

Тема лекции: РАК ПИЩЕВОДА

План лекции:

Анатомия и физиология пищевода.

Этиология, патогенез рака пищевода.

Местное, регионарное и гематогенное распространение РП.

Классификация РП.

Клиника и диагностика РП.

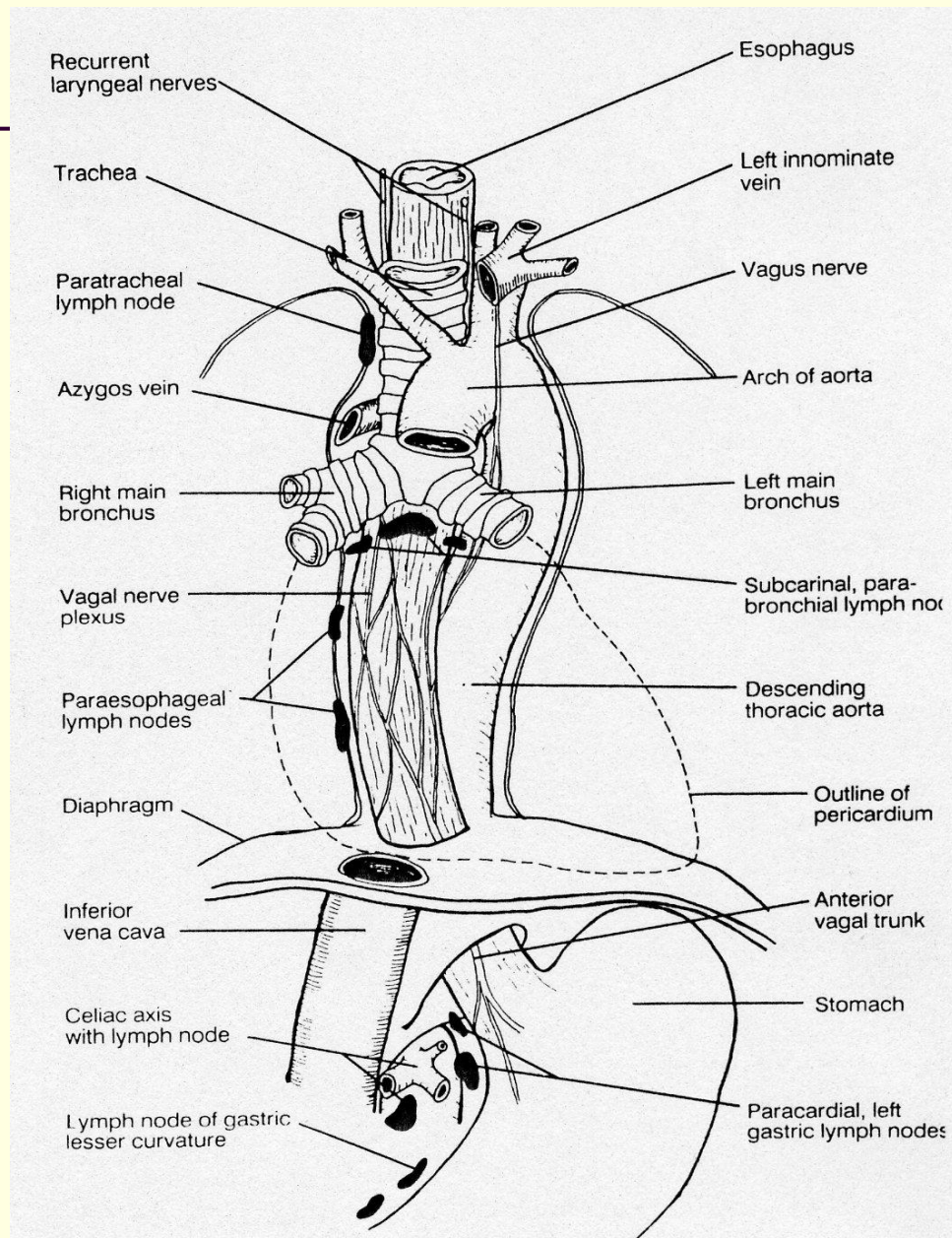
Хирургическое лечение РП.

Отдаленные результаты хирургического лечения больных РП.

Другие методы лечения больных РП.

Перспективы развития методов лечения РП

Хирургическая анатомия пищевода



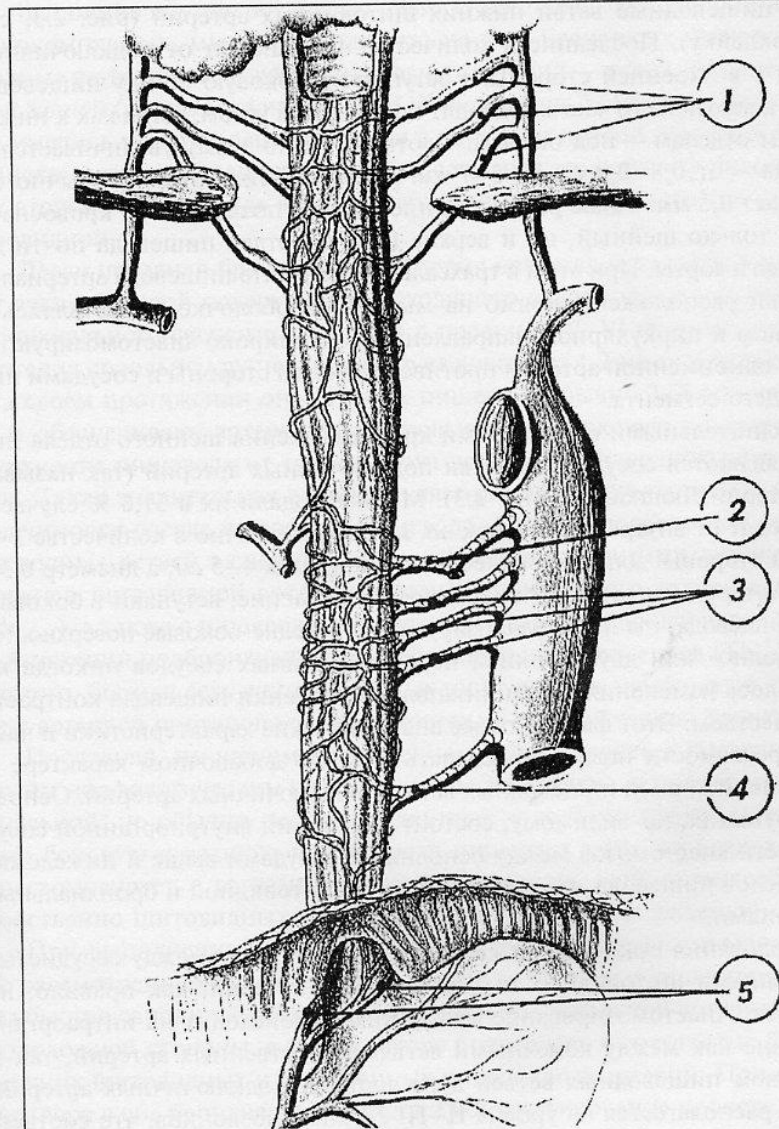


Рис. 2.1. Схема артериального кровоснабжения пищевода:

- 1 — пищеводные ветви нижних щитовидных артерий,
- 2 — пищеводные ветви бронхиальных артерий,
- 3 — собственные пищеводные артерии,
- 4 — нижняя пищеводная артерия,
- 5 — пищеводные ветви левой желудочной артерии

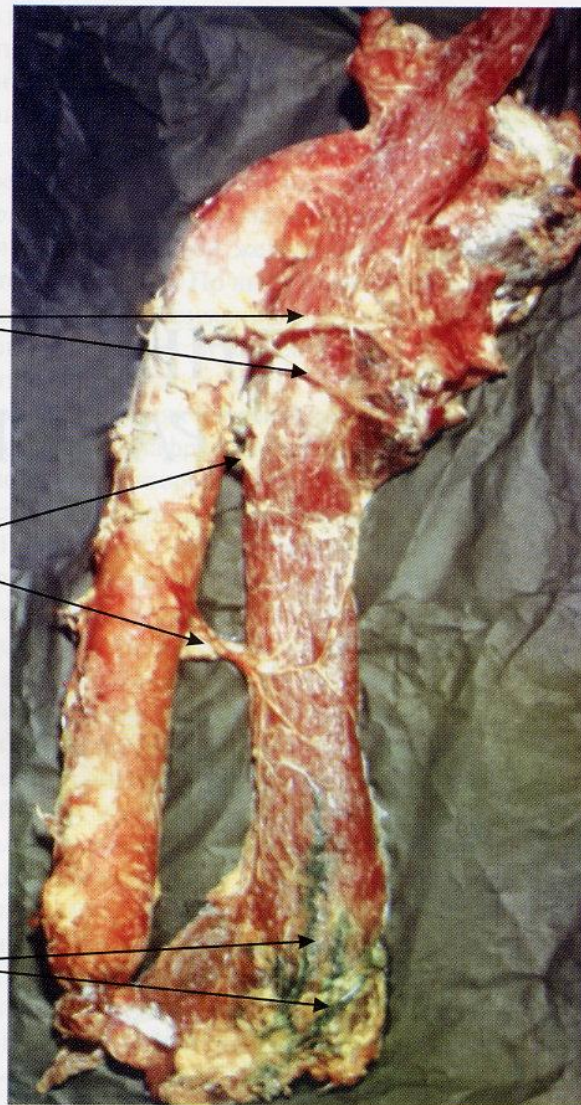


Рис. 2.2

Основные источники артериального кровоснабжения пищевода:

А - аорта, П - пищевод.

1 - пищеводные ветви бронхиальных артерий

2 - собственные пищеводные артерии

3 - пищеводные ветви левой желудочной артерии
(инъецирован краситель)

Классификация рака пищевода.

TNM Клиническая классификация

T-Первичная опухоль

TX Недостаточно данных для оценки первичной опухоли

T0 Первичная опухоль не определяется

Tis Преинвазивная карцинома (Carcinoma in situ)

T1 Опухоль инфильтрирует стенку до подслизистого слоя

T2 Опухоль инфильтрирует стенку до мышечного слоя

T3 Опухоль инфильтрирует стенку до адвентиции

T4 Опухоль переходит на соседние структуры

N – Регионарные лимфатические узлы
NX Недостаточно данных для оценки
регионарных лимфатических узлов

