический *H. pylori* ассоциированный гастрит – риск РЖ 0,8%  
Мультифокальный хронический атрофический гастрит – риск РЖ 1,8%.  
Кишечная метаплазия – риск РЖ 4%.  
Интраэпителиальная неоплазия низкой степени (дисплазию I–II степени) – риск РЖ 33%.  
Интраэпителиальную неоплазию высокой степени (дисплазию III степени) – является *cancer in situ*  
К другим заболеваниям, на фоне которых чаще развивается РЖ, относятся аутоиммунный гастрит (часто у больных с В12-дефицитной анемией), полипоз желудка (особенно аденоматозные полипы); гастрит культи желудка у пациентов, перенесших операцию резекции желудка (обычно по поводу язвенной болезни).

# Рак желудка

## Диагностика

Жалобы: на диспепсию (боли и чувство жжения в эпигастрии, тяжесть и ощущение переполнения в подложечной области, усиливающиеся после еды, тошнота и отрыжка). У 1% пациентов с диспепсией выявляется РЖ.

Анамнез: в группу высокого риска развития РЖ включаются пациенты старше 50 лет, имеющие наследственную отягощенность по РЖ, предъявляющие диспепсические жалобы; больные, перенесшие раньше (10–15 лет назад) операцию резекции желудка по поводу язвенной болезни, а также пациенты с диагностированными прежде предраковыми заболеваниями (аутоиммунный гастрит, полипоз желудка и др.).

Исследования:

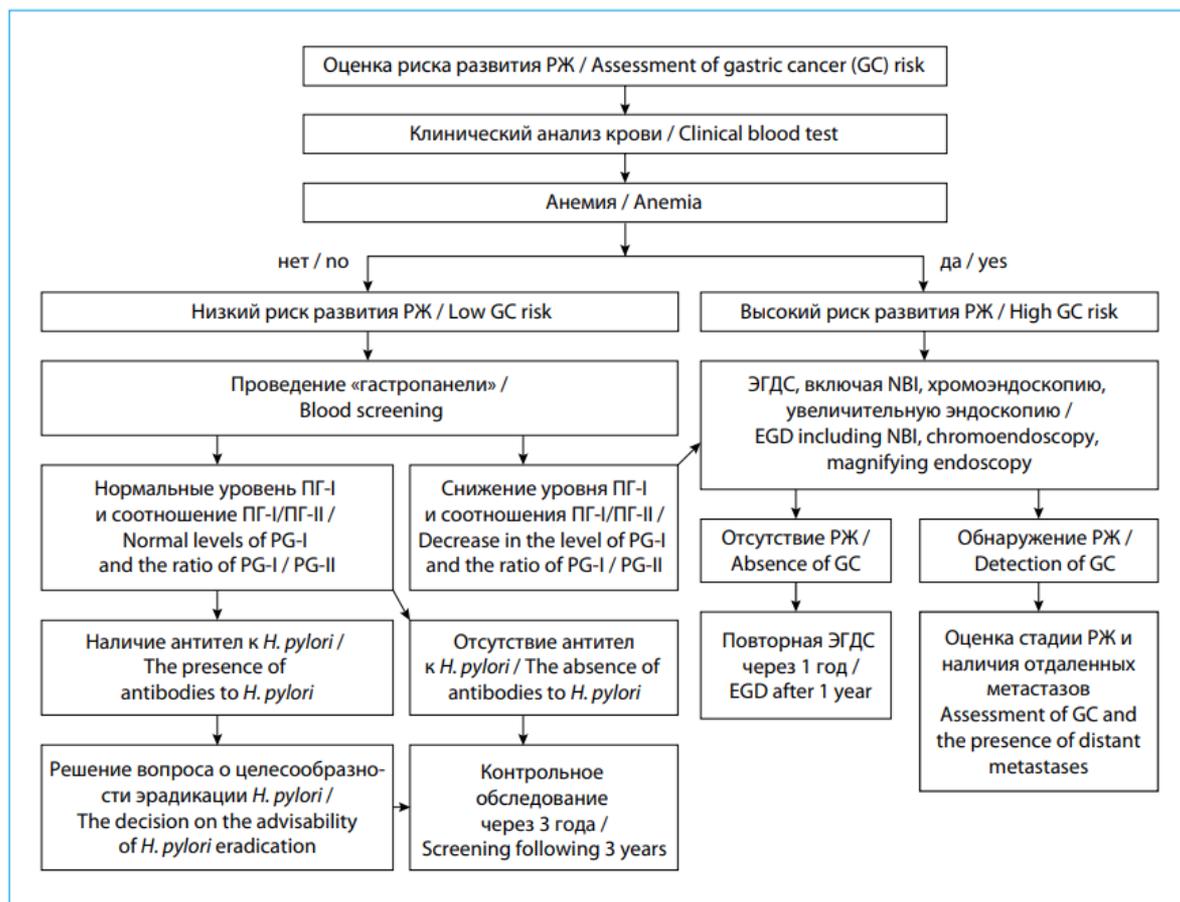
Пациентам с высоким риском развития РЖ с целью его обнаружения на ранней стадии проводится ЭГДС, которая сопровождается взятием биопсии из пяти стандартных точек (малая и большая кривизна тела желудка, малая и большая кривизна антрального отдела, угол желудка), а также из других измененных участков слизистой оболочки с последующей морфологической оценкой выраженности атрофии и кишечной метаплазии, указывающей на степень риска развития опухоли. При наличии выраженной атрофии и кишечной метаплазии пациенты подлежат диспансерному наблюдению с ежегодным проведением ЭГДС, которая позволяет выявить РЖ на ранней стадии.

