

РАК ПИЩЕВОДА

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Рак - наиболее часто встречающееся (70-90 %) заболевание пищевода. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями человека рак пищевода занимает в мире 6-е место. В России рак пищевода, составляя 2,5 % всех злокачественных новообразований у мужчин и 0,68 % - у женщин, занимает соответственно 11-е и 18-е места в структуре заболеваемости, а в структуре смертности - 7-е место.

Заболеваемость раком пищевода в России имеет тенденцию к снижению, так, с 2000 по 2005 г. у мужчин она снизилась на 4,3 %. Наиболее высокая заболеваемость раком пищевода у мужчин была в Республике Саха, Бурятии, на Алтае и в Чеченской Республике (15,4-19,8 на 100 тыс. населения), у женщин - в Чукотском автономном округе (16,4). Относительно низкая заболеваемость отмечалась в республиках Адыгея (3,1 на 100 тыс. мужчин и 0,1 на 100 тыс. женщин), Хакасия (соответственно 2,7 и 0,3) и в Курганской области (0,2 на 100 тыс. женщин).

В 2007 г. в РФ заболеваемость раком пищевода в среднем была 5,0 на 100 тыс. населения, в том числе среди мужчин - 8,4, среди женщин - 2,1. Рак пищевода у мужчин встречается чаще, чем у женщин, в 2-3 раза. В основном заболевают люди пожилого возраста, - на лиц старше 60 лет приходится до 80 % всех заболевших раком указанной локализации. В возрасте до 30 лет рак пищевода встречается в виде единичных наблюдений.

Отмечается значительная неравномерность в географическом распределении заболевания. Так, в государствах Средней Азии она в 3-5 раз превышает средний уровень и в 10-12 раз выше заболеваемости, наблюдаемой на юго-западе и западе СНГ. В Молдове, Украине, Белоруссии заболеваемость раком пищевода колеблется в пределах 1,7-2,6 на 100 тыс. населения, в Казахстане и Туркменистане достигает 23,7-28,3. За пределами России наиболее часто рак пищевода

встречается в Иране, Швейцарии, Панаме, Бразилии, Японии. Редко болеют раком пищевода на Кубе, в Мексике, южных штатах США, Нигерии. В северных районах Ирана заболеваемость составляет 115 на 100 тыс. населения, а выше всего она в Северном Китае и Корее - 140 на 100 тыс. населения.

СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

К факторам, способствующим возникновению рака пищевода, относят систематический прием горячей, обжигающей, грубой, плохо пережеванной пищи, потребление крепких алкогольных напитков и курение. Эти факторы вызывают хронические воспалительные процессы, которые при длительном существовании приводят к развитию злокачественных новообразований. Здесь же следует отметить процессы, влекущие за собой развитие рубцов, хронических воспалительных изменений, - послеожоговые стриктуры, эзофагит на почве грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, «короткого» пищевода и др. Наряду с этим рак пищевода носит и профессиональный характер - чаще болеют механизаторы: трактористы, шоферы, комбайнеры.

Развитию рака пищевода способствуют также дивертикулы, в которых поддерживаются хронические воспалительные процессы. Большую роль в развитии рака пищевода отводят лейкоплакии, которую большинство исследователей считают облигатным предраком. Отмечена связь между раком пищевода и сидеропеническим синдромом, возникающим вследствие понижения содержания железа в плазме крови (сидеропения). Сидеропенический синдром (сидеропеническая дисфагия, синдром Пламмера-Винсона) характеризуется дисфагией, ахилией, хроническим глосситом и хейлитом, ранним выпадением волос и потерей зубов, выраженной гипохромной анемией. Определенное значение в развитии рака пищевода имеют полипы и доброкачественные опухоли. Однако сами по себе эти заболевания встречаются относительно редко, а при развившемся раке не всегда удается установить следы существовавшего ранее патологического процесса.

Патологическая анатомия и метастазирование

Частота поражения опухолями различных анатомических частей пищевода различна. По литературным данным, рак шейной и верхнегрудной частей пищевода составляет 10 %, среднегрудной - 60 %, нижнегрудной и брюшной частей - 30 %.

