

Рак пищевода

Заболеваемость

- Рак пищевода вместе с опухолями печени, поджелудочной железы и легкого относится к самым неблагоприятным по прогнозу новообразованиям.
- Две трети заболевших умирают в течение первого года после установления диагноза.

- В России рак пищевода:
- у мужчин занимает 12 место по частоте, а
- у женщин 19 место среди всех новообразований.
- На его долю приходится:
- у мужчин 2,5%, а
- у женщин менее 1% от общего числа заболевших.

- С возрастом вероятность возникновения опухоли повышается.
- Наиболее высокая заболеваемость отмечается среди людей пожилого и старческого возраста.
- Лица старше 60 лет заболевают раком пищевода примерно в 10 раз чаще, чем в 40-49 лет.
- Средний возраст заболевших - 66 лет (муж. – 63,7; женщин-73 года).

- **Динамика заболеваемости:**

в течение последнего десятилетия в России заболеваемость раком пищевода у мужчин и у женщин снижается

- **Возрастно-половые особенности:**
- **В России стандартизованные по мировому стандарту показатели заболеваемости мужчин в 6 раз выше, чем у женщин.**

- В тюменской области (по югу без округов) в 2008 году
- Впервые взято на учет - 47 больных раком пищевода
- Одногодичная летальность составила - 82,6%

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Рак пищевода в мире занимает 9-е место среди злокачественных новообразований. Частота различная.
- Существует зона особенно высокой частоты рака пищевода.
- Она охватывает Северный Иран, Среднюю Азию, Казахстан, некоторые районы Китая и Монголии.
- Кроме этих территорий, высокая заболеваемость наблюдается в ряде стран Южной Африки.

- В европейских странах рак пищевода встречается редко.
- Среди стран СНГ наиболее высокие показатели отмечены в Туркменистане, некоторых областях Казахстана и Узбекистана.

- В России наиболее высокая заболеваемость наблюдается в республике Саха, Туве, Бурятии, в северных районах и на океанском побережье
- самая низкая - в Северо-Кавказском регионе.

- Эпидемиологические исследования позволили выявить факторы, способствующие возникновению и развитию рака пищевода.

- Факторы, способствующие раку пищевода (факторы риска), на разных территориях оказываются различные.

- В регионах с **высоким** уровнем заболеваемости –
- **канцерогенный эффект** связывают с местными особенностями питания:
- приемом слишком горячей пищи и напитков,
- частым употреблением **сырой рыбы и мороженого мяса**

- На территориях со **средним и низким уровнем заболеваемости** играют роль:
 - **курение**
 - злоупотребление **алкоголем**.
 - Этим, по-видимому, обусловлена более высокая частота рака пищевода у мужчин по сравнению с женщинами.

- Риск возникновения плоскоклеточного рака пищевода в 5—10 раз выше у курильщиков по сравнению с некурящими.
- У курильщиков, злоупотребляющих алкоголем, риск рака пищевода возрастает в 100 раз.

- Кроме этого, имеет значение однообразное питание с недостаточным потреблением фруктов и овощей, повышенное содержание нитрозаминов в желудочном соке.

- На территориях с высоким уровнем заболеваемости рак пищевода у лиц коренной национальности встречается в 5-10 раз чаще, чем у некоренного населения.
- Столь существенные различия связаны с особенностями питания, но нельзя исключить влияние генетических факторов.

Предраковые заболевания

- **Многократно повторяющееся воздействие вредных факторов приводит к возникновению хронического эзофагита.**

- **Хронический эзофагит является предраковым заболеванием**
- **Он нередко сопровождается дисплазией эпителия слизистой оболочки пищевода.**
- **Выраженная дисплазия с трудом подвергается регрессии.**
- **При эзофагите с клеточной дисплазией частота рака пищевода повышается.**

- В нижних отделах пищевода эзофагит часто возникает из-за заброса в пищевод желудочного сока, содержащего желчные кислоты (*рефлюкс-эзофагит*).
- При этом плоский эпителий пищевода превращается в железистый.

- Это заболевание получило название *пищевода Барретта*.
- Железистая метаплазия может достигать такой степени, что эпителий пищевода приобретает структуру и свойства тонко- и толстокишечного.
- На этой почве в 30-40 раз возрастает вероятность аденокарциномы пищевода.

