

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ

В. Ф. ЗАЙЦЕВ, С. А. ЖИДКОВ

РАК ПИЩЕВОДА

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2008

УДК 616.329–006.6 (075.8)

ББК 54.13 я 73

3-17

Утверждено Научно-методическим советом университета в качестве методических рекомендаций 24.10.2007 г., протокол № 2

Рецензенты: зав. каф. онкологии Белорусской медицинской академии последипломного образования, д-р мед. наук, проф. Н. И. Крутилина; гл. онколог Вооруженных сил Республики Беларусь, полковник медслужбы В. А. Криль

Зайцев, В. Ф.

3-17 Рак пищевода : метод. рекомендации / В. Ф. Зайцев, С. А. Жидков. – Минск : БГМУ, 2008. – 19 с.

Изложены данные по заболеваемости и смертности от рака пищевода, современные представления об этиологии и развитии, клинические особенности течения, диагностики и тактические моменты выбора метода лечения, диспансеризация и прогноз.

Предназначено для слушателей военно-медицинского факультета, врачей-стажеров.

УДК 616.329–006.6 (075.8)

ББК 54.13 я 73

© Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2008

Анатомо-физиологические данные

Физиологическое значение пищевода состоит в проведении пищи из полости глотки в желудок, осуществляемом глотательным рефлексом. При этом важная роль в нормальной деятельности пищевода принадлежит рефлексу своевременного раскрытия кардии, наступающему в норме через 1–2,5 с после глотка. Расслабление физиологической кардии обеспечивает свободное поступление пищи в желудок под действием перистальтической волны. После прохождения пищевого комка в желудок наступает восстановление тонуса нижнего пищеводного сфинктера и закрытие кардии. Анатомически в пищеводе различают три отдела: шейный (5–6 см), грудной (15–18 см) и брюшной (1–4 см). В грудном отделе пищевода выделяют верхнюю треть (около 5 см), соответствующую II–IV грудным позвонкам, среднюю (5–7 см), находящуюся на уровне TV–TVII, и нижнюю треть (5–7 см), соответствующую уровню TVII–TX. Наиболее часто поражается средняя треть грудного отдела пищевода (40–60 %), менее часто опухоль локализуется в верхнегрудном (10–15 %) и нижнегрудном (20–25 %) отделах. С клинических позиций удобным является сегментарное деление пищевода, исходя из анатомических взаимоотношений его с соседними органами. Согласно этой схеме, в пищеводе различают 9 сегментов: трахеальный сегмент (от входа в пищевод до верхнего края дуги аорты), аортальный (соответствует диаметру дуги аорты), бронхиальный (проекция левого главного бронха), межаортобронхиальный (от нижнего края дуги аорты до верхнего края левого главного бронха), подбронхиальный (от бифуркации трахеи до левого предсердия), ретроперикардальный/ретрокардиальный (проекция левого предсердия и желудочка), наддиафрагмальный (высота купола диафрагмы справа), внутридиафрагмальный, поддиафрагмальный (абдоминальный).

Эпидемиология. Статистика

Рак пищевода (РП) представляет собой агрессивную по течению и прогнозу злокачественную эпителиальную опухоль и составляет 80–90 % всех заболеваний пищевода. РП занимает 6-е место в структуре смертности от злокачественных опухолей в мире. В России РП занимает 14-е место в структуре онкологических заболеваний, а в структуре смертности от онкологических заболеваний — 7-е место среди мужчин и 13-е — среди женщин (рис. 1). Стандартизованный показатель заболеваемости составляет 6,7 на 100 000 населения.

Заболеваемость в мире составляет примерно 3,5 % на 100 000 населения. Встречается чаще у мужчин (3:1), чем у женщин и чаще у негроидной расы (3,5:1). Наиболее высокие уровни заболеваемости отмечаются в Китае, Японии, Финляндии, Иране.