Различают 3 формы рака пищевода:

- 1) язвенный (блюдцеобразный, кратерообразный) - растет экзофитно в просвет пищевода преимущественно по длине;
- 2) узловой (грибовидный, папилломатозный) - имеет вид цветной капусты, обтурирует просвет пищевода, при распаде может напоминать язвенный рак;
- 3) инфильтрирующий (скирр, стенозирующий) - развивается в подслизистом слое, циркулярно охватывает пищевод, проявляется в виде белесоватой плотной слизистой, на фоне которой могут возникать изъязвления; стенозирующий циркулярный рост преобладает над ростом по длине органа.

По гистологическому строению в 97-99 % случаев рак пищевода является плоскоклеточным различной степени зрелости: с ороговением и без него.

В 1-3 % случаев обнаруживают железистые формы, развивающиеся из желез слизистой оболочки пищевода или из дистопированного эпителия. В редких случаях обнаруживается низкодифференцированный рак.

Метастазирование рака пищевода зависит от гистологического строения опухоли и своеобразно развитой сети лимфатических сосудов. Поскольку в подслизистой основе пищевода имеется мощное сплетение лимфатических сосудов, для рака характерно внутрстеночное распространение опухолевых метастазов по лимфатическим путям на расстоянии 4-5, а иногда и 10 см от видимого края опухоли. Нередко наблюдаются так называемые пылевые метастазы на слизистой оболочке гораздо дальше (обычно выше) определяемого микроскопически края опухоли.

Вторым этапом метастазирования является распространение опухоли в лимфатические узлы. Каждый отдел пищевода имеет свои пути лимфооттока. Так, метастазирование рака шейного отдела пищевода происходит в глубокие шейные лимфатические узлы, верхнегрудного и среднегрудного отделов - в параэзофагеальные, трахеобронхиальные и задние средостенные, а нижнегрудного и брюшного отделов - в лимфатические узлы, находящиеся под диафрагмой (параэзофагеальные, паракардиальные), и узлы, расположенные вдоль малой кривизны желудка и левой желудочной артерии. Часть лимфатических сосудов пищевода впадает непосредственно в грудной проток.

Нередки случаи обнаружения метастазов рака в лимфатических узлах малого сальника, вдоль левой желудочной артерии

при поражении верхнегрудной части пищевода, в шейных и надключичных лимфатических узлах при раке нижнегрудной части пищевода. Отдаленные лимфо- и лимфогематогенные метастазы рака пищевода наблюдаются в печени, легких, реже - в костной системе.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Для правильной оценки распространенности процесса, выбора метода лечения и достоверной оценки отдаленных результатов лечения пользуются классификацией рака пищевода по стадиям.

I стадия - небольшая опухоль, поражающая слизистую оболочку и подслизистую основу стенки пищевода, без прорастания его мышечной оболочки. Сужения просвета пищевода нет. Метастазов нет.

II стадия - опухоль поражает и мышечную оболочку пищевода, но не выходит за пределы стенки органа. Имеется сужение просвета пищевода. Обнаруживаются единичные метастазы в регионарных лимфатических узлах.

III стадия - опухоль прорастает все слои стенки пищевода, переходит на околопищеводную клетчатку или серозную оболочку. Прорастания в соседние органы нет. Сужение пищевода. Множественные метастазы в регионарных лимфатических узлах.

IV стадия - опухоль прорастает все слои стенки пищевода, околопищеводную клетчатку, распространяется на прилежащие органы. Могут иметься пищеводно-трахеальный или пищеводно-бронхиальный свищ, множественные метастазы в регионарные и отдаленные лимфатические узлы (классификация принята Министерством здравоохранения СССР в 1956 г.).

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СИСТЕМЕ TNM (2002)

Правила классификации

Представленная ниже классификация применима только для рака. В каждом случае необходимы гистологическое подтверждение диагноза и выделение гистологического типа опухоли.

Анатомические области

Шейный отдел пищевода

Шейный отдел пищевода берет начало от уровня нижней границы щитовидного хряща и заканчивается у яремной вырезки (на расстоянии 18 см от верхних резцов).

