

ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА.

Студентки 610 гр.
Лечебного факультета
Марзаевой Тамилы

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.



СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

К факторам, предрасполагающим к развитию рака пищевода, относят привычку к приему горячей и острой пищи, курение, употребление алкоголя, хронические желудочно-кишечные инфекции, анатомические и функциональные нарушения (грыжи, дивертикулы, ахалазия и др.), а также высокую минерализацию питьевой воды. Предопухолевыми заболеваниями считаются лейкоплакия, хронический эзофагит, полипы, рубцы после ожогов.

Наряду с этим рак пищевода носит и профессиональный характер - чаще болеют механизаторы: трактористы, шоферы, комбайнеры.



Существует два основных типа злокачественных опухолей, они составляют более 95 % от всех новообразований пищевода:

- ▣ Плоскоклеточная карцинома – это самая частая форма рака пищевода. Плоскоклеточный рак чаще встречается в верхнем и среднем отделах пищевода
- ▣ Аденокарцинома – обычно развиваются в нижней части пищевода на границе с желудком и связана с забросом желудочного сока на слизистую оболочку нижней части пищевода (пищевод Барретта)

Остальные опухоли встречаются гораздо реже:

- ▣ Саркома мягких тканей пищевода
- ▣ Гастроинтестинальная стромальная опухоль

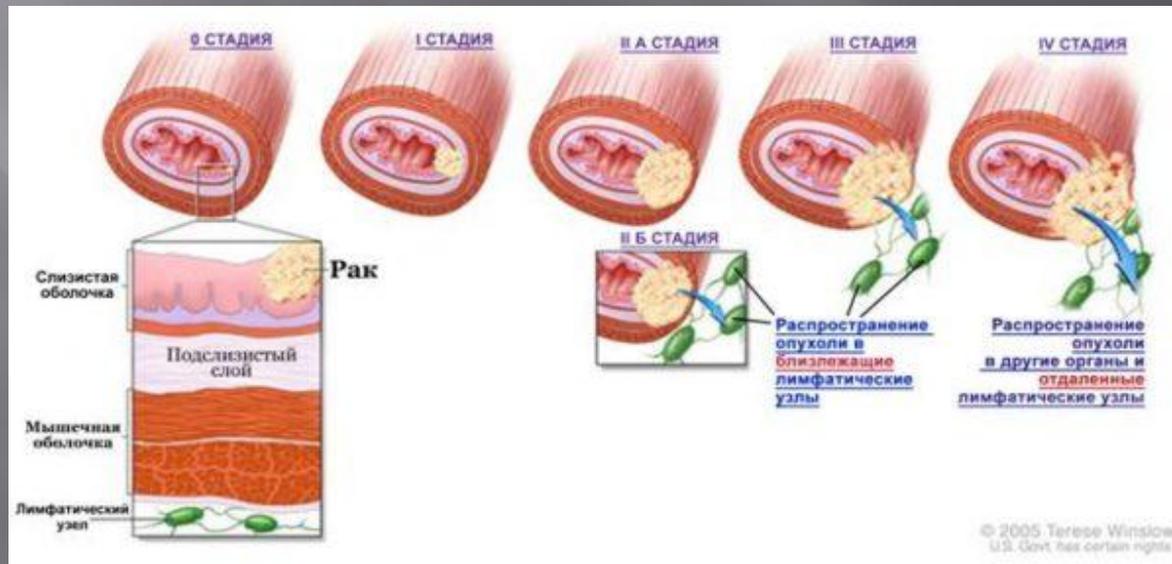


TNM Клиническая классификация:

- TX - Недостаточно данных для оценки первичной опухоли T0 - Первичная опухоль не определяется Tis - Преинвазивная карцинома (*Carcinoma in situ*) T1 - Опухоль инфильтрирует стенку пищевода до подслизистого слоя T2 - Опухоль инфильтрирует стенку пищевода до мышечного слоя T3 - Опухоль инфильтрирует стенку пищевода до адвентиции T4 - Опухоль распространяется на соседние структуры **N - Регионарные лимфатические узлы**
- NX - Недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов N0 - Нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов
- N1 - Имеется поражение регионарных лимфатических узлов метастазами **M - Отдаленные метастазы**
- MX - Недостаточно данных для определения отдаленных метастазов M0 - Нет признаков отдаленных метастазов M1 - Имеются отдаленные метастазы **Для опухолей нижнегрудного отдела пищевода:** M1A - Метастазы в чревных лимфатических узлах M1B - Другие отдаленные метастазы **Для опухолей верхнегрудного отдела пищевода:** M1A - Метастазы в шейных лимфатических узлах M1B - Другие отдаленные метастазы
- Для опухолей среднегрудного отдела пищевода:** M1A - Не определены M1B - Нерегионарные лимфатические узлы и другие отдаленные метастазы

Стадии.