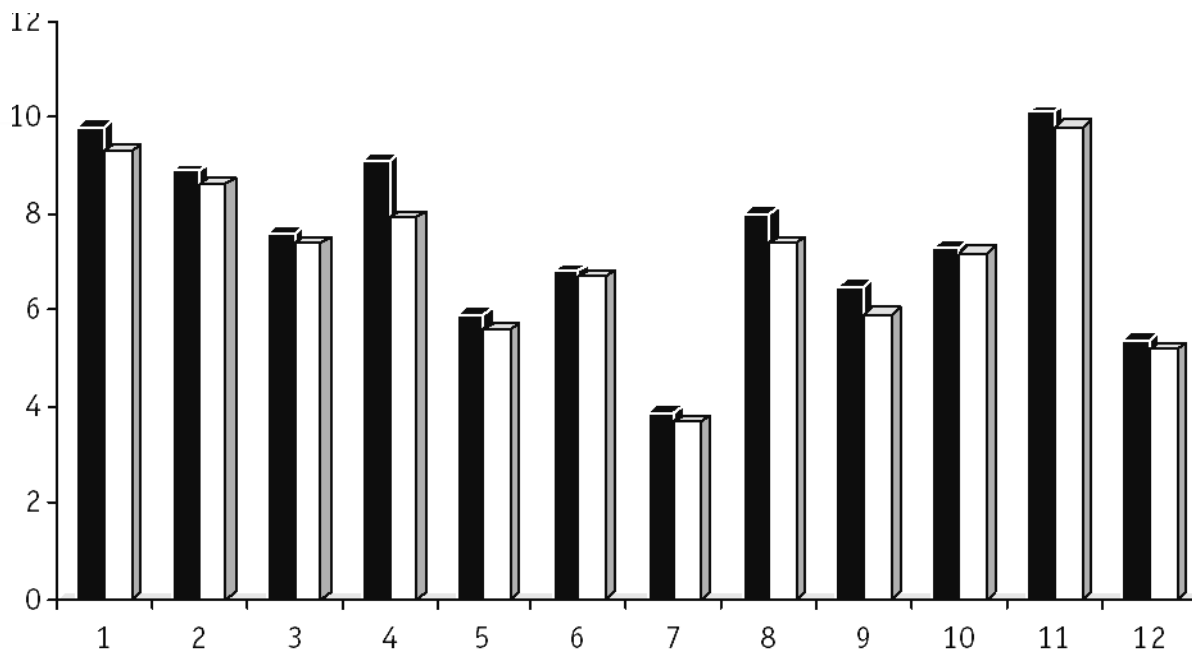


Рис. 1. Показатели заболеваемости и смертности по регионам России:

1 — Северный; 2 — Северо-Западный; 3 — Центральный; 4 — Волго-Вятский; 5 — Центрально-Черноземный; 6 — Поволжский; 7 — Северо-Кавказский; 8 — Уральский; 9 — Западно-Сибирский; 10 — Восточно-Сибирский; 11 — Дальневосточный; 12 — Калининградская обл.

По данным Белорусского канцеррегистра, заболеваемость злокачественными новообразованиями пищевода в Республике Беларусь составила 3,9 на 100 000 жителей в 1993 г. и 4,7 — в 2006 г. В структуре онкологической заболеваемости населения Республики Беларусь в 2006 г. рак пищевода составил 0,2 % у женщин и 2,2 % у мужчин.

Среди всех новообразований верхнего отдела пищеварительного тракта рак пищевода занимает особое место: он обычно рано проявляет себя и казалось бы своевременно диагностируется, однако радикальному лечению удается подвергнуть относительно небольшой процент больных. В 2006 г. у вновь выявленных пациентов I–II стадии заболевания диагностированы в 41,2 % случаев, III–IV стадии заболевания составили 31,7 и 24,2 % соответственно.

Существует зона высокой частоты развития рака пищевода. Она охватывает Северный Иран, Среднюю Азию, Казахстан, Якутию, некоторые районы Китая и Монголии. Кроме этих территорий, очень высокая заболеваемость наблюдается в ряде стран Южной Африки. Повышена частота рака пищевода во Франции, Бразилии, Индии, а также в США среди негритянского населения. В большинстве европейских стран опухоль встречается относительно редко (мужчины — 4–7, женщины — 1–2 на 100 000 населения). На территориях с высоким уровнем заболеваемости рак пищевода в 5–10 раз чаще встречается у лиц коренной национальности, чем у некоренного населения. Столь существенные различия могут быть связаны с

особенностями характера питания, но нельзя исключить и влияния генетических факторов.

Этиология

Возникновение рака пищевода связывают с особенностями питания, а также с употреблением алкоголя и курением табака. Среди коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока широко распространено употребление очень горячего «кирпичного» чая, замороженной рыбы и мяса, жестких лепешек, которые в зимнее время иногда тоже хранятся в замороженном виде. Такой рацион при нерегулярном питании, а также злоупотребление чистым или слабозабавленным спиртом приводят к постоянному травмированию пищевода и предрасположенности к раку.