Грудной отдел пищевода

I. Верхнегрудная часть берет начало у яремной вырезки и заканчивается на уровне бифуркации трахеи (на расстоянии 24 см от верхних резцов).

II. Среднегрудная часть занимает область между бифуркацией трахеи и плоскостью, расположенной чуть выше пищеводно-желудочного перехода (на расстоянии 32 см от верхних резцов).

III. Нижнегрудная часть и брюшной отдел пищевода занимают в длину около 8 см и включают пищеводно-желудочный переход, расположенный на расстоянии 40 см от верхних резцов).

Регионарные лимфатические узлы

Ниже перечислены основные группы регионарных лимфатических узлов.

Шейный отдел пищевода:

- предлестничные лимфатические узлы;
- внутренние яремные лимфатические узлы;
- верхние и нижние шейные лимфатические узлы;
- околопищеводные лимфатические узлы;

- надключичные лимфатические узлы. Грудной отдел пищевода:

- верхние околопищеводные лимфатические узлы (расположены выше непарной вены);
- трахеобронхиальные лимфатические узлы;
- нижние околопищеводные лимфатические узлы (расположены ниже непарной вены);
- лимфатические узлы средостения;
- перигастральные лимфатические узлы (за исключением чревных лимфоузлов).

Клиническая классификация TNM

T - первичная опухоль

T_x - оценка первичной опухоли невозможна. T₀ - первичная опухоль не обнаружена. T_{is} - преинвазивная карцинома (*carcinoma in situ*). T₁ - опухоль поражает собственную пластинку слизистой оболочки и подслизистый слой. T₂ - опухоль проникает в мышечный слой. T₃ - опухоль проникает в соединительнотканную пластинку. T₄ - опухоль проникает в прилегающие органы и ткани.

N - регионарные лимфатические узлы

N_x - состояние регионарных лимфатических узлов оценить невозможно.

N₀ - метастазов в регионарных лимфатических узлах нет.

N₁ - метастазы в регионарные лимфатические узлы имеются.

М - отдаленные метастазы

Мх - наличие отдаленных метастазов оценить невозможно.

М0 - отдаленных метастазов нет.

М1 - наличие отдаленных метастазов.

Группировка по стадиям

Стадия	T	N	M
I	T1	N0	M0
IIA	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
IIB	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
III	T3	N1	M0
	T4	Любая N	M0
IV	Любая T	Любая N	M1

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

К ранним признакам рака пищевода следует отнести прогрессирующее ухудшение общего состояния больных, снижение аппетита, нарастание общей слабости, снижение работоспособности, потерю массы тела. Нарастая исподволь, постепенно, эти явления длительное время остаются не замеченными самими больными.

Первым, но, к сожалению, отнюдь не ранним симптомом рака пищевода является **дисфагия** - нарушение глотания пищи. Этот симптом наблюдается более чем у 75 % больных раком пищевода. Примерно у 2 % пациентов задержка прохождения пищи по пищеводу происходит незаметно; вернее, они не фиксируют на этом внимания, хотя и отказываются от приема грубой и сухой пищи. Больные лучше проглатывают пищу, прием которой вызывает обильное слюноотделение (жареное мясо, колбаса, селедка), и хуже - черный хлеб, вареный картофель, вареное мясо. Вначале, тщательно пережевывая пищу и запивая ее водой, удается снять тягостные явления дисфагии, что позволяет больным питаться без ограничений. В этих случаях дисфагия носит периодический характер и наблюдается лишь в случае поспешного приема пищи, проглатывания больших, плохо разжеванных кусков. По мере прогрессирования заболевания дисфагия становится постоянной.

У некоторых больных первым симптомом заболевания является обильное **слюнотечение**. Обычно оно появляется при резких степенях сужения пищевода. По классификации дисфагии по А.И. Савицкому принято различать 4 степени ее выраженности:

- I степень - затруднение при прохождении твердой пищи по пищеводу (хлеб, мясо);
- II степень - затруднения, возникающие при приеме кашицеобразной и полужидкой пищи (каши, пюре);
- III степень - затруднения при глотании жидкостей;
- IV степень - полная непроходимость пищевода.