Определение уровня пипсиногена (ПГ) 1 и пипсиногена 2 и их соотношения.

## Лечение

Хирургическое

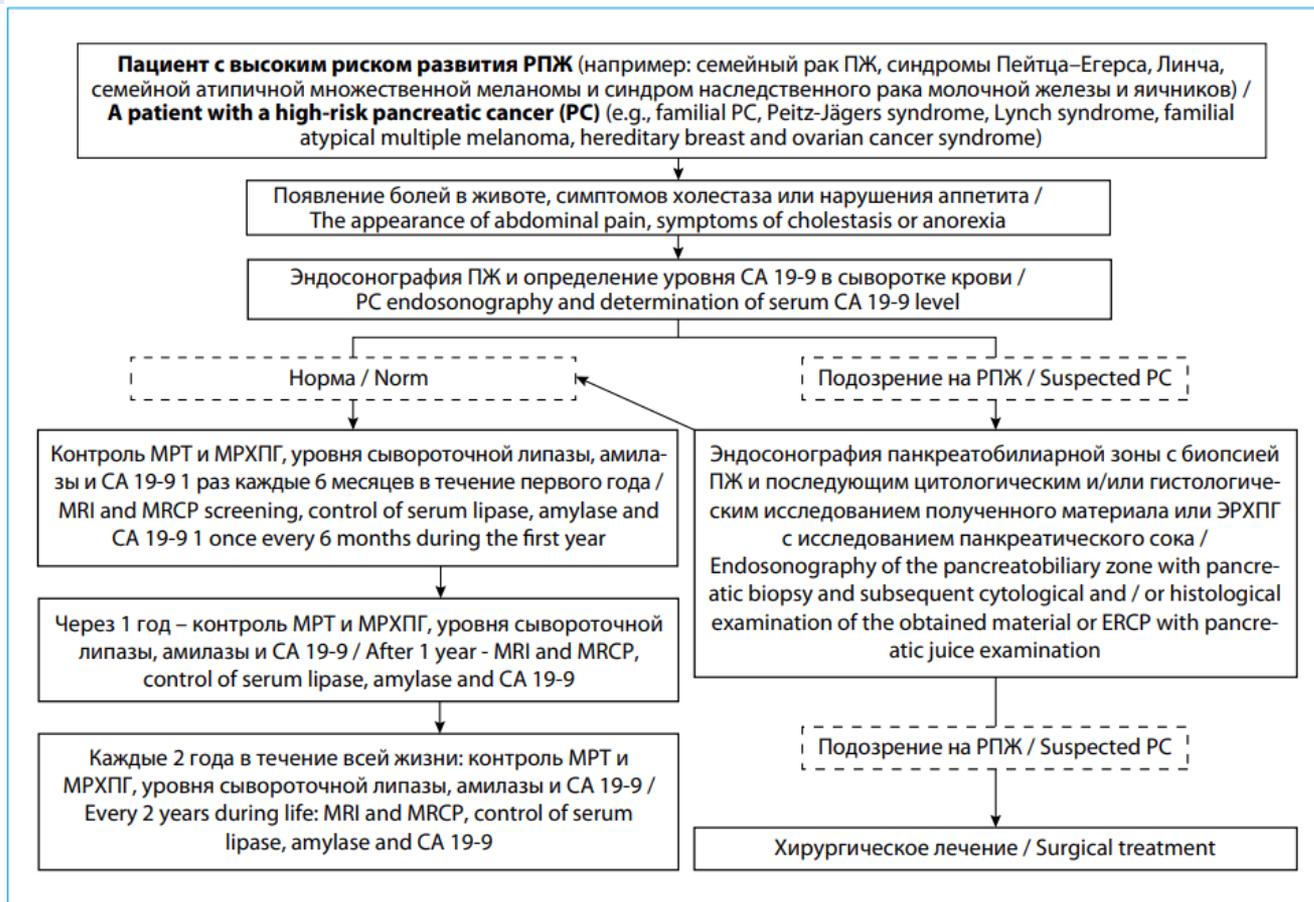
# Алгоритм при подозрении на РЖ



# Рак поджелудочной железы

Предрасполагающие факторы	Диагностика	Лечение
<p>Наследственный (семейный) и тропический хронический панкреатит (ХП), сахарный диабет, отягощенный семейный анамнез по РПЖ, возраст старше 50 лет, курение, злоупотребление алкоголем</p>	<p>Жалобы: на диспепсию. Анамнез: • ХП с длительным анамнезом (более 10– 20 лет); • семейного анамнеза ХП (с возраста 20 лет в случае отсутствия данных за семейный ХП, вне зависимости от возраста — при наличии подтвержденного семейного ХП); • семейного анамнеза РПЖ (с возраста 30 лет при отсутствии курения); • синдромов Пейтца—Егерса, Линча, семейной атипичной множественной меланомы (FAMMM) и синдрома наследственного рака молочной железы и яичников, связанного с мутациями генов BRCA1/2, — с возраста 30 лет при отсутствии курения. Исследования: методами скрининга служат УЗИ органов брюшной полости, которое проводится 2–3 раза в год; исследование уровня онкомаркера СА 19-9 в крови (1 раз в год), КТ, эндосонография или МРТ поджелудочной железы (1– 2 раза в год).</p>	<p>Хирургическое</p>

# Алгоритм при подозрении на РПЖ



# Опухоли печени, желчных протоков и желчного пузыря

## Предрасполагающие факторы ГЦР

Хронический вирусный гепатита В, хронический вирусный гепатита С и ЦП Развитие алкогольного ЦП многократно повышает вероятность возникновения ГЦК.