Таким образом, травматизация слизистой оболочки пищевода плохо пережеванными пищевыми массами, пищей, содержащей мелкие косточки, очень горячей жирной пищей, а также чрезмерное употребление острых приправ и алкоголя, курение могут способствовать возникновению хронического неспецифического эзофагита, являющегося предраковым заболеванием, однако существует *ряд факторов риска*:

1. Синдром Пламмера–Винсона (Plummer–Vinson) у женщин, который включает симптомы: сидеропеническая анемия, глоссит, эзофагит; проявляется гипохромной анемией, ахлоргидрией, атрофией слизистых оболочек, а позднее гиперкератозом слизистой оболочки полости рта, глотки и пищевода. Считают, что это заболевание может возникать при недостаточном содержании в пище железа и витаминов, особенно витаминов В₂ и С. При этом синдроме частота возникновения рака пищевода составляет примерно 10 %. Синдром чаще встречается в Швеции.

2. Постоянное употребление горячей пищи и напитков (кипятков).

3. Употребление алкоголя и табака является независимым фактором риска, однако в сочетании с другими увеличивает вероятность развития заболевания.

4. Послеожоговые стриктуры пищевода, обусловленные ожогом щелочью, кислотой, горячей жидкостью.

5. Длительно существующая ахалазия пищевода (риск возникновения рака пищевода — 5 %). Лечение ахалазии путем миотомии не снижает риск заболевания.

6. У пациентов с аутосомно-доминантным заболеванием, характеризующимся гиперкератозом ладоней и стоп, риск развития рака пищевода составляет 37 %. Развивается, как правило, плоскоклеточный рак.

7. Пищевод Баррета (Barrett's esophagus) — состояние, при котором желудочный эпителий (однослойный, однорядный, цилиндрический) находится более чем на 3 см выше кардии, в дистальном отделе пищевода. Риск

возникновения рака пищевода у таких пациентов примерно в 30 раз выше, чем в общей популяции.

8. При наличии полипов пищевода всегда существует реальная опасность их перерождения, поэтому полип необходимо удалить. В группу облигатного предрака относят папилломы пищевода. Больные с данным заболеванием подлежат наблюдению с проведением повторных биопсий для микроскопической диагностики.

Классификация

По макроскопической картине различают три формы рака:

- скirrosный, или инфильтративный, рак, когда опухоль равномерно инфильтрирует стенку пищевода и без отчетливой границы переходит в нормальную ткань;

- язвенный, или мозговидный, рак растет в просвет пищевода, легко распадается, рано метастазирует в регионарные и отдаленные лимфатические узлы;

- узловой, или бородавчато-папилломатозный, рак имеет экзофитный рост, легко распадается и кровоточит.

Также встречаются смешанные формы опухолей.

Узловые формы диагностируются у 60 % больных раком пищевода. Эти опухоли имеют экзофитный рост, представлены разрастаниями, похожими на цветную капусту, имеют более темную окраску, чем нормальная слизистая оболочка. Опухоль легко травмируется, подвержена распаду и постоянно кровоточит. Опухолевая инфильтрация распространяется на подслизистую и мышечную оболочки. При распаде и изъязвлении узлов макроскопическая картина мало отличается от картины язвенного рака.

Язвенный тип рака пищевода встречается приблизительно у 30 % больных. В начальной стадии заболевания представляет собой узелок в толще слизистой оболочки, который быстро подвергается изъязвлению.

Наиболее часто встречающаяся форма — плоскоклеточный рак (60 %). Примерно в 15 % случаев опухоль обнаруживается в верхнем отделе, 45 % — в среднем и 40 % — в нижнем отделе. На втором месте по частоте образования находится аденокарцинома, чаще всего развивающаяся у пациентов с пищеводом Баррета (40 %). Реже встречаются другие виды карцином, меланомы, лейомиосаркомы, карциноиды и лимфомы. Приблизительно три четверти всех аденокарцином исходят из дистальной трети пищевода, в то время как плоскоклеточный рак равномерно распределен между средней и нижней третью пищевода. В шейном отделе пищевода рак развивается редко.

Клиническая картина

Клинические симптомы рака пищевода можно разделить на три группы: первичные, или местные, симптомы, обусловленные поражением стенок пищевода; вторичные симптомы, возникающие в результате распространения опухолевого процесса на соседние органы и ткани; общие симптомы, обусловленные интоксикацией и нарушением питания.

К первичным симптомам относятся дисфагия, боли за грудиной, ощущение полноты за грудиной, срыгивание пищей (регургитация), усиленная саливация. Практически все эти симптомы свидетельствуют о достаточно большом распространении патологического процесса по пищеводу.

Типичные симптомы рака пищевода обусловлены феноменом обтурации. Наиболее ярким из них является дисфагия — затруднение прохождения пищи по пищеводу. Дисфагия обусловлена сужением просвета органа растущей опухолью (механическая дисфагия), но иногда она зависит от спазма в вышележащих отделах пищевода (рефлекторная дисфагия).