Примерно в 17-20 % случаев заболевание проявляется **болью за грудиной** или в надчревной области, в спине. Больные чаще отмечают тупую, тянущую боль за грудиной, реже - ощущение сдавления или сжатия в области сердца, распространяющиеся вверх на шею. Боль может возникать в момент глотания и исчезать через некоторое время после того, как пищевод освободится от пищи. Реже боль бывает постоянно и усиливается при прохождении пищи по пищеводу. Боль при раке пищевода может ощущаться при раздражении нервных окончаний в изъязвившейся и распадающейся опухоли проходящими пищевыми массами. В таких случаях больные чувствуют, как пищевой комок, проходя через определенное место пищевода, «царапает», «обжигает» его. Боль может возникать при усиленных спастических сокращениях пищевода, направленных на проталкивание пищевого комка через суженный участок пищевода, а также при прорастании опухоли в окружающие пищевод ткани и органы со сдавлением сосудов и нервов средостения. В таком случае она не связана с актом глотания и носит постоянный характер.

Важно отметить, что больные раком пищевода зачастую неточно характеризуют уровень задержки пищи и уровень возникновения боли. Примерно 5 % больных до развития стойкой дисфагии отмечают лишь неопределенного характера неприятные ощущения за грудиной не только при глотании пищи, но и вне его. Все это затрудняет клиническую трактовку первых признаков рака пищевода.

При рассмотрении клинических проявлений распространенного рака пищевода следует особое внимание обратить на общее состояние больного. Как правило, у больных раком пищевода отмечается **дефицит массы тела**, что прежде всего связано с ограниченным поступлением в организм пищи, а не с токсическим влиянием распространенного опухолевого процесса. Особенно значительная потеря массы тела наблюдается при крайних

степенях дисфагии, когда больной не может принимать даже жидкость, вследствие чего его общее состояние резко ухудшается от обезвоживания организма. Поэтому при раке пищевода следует различать общее тяжелое состояние больного, возникшее вследствие интоксикации при далеко зашедшем опухолевом процессе (раковая интоксикация и кахексия), алиментарную дистрофию и обезвоживание организма.

Запах изо рта, неприятный вкус во рту, обложенный язык, тошнота, срыгивание - все эти признаки, обычно мало выраженные в ранних стадиях рака пищевода, более четко проявляются при распространенных формах заболевания и могут быть объяснены не только сужением пищевода, но и нарушением обмена веществ, качественной неполноценностью окислительных процессов, усиленным распадом белков; все это приводит к накоплению в организме недоокисленных продуктов и избытку молочной кислоты.

При распространенном раке пищевода может появиться **осиплость голоса**, как следствие сдавления метастазами или прорастания опухолью возвратного нерва. При распространенном раке шейной части пищевода, а также при опухоли грудной его части нередко возникают **поперхивание и кашель при глотании** жидкой пищи из-за нарушения функции замыкающего аппарата гортани или образования пищеводно-трахеального или пищеводно-бронхиального свища. У таких больных развиваются признаки аспирационной пневмонии.

Дифференциальная диагностика рака пищевода должна проводиться со следующими группами заболеваний пищевода.

1. Аномалии пищевода (врожденное сужение пищевода).
2. Дивертикулы (дивертикулиты) пищевода.
3. Функциональные расстройства пищевода (гиперкинезия и гипокинезия).
4. Ахалазия кардии.
5. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
6. Эзофагиты и язвы пищевода.
7. Аллергические и специфические поражения пищевода.
8. Травмы (ожоги) пищевода и их последствия.
9. Болезни оперированного пищевода.

ДИАГНОСТИКА

Жалобы больного на наличие дисфагии, анамнез, подтверждающий систематичность и прогрессирование симптомов, служат достаточным основанием для того, чтобы заподозрить рак пищевода. Осмотр больного редко может дать какие-либо убедительные данные в пользу диагноза рака пищевода. Больные с выраженной дисфагией и нарушением питания, как правило, истощены.