- Пищевод Барретта - характеризуется **последовательно** наступающими изменениями **слизистой оболочки:** гиперемией, эрозиями и изъязвлениями нижней трети пищевода, охватывающими всю поверхность слизистой, хронической язвой и стриктурой пищевода.

- **Клинически этот эзофагит проявляется:**
- **изжогой,**
- **кислой отрыжкой,**
- **ощущением жжения в эпигастральной области и за грудиной после еды или в ночное время, а также при наклоне туловища вперед.**

- **Часто возникает боль за грудиной, связанная с едой или с положением тела, купирующаяся приемом щелочных минеральных вод и соды.**
- **При стенозировании пищевода возникает дисфагия.**

- **Заболевание развивается на протяжении многих лет. Лечение зависит от фазы процесса и направлено на ликвидацию заброса желудочного содержимого в пищевод, его нейтрализацию медикаментозными и хирургическими мерами.**

- Хронический эзофагит и рак чаще встречаются, не только при гастроэзофагеальной болезни, но и при:
- рубцовом сужении пищевода после химического ожога;
- грыже пищеводного отверстия диафрагмы, сопровождающейся недостаточностью кардиального жома;
- ахалазии пищевода (кардии);
- Эти заболевания рассматриваются как **фоновые**.

- ***Ахалазия пищевода (кардии)*** - потеря способности к расслаблению мышечного сфинктера в месте перехода пищевода в кардию желудка.
- Приводит к нарушению проходимости, гипертрофии стенки и расширению просвета пищевода.
- Начинается в молодом и среднем возрасте, развивается долгие годы.
- Проявляется дисфагией, болью в области мечевидного отростка, регургитацией пищи.

- В патогенезе плоскоклеточного рака важную роль играет недостаток витаминов А, В, С и Е. В эксперименте показано, что увеличение количества
- витамина А в пище предупреждает развитие индуцированного рака пищевода у животных. Недостаток в пище селена, молибдена, фолиевой кислоты также связывают с повышением риска этого заболевания.

- Население северных территорий употребляет в пищу перетопленный жир тюленей и рыбы, а также строганину (замороженные и мелко нарезанные мясо и рыбу), вяленое мясо и рыбу. Такие продукты содержат мелкие косточки, травмирующие при проглатывании слизистую оболочку пищевода, что может быть причиной хронического эзофагита.

- Жители Средней Азии имеют привычку пить горячий чай и жевать нас (табачную смесь с золой, известью и другими добавками). Возможно, имеет значение и привычка принимать пищу полулёжа, употреблять в пищу много копчёной и вяленой рыбы и мяса

- • Химические ожоги пищевода, вызывающие стриктуры, могут приводить к раку пищевода даже через десятки лет. Большинство таких новообразований локализуется в средней трети пищевода.

- При ахалазии происходят нарушения нормальной моторики пищевода, возникает патологический спазм нижнего пищеводного сфинктера. У лиц с подобной патологией риск рака повышен в 16— 30 раз.

- • Большинство случаев аденокарциномы пищевода возникает на фоне пищевода Барретта. Это заболевание проявляется формированием цилиндрического эпителия в дистальных отделах пищевода. Цилиндрический метаплазированный эпителий кишечного типа имеет протяжённость как минимум 3 см. Пищевод Барретта выявляют в 0,45-2,2% случаев при эзофагогастроскопии и в 10-20% случаев при эндоскопическом исследовании по поводу гастроэзо-фагеального рефлюкса. На фоне пищевода Барретта риск аденокарциномы пищевода в 40 раз выше.

• Патоморфология

- **Локализация.**
- Рак пищевода развивается чаще в **местах естественных сужений.**
- Наиболее **часто** опухоль возникает в **средней трети** грудного отдела пищевода (40-60%).
- Опухоли **нижней трети** стоят на **втором месте** по частоте (25-40%).
- В **верхней трети** грудного и в шейном отделах рак возникает **редко.**

• **Формы роста.**

Макроскопически различают:

- экзофитную,
 - эндофитную,
 - звенно-инфилтративную
 - полиповидную
- формы.

- **Экзофитная (син.: узловая) опухоль** растет в виде узла в просвет пищевода, имеет четкие границы, легко распадается. Строма у этих опухолей развита слабо, поэтому такие опухоли мягки на ощупь

- ***Эндофитный рак*** имеет хорошо развитую строму (*скирр*), представляет собой плотную белесоватую ткань и в виде муфты циркулярно охватывает пищевод, резко сужая его просвет.