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия I	T1	N0	M0
Стадия IIA	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
Стадия IIB	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
Стадия III	T3	N1	M0
	T4	Любая N	M0
Стадия IV	Любая T	Любая N	M1
Стадия IVA	Любая T	Любая N	M1A
Стадия IVB	Любая T	Любая N	M1B



СИМПТОМЫ РАКА ПИЩЕВОДА

Среди наиболее вероятных симптомов рака пищевода можно отметить следующие:

- Нарушение глотания (дисфагия) – ощущение, что пища застревает в горле
- Рвота (тошнота)
- Боль при глотании
- Потеря веса
- Боль или дискомфорт за грудиной или в спине
- Несварение или изжога в течение длительного периода времени
- Кашель
- Охриплость голоса

Все вышеуказанные симптомы не специфичны, то есть могут быть связаны с другими заболеваниями, но если они беспокоят вас длительно, необходимо обратиться к врачу.

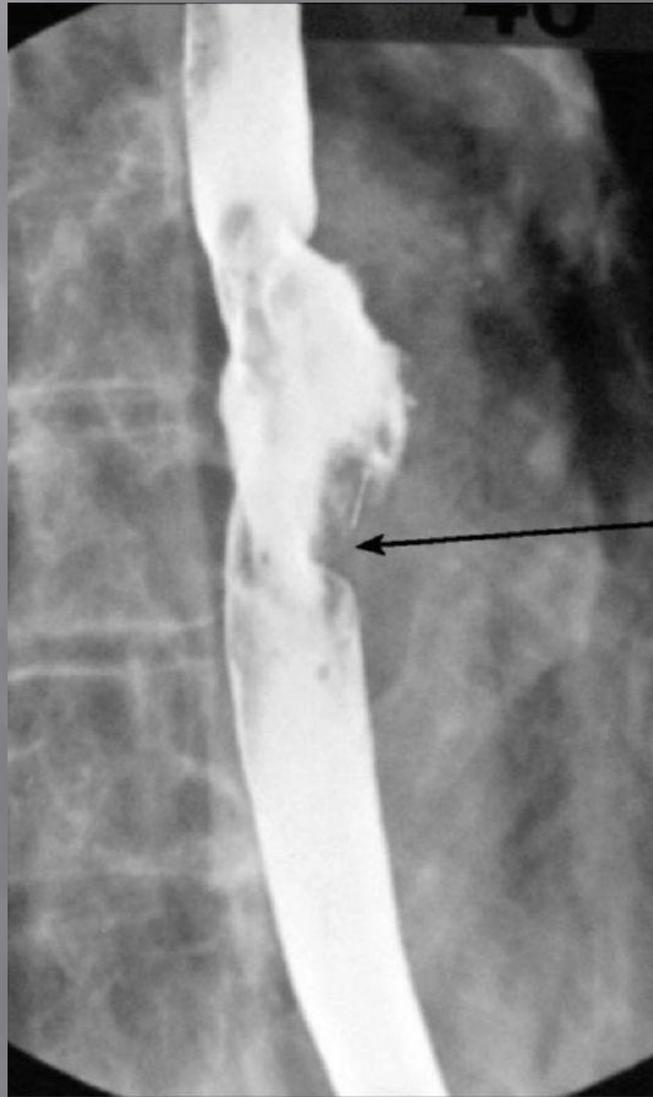
Метастазы:

Для рака пищевода характерно лимфогенное метастазирование, причем прежде всего в параэзофагеальные лимфатические узлы на уровне поражения, а также на 4-5 см выше и ниже макроскопически видимых границ опухоли. Регионарными лимфатическими узлами шейного отдела пищевода являются шейные лимфатические узлы, включая надключичные; для внутригрудного отдела пищевода регионарными лимфатическими узлами являются лимфатические узлы средостения, перигастральные, исключая чревные лимфатические узлы.