Основной метод диагностики рака пищевода – рентгенологический. Он позволяет определить форму роста опухоли, локализацию, протяженность, наличие ряда осложнений. Важными ориентирами являются скелетотопические характеристики различных отделов пищевода. Наиболее **постоянными рентгенологическими симптомами рака пищевода** являются: отсутствие перистальтики стенки пищевода на участке расположения опухоли, нарушение рельефа слизистой оболочки стенки пищевода, дефект наполнения, сужение просвета или инфильтрации стенки органа.

При распространенном процессе рентгенологически отмечается сужение просвета пищевода до образования узкой ригидной трубки с неровными, бугристыми краями вплоть до полного стеноза пищевода с развитием супрастенотического расширения органа. При прорастании опухоли в средостение и ее распаде удается проследить нишу, нередко выходящую за пределы стенки пищевода. При образовании пищеводнотрахеального или пищеводно-бронхиального свища контрастный препарат при глотании попадает в дыхательные пути и контрастирует их.

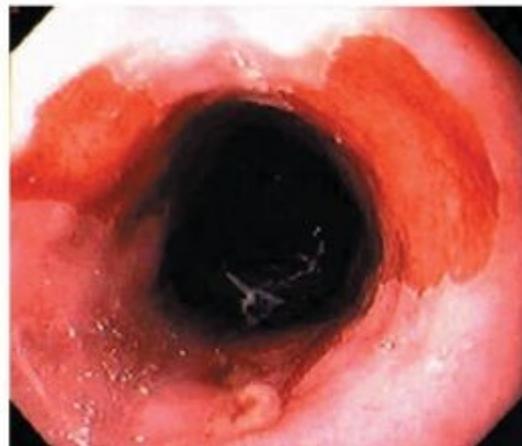
Для уточнения границ внепищеводного распространения опухоли прибегают к рентгенографии и томографии в условиях пневмомедиастинума, что позволяет рентгенологически определить наружные контуры пищевода, более отчетливо контрастировать тень опухоли. Известную ценность представляют некоторые ангиографические исследования - азиография.

Применение КТ во многом избавляет от инвазивных методов исследования при решении вопроса о проникновении опухоли за пределы пищевода (T4) (рис. 18.2). КТ используется и при диагностике метастатического поражения печени, лимфатических узлов брюшной полости. Эзофагосонография (ЭСГ) - в настоящее время практически единственный метод, позволяющий корректно оценить глубину инвазии первичной опухоли (T-стадирование).



Рак пищевода. Рентгенограмма

Эзофагоскопия является обязательным методом исследования при подозрении на рак пищевода (рис. 18.3). Метод призван уточнить локализацию опухоли, протяженность поражения, выявить наличие множественности поражения слизистой оболочки и определить фоновое состояние последней.



Рак пищевода (стрелки).

Пищевод Барретта. Эндоскопическое исследование

Существуют признанные ориентиры в определении уровня поражения пищевода: верхняя треть пищевода расположена в 18-24 см от края верхних резцов, средняя треть - в 24-32 см и нижняя - в 32-40 см. Однако эзофагоскопии должно предшествовать рентгенологическое исследование. Во время эндоскопического исследования практически во всех случаях удается выполнить биопсию опухоли или взять материал для цитологического исследования. Положительные результаты морфологического исследования (обнаружение в материале раковых клеток) делают диагноз несомненным. Сравнительная простота взятия материала для морфологического исследования во время эзофагоскопии позволяет добиться морфологического подтверждения диагноза в 85-92 % случаев.

Трахеобронхоскопия выполняется с целью выявления первичной множественности опухолевого процесса (поражение бронхиального дерева синхронными опухолями) либо прорастания опухоли пищевода в бронх; при прорастании бронха опухолью обязательна биопсия для морфологической верификации процесса.

Лапароскопически возможно осуществить морфологическое подтверждение метастатического поражения печени, лимфатических узлов, выявить канцероматоз брюшины, наличие асцита.