- Чаще всего встречается ***язвенно-инфильтративная форма.***
- Она имеет вид язвы с приподнятыми в виде валика утолщенными краями и инфильтрацией стенки за пределами опухоли.

- Реже остальных встречается ***полиповидная*** опухоль.
- Она представляет собой разрастание на узкой ножке в просвете пищевода.
- Имеет благоприятный прогноз.

- Чаще отмечают смешанные формы роста рака пищевода, при которых обнаруживают элементы как
- экзофитного, так и
- эндофитного типа роста
- с ранним распадом опухоли и образованием изъязвления.
- Иногда рак пищевода может иметь мультицентричный характер роста.

- **Гистологическое строение.**
- Преобладает **плоскоклеточный** ороговевающий или неороговевающий рак, реже встречается **аденокарцинома** и **железисто-эпидермальный** рак.

- **Аденокарцинома** возникает в нижней трети грудного отдела из метаплазированного эпителия при пищеводе Барретта или из желез слизистой оболочки.
- Встречается реже, чем плоскоклеточный рак, но заболеваемость аденокарциномой повышается.

- Существенных различий в течении и прогнозе новообразований различного гистологического строения не обнаружено.

- **Распространение рака** происходит путем:
- прорастания опухоли вне стенки пищевода,
- лимфогенного, реже –
- гематогенного метастазирования.
- Вдоль стенки раковые клетки могут распространяться на расстояние 4-5 см за пределы видимой границы.

- Первым этапом лимфогенного метастазирования являются ближайшие средостенные лимфатические узлы.
- Однако крупные продольные лимфатические сосуды, связывающие разные группы узлов, создают условия для метастазирования рака пищевода в различных направлениях
- С этим связана возможность поражения метастазами чревных и желудочных, а также левых надключичных лимфатических узлов (*метастазы Вирхова*).

- Иногда наблюдается «перепрыгивание» через этапы:
- при интактных ближайших узлах, метастазы могут быть обнаружены в отдаленных.
- гематогенные метастазы чаще всего поражают легкие и печень.

- **Стадии рака пищевода**
- По отечественной классификации различают **4 стадии** рака.
- **1 стадия** - опухоль диаметром до 3 см, поражает слизистую оболочку и подслизистую основу, без метастазов в лимфатические узлы.
- **2 стадия** - опухоль протяженностью 3-5 см или меньшего размера, но врастающая в мышечный слой без полного его прорастания, без (2а) или с одиночным метастазом в регионарный лимфатический узел (2б).
- **3 стадия** - опухоль протяженностью более 5 см или опухоль меньших размеров, прорастающая в толщу мышечного слоя, при отсутствии (3а) или с наличием метастазов в регионарные узлы (3б).
- **4 стадия** - опухоль, прорастающая в соседние органы без метастазов в регионарные лимфатические узлы (4а), или любая опухоль с несменяемыми метастазами в регионарные лимфатические узлы или с метастазами в отдаленные органы.

- ***Классификация по системе TNM***
составлена по иному принципу. В ней не учитывается размер опухоли и количество пораженных лимфатических узлов. Категория T оценивается по степени прорастания стенки пищевода, а метастазы в шейные лимфатические узлы и узлы по ходу чревной артерии рассматриваются как отдаленные метастазы.

- **Осложнения** рака пищевода связаны с распадом опухоли и прорастанием ее в окружающие органы и ткани. Это, как правило, тяжелые осложнения, которые часто приводят к летальному исходу.
- Наиболее типичны:
 - *кровотечение,*
 - *медиастинит,*
 - *сдавление опухолью органов средостения,*
 - *пищеводно-бронхиальные и пищеводно-трахеальные свищи.*

Клиническая картина

- Клиническая картина рака пищевода определяется:
- локализацией опухоли,
- формой роста и
- распространенностью опухоли,
- наличием метастазов.

- Клинические признаки болезни можно разделить на **3 группы**.
- Симптомы, связанные с развитием опухоли в пищеводе, его сужением
- Симптомы, возникающие в связи с прорастанием опухоли в окружающие органы, метастазированием.
- Симптомы, обусловленные интоксикацией

- 1. Типичными симптомами рака пищевода являются:
- дисфагия,
- неприятные ощущения при прохождении пищи по пищеводу
- дурной запах изо рта,
- гиперсаливация,
- срыгивания и
- регургитация пищи.