При раке верхне- и среднегрудного отделов пищевода наблюдаются ретроградные метастазы в паракардиальные и забрюшинные лимфатические узлы. Гематогенные метастазы встречаются значительно реже. Причины гибели больных обычно связаны с местным распространением опухоли с прорастанием в трахею, бронхи, крупные сосуды.

ДИАГНОСТИКА:

- ▣ Эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта (гастроскопия). Для повышения информативности метода так же выполняют хромоэндоскопия, эндоскопия в узко-спектральном пучке света, аутофлюоресценцию.
- ▣ Эндосонография (Эндо-УЗИ) является наиболее информативным методом в оценке глубины инвазии опухоли в стенку пищевода, и позволяет оценить состояние регионарных лимфоузлов.
- ▣ Компьютерная томография
- ▣ Эндоскопия
- ▣ Лапароскопия
- ▣ ПЭТ/КТ



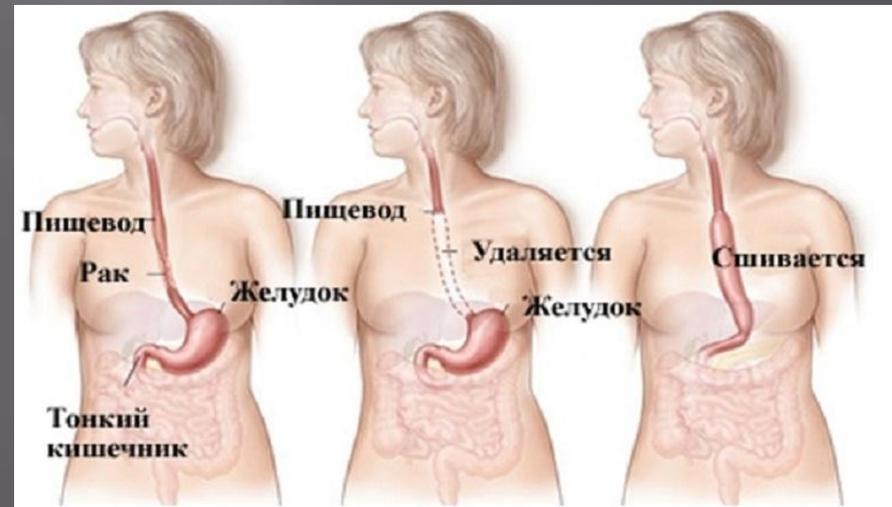
Рентгенограмма при приеме бариевой взвеси. Злокачественная опухоль (рак) видна как дефект контрастирования с неровными, изъязвленными контурами (стрелка)

Лечение.

Основными методами лечения рака пищевода являются хирургический, лучевой и комбинированный.

Радикальное хирургическое лечение выполняется менее чем у 10 % больных с впервые выявленным раком пищевода. Хирургическое вмешательство при ранних стадиях рака пищевода делает вероятным радикальное излечение. При локализованном раке пищевода I-II стадий и отсутствии данных объективного обследования о наличии метастазов проводят органосохраняющее лечение: электро- и лазерную деструкцию опухоли.

При этих стадиях можно провести лучевое лечение (дистанционное и сочетанное) по радикальной программе.



В настоящее время большинство больных нуждаются в комбинированном лечении. Предоперационное облучение проводится с обязательным включением в объем облучения шейно-надключичных зон. Объем облучения устанавливают на основании полученных при обследовании данных о локализации, распространенности опухоли и с учетом для данной локализации регионарных путей лимфооттока. Суммарная очаговая доза составляет 40-45 Гр с использованием методики динамического фракционирования.

Через 10-14 дней после окончания предоперационного облучения проводят контрольное клиническое обследование для оценки эффекта и выработки дальнейшего плана лечения. Оценивают состояние опухоли: изменение ее протяженности по длиннику пищевода, степень стенозирования просвета органа, появление или увеличение в размерах изъязвления и т. п.