В большинстве случаев дисфагия нарастает постепенно. Вначале появляется едва заметная задержка при прохождении по пищеводу твердой пищи. Больной ощущает твердый пищевой комок, продвигающийся по пищеводу. Сужение прогрессирует, и вскоре больной вынужден запивать твердую пищу глотком воды или отказываться от приема вторых блюд. В дальнейшем, через несколько недель или месяцев перестает проходить полужидкая пища, а затем и жидкость. Такое последовательное развитие дисфагии наблюдается не всегда. Иногда в результате распада опухоли или медикаментозного лечения проходимость пищевода частично или полностью восстанавливается. Улучшение состояния длится недолго, и вскоре дисфагия вновь начинает прогрессировать.

Выделяют 5 степеней дисфагии:

I степень — проходит любая пища, но при глотании твердой пищи возникают неприятные ощущения (жжение, царапание, иногда боль);

II степень — твердая пища задерживается в пищеводе и проходит с трудом, приходится запивать твердую пищу водой;

III степень — твердая пища не проходит. При попытке проглотить ее возникает срыгивание. Больные питаются жидкой и полужидкой пищей;

IV степень — по пищеводу проходить только жидкость;

V степень — полная непроходимость пищевода. Больные не в состоянии проглотить глоток воды, не проходит даже слюна.

Важными для диагностики симптомами являются регургитация пищи и пищеводная рвота. Регургитация чаще обусловлена спазмом, она возникает сразу после приема пищи. Пищеводная рвота проявляется при выраженном стенозе спустя некоторое время после еды. Регургитация наряду с другими диспепсическими расстройствами (отрыжка, изжога, тошнота) у некоторых больных может явиться первым симптомом заболевания.

В отдельных случаях довольно рано возникает обильное слюноотделение (гиперсаливация), но чаще оно встречается при выраженном стенозе. Гиперсаливацию рассматривают как защитный рефлекс, облегчающий пище преодолеть препятствия.

Наряду с перечисленными признаками рак пищевода может сопровождаться неприятным или даже зловонным запахом изо рта, который обусловлен распадом опухоли и гнилостными процессами выше сужения и ощущается самим больным и/или окружающими.

Вторичные симптомы относятся к поздним проявлениям рака пищевода. Они свидетельствуют об осложнениях болезни, вследствие выхода процесса за стенки пищевода. Вторичные симптомы — это охриплость голоса, триада Горнера (миоз, псевдоптоз, эндофтальм), увеличение регионарных лимфатических узлов, брадикардия, приступы кашля, изменение звучности голоса, рвота, одышка, удушье со стридорозным дыханием.

Из общих симптомов, присущих злокачественным новообразованиям внутренних органов, наблюдается прогрессирующая потеря веса, вплоть до кахексии, нарастающая общая слабость, утомляемость, анемия.

Метастазирование

Рак пищевода метастазирует как лимфогенным путем — в лимфатические узлы средостения и левой надключичной области, так и гематогенным путем, чаще всего поражая печень (20 %), легкие (10 %), костную систему, головной мозг, реже имплантационным.

Для рака шейного отдела пищевода характерно раннее метастазирование в средостение, клеточные пространства шеи, надключичные области. Рак грудного отдела пищевода метастазирует по ходу лимфатических пространств подслизистой оболочки пищевода, в лимфатические узлы средостения и околопищеводную клетчатку. Рак нижнего отдела пищевода метастазирует в лимфатические узлы верхнего отдела малого сальника. Для запущенных форм всех локализаций характерны вирховские метастазы в левой надключичной области.

Метастазирование редко является главной причиной смерти, основное влияние оказывает прогрессирующее общее истощение на почве распространения первичной опухоли.

Рецидивы рака пищевода наступают вследствие недостаточного радикализма операции или при неизлеченности опухоли лучевой терапией.

После возникновения РП, прогрессирование заболевания происходит быстро: так, например, при инвазии слизистого и подслизистого слоя (T_1) частота метастазов в регионарные лимфатические узлы составляет 25 %, а при инвазии мышечного слоя стенки пищевода — 38–61 %. К моменту выявления заболевания, более чем у 50 % больных опухоль является нерезектабельной либо определяются отдаленные метастазы.

Диагностика

Диагностика рака пищевода складывается из изучения жалоб, анамнеза заболевания и целенаправленного построения плана обследований.

«Сигналами тревоги», заставляющими предположить возможность злокачественного новообразования пищевода, являются:

- дисфагия любой степени выраженности, возникшая вне зависимости от механической, термической или химической травмы пищевода;
- ощущение прохождения пищевого комка, боль или неприятные ощущения по ходу пищевода, возникающие при приеме пищи;
- повторяющаяся регургитация или рвота, особенно с примесью крови;
- беспричинно появившаяся осиплость голоса;
- мучительный кашель, возникающий при приеме жидкости.