УЗИ выполняют с целью обнаружения метастатических поражений печени, увеличенных лимфатических узлов в регионарных зонах ниже диафрагмы и доступных зонах средостения, забрюшинной клетчатке, оценки внутривисцерального распространения опухоли (в случаях, когда удается провести за зону сужения пищевода транспищеводный УЗ-датчик).

УЗИ шеи, надключичных зон способствует выявлению метастатических лимфатических узлов. Чувствительность и точность УЗИ шейно-надключичных зон при оценке лимфогенных метастазов, по данным литературы, составляют соответственно 80 и 90 %. Однако обнаружить микрометастазы в лимфатических узлах нормального размера и формы это исследование не позволяет. При наличии непальпируемых, но подозрительных в отношении метастазов шейно-надключичных лимфатических узлов проводится их **УЗ-контролируемая диагностическая пункция**.

Метастатическое поражение медиастинальных лимфатических узлов труднодоступно для морфологической верификации. Считают, что размер лимфатического узла более 1 см указывает на его метастатическое поражение. Однако нередко метастатическое поражение лимфатического узла не коррелирует с его размерами: увеличенные узлы могут быть не поражены, а узлы нормального размера - оказаться метастатическими. В специализированных лечебных учреждениях применяют комплекс

обследований, позволяющий оценить не только размеры, но и структуру медиастинальных и забрюшинных лимфатических узлов: **КТ, ЭСГ и по возможности ПЭТ**. Морфологическая верификация метастатического поражения забрюшинных, медиастинальных лимфатических узлов при необходимости может быть получена с помощью торакоскопии, лапароскопии или тонкоигольной пункции под контролем ЭСГ. Необходимость в этих процедурах может возникнуть при планировании неoadьювантного лечения, для оценки проведенного лечения и т.п.

В план обследования больного раком пищевода необходимо включить **КТ брюшной полости и грудной клетки**. Известно, что при первичном выявлении рака пищевода более чем у 50 % больных имеются отдаленные метастазы. Чаще выявляют метастазы в печени (35 %), легких (20 %), костях (9 %), надпочечниках (2 %), головном мозгу (2 %), реже - в плевре, поджелудочной железе, селезенке. КТ позволяет обнаружить большую часть отдаленных метастазов при раке пищевода, а УЗИ и МРТ - отдифференцировать метастазы в печени от кист и гемангиом. Объемные образования надпочечников хорошо выявляются при КТ, однако, как правило, требуются чрескожная пункция и морфологическая верификация. Солитарный метастаз рака пищевода в легких очень редок: в большинстве случаев метастазы бывают множественными, поэтому при выявлении солитарного узла в легком следует исключить синхронный РЛ или доброкачественный характер новообразования.

Таким образом, комплексное использование рентгенологического исследования, эзофагоскопии, КТ, ЭСГ, данных морфологического исследования материала позволяет в большинстве случаев правильно распознать заболевание. Иногда возникает необходимость дифференцировать рак пищевода с такими заболеваниями, как кардиоспазм, рубцовые стриктуры пищевода, дивертикулы, доброкачественные опухоли и язвы пищевода. Перечисленные заболевания отличаются длительным течением, имеют характерную рентгенологическую картину. Решающее значение в исключении злокачественного процесса (самостоятельного или развивающегося на фоне указанных изменений) имеют отрицательные результаты морфологического исследования биопсийного материала из пищевода.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение рака пищевода - одна из сложнейших проблем торакальной онкологии. Ведущим методом лечения рака этой локализации считается хирургический (рис. 18.4). Он складывается из двух компонентов: резекционного и реконструктивного. Резекционный этап является лечебным - от него зависит прогноз жизни больного. Важен выбор оптимального

оперативного доступа; правильный доступ позволяет в адекватных условиях выполнять резекционный и пластический этапы вмешательства.