N0 Нет признаков метастатического
поражения регионарных лимфатических
узлов

N1 Регионарные лимфатические
узлы поражены метастазами РП

M – Отдаленные метастазы

MX Недостаточно данных для
определения отдаленных метастазов

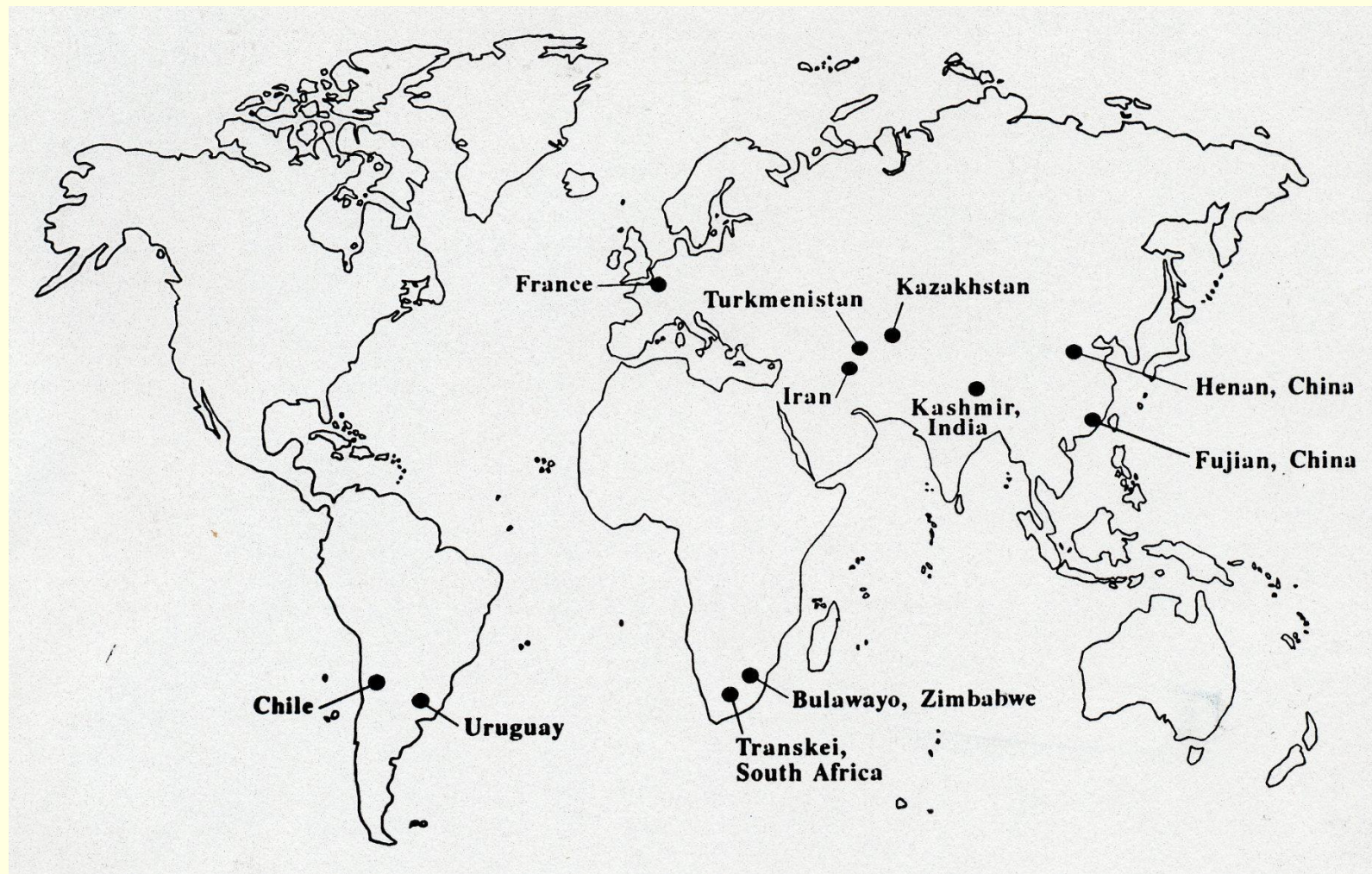
M0 Нет признаков отдаленных
метастазов

M1 Имеются отдаленные метастазы

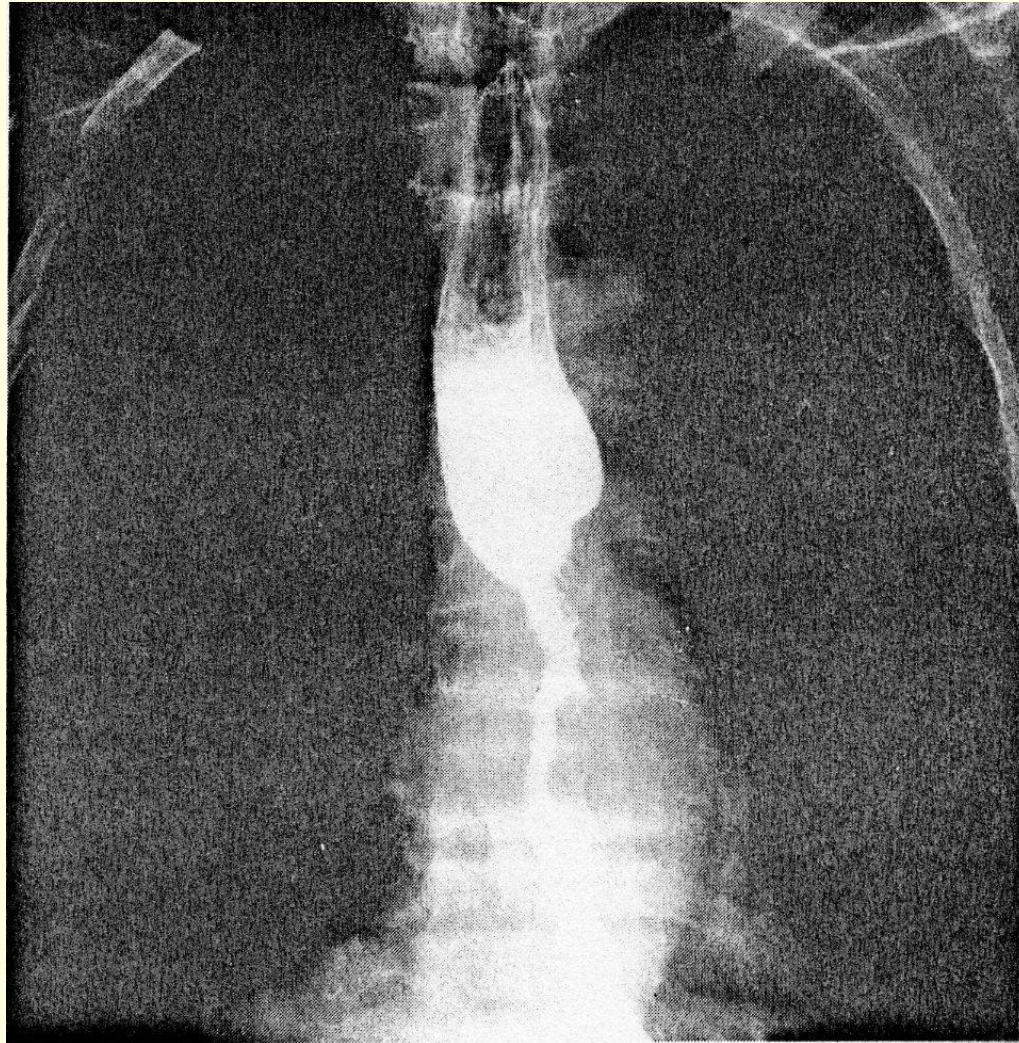
Группировка по стадиям

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

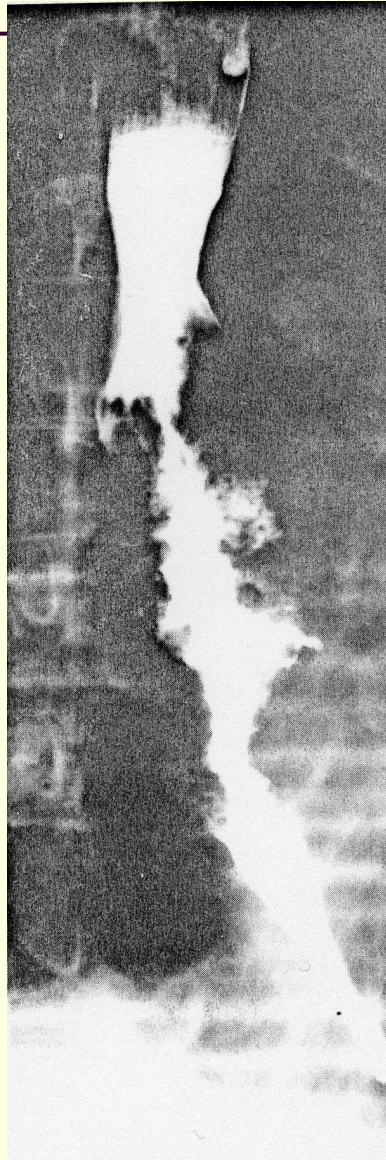
Распространенность РП по регионам планеты



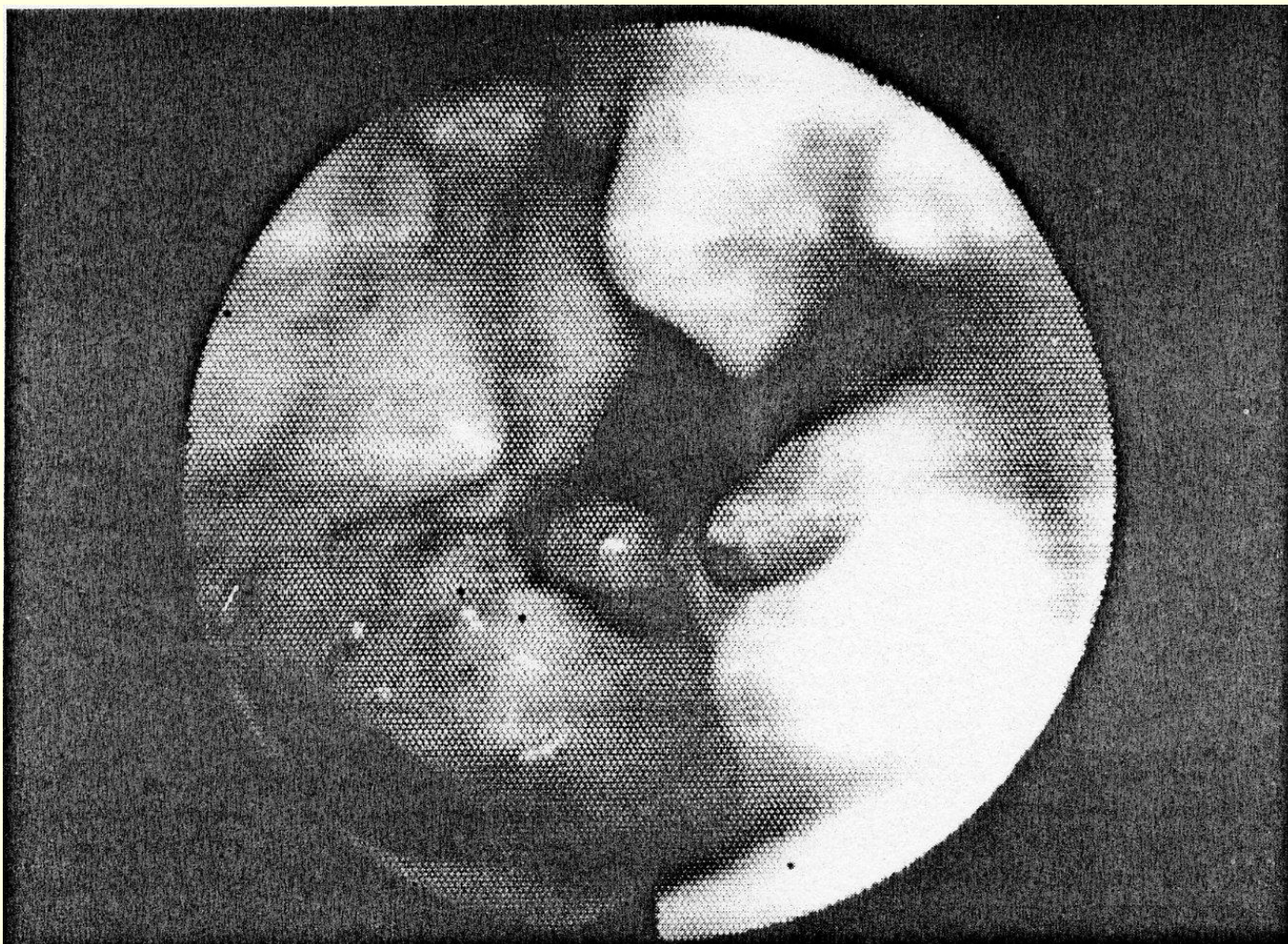
Рентгенодиагностика РП

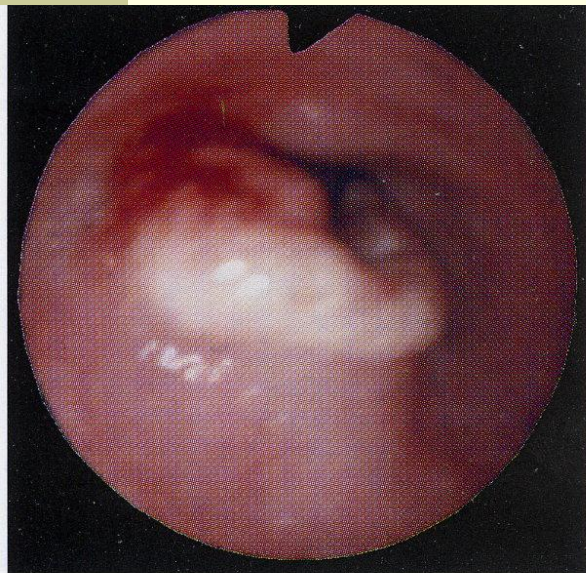


Рентгенодиагностика РП

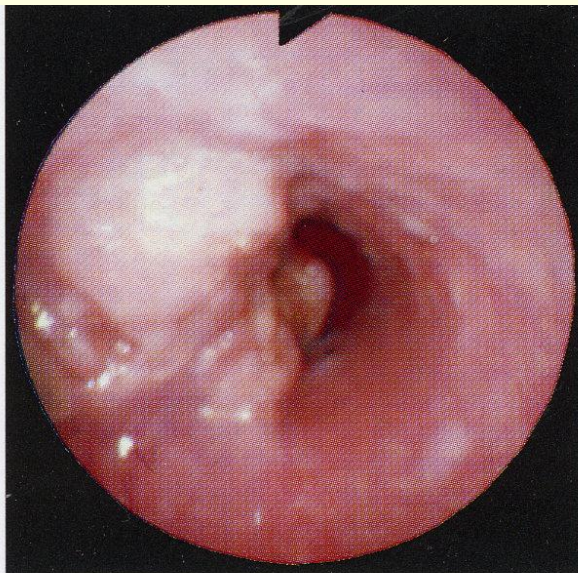


Эндоскопическая картина РП

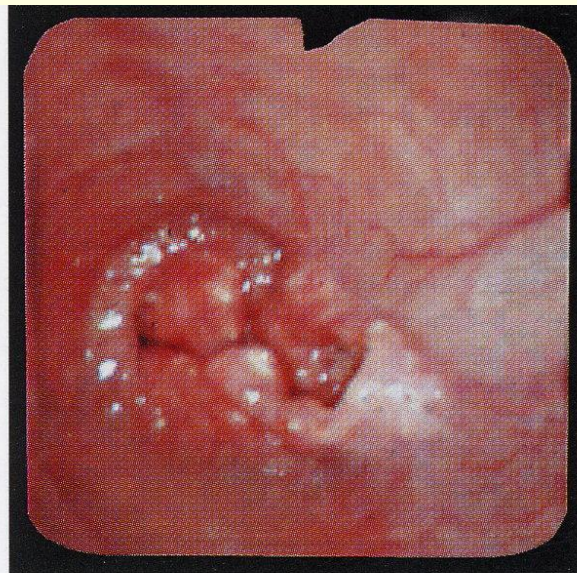




1.92. Узловой рак среднегрудного отдела с подслизистой инфильтрацией окружающей слизистой.

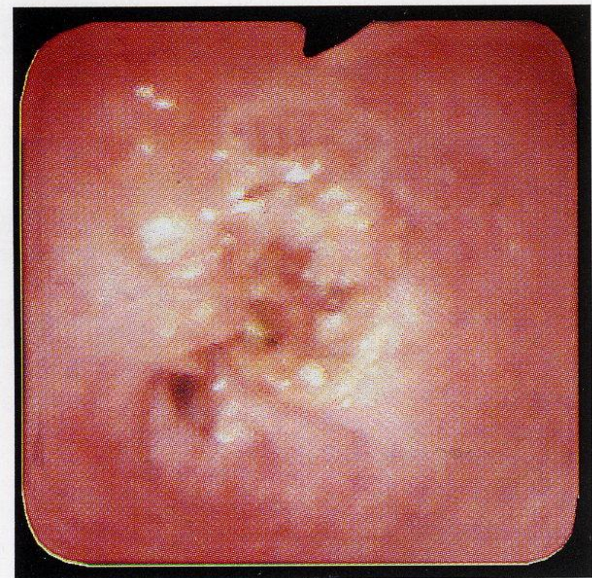


1.93. Узловой рак среднегрудного отдела. Видна опухоль из нескольких узлов, частично перекрывающая просвет пищевода.

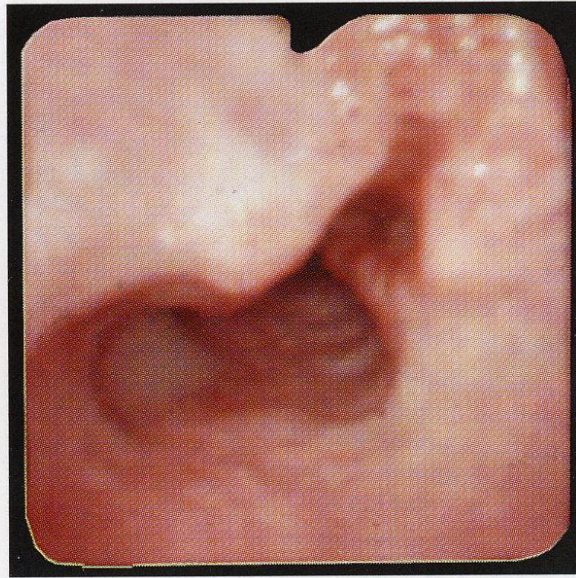


1.94. Стенозирующий рак (скирр) среднегрудного отдела пищевода. Эндфитная форма роста. Видна опухоль, циркулярно суживающая просвет пищевода.