Инструментальные и лабораторные методы исследования:

1. Рентгеноконтрастное исследование пищевода позволяет установить диагноз, определить локализацию и протяженность опухоли. Характерными признаками является сужение пищевода и супростенотическое расширение, неровные («изъеденные») края стенки, можно обнаружить пищеводно-трахеальный свищ.

2. Компьютерную томографию выполняют для оценки местного распространения опухоли по лимфатическим сосудам, а также для обнаружения возможных отдаленных метастазов.

3. Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) с использованием ^{18}F -фтордезоксиглюкозы получает все большее распространение как метод, позволяющий определить поражение лимфатических узлов или органов, которое лежит за пределами разрешающих способностей КТ и ЭУС. Последние исследования показали, что у 15 % пациентов среди больных, у которых при рутинном обследовании был установлен местнораспространенный характер опухолевого процесса, при ПЭТ были выявлены отдаленные проявления заболевания. В некоторых медицинских центрах используются торакоскопические или лапароскопические методы стадирования РП, однако, учитывая инвазивный характер последних, их все больше вытесняет ПЭТ с использованием ^{18}F -фтордезоксиглюкозы.

4. Эзофагоскопия — наиболее важное исследование в диагностике рака пищевода. При выполнении эзофагоскопии устанавливают характер роста опухоли, ее локализацию, протяженность, выполняют биопсию.

5. Эндосонография пищевода и желудка позволяет установить глубину инвазии стенки пищевода у 80–90 % больных и состояние регионарных лимфатических узлов.

6. Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) позволяет уточнить стадию заболевания и обладает высокой точностью выявления поверхно-

стных форм рака, при лечении которых возможно использование только хирургического метода.

7. Бронхоскопию выполняют для оценки возможности прорастания опухоли в трахеобронхиальное дерево и для оценки движения голосовых связок.

8. Внутриполостное ультразвуковое исследование позволяет оценить степень прорастания опухоли.

9. Лапаротомия и биопсия чревных лимфатических узлов, при поражении которых радикальная операция не производится.

Важным разделом в своевременной диагностике РП является применение опухолевых маркеров. Исследования, опубликованные в журнале *Cancer Epidemiology*, показали, что белок, синтезирующийся в кишечных клетках, может быть использован как специфический маркер рака пищевода. Исследования продемонстрировали, что клеточные линии пищевода в процессе онкогенной трансформации или метаплазии изменяют свои молекулярные характеристики, приближаясь к клеткам кишечника по способности синтезировать особый белок — гуанилилциклаза — С (GC-C). Используя молекулярную технологию тестирования, авторы данного сообщения выявили GC-C у всех пациентов с раком пищевода. Диагностические тесты на GC-C, использующие кровь и биоптаты лимфатических узлов, начали разрабатываться компанией Targeted Diagnostic & Therapeutics, Inc. (TDT, USA; www.tdtinc.com). Компания заверяет, что их тесты настолько чувствительны, что могут выявлять одну раковую клетку из 10 млн нормальных клеток. Компания TDT также представила клинические данные, демонстрирующие, что GC-C высокоспецифично связывается с бактериальным термостабильным токсином. Это позволяет использовать подход целенаправленного повреждения метастатических раковых клеток.

Стадирование

Выделяют четыре стадии рака пищевода:

I стадия — четко ограниченная до 3 см в диаметре опухоль, прорастающая только слизистую и подслизистую пищевода; проходимость пищевода не нарушена, метастазов нет.

II стадия — опухоль величиной 3–5 см, прорастающая все слои пищевода, единичные метастазы в регионарные лимфатические узлы.

III стадия — опухоль размерами 5 см или меньше, вышедшая за пределы пищевода в околопищеводную клетчатку; просвет пищевода значительно сужен; множественные метастазы в регионарные лимфоузлы.

IV стадия — опухоль прорастает в соседние органы, отдаленные метастазы.

Клиническая классификация по TNM

T — первичная опухоль

T_x — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T_0 — первичная опухоль не определяется.

T_{is} — преинвазивная карцинома: интраэпителиальная опухоль без инвазии базальной мембраны (carcinoma in situ).

T_1 — опухоль инфильтрирует слизистую и подслизистый слой стенки пищевода.

T_2 — опухоль инфильтрирует мышечную оболочку стенки пищевода.

T_3 — опухоль инфильтрирует слои стенки пищевода, включая адвентицию.

T_4 — опухоль распространяется на соседние структуры средостения.

N — регионарные лимфатические узлы

N_x — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

N_0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N_1 — имеется поражение регионарных лимфатических узлов метастазами.