Оптимальным и соответствующим требованиям абластики при раке грудного отдела пищевода следует признать комбинированный лапаротомный и правосторонний торакотомный доступы по Льюису, которые при необходимости можно дополнить шейным разрезом. Доступ позволяет: 1) осуществить широкий обзор операционного поля;

2) мобилизовать грудной отдел пищевода на всем протяжении, при этом выполнить лимфодиссекцию в любом объеме и в случае необходимости произвести резекцию смежных органов, сохранить легочные ветви блуждающего нерва (что важно для профилактики послеоперационных дыхательных нарушений);

3) надежно сформировать пищеводный анастомоз в верхней апертуре грудной клетки, где имеются хорошие условия для нормального функционирования соустья, а также соблюсти при раке средне- и нижнегрудного отделов положенную границу проксимальной резекции - минимум 8 см выше уровня опухоли.

Реконструктивная часть операции призвана скорректировать анатомо-физиологические нарушения, вызванные резекцией.

Опыт хирургического лечения больных раком пищевода показывает, что причины частых локальных рецидивов в зоне операции - высокий потенциал раннего лимфогенного метастазирования и неадекватность объема лимфодиссекции. Следствием этого является оставление пораженных регионарных лимфатических коллекторов как в средостении, так и в шейно-надключичной зоне.

Высокая частота местно-распространенных опухолей пищевода нередко вынуждает хирургов выполнять комбинированные операции с резекцией смежных органов и тканей: легкого, воздухоносных путей, перикарда, аорты, непарной вены, печени, диафрагмы и др. В этих случаях комбинированная операция не повышает радикализма вмешательства, но переводит опухолевый процесс из нерезектабельного в резектабельный. Комбинированные резекции пищевода выполняют также по принципиальным соображениям.

Основные способы замещения пищевода после его экстирпации или субтотальной резекции следующие:

1) пластика широким стеблем желудка;

2) анти- и изоперистальтическая пластика стеблем из большой кривизны желудка;

3) тонкокишечная пластика по Ру-Герцену;

4) анти- и изоперистальтическая пластика толстой кишкой. Методика эзофагопластики должна соответствовать двум основным требованиям - безопасности и функциональности.

В торакальных клиниках с большим опытом пищеводной хирургии выполняют операции пищевода как альтернативу гастростомии. Данное вмешательство купирует основной симптом рака пищевода и делает возможным энтеральное питание до последних дней жизни больного. Простейший метод восстановления пассажа пищи по стенозированному пищеводу - бужирование. Другую группу составляют методы, в основе которых лежит принцип разрушения внутрипросветного компонента стенозирующей опухоли (механическим, электрохирургическим, лазерным и плазменным способами, ФДТ).

В настоящее время для лечения больных раком пищевода широко используется химиотерапия. Наиболее эффективными препаратами для лечения рака этой локализации признаны цисплатин, 5-фторурацил, блеомицин, митомицин-С, этопозид и винкаалкалоиды. За последние годы только таксаны (паклитаксел и доцетаксел) продемонстрировали клинически значимую активность при лечении этого заболевания

Результаты терапии при операбельном раке остаются неудовлетворительными. Даже в лучших клиниках показатель резектабельности редко превышает 50 %, а 5-летняя выживаемость после резекции пищевода не превышает 20 %. Уже на ранних стадиях отмечается диссеминация опухолевых клеток с поражением лимфатических коллекторов и развитием отдаленных метастазов, что делает оправданным проведение адьювантной химиотерапии. Значительное по протяженности поражение пищевода, быстрое прорастание опухолью всех его слоев с вовлечением окружающих тканей и органов затрудняет проведение оперативного вмешательства и требует индукционной химиотерапии - изолированно или в сочетании с лучевой.

Современные технические средства и методики облучения при самостоятельной лучевой терапии рака пищевода позволяют достичь удовлетворительных непосредственных результатов, хотя отдаленные

результаты все еще неутешительны: медиана выживаемости составляет 9 мес, 2-летняя выживаемость - около 10 %, 5-летняя - около 5 %.

Обусловлены такие результаты тем, что лучевая терапия при этой высокозлокачественной опухоли применяется в основном при местно-распространенных и неоперабельных формах. Основными причинами смерти больных раком пищевода, перенесших в прошлом лучевое лечение, являются продолженный рост опухоли, локальные рецидивы и метастазы в регионарных лимфатических узлах.