Применение пероральных контрацептивов и анаболических стероидов, курение, мембранозная обструкция нижней поллой вены и ряд редких наследственных метаболических болезней, среди которых наиболее важным является наследственный гемохроматоз также повышают риск ГЦР.

Способствуют риску развития ГЦР сахарный диабет и ожирение.

## Предрасполагающие факторы ХЦК

Первичный склерозирующий холангит (ПСХ), который чаще развивается у мужчин и в большинстве случаев ассоциирован с воспалительным заболеванием кишечника.

## Предрасполагающие факторы РЖП

Фоном для развития РЖП является наличие конкрементов в желчном пузыре.

При выполнении холецистэктомии рак желчного пузыря обнаруживается в 1–3 % случаев.

# Опухоли печени, желчных протоков и желчного пузыря

## Диагностика:

Жалобы: соответствуют тем заболеваниям, на фоне которых развивается ЗНО

Анамнез:

- ЦП вирусной этиологии класса А/В по Чайлду—Пью;
- хронический гепатит В без формирования ЦП с признаками активности гепатита или после проведения противовирусной терапии и наличием ГЦК у родственников первой линии;
- хронический гепатит С на стадии выраженного фиброза (F3–F4 по METAVIR), в том числе у пациентов после успешного противовирусного лечения
- пациенты азиатского происхождения, мужского пола — старше 40 и женского — старше 50 лет;
- с алкогольной болезнью печени;
- с болезнями накопления (болезнь Вильсона— Коновалова, наследственный гемохроматоз);
- с неалкогольным стеатогепатитом, ассоциированным с сахарным диабетом и ожирением;
- с первичным билиарным ЦП.