M — отдаленные метастазы

M_x — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

M_0 — нет признаков отдаленных метастазов.

M_1 — имеются отдаленные метастазы.

Критерий M_1 подразделяется на M_{1a} и M_{1b} в зависимости от локализации опухоли в пищеводе:

1. Карциномы нижнегрудного отдела пищевода:

M_{1a} — метастазы в чревных лимфоузлах.

M_{1b} — другие отдаленные метастазы.

2. Карциномы среднегрудного отдела пищевода:

M_{1a} — не применяется.

M_{1b} — нерезионарные лимфатические узлы и/или отдаленные метастазы.

3. Карциномы верхнегрудного отдела пищевода:

M_{1a} — метастазы в шейных лимфоузлах.

M_{1b} — другие отдаленные метастазы (табл.).

Примечание. Для грудного отдела пищевода, включая верхнегрудной отдел, шейные лимфатические узлы не являются регионарными (M_{1a}). Для шейного отдела пищевода регионарными считаются только шейные лимфатические узлы (N_1), метастазы в медиастинальных и брюшных лимфоузлах расцениваются как отдаленные (M_1).

Патогистологическая классификация по pTNM

Требования к определению категории pT, pN и pM соответствуют требованиям к определению категорий T, N и M.

pNO — гистологическое исследование лимфатических узлов средостения обычно включает 6 и более узлов. Если в исследованных лимфатических узлах нет метастазов, но их количество менее 6, случай классифицируется как pNO.

G — гистопатологическая дифференцировка:

G_x — степень дифференцировки не может быть установлена.

G₁ — высокая степень дифференцировки.

G₂ — средняя степень дифференцировки.

G₃ — низкая степень дифференцировки.

G₄ — недифференцированные опухоли.

Таблица

Группировка рака пищевода по стадиям

Стадии							
0	I	IIA	IIB	III	IV	IVA	IVB
Tis N ₀ M ₀	T ₁ N ₀ M ₀	T ₂ N ₀ M ₀ T ₃ N ₀ M ₀	T ₁ N ₁ M ₀ T ₂ N ₁ M ₀	T ₃ N ₁ M ₀ T ₄ любая N M ₀	Любая T любая N M ₁	Любая T любая N M _{1a}	Любая T любая N M _{1b}

Лечение и прогноз

Лечение больных раком пищевода — одна из самых сложных задач клинической онкологии. Все имеющиеся в арсенале современной онкологии средства терапии рака пищевода можно классифицировать следующим образом:

1. Радикальные методы:

а) хирургический — резекция пищевода с одновременным или последующим восстановлением непрерывности пищеварительного тракта (рис. 2);

б) комбинированный (предоперационное облучение с последующей радикальной операцией).

2. Паллиативные методы:

а) хирургические (операции наложения гастростомы, обходного эзофагогастроанастомоза, реканализация пищевода);

б) лучевые;

в) химиотерапевтические;

г) симптоматическое лечение.

У 80–90 % больных злокачественные опухоли данной локализации диагностируются на III–IV стадиях, в связи с чем только 10–15 % пациентов возможно провести хирургическое и комбинированное лечение.