При ранних (T1-T2) стадиях рака пищевода результаты лучевой терапии в отдельных случаях сопоставимы с таковыми при хирургическом лечении. Изучение результатов ДЛТ (СОД 65,5 Гр) при ранних стадиях рака пищевода, проводившееся в девяти радиотерапевтических клиниках Японии, показало, что 5-летний срок пережили 45 % больных.

Самостоятельно внутрисполостная лучевая терапия (ВПЛТ) используется в основном с паллиативной целью у больных с распространенным опухолевым процессом для ликвидации или уменьшения симптомов дисфагии, в отдельных случаях с куративной целью - у пациентов с небольшими по протяженности новообразованиями, не выходящими за пределы слизистой оболочки пищевода.

Применение только ВПЛТ у пациентов с ранним и особенно местно-распространенным раком пищевода с глубокой опухолевой инвазией и наличием регионарных метастазов не может считаться адекватным методом лечения.

Наиболее часто в настоящее время при неoadьювантном, адьювантном или самостоятельном консервативном лечении рака пищевода, особенно при местно-распространенных или низкодифференцированных формах опухоли, используется комбинация лучевой и лекарственной терапии. Лучевая терапия, являясь локальным методом лечения, может прежде всего улучшить результаты локального контроля. Сочетание же лучевой и лекарственной терапии способствует не только улучшению местного эффекта, но и снижению частоты развития отдаленных метастазов вследствие девитализации опухолевых клеток, находящихся вне зоны облучения.

При выборе химиотерапевтических препаратов для сочетания с лучевой терапией ориентируются на биологические параметры опухоли, определяющие ее устойчивость к излучению, и на механизм действия препарата, позволяющего в той или иной степени преодолеть эту резистентность. Например, митомицин-С повышает эффективность химиолучевого лечения за счет цитотоксического эффекта в отношении гипоксических или аноксических клеток, представляющих самую радиорезистентную их фракцию. Как синхронизаторы клеточного цикла

используются винкаалкалоиды, таксаны, 5-фторурацил и некоторые другие средства. Многие препараты с разным механизмом действия тормозят процессы восстановления сублетальных лучевых повреждений, оказывая потенцирующий эффект (помимо прямого противоопухолевого действия). Особую роль в ингибировании процессов репарации опухолевых клеток в пострадиационный период в современной химиолучевой терапии отводят препаратам платины. Подобными свойствами (но в меньшей степени) обладают и алкилирующие препараты, антиметаболиты, противоопухолевые антибиотики.

ПРОГНОЗ

Продолжительность жизни после радикальных операций по поводу рака пищевода является основным и наиболее важным показателем эффективности хирургического и комбинированного лечения. При хирургическом лечении среди перенесших радикальные операции 5-летний срок выживания зависит от различных обстоятельств, но основным является распространенность опухолевого процесса. При размерах опухоли T1 данный показатель составляет 46,9 %, при T2 - 42,9 %, при T3 - 33,7 %, при T4 - 25 %. Наличие метастазов в лимфатические узлы - неблагоприятный фактор, который значительно сокращает 5-летнюю выживаемость. При III стадии процесса комбинированное лечение (предоперационная лучевая терапия и операция) позволяет увеличить 5-летнюю выживаемость с 10,5 до 25,4 % (Тазиев Р.М., 2017).

Список использованной литературы

1. Онкология : учебник / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. 2019. - 920 с.
2. Онкология: учебник для вузов / Вельшер Л.З., Матякин Е.Г., Дудицкая Т.К., Поляков Б.И. - 2015. - 512 с.
3. Онкология: модульный практикум. Учебное пособие. / Давыдов М.И., Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Ганцев Ж.Х., Петерсон С.Б. - 2008.-320 с.

Ссылка для прохождения тестирования

После изучения лекции необходимо пройти тестирование при помощи сервиса Гугл-формы.

<https://forms.gle/1AtWDJcwH4iBU9n86>

Пожалуйста, корректно заполняйте поля ФИО, факультет и номер группы.