Планирование послеоперационной лучевой терапии зависит от проведенной операции. В объем облучения включают ложе пищевода от грудиноключичного сочленения до диафрагмы и параэзофагеального лимфатического коллектора, а также паракардиальную область и шейно-надключичные зоны с подведением СОД 40-45 Гр в режиме классического фракционирования или по схеме динамического фракционирования дозы. Необходимо прицельно облучить до 60-65 Гр участки опухолевой ткани, которые не были удалены в средостении из-за технических проблем.

Облучение после операций, которые оказались паллиативными, проводят в режиме классического фракционирования или суперфракционирования дозы. В объем облучения включают ложе пищевода, области шейнонадключичных и паракардиальных лимфатических коллекторов. На ложе пищевода подводят до 50 Гр, на зоны регионарного метастазирования -

40-45 Гр.

Дистанционная лучевая терапия остается одним из главных методов паллиативного лечения рака пищевода (см. рис. 37 на цв. вклейке). Используют гамма-излучение ^{60}Co и тормозное излучение ускорителей с энергией 4-45 МэВ (преимущественно это дистанционное статическое и подвижное облучение). Низкие результаты лечения диктуют поиск новых методов лечения с возможностью подведения к опухоли пищевода большего уровня доз, чем это возможно при проведении дистанционного облучения.

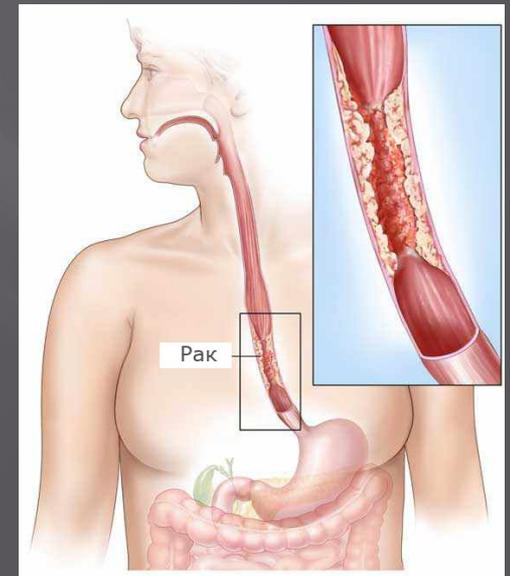
В настоящее время в клиническую практику активно внедряются аппараты для брахитерапии с шагающим источником излучения. Одним из главных преимуществ брахитерапии является возможность подведения к патологическому очагу высоких доз облучения, значительно больших, чем в окружающих тканях. У части больных удалось с помощью такого облучения получить выраженный эффект и продолжить лучевое лечение по радикальной программе, что привело к длительной частичной, иногда полной ремиссии, а также к улучшению качества жизни больных.

Используют брахитерапевтические установки с высокой мощностью дозы излучения. В качестве источника излучения применяют ^{192}Ir с активностью 5-10 Ки. Глубина референтной изодозы не превышает 10 мм от источника, что минимизирует воздействие на прилегающие к пищеводу жизненно важные органы. При этом дозу подводят равномерно с линией излучения до 24 см. Чаще всего проводят 3 сеанса облучения по 7 Гр с интервалом 7 дней. Брахитерапию сочетают с дистанционным облучением.

Проводят исследования по оценке эффективности применения аргоноплазменной коагуляции и сочетанной лучевой терапии (брахитерапия + дистанционное облучение).

Лучевая терапия позволяет у 60-80 % больных добиться регресса опухоли и исчезновения или значительного уменьшения тягостных симптомов, однако благоприятные непосредственные результаты оказываются

кратковременными. Пятилетний срок даже после «радикального» лучевого лечения переживают не более 6-10 % больных.



Литература:

- ▣ Лучевая терапия: учебник. - Т. 2. - Труфанов Г.Е., Асатурян М.А., 2010
- ▣ Онкология: учебник для вузов / Вельшер Л.З., Матякин Е.Г., Дудицкая Т.К., Поляков Б.И. - 2009.
- ▣ Лучевая диагностика и терапия: учебное пособие / С. К. Терновой, В.Е. Сеницын. - 2010.
- ▣ Лучевая диагностика: учебное пособие. - Илясова Е. Б. 2009.
- ▣ Онкология. Под редакцией В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. 2003г.