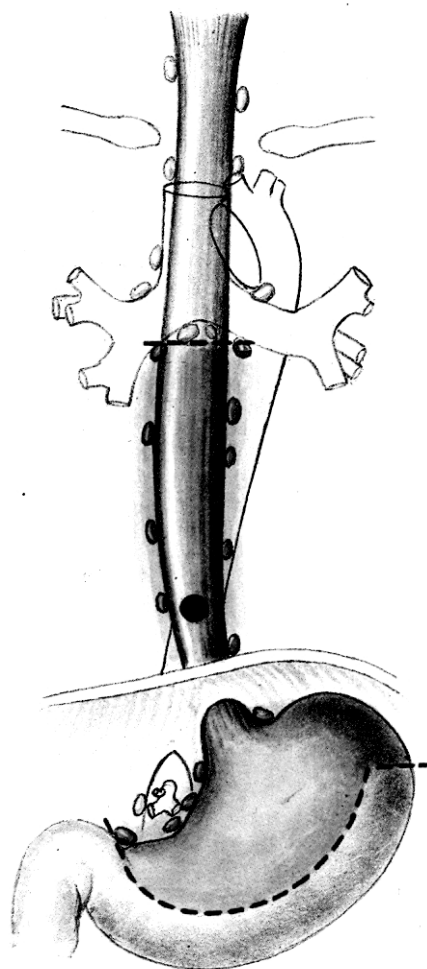


Рис. 2. Одновременная резекция и пластика пищевода при раке нижней его половины

Хирургическое лечение проводят при поражениях нижней трети или дистальной части средней трети пищевода. Преимущество оперативного вмешательства — восстановление просвета органа. Операционные доступы — правосторонняя торакотомия; лапаротомия, диафрагмотомия, шейная медиастинотомия слева. Операция представляет собою резекцию или полное удаление пищевода с реконструктивной операцией. Для восстановления непрерывности ЖКТ и пластики пищевода используется либо желудок, либо ободочная кишка. Различают одно- и многоэтапные операции. Чаще у сохранных больных среднего возраста производят одноэтапные операции — резекцию пищевода с опухолью и анастомоз. Одномоментные операции лучше выполнять при локализации опухоли в дистальных отделах пищевода. Операция Торека — первый этап хирургического лечения, заключается в резекции пищевода с опухолью. Проксимальный конец выводят на шею (эзофагостома) и накладывают гастростому. Второй этап хирургического лечения — восстановление проходимости пищевода с помощью создания искусственного пищевода по Ру–Герцену: мобилизуют то-

щую кишку в 30–40 см от тройцевой связки, пересекают ее. Верхний конец ее сшивают с пищеводом, нижний — с кишкой. Кишку проводят под кожей на передней грудной стенке. Полную проходимость пищевода производят через 3–4 недели, когда нижний конец кишки подшивают к желудку.

Основным методом лечения местно распространенного РП остается **хирургическое лечение**. В хирургии РП на сегодняшний день наибольшее распространение получили **трансторакальная** и **трансхиатальная резекция пищевода**. Трансторакальный доступ справа включает лапаротомию и торакотомию справа с формированием пищеводно-желудочного анастомоза в куполе плевральной полости или на шее. При трансхиатальной резекции пищевода, выполняется слепое выделение грудного отдела пищевода, а анастомоз формируется на шее.

Наиболее оптимальным и соответствующим требованиям онкологической абластики при раке грудного отдела пищевода следует признать трансторакальную резекцию пищевода (комбинированный лапаротомный и правосторонний торакотомный доступ по Льюису, который при необходимости можно дополнить шейным разрезом). Доступ позволяет осуществить широкий обзор операционного поля, безопасно 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 (крайне важная деталь для профилактики послеоперационных дыхательных нарушений), 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.

Трансхиатальный доступ, лимитируя хирурга в обзоре операционного поля, не позволяет повысить радикализм вмешательства и выполнить целенаправленную адекватную лимфадиссекцию выше уровня бифуркации трахеи. Поэтому показатель частоты локорегионарных рецидивов, по данным даже ведущих клиник России, достигает чрезвычайно высокого уровня — более 60 %. Кроме того, при местно-распространенном процессе, ограниченность обзора делает мобилизацию самой опухоли чрезвычайно сложной, а комбинированные операции с резекцией смежных структур представляются довольно опасными и порой невозможными.

Паллиативные операции выполняются при непроходимости пищевода и заключаются в наложении гастростомы и эзофагостомы. Лучевое лечение является дополнением к хирургическому лечению. Оно показано при локализации поражений в проксимальной части средней трети или в верхней трети пищевода. Средняя доза составляет примерно 40–60 Гр. Химиотерапия практически не влияет на длительность жизни больных. Более обнадеживающие результаты получены при сочетаниях химио- и лучевой

терапии. Химиотерапия и лучевая терапия, проводимая перед операцией, уменьшает размеры опухоли и улучшает отдаленные результаты оперативного лечения.

После того как у больных, прошедших химиотерапию в сочетании с радиотерапией, были получены гораздо более благоприятные результаты, начались исследования, цель которых — определить, может ли такое сочетание методов лечения привести к тому, чтобы опухоли, ранее неоперабельные, уменьшились до такой степени, которая позволяла бы произвести хирургическую операцию. Лицам с далеко зашедшей стадией болезни часто проводится одна только химиотерапия, которая может оказаться весьма полезной, сокращая масштаб поражения и сдерживая раковый процесс.

Схемы химиотерапии рака пищевода предусматривают использование 5-фторурацила, обычно в сочетании с цисплатином. Побочные эффекты включают тошноту, рвоту и диарею и могут легко контролироваться лекарственными препаратами. Эта комбинация лекарств, как правило, не вызывает выпадения волос.

Для лиц с неоперабельными опухолями или затруднениями при глотании существует ряд методов лечения, к которым можно прибегнуть в целях облегчения этих проблем.

Интубация представляет собой процедуру, заключающуюся во введении в пищевод металлической или пластиковой трубки для его расширения и облегчения глотания и принятия пищи. Врач может также расширителем увеличить пространство внутри пищевода. Это простая и быстрая процедура, но через некоторое время ее нужно повторить.