- *Дисфагия* является самым ярким и типичным симптомом.
- *Под дисфагией понимают затрудненное прохождение пищи по пищеводу.*
- Этот симптом в 4 раза чаще обусловлен раком пищевода, чем всеми остальными заболеваниями пищевода вместе взятыми.

- Дисфагия наблюдается у 85-95% больных раком пищевода
- нередко она является первым симптомом заболевания,
- иногда ей предшествуют **неприятные ощущения, чувство жжения, царапания, давления за грудиной.**

Три вида дисфагии:

- **механическая форма** (связана с сужением просвета органа растущей опухолью).
- **рефлекторная форма** (зависит от спазма в вышележащих частях пищевода).
- **смешанная форма** (причиной дисфагии служат оба фактора).

Рефлекторная форма

- Обусловлена спазмом пищевода в момент прохождения пищевого комка
- Носит кратковременный характер
- Как правило при экзофитных формах опухоли
- Является наиболее ранним СИМПТОМОМ

- **Механическая форма** развивается постепенно.

Сначала это ощущение возникает только при приеме грубой или плохо пережеванной мясной пищи.

- 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 жидкости.

- Принято различать **4 степени** выраженности дисфагии.
- • I степень — затруднения прохождения твёрдой пищи по пищеводу (хлеб, мясо).
- • II степень — затруднения, возникающие при приёме кашицеобразной и полужидкой пищи (каши, пюре).
- • III степень — затруднения при глотании жидкостей.
- • IV степень — полная непроходимость пищевода.

- При небольших опухолях стенки пищевода на уровне поражения в силу своей эластичности способны растягиваться и беспрепятственно пропускать пищевой комок в нижележащие отделы.
- Считают, что для появления дисфагии должно быть поражено 75% окружности органа.

Боль отмечается у 60% больных

- при прохождении пищи по пищеводу
- боль может быть не связана с приемом пищи.
- В таких случаях пациенты отмечают постоянную боль в грудной клетке, свидетельствующую о прорастании опухоли в клетчатку средостения или в нервные стволы.

- Важным симптомом является *регургитация пищи.*
- Наблюдается в 14%
- она чаще обусловлена спазмом,
- возникает сразу после приема пищи.

- У ряда больных (в 6-7%) появляется обильное слюноотделение (*гиперсаливация*).
- Ее рассматривают как защитный рефлекс, облегчающий пищевому комку преодоление препятствия

- Распадающаяся опухоль может сопровождаться неприятным **зловонным запахом изо рта**, который ощущается самим больным или окружающими.

- Симптомы поражения соседних органов средостения:
- Раздражения блуждающего и возвратного гортанного нервов, симпатического ствола,
- Сдавления трахеи и бронхов,
- Образование пищеводно-трахеального или пищеводно-бронхиального свища.

- Поражение блуждающего нерва проявляется расстройством сердечной деятельности, симпатического ствола - триадой Горнера (***сочетание миоза и сужения глазной щели с энофтальмом***), возвратного гортанного нерва - осиплостью голоса в результате пареза гортани.

- Прорастание трахеи и бронхов ведет к появлению кашля, одышки, способствует возникновению пневмонии и абсцессов. Пищеводно-трахеальные и пищеводно-бронхиальные свищи проявляются мучительным кашлем при приеме жидкости

- **Симптомы интоксикации.**
- При раке пищевода наблюдается:
- прогрессирующая потеря массы тела,
- общая слабость,
- утомляемость.
- На снижение аппетита больные обычно не указывают, но после восстановления проходимости пищевода аппетит у них, отсутствует.

- **Диагностика**

- **Рак пищевода следует подозревать у любого больного с дисфагией.**
- **Обследование начинают с выяснения жалоб. наличия вышеописанных симптомов и факторов риска (курение, алкоголь).**
- **Кроме того, при осмотре больного необходимо оценить состояние кожных покровов, наличие или отсутствие боли при пальпации в подложечной области и правом подреберье, состояние шейных, надключичных и подмышечных лимфатических узлов.**

- **«Сигналами тревоги», подозрительными на рак пищевода, являются:**
- **любая дисфагия, возникшая вне зависимости от химического ожога пищевода;**
- **ощущение прохождения пищевого комка, боль или неприятные ощущения по ходу пищевода при приеме пищи;**
- **повторяющаяся регургитация пищи или рвота;**
- **внезапная закупорка пищевода при приеме твердой пищи;**
- **беспричинно появившаяся осиплость**
- **мучительный кашель, возникающий при приеме жидкости.**