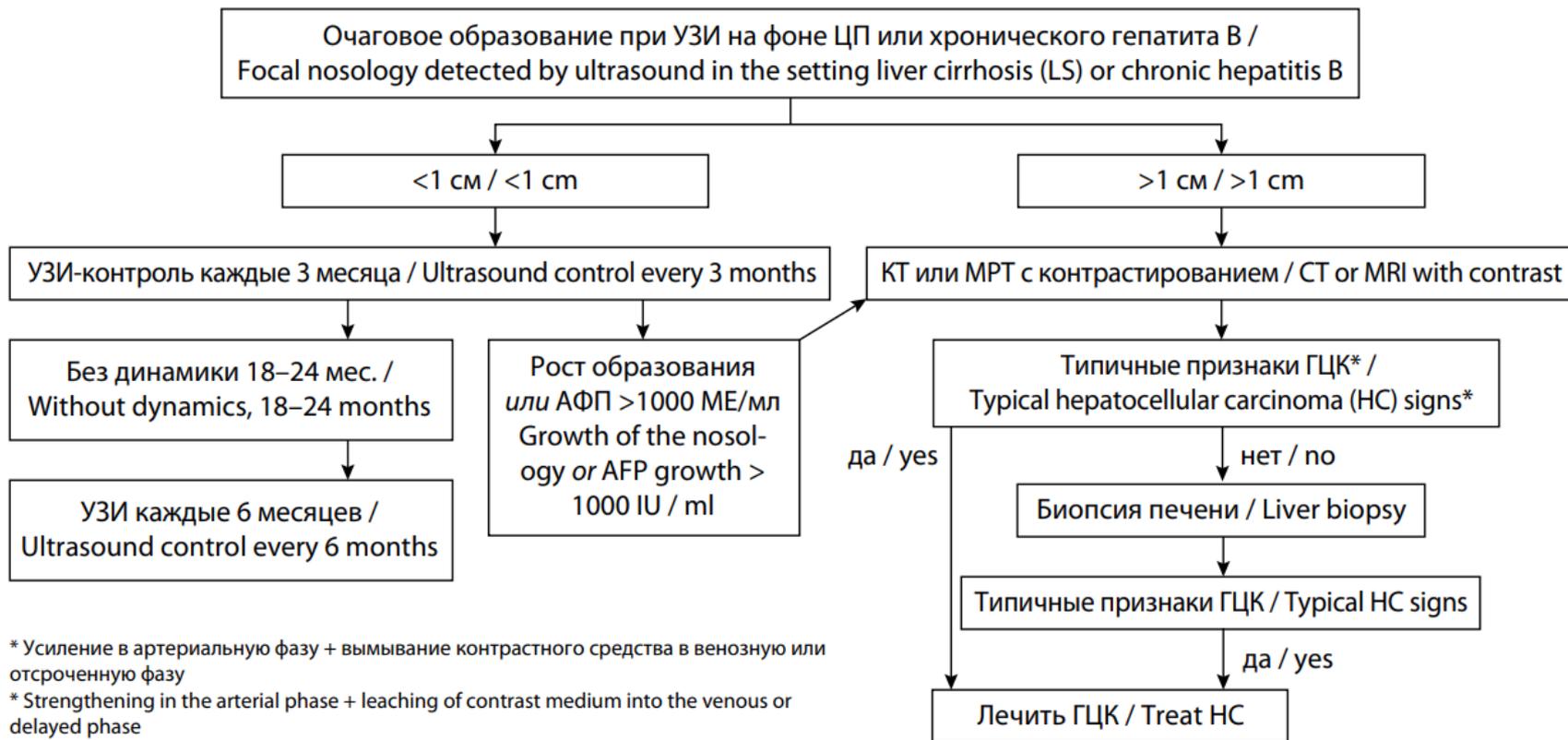
Исследования:

АФП,

УЗИ,

КТ и МРТ с контрастированием

# Алгоритм при подозрении на опухоль печени, желчевыводящих путей



# Рак тонкой кишки

Предрасполагающие факторы	Диагностика	Лечение
Факторами риска развития рака тонкой кишки являются наследственные формы диффузного полипоза кишечника, ворсинчатые аденомы, болезнь Крона.	Жалобы: диспепсия Анамнез: наследственный полипоз кишечника, аденомы, болезнь Крона. Исследование: ЭГДС+биопсия???	Хирургическое

Алгоритм не разработан

# Опухоли толстой и прямой кишки

## Предрасполагающие факторы

Лица старше 50 лет, а также имеющие неблагоприятный семейный анамнез, указывающий на наличие у родственников полипов или рака толстой кишки.

Группа высокого риска КРР определена в соответствии с Амстердамскими критериями (наличие злокачественных опухолей в двух поколениях, наличие рака у родственника первой линии в возрасте до 50 лет).

Лица, злоупотребляющие алкоголем, приверженные диете с высоким содержанием животного жира; ожирением, в особенности у лиц мужского пола.

Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона или язвенный колит), сахарный диабет, ожирение существенно увеличивают риск развития КРР.

Более чем в 50 % случаев КРР развивается из аденом — тубулярных, тубуло-ворсинчатых, ворсинчатых и зубчатых.