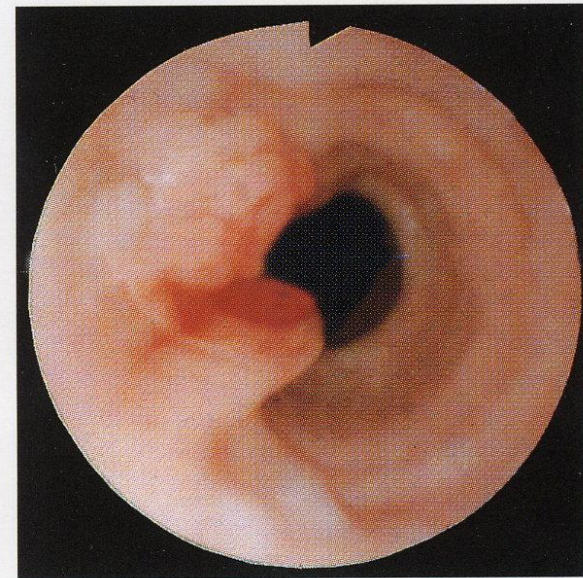
Гальеву



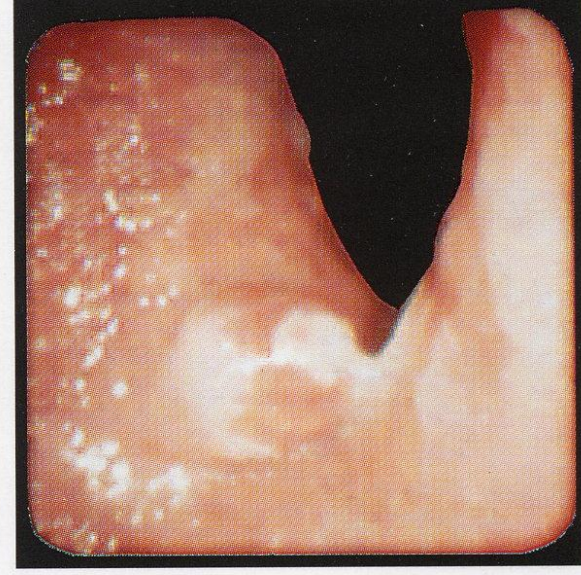
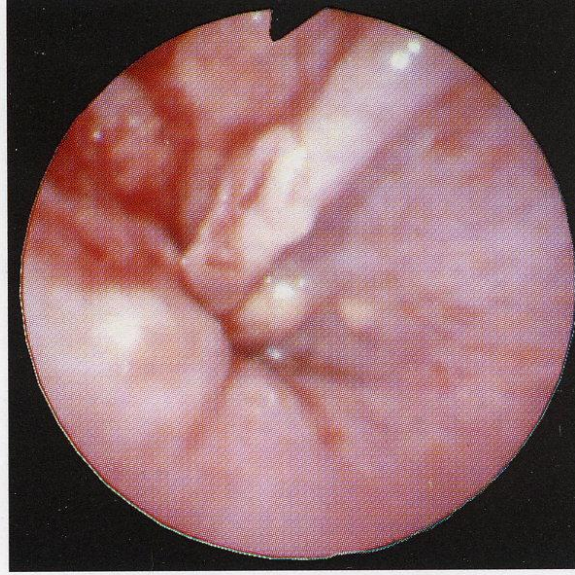
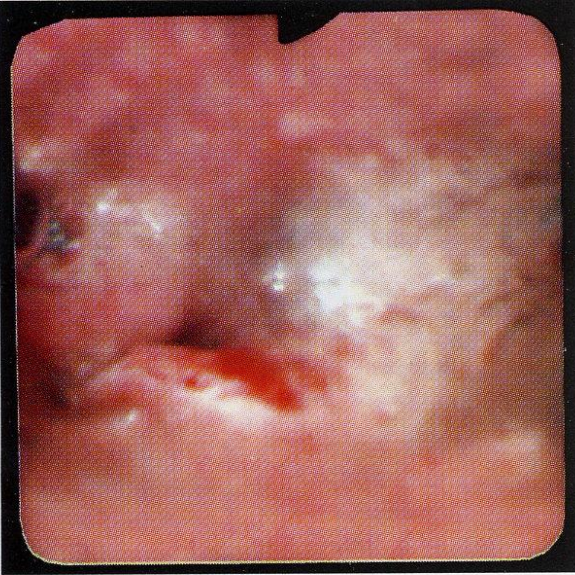
1.95. Стенозирующий рак нижнегрудного отдела пищевода. Опухоль полностью перекрывает просвет.



1.96. Язвенный рак пищевода. Опухоль полукольцом охватывает пищевод. В центре опухоли-изъязвление.



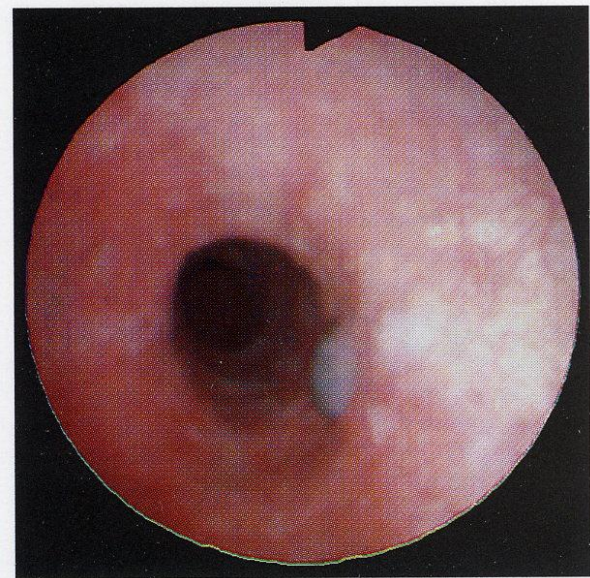
1.97. Язвенный рак среднегрудного отдела пищевода. Опухоль на передней стенке с изъязвлением в центре.



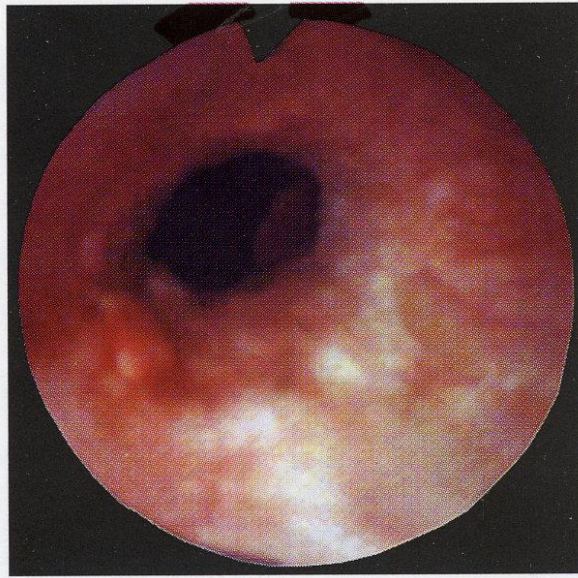
1.98. Рак кардии с переходом на пищевод. Видны подслизистые узлы деформирующие и суживающие просвет.

1.99. Рак кардии с подслизистой инфильтрацией абдоминального сегмента пищевода и его стенозированием.

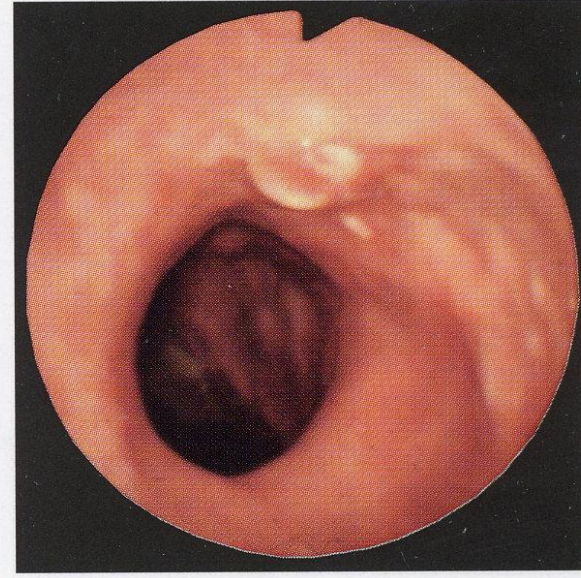
1.100. Ранний рак пищевода на границе с кардией. Полиповидная форма роста (Type-I).



1.101. Ранний рак среднегрудного отдела пищевода (Type-IIa).

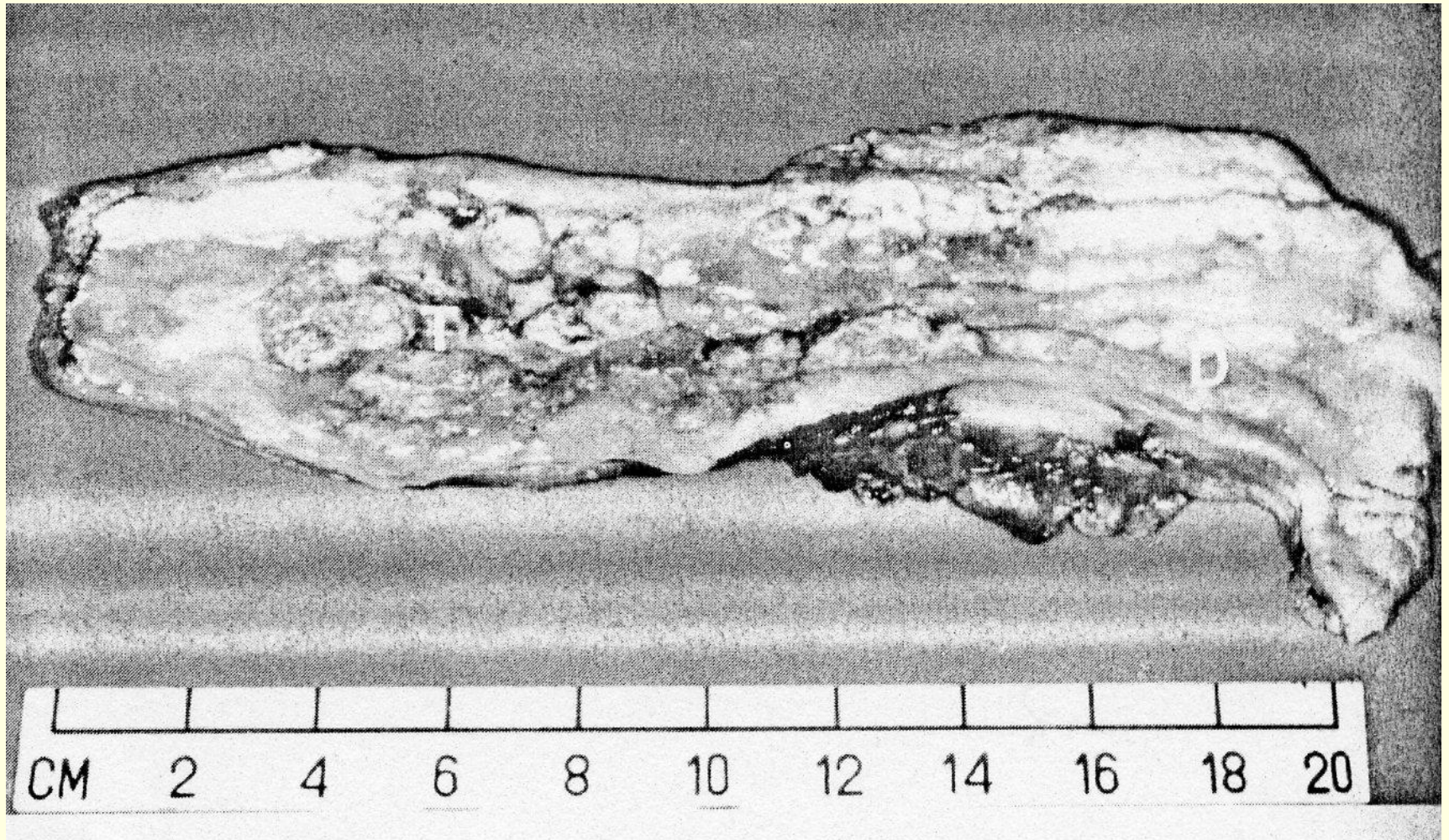


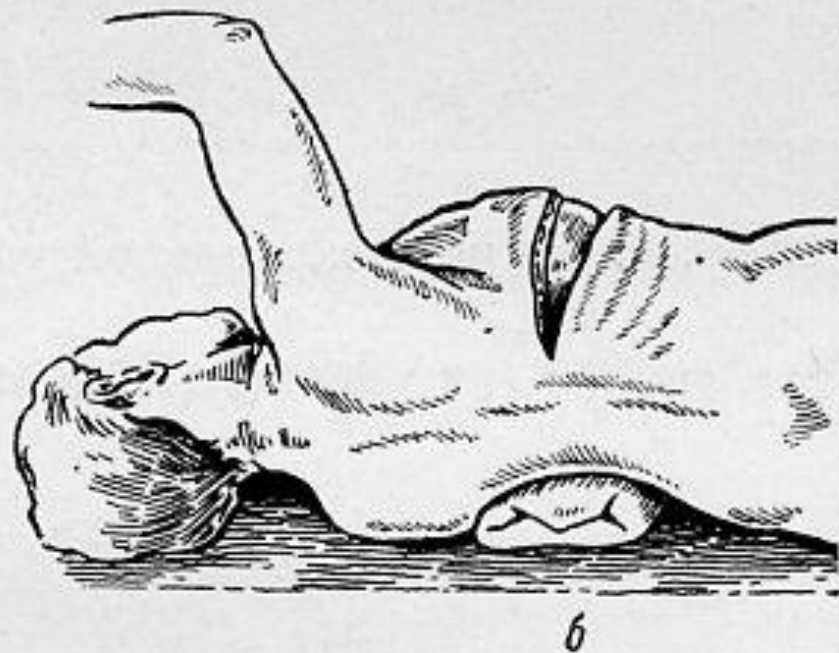
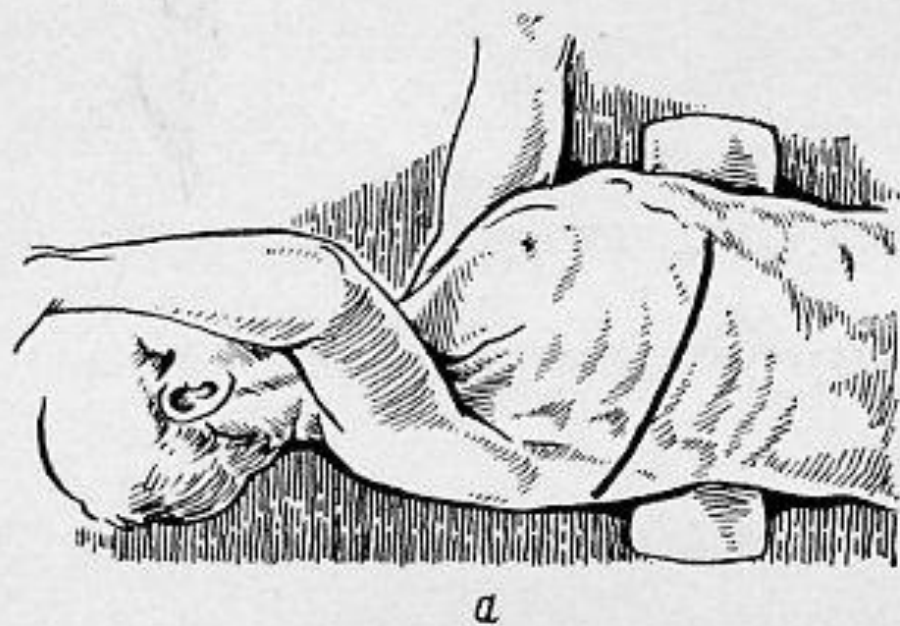
1.102. Ранний рак нижнегрудного отдела пищевода (Type-IIa+IIc). На противоположной стенке-очаг кератоакантоза.