- **Опрос производят по общим правилам:**
- **• выясняют время появления и динамику развития симптомов;**
- **• обращают внимание на стойкость или постепенное прогресси-рование дисфагии;**
- **• устанавливают особенности характера питания, склонность к употреблению слишком горячей пищи, приему алкоголя;**
- **• спрашивают о перенесенных ранее заболеваниях пищевода, употреблении мелкокоистой рыбы, стаже курения.**
- **Выясняют этапы обращения больного за медицинской помощью, характер и результаты проводившегося ранее обследования и лечения.**

- Для определения первичной опухоли используют следующие методы:
- рентгенографическое исследование пищевода с контрастированием сульфатом бария,
- эндоскопию пищевода и желудка,
- трахеобронхоскопию.

- УЗИ с эндоскопическим датчиком и
- КТ помогает уточнить:
расположение,
- глубину инвазии опухоли в прилегающие ткани и
- наличие поражения лимфатических узлов.

- Рентгенологические методы следует использовать для исследования пищевода, желудка (при сохранении проходимости пищевода) и лёгких.
- По показаниям выполняют рентгенологические исследования других органов.

Задачи рентгенологического исследования:

- выявление опухоли;
- определение протяжённости опухоли, уточнение её границ;
- диагностика степени сужения просвета пищевода и супрастенотического расширения;
- обнаружение изъязвления или свища в зоне;
- выявление сопутствующих заболеваний пищевода.

- Основные рентгенологические симптомы рака пищевода:
- ригидность стенок,
- нарушение рельефа слизистой оболочки в зоне поражения,
- «дефект наполнения»,
- сужение просвета органа,
- супрастенотическое расширение

- Рентгенологическая диагностика распространённого рака пищевода, как правило, затруднений не вызывает.
- Сложнее обнаружить опухоли **малой** распространённости с инфильтрацией только слизистой оболочки, иногда и подслизистого слоя органа.
- **В этих случаях** правильный диагноз можно установить только **эндоскопически**.

Эзофагоскопию проводят со следующими целями:

- Выявление возможных воспалительных и неопухолевых изменений слизистой оболочки пищевода.
- Оценка опухолевого поражения пищевода и его макроскопической картины.
- Определение верхней и по возможности нижней границы поражения.
- Проведение биопсии с целью морфологического подтверждения диагноза и уточнения гистологического строения опухоли.

- **КТ** позволяет:
- определить наличие прорастания опухоли в соседние органы,
- оценить состояние медиастинальных лимфатических узлов.

Дифференциальная диагностика:

должна проводиться у всех при наличии жалоб на дисфагию.

- Кроме рака, она встречается при:
- рубцовых сужениях,
- ахалазии,
- дивертикулах,
- эзофагите,
- доброкачественных опухолях.

Доброкачественные опухоли

- **эпителиальные (полипы, аденомы)**
- **неэпителиальные (преобладают лейомиомы)** встречаются значительно реже рака.
- Локализуются обычно **в нижней трети** пищевода.
- Длительное время протекают бессимптомно, затем появляется дисфагия, изредка боль

- Рентгенологически виден округлый дефект наполнения с четким контуром.
- При эзофагоскопии слизистая не изменена.
- Полипы могут быть на ножке, подвижны, кровоточат при дотрагивании.

-Лечение доброкачественных опухолей хирургическое:

- от энуклеации до резекции пищевода.
- Полип на длинной узкой ножке может быть удален через эндоскоп.
- Прогноз после излечения доброкачественных опухолей благоприятный.

Лечение

- **Лечение больных РП - сложная задача.**
- **Применяют методы: хирургический, лучевой, комбинированный и комплексный.**
- **Метод лечения зависит от локализации опухоли.**

- Основным радикальным методом лечения остается своевременное хирургическое вмешательство.
- Однако показания к хирургическому лечению определяются всегда индивидуально каждому больному

- Рак брюшного отдела и **нижней трети** грудного лечат **хирургическим** путем.
- При раке **средней трети** грудного отдела - применяют :
- как **хирургическое**, так и **лучевое** лечение.
- **Рак верхней трети** грудного и шейного отделов пищевода **подлежит лучевому** лечению.

- Оперативное лечение рака нижней трети пищевода заключается в резекции пищевода и кардиального отдела желудка с одномоментным наложением пищеводно-желудочного анастомоза.
- При невозможности операции проводят лучевое лечение.