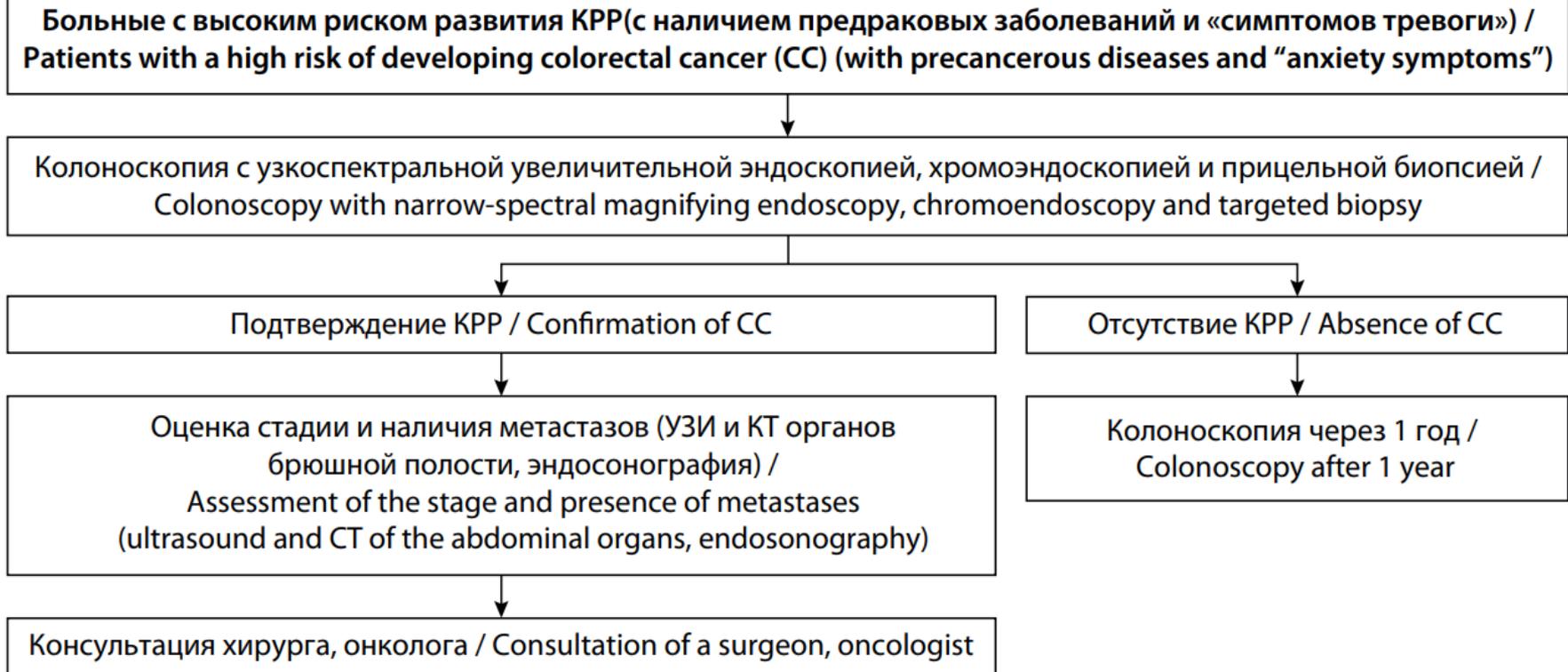
Обнаружение при патоморфологическом исследовании в биоптате слизистой оболочки толстой кишки тяжелой дисплазии эпителия с высокой вероятностью может свидетельствовать о том, что выявленное образование следует считать ранним КРР.

Аденоматозные полипы толстой кишки значительных размеров (более 1 см) часто содержат фокусы аденокарциномы, являясь уже ранним КРР.

# Опухоли толстой и прямой кишки

Диагностика	Лечение
<p>Жалобы: диспепсия, нарушение стула.</p> <p>Анамнез: наличие в прошлом аденоматозных полипов, выявление хронических воспалительных заболеваний кишечника, предрасполагающие к развитию КРР заболевания (язвенный колит, болезнь Крона и т.д.), отягощенность семейного анамнеза по КРР или аденоматозных полипов толстой кишки</p> <p>Осмотр: пальцевое исследование прямой кишки.</p> <p>Исследования: кал на скрытую кровь (по данным копрограммы или иммунохимического анализа кала), аноскопия, колоноскопия +биопсия</p>	<p>Хирургическое</p>

# Алгоритм при подозрении на КРП



Спасибо за внимание