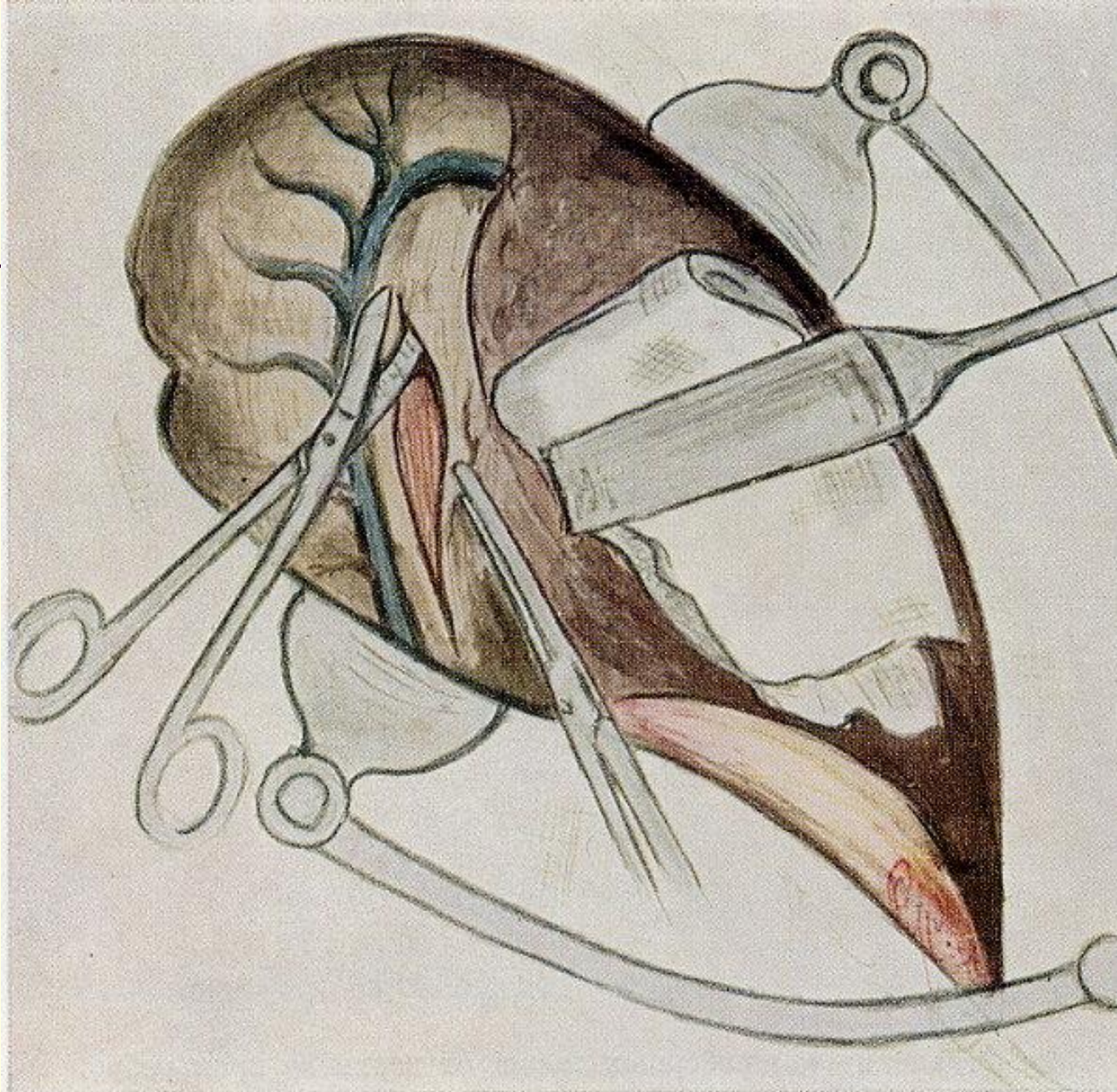
1.103. Ранний рак (Type-IIa) на границе с кардией у 75-летнего пациента, перенесшего инфаркт миокарда.

Макропрепарат резецированного пищевода с распространенной опухолью

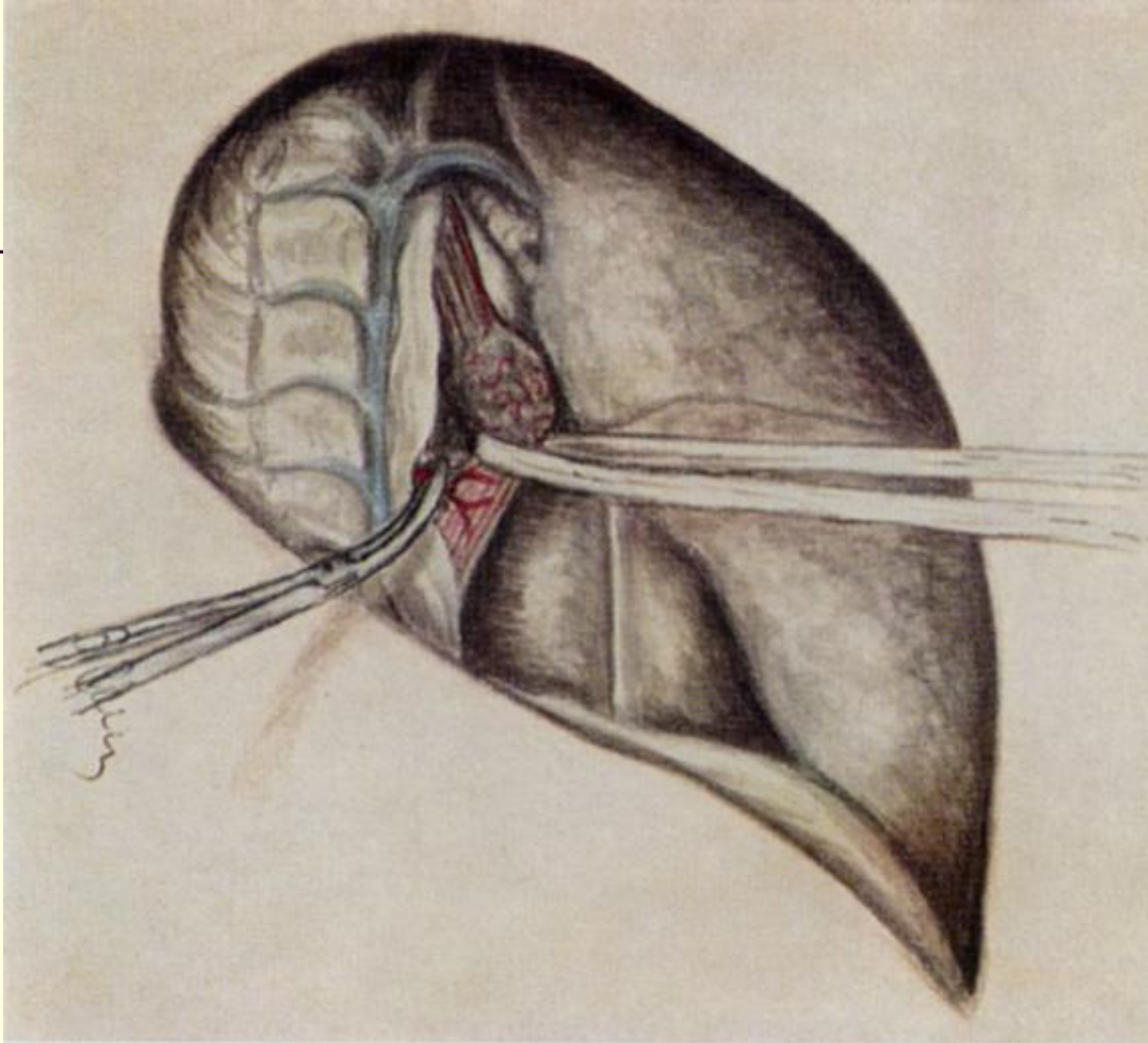




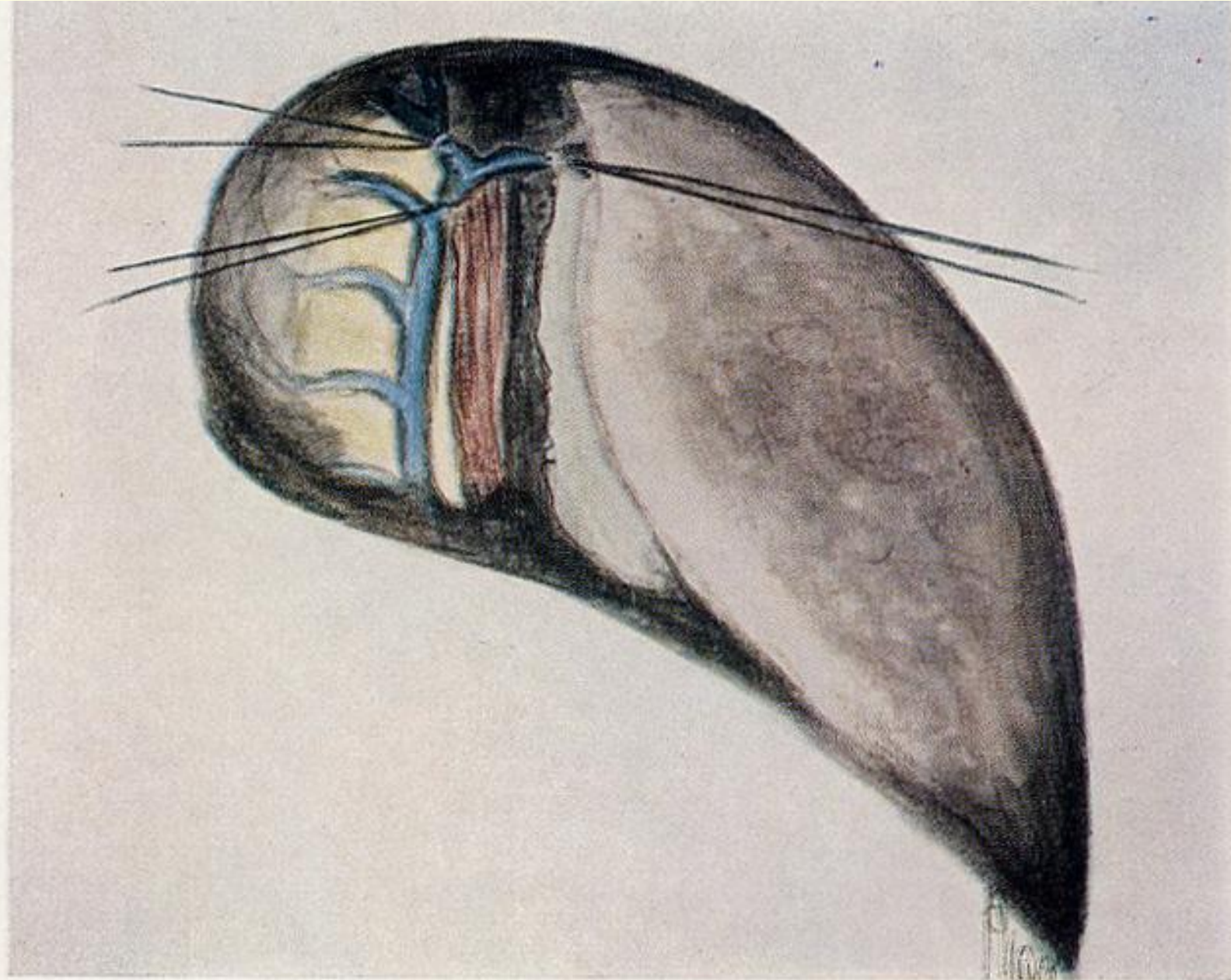
61. Положение больного на столе и линия разреза.
а — вид сверху; б — вид сбоку (схема).



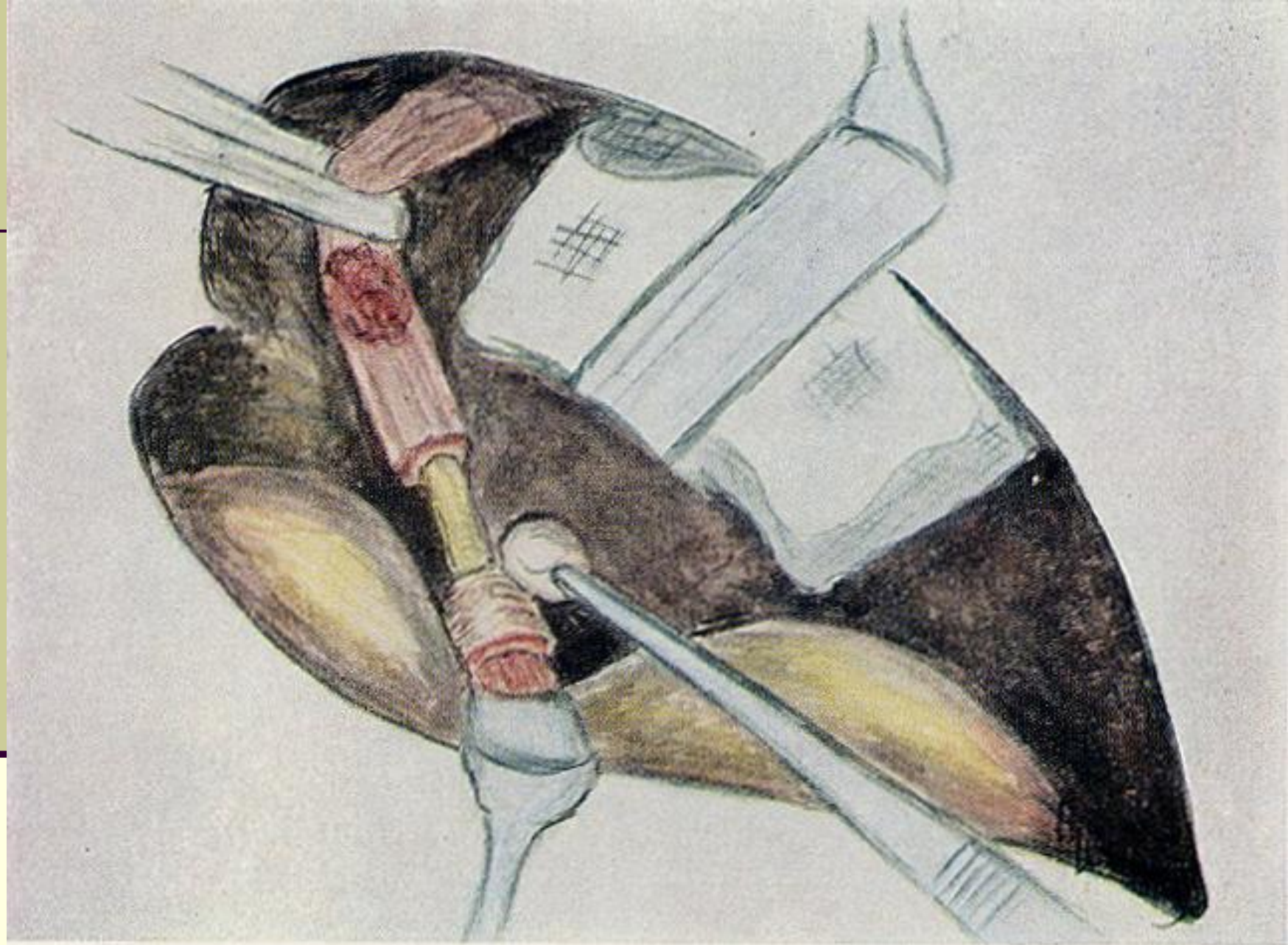
66. Вскрытие медиастинальной плевры.