- При раке средней и верхней третей грудного отдела производят экстирпацию пищевода по Добромыслову-Тореку.

- Для лечения рака грудного отдела в 1900 г. в г. Томске В.Д. Добромыслов разработал чресплевральный доступ к пищеводу.
- Используя его, Торек в 1913 г. произвел успешную экстирпацию пищевода у больной раком. Операция получила название операции Добромыслова-Торека.
- А.Г. Савиных (1944) разработал технику операций чрезбрюшинным доступом с широким вскрытием диафрагмы.

- У физически крепких больных операцию сразу завершают реконструкцией пищевода, используя для его создания:
- желудок (методы Льюиса, Гарлока, Савиных),
- отрезок кишки, либо трубку, выкраиваемую из большой кривизны желудка (метод Гаврилиу).

- Экстирпацию пищевода иногда выполняют в два этапа.
- При двухэтапной операции часто на первом этапе производят ревизию брюшной полости для исключения отдаленных метастазов и мобилизуют желудок, а через 7-10 дней путем правосторонней торакотомии удаляют пищевод и накладывают пищеводно-желудочное или пищеводно-кишечное соустье.

- В других случаях вначале удаляют грудной отдел пищевода с клетчаткой средостения и лимфатическими узлами.
- Пересеченные верхний и нижний отрезки пищевода выводят на кожу в виде пищеводной и желудочной стом.
- В течение 5-6 мес. больной питается через желудочную стому.
- Если за это время не обнаружены метастазы, производят реконструкцию пищевода.

- Учитывая особенности строения лимфатической системы пищевода и возможность метастазирования опухоли в разных направлениях, некоторые хирурги (*М.И. Давыдов и др.*) при удалении пищевода производят широкую лимфодиссекцию средостенных и шейных узлов.

- *Метод Льюиса:* лапаротомия, ревизия брюшной полости, мобилизация желудка, пальцевое расширение пищеводного отверстия диафрагмы, ушивание брюшной стенки. Правосторонняя торакотомия, удаление грудного отдела пищевода, перемещение желудка в грудную полость, наложение пищеводно-желудочного анастомоза.
- *Метод Гарлока:* левосторонняя торакотомия в седьмом межреберьи, мобилизация грудного отдела пищевода, диафрагмотомия, удаление грудного отдела пищевода, наложение пищеводно-желудочного анастомоза выше дуги аорты.
- *Метод Савиных:* лапаротомия, сагит диафрагмотомия, выделение пищевода тупым путем с применением спец. инструментов, шейная медиастиномия, выделение верхней части пищевода, удаление грудного отдела пищевода, пластика пищевода сегментом тонкой кишки.
- *Метод Гаврипиу:* способ выкраивания трубки из **большой кривизны желудка** с основанием в области дна. Пересеченный дистальный конец сформированной трубки анастомозируют с проксимальным отрезком **культи пищевода**.

- **Лучевая терапия.**
- Большинству больных радикальную операцию выполнить не удастся. Для лечения многих из них используют лучевую терапию.
- Лучевая терапия ведет к регрессии опухоли, уменьшению дисфагии, продлению жизни, больных

- Облучение проводят мелкими фракциями в течение 6 недель. Суммарную очаговую дозу доводят до 60-70 Гр.
- Часто лечат расщепленным курсом: вначале проводят облучение в дозе 30-35 Гр, после этого делают перерыв на 2-3 недели, а затем доводят курсовую дозу до 60-70 Гр.

- Отдаленные результаты лучевого лечения уступают оперативному, но с учетом послеоперационной летальности различия не столь значительны.
- В связи с этим многие онкологи при раке верхней и средней трети пищевода предпочитают лучевое лечение, а операцию производят при опухолях, нечувствительных к облучению.

- **Химиотерапия.** При раке пищевода ремиссию удается получить при использовании препаратов платины, блеомицина, адриамицина, фторурацила, метотрексата, гемзара, и некоторых других.
- Объективный, но обычно непродолжительный, эффект при их использовании наблюдается у 15-35% больных.
- Предпочитают комбинации, среди которых стандартными считаются схемы, включающие цисплатин и фторурацил.
- Эти же препараты и комбинации применяют при комплексном лечении в дополнение к операции и лучевой терапии.
- Комплексное лечение предпочтительней при 3-й стадии рака.