Вместо интубации можно выполнить шунтирование пищевода, которое предусматривает использование отрезка кишки для создания альтернативного канала, ведущего к желудку в обход опухоли, вызвавшей обструкцию пищевода.

Посредством лазерной терапии можно удалить часть опухоли, чтобы облегчить прохождение пищи по пищеводу. Может потребоваться несколько циклов такого лечения, которое, возможно, придется повторить, чтобы поддерживать нормальное принятие пищи и напитков.

Людям, которые испытывают затруднение при глотании или которым введена трубка, возможно, необходимо придерживаться рациона, состоящего из очень мягкой пищи, и избегать продуктов, которые могли бы вызвать закупорку трубки. У диетолога можно получить рекомендации относительно подходящих пищевых продуктов.

При оперативном лечении 5-летняя выживаемость для всех групп больных — 5–15 %. У пациентов, оперированных на ранних стадиях заболевания (без видимого поражения лимфатических узлов), 5-летняя выживаемость увеличивается до 30 %.

Показатели 5-летней выживаемости низкие, однако отмечается тенденция к улучшению результатов лечения. Так, если в 70-х гг. XX в. 5-летняя выживаемость составляла 4 %, то в настоящее время она достигла 14 %. После радикального хирургического лечения 5-летняя выживаемость при I стадии составляет 50–80 %, при IIА стадии — 30–40 %, при IIВ стадии — 10–30 %, III стадии — 10–15 %. Медиана выживаемости больных с IV стадией заболевания, получивших паллиативное лечение, меньше одного года.

Заключение

В настоящее время все большее число хирургов успешно осваивает лечение РП, до недавнего времени фатально приводившего к смерти почти каждого пациента. Об успехах в лечении данного заболевания свидетельствуют статистические данные. По сообщениям ряда авторов, 5-летняя выживаемость радикально оперированных больных составляет от 2 до 10 %, а отдельные исследователи (А. А. Русанов) сообщают даже о 18 %.

В области диагностики рака пищевода актуальна разработка новых и совершенствование уже имеющихся методик, которые позволят добиться уверенного распознавания изменений на ранних этапах развития опухоли и получить исчерпывающие сведения о степени распространения опухоли и, в первую очередь, о состоянии регионарных лимфатических узлов.

В области лечения необходимо усовершенствовать способы комбинированной терапии рака пищевода, поиски новых высокоактивных химиотерапевтических препаратов, которые дадут возможность отказаться от сложных и травматических хирургических методов лечения.

В области профилактики нужно совершенствовать формы и методы профилактических осмотров, направленных на выявление заболеваний, способствующих возникновению рака пищевода, углубление знаний, касающихся вопросов диагностики и лечения рака пищевода.

Литература

1. *Клещевникова, В. П.* Кардиоэзофагеальный рак / В. П. Клещевникова. Петро-заводск, 1994.
2. *Моисеенко, В. М.* Возможности современного лекарственного лечения больных раком пищевода / В. М. Моисеенко // Практическая онкология. 2003. Т. 4. № 2. С. 83–90.
3. *Пищевод Барретта* : от теоретических основ к практическим рекомендациям / М. И. Давыдов [и др.] // Практическая онкология. 2003. Т. 4. № 2. С. 109–119.
4. *Рак пищевода* : руководство для онкологов и хирургов / под ред. В. Л. Ганула, С. И. Киркилевского. 2003. 200 с.
5. *Русанов, А. А.* Рак пищевода и кардии (опыт 1900 операций) / А. А. Русанов // Вопр. онкологии. 1973. № 3. С. 100–103.
6. *Стилиди, И. С.* Результаты и перспективы хирургического лечения больных раком грудного отдела пищевода / И. С. Стилиди, В. Ю. Бохан, М. Д. Тер-Ованесов // Практическая онкология. 2003. Т. 4. № 2. С. 70–75.
7. *Стилиди, И. С.* Стратегия хирургии рака пищевода : дис. ... д-ра мед. наук / И. С. Стилиди. М., 2002.

Оглавление

Анатомо-физиологические данные	3
Эпидемиология. Статистика.....	3
Этиология	5
Классификация	6
Клиническая картина	7
Метастазирование.....	8
Диагностика	9
Стадирование	10
Лечение и прогноз	12
Заключение.....	16
Литература.....	17

Учебное издание

Зайцев Василий Федотович
Жидков Сергей Анатольевич

РАК ПИЩЕВОДА

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск В. Ф. Зайцев
Редактор А. И. Кизик
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 25.10.07. Формат 60×84/16. Бумага писчая «КюмЛюкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,85. Тираж 100 экз. Заказ 93.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусский государственный медицинский университет.

ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

220030, г. Минск, Ленинградская, 6.