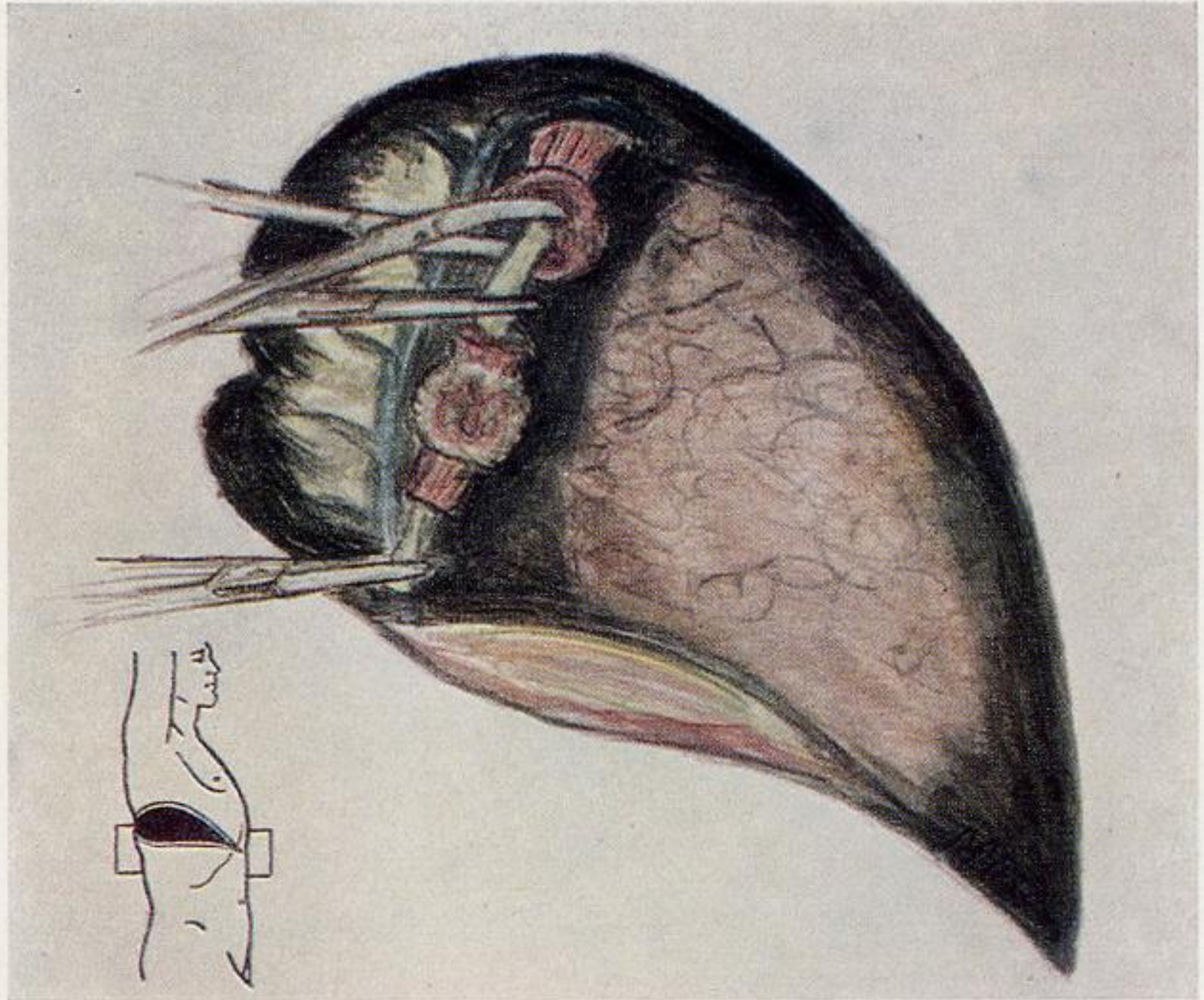
68. Сосуд, питающий пищевод, захвачен зажимом.



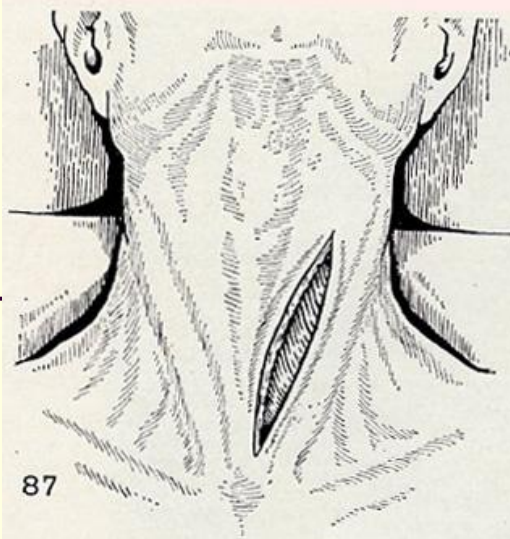
73. На основной ствол непарной вены, ее восходящую и нисходящую части, наложены лигатуры.



78. Отделение мышечной оболочки от слизистой.



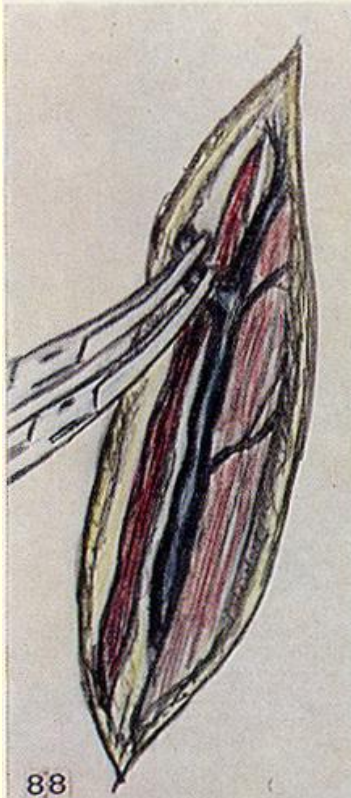
85. Пересечение слизистой.



87. Разрез на шее для извлечения пищевода.

87

88. Перевязка ветви наружной яремной вены.



88



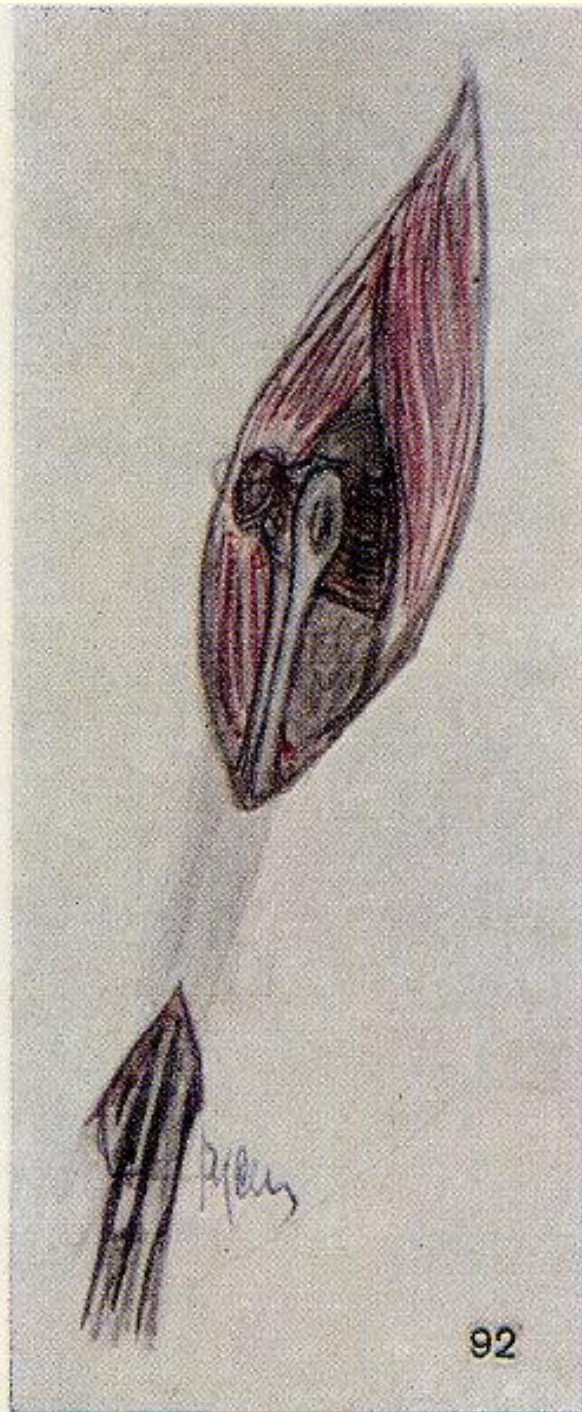
89

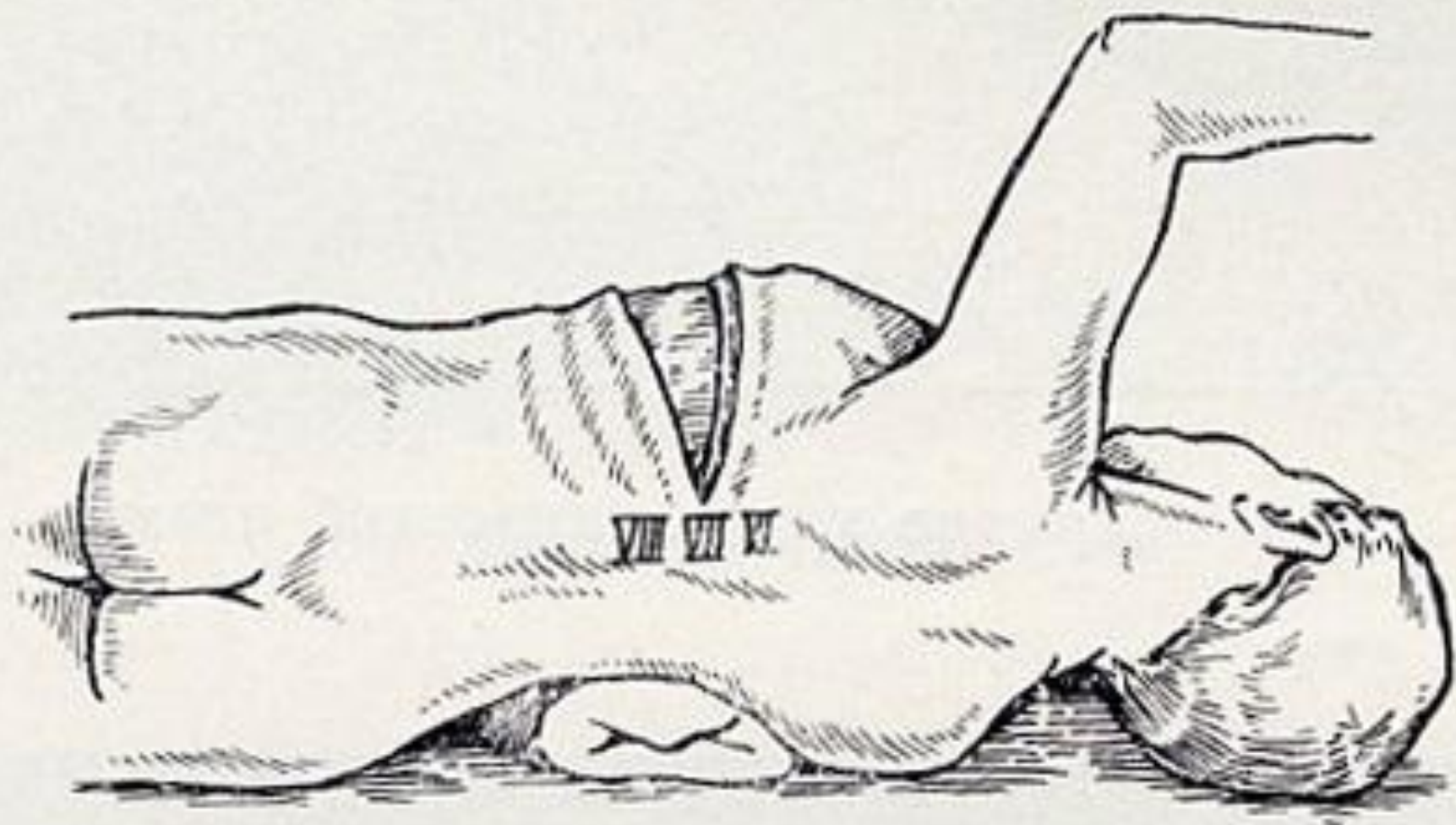


90

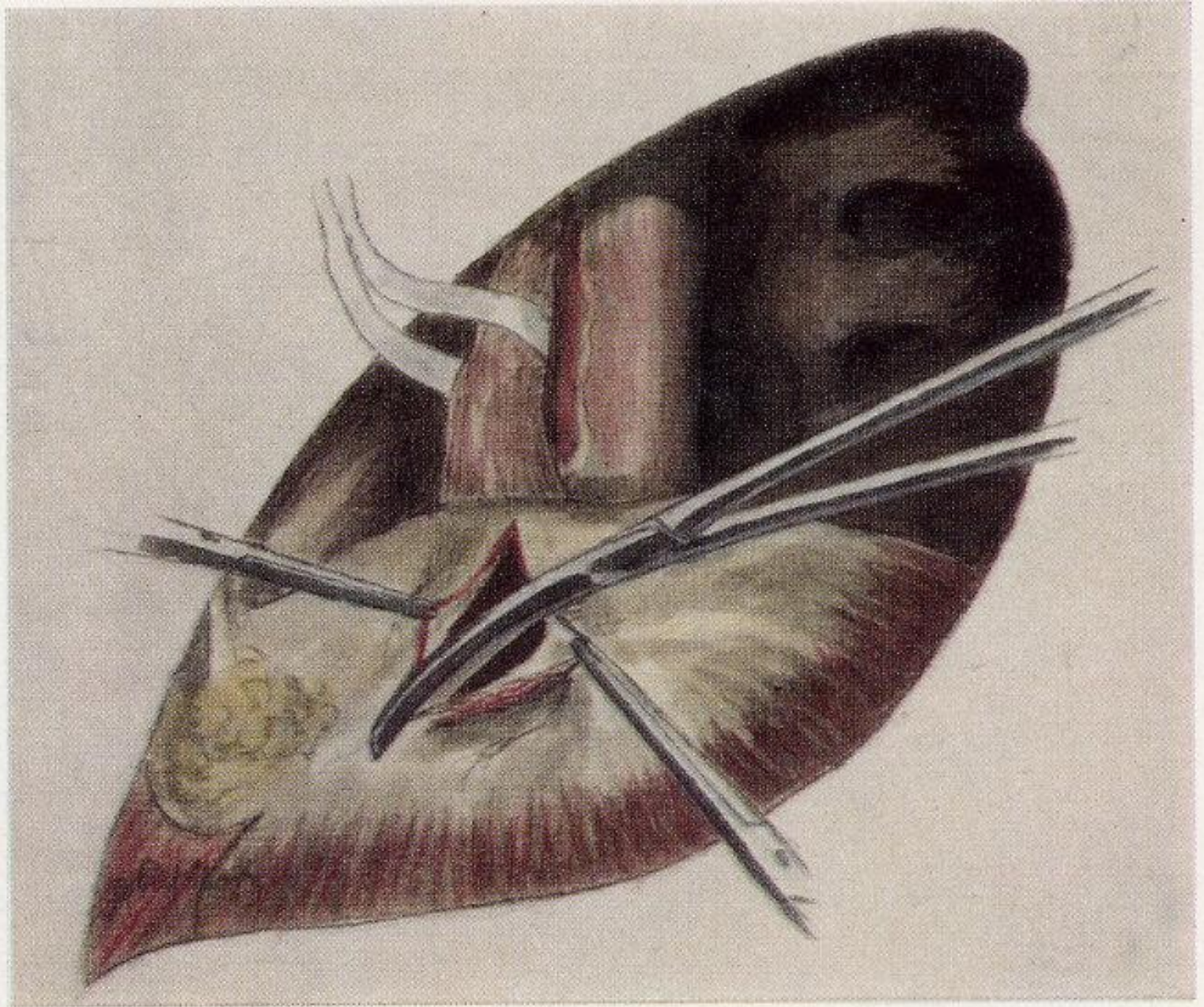
92. Проведение пищевода
сквозь подкожный тун-
нель.