- ***Ликвидация дисфагии***
- Радикальное оперативное лечение не удается выполнить большинству заболевших.
- При невозможности радикального лечения должны быть приняты меры для устранения дисфагии.
- С этой целью используют лучевую терапию, лечение лучами лазера, фотодинамическую терапию и паллиативные хирургические вмешательства.

- **Лучевая терапия** в виде дистанционного облучения приводит к уменьшению опухоли и восстановлению проходимости пищевода даже при резко выраженной дисфагии. Она противопоказана при прорастании опухоли в бронхи и трахею из-за опасности образования свища.
- Ликвидировать дисфагию удастся с помощью **лазерного** излучения. Пучок лучей подводят к опухоли через эзофагоскоп. По сравнению с радиоактивным излучением, распад опухоли наступает быстрее, но возможны осложнения в виде перфораций, медиастинита, образ. свищей.
- **Фотодинамическая терапия**, сопровождается меньшим числом осложнений и дает более длительную ремиссию. Эффективна при рецидивах рака после лучевой терапии.

- Из хирургических вмешательств с паллиативной целью используют *гастростомию, интубацию (реканализацию) пищевода, диафрагмокруротомию, наложение пищеводно-желудочного соустья.*
- Две последние операции применяют редко, преимущественно при раке кардиального отдела желудка и брюшного отдела пищевода.

- **Гастростомия** заключается во введении в желудок оперативным путем резиновой трубки для кормления больных. Трубку выводят наружу через отверстие в брюшной стенке.
- **Бужирование** канала опухоли бужами постепенно увеличивающегося диаметра дает кратковременный эффект. Через короткий промежуток времени просвет опухоли вновь сужается и процедуру приходится повторять.
- **Интубация (реканализация) пищевода.** При этой процедуре проходимость пищевода восстанавливают с помощью трубки, которую вводят в предварительно расширенный бужами канал опухоли. В канал опухоли протез вставляют путем эзофаготомии во время оперативного вмешательства или бескровно через рот.

- В настоящее время для практических онкологов разработаны **стандарты** для определенных ситуаций по **лечению** онкологических больных, в том числе и при раке пищевода.
- Они позволяют каждому индивидуально провести наиболее оптимальное и эффективное лечение.

- Результаты лечения рака пищевода не удовлетворительны.
- Радикальное хирургическое лечение приводит 5-ти летнему выздоровлению 9-15% больных. Эффективность зависит от стадии (в 1 ст. -25%).
- Лучевая терапия позволяет излечить 6% больных.
- Химиотерапия отдаленных результатов не улучшает.
- Паллиативное лечение продлевает жизнь больных на несколько месяцев, снимает мучительные симптомы дисфагии.

- Мерами первичной профилактики рака пищевода являются
- отказ от слишком горячей пищи;
- соблюдение осторожности при употреблении в пищу мороженой мелко-костистой рыбы и сырого мяса;
- разнообразное питание с включением фруктов и овощей, богатых витаминами А, С и В.
- Отказ от курения и злоупотребления алкоголем.

- Мерами вторичной профилактики рака пищевода являются
- *предупреждение и лечение больных хроническим эзофагитом;*
- *предупреждение и лечение гастроэзофагеальной болезни.*

- Отделы пищевода
- У взрослого человека длина пищевода составляет в среднем 25 см. Для определения локализации опухоли пищевода при проведении эндоскопии чаще указывают расстояние от опухоли до резцов. Обычно орган делят на шейный и грудной отделы.

- • Шейный отдел пищевода имеет длину около 5-6 см, начинается от нижней границы перстневидного хряща и заканчивается у входа в грудную клетку (верхняя апертура располагается примерно на расстоянии 18 см от верхних резцов). Справа и слева от пищевода расположена щитовидная железа.

- Грудной отдел пищевода имеет протяжённость 17-19 см, располагается в заднем средостении, сначала между трахеей и позвоночником, а затем между сердцем и грудной частью аорты. Для более точного указания локализации опухолевого поражения в пищеводе принято грудной отдел пищевода делить на три отдела.

- Верхнегрудной отдел пищевода — от входа в грудную клетку до уровня бифуркации трахеи (примерно на расстоянии 24 см от верхних резцов).
- Среднегрудной отдел пищевода находится между бифуркацией трахеи и серединой расстояния между бифуркацией и пищевод-но-желудочным переходом. Нижний уровень этого отдела удалён на 32 см от верхних резцов.