93. Подшивание пище-
вода к краям кожи.

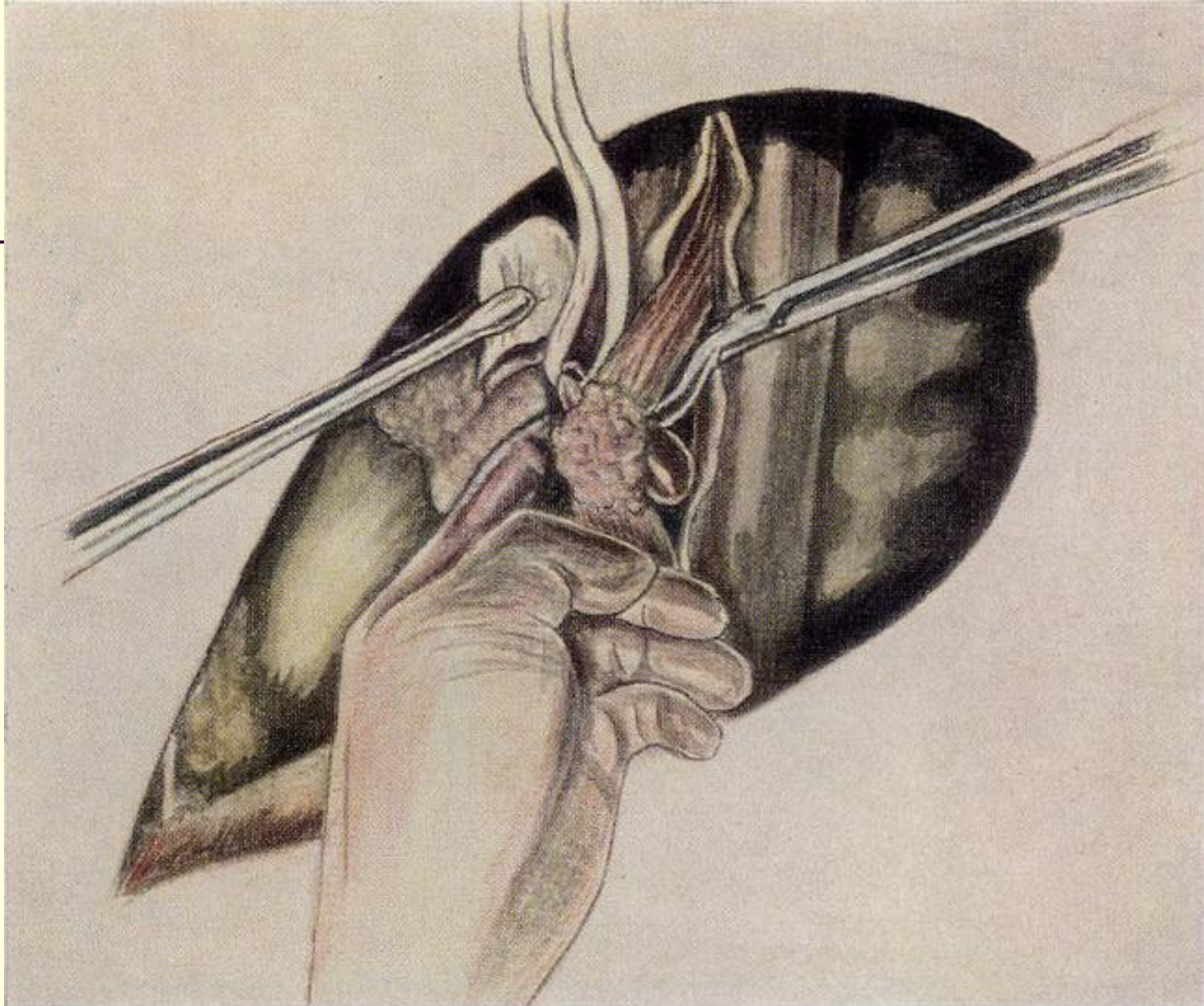




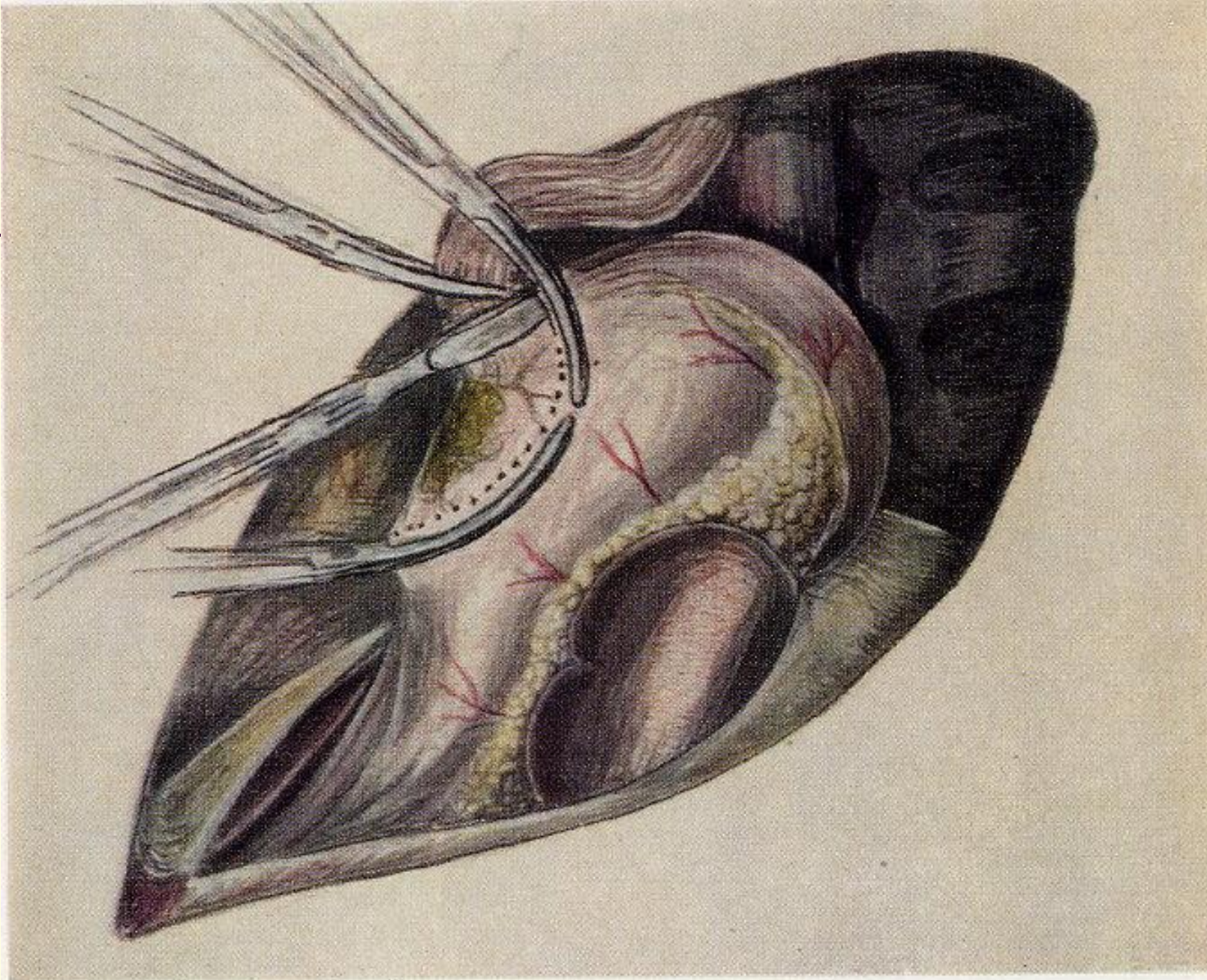
114. Положение больного на столе и расположение разреза.



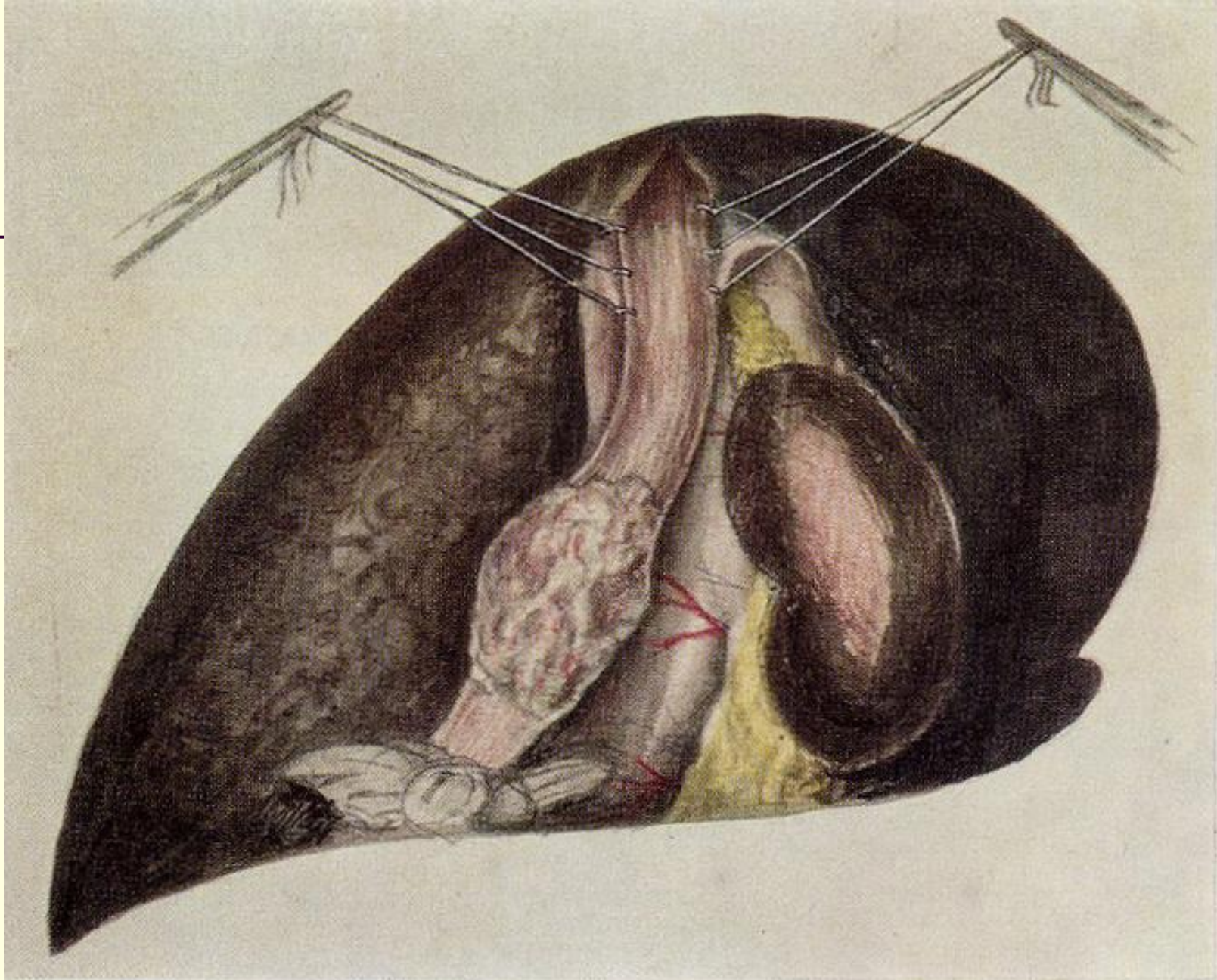
118. Рассечение диафрагмы.



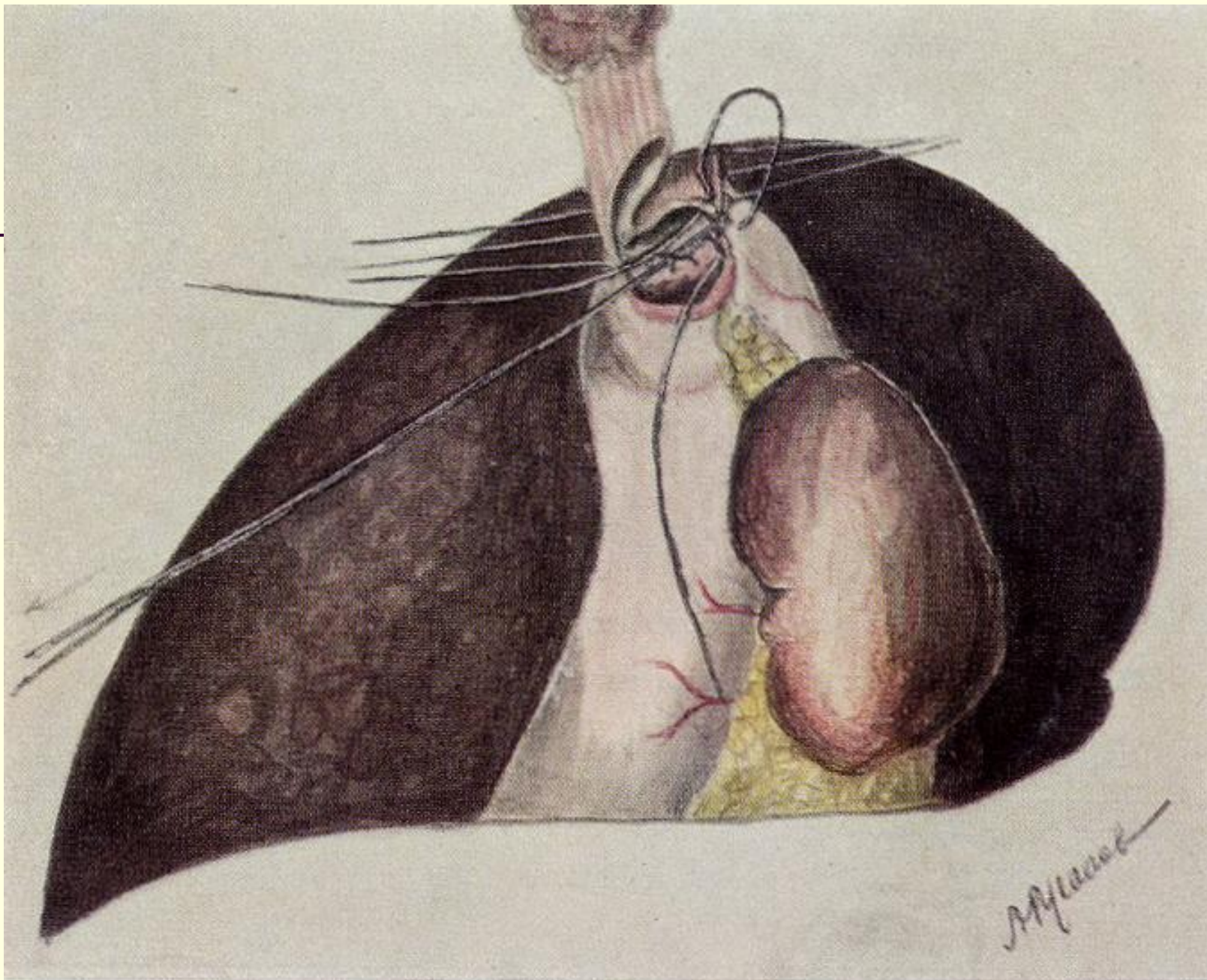
121. Проведение под пищевод марлевой тесемки.



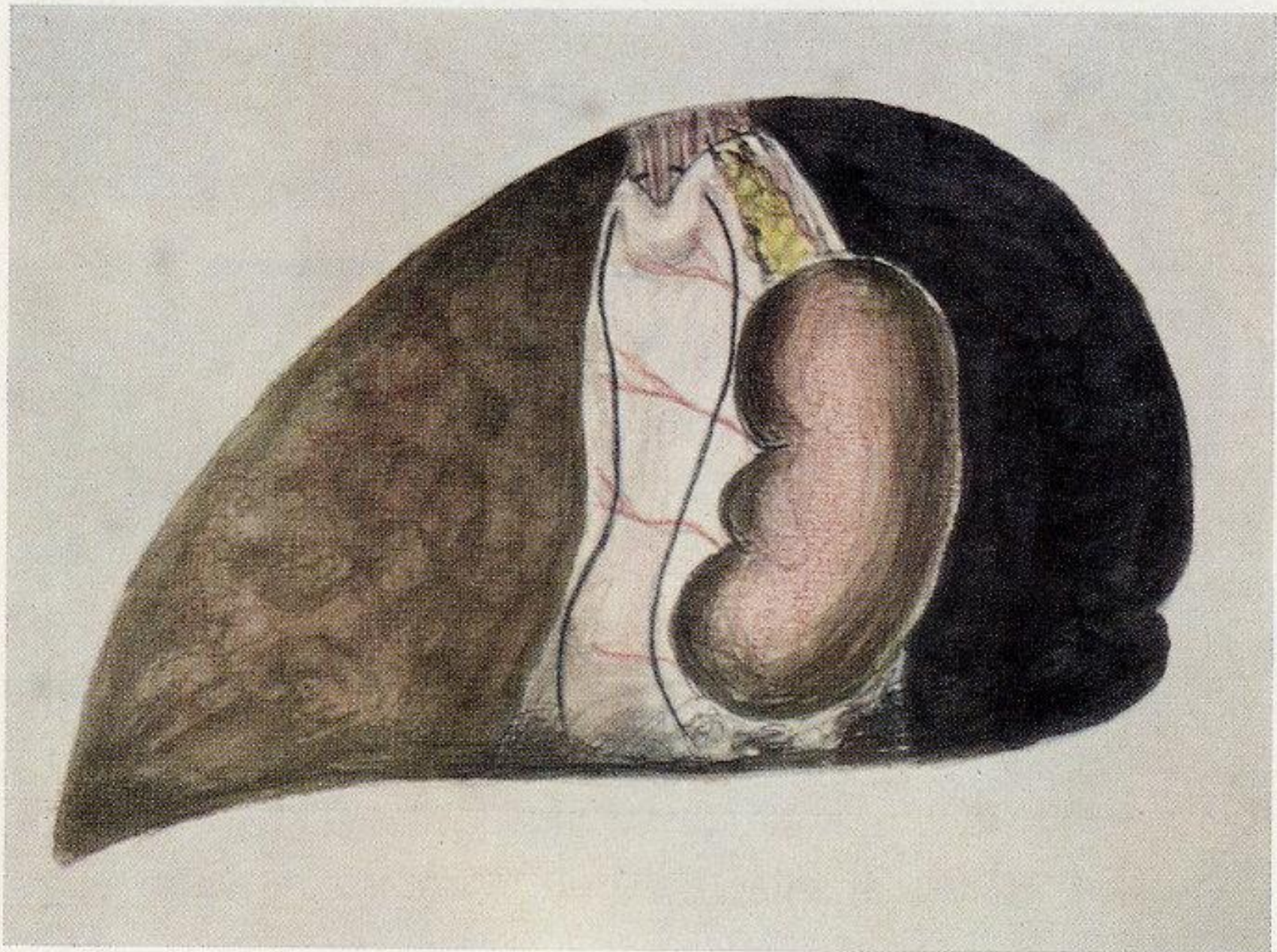
130. Отсечение кардии и части малой кривизны желудка.



135. Все швы Сапожкова наложены и взяты на зажимы.



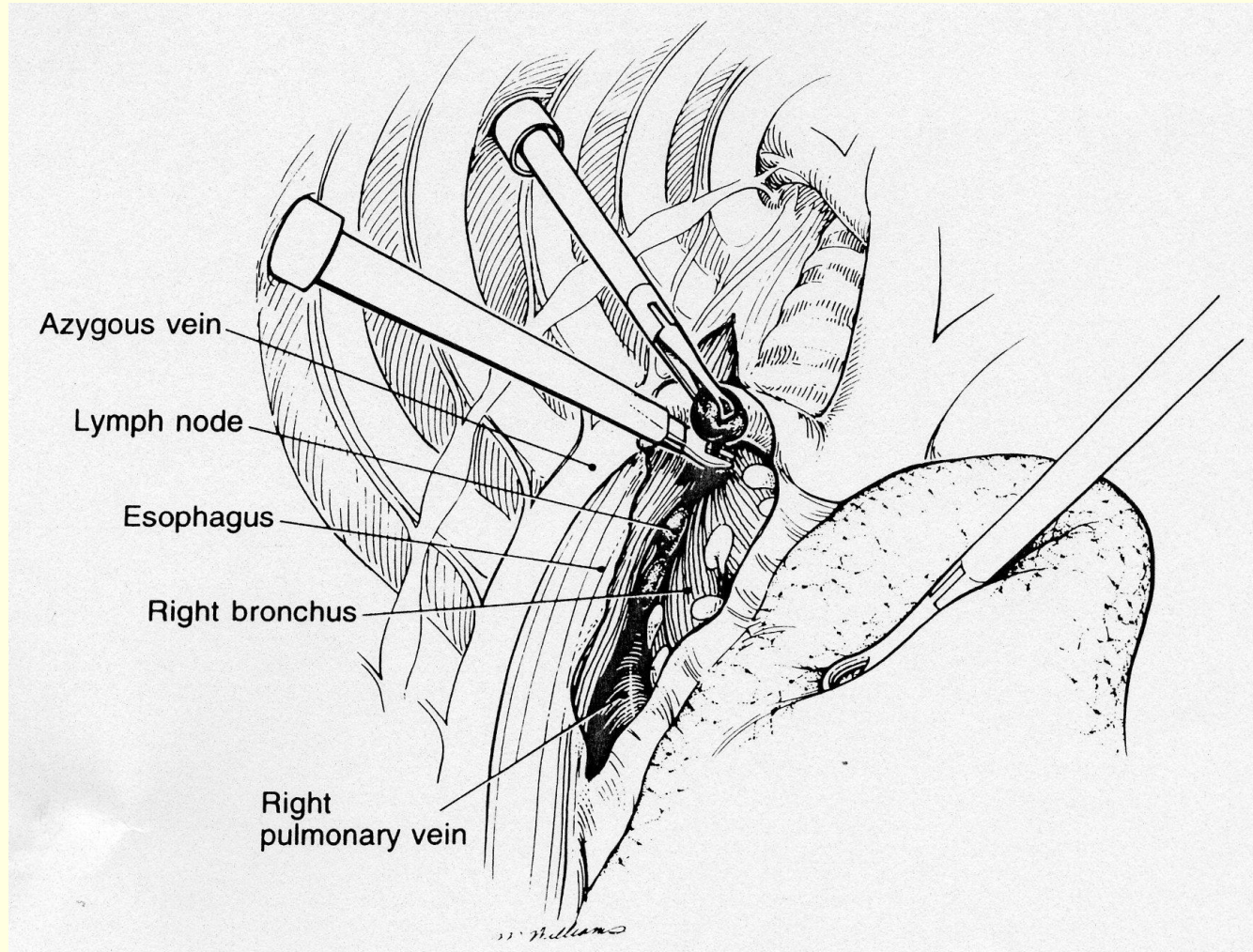
137. Наложение швов на боковые стенки анастомоза.



139. Наложение последнего шва.

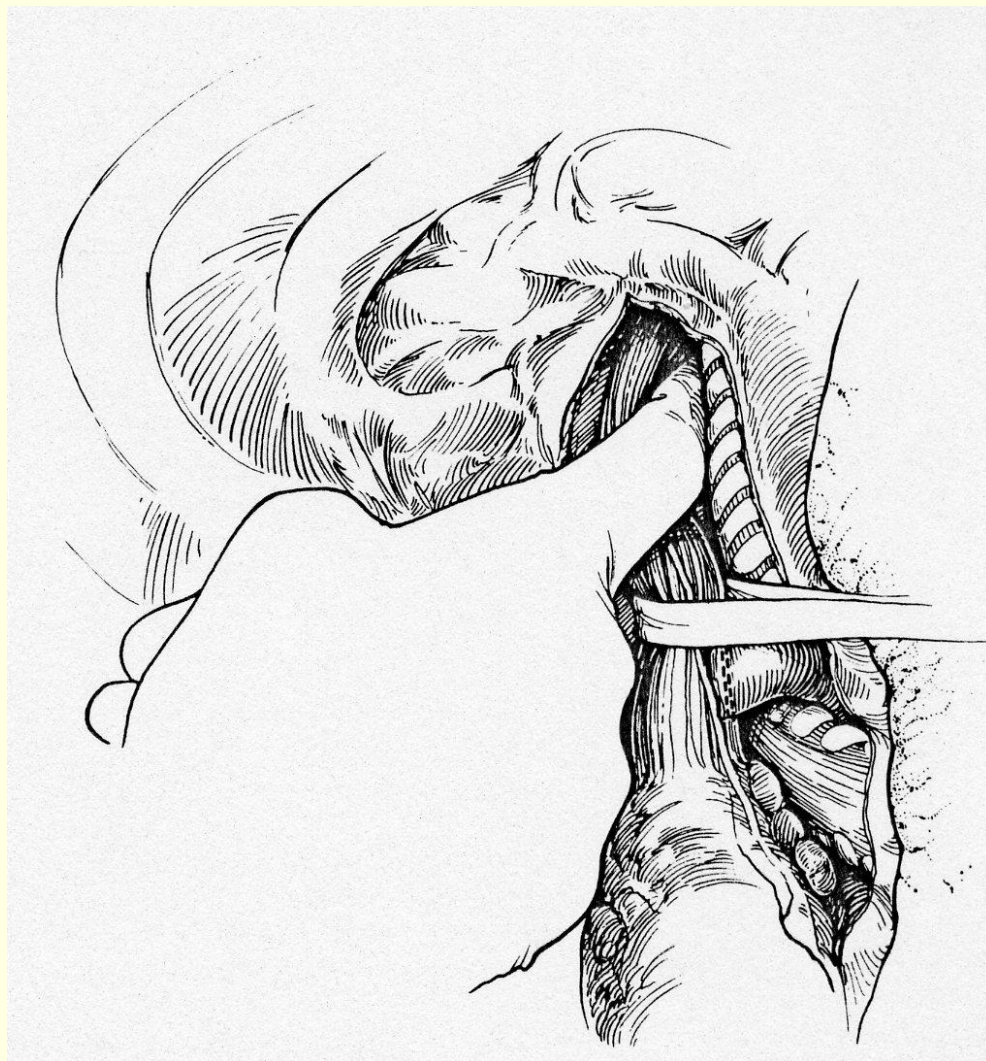
Момент операции.

Выделение внутригрудного отдела пищевода

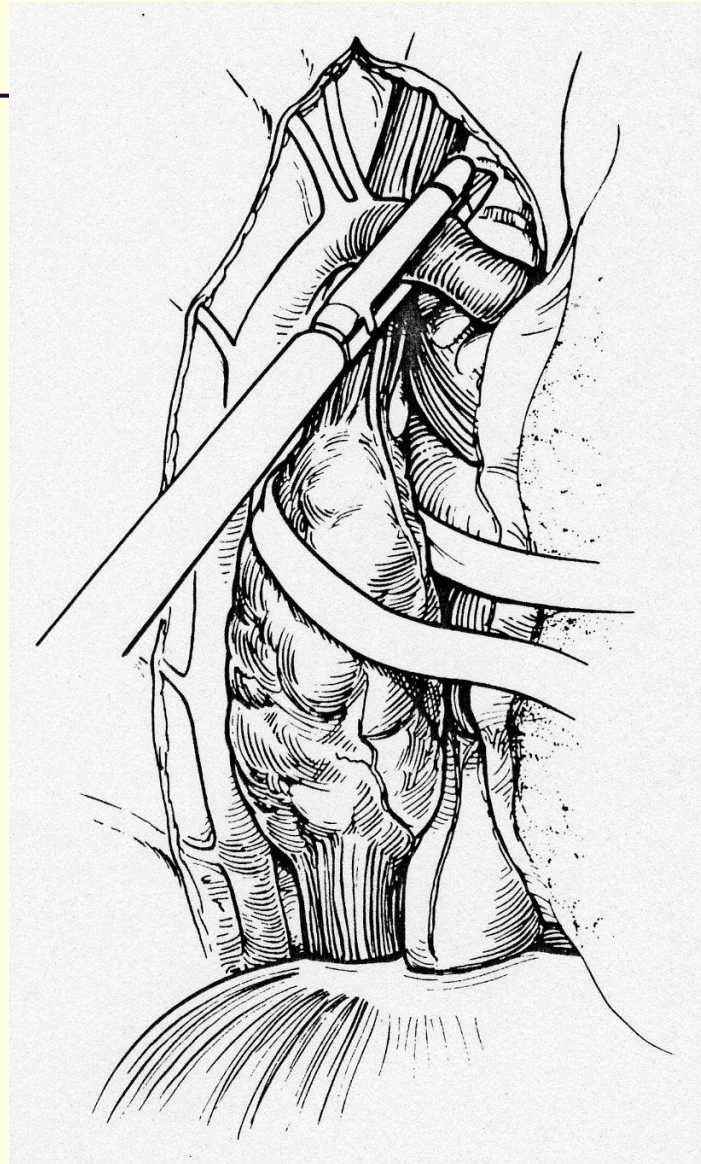


Момент операции

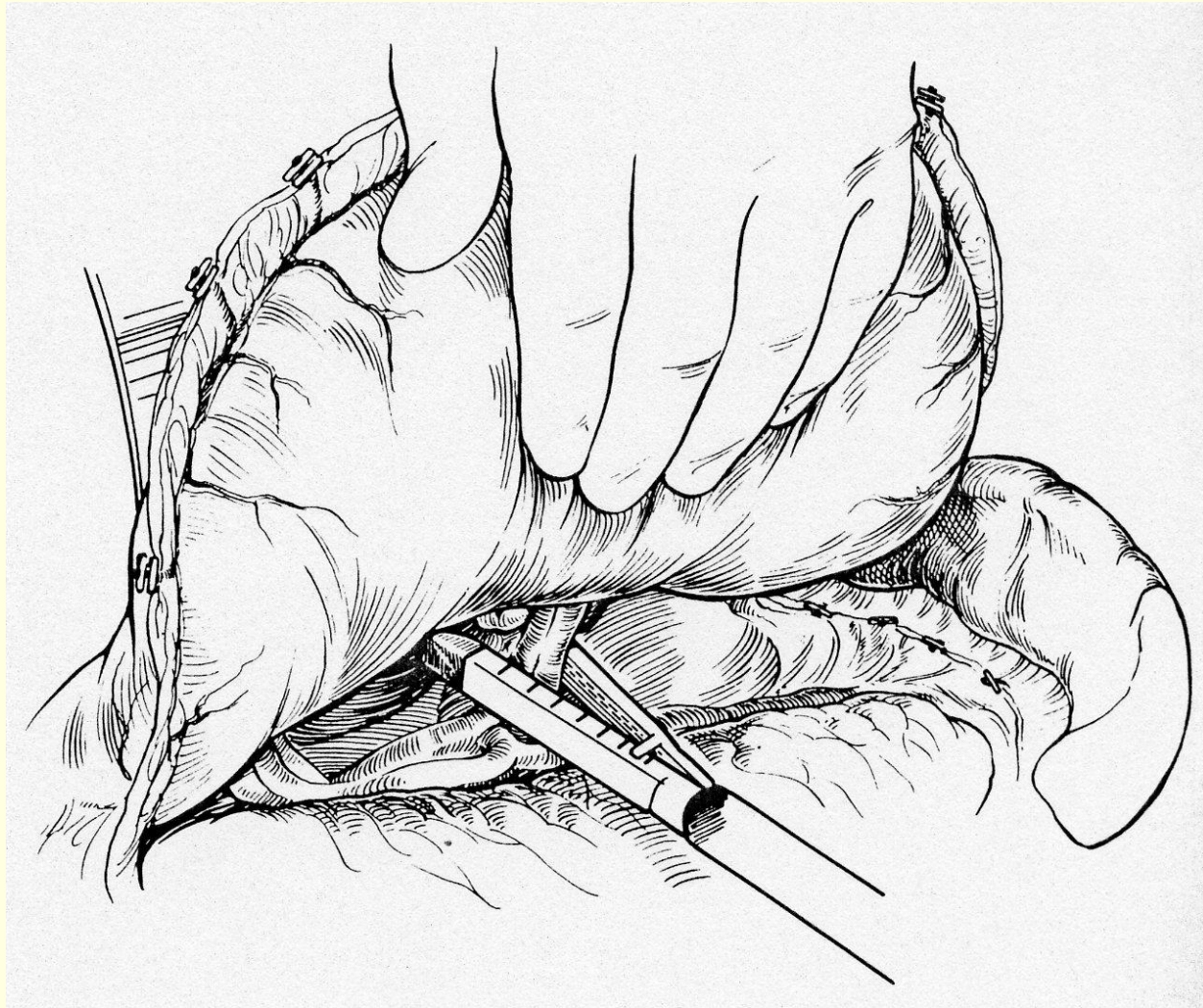
Выделение нижнегрудного отдела пищевода



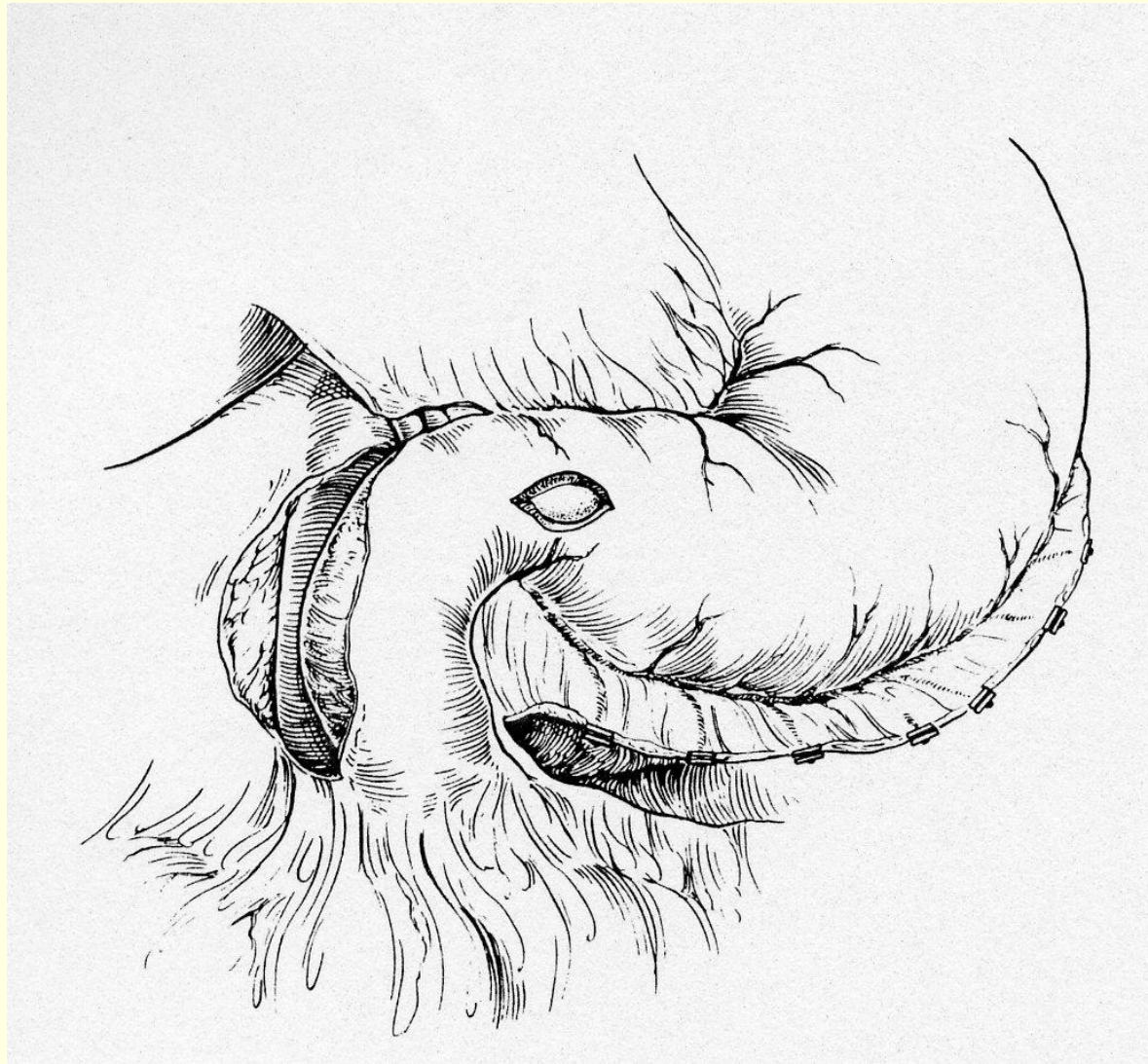
Мобилизация пищевода



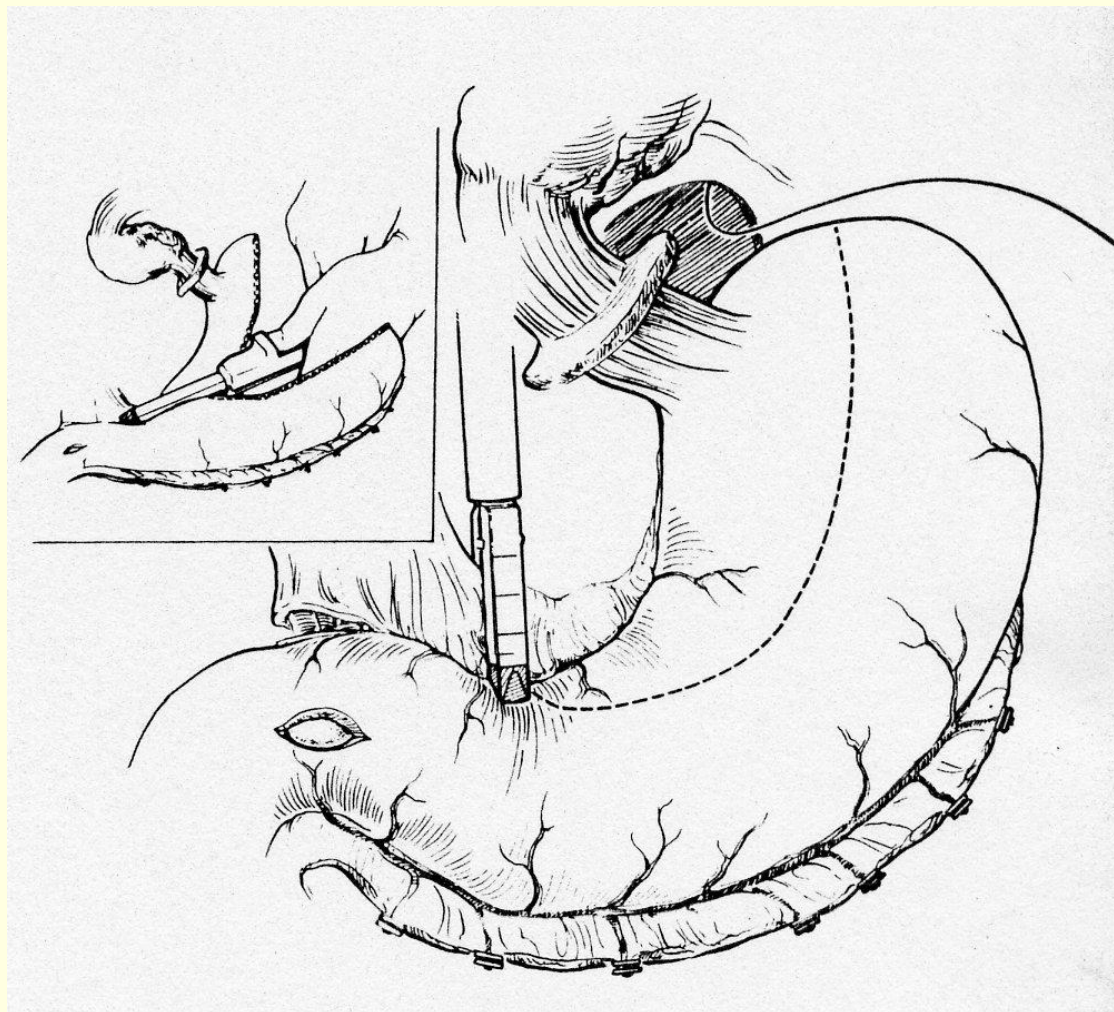
Мобилизация желудка



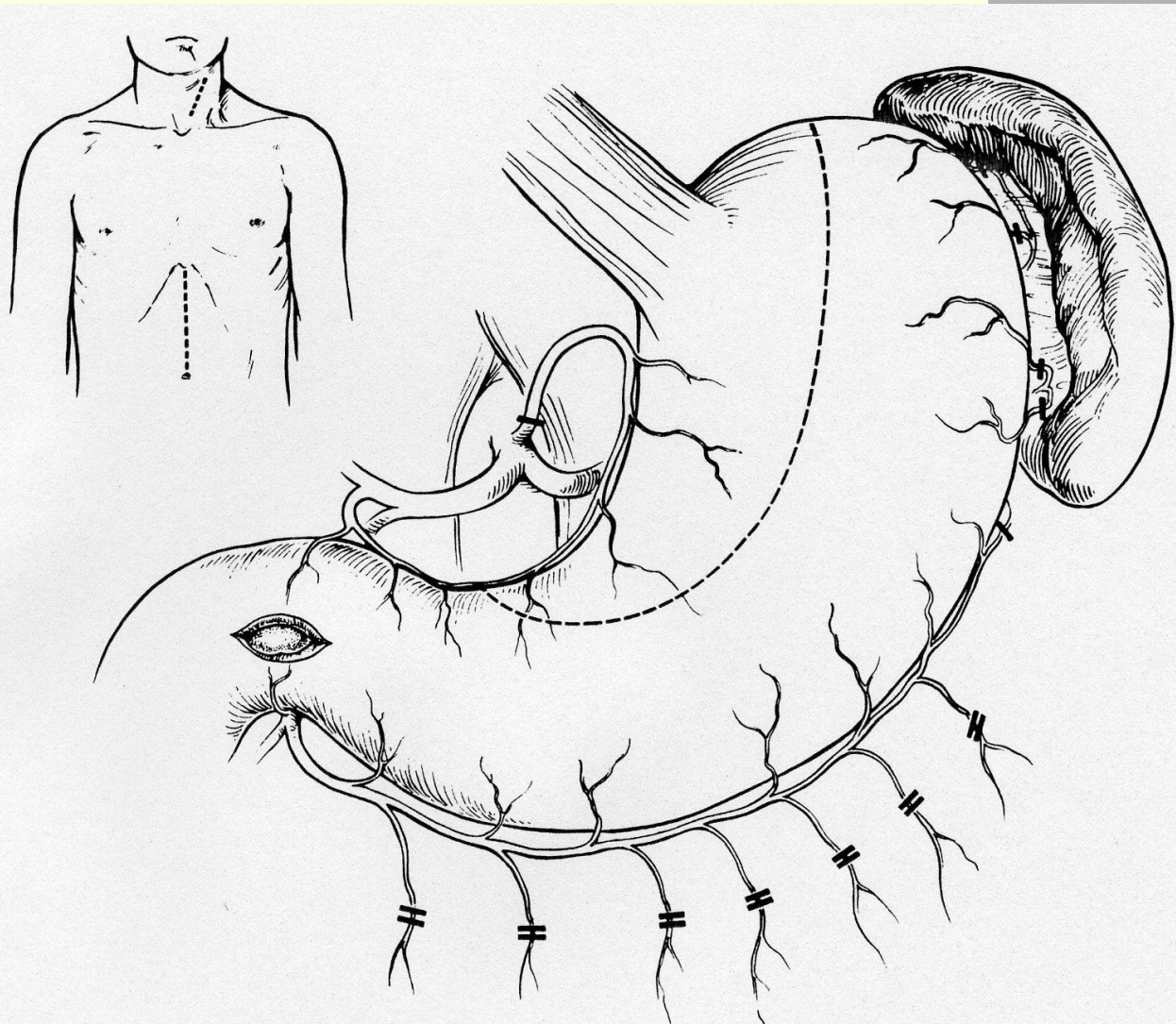
Мобилизация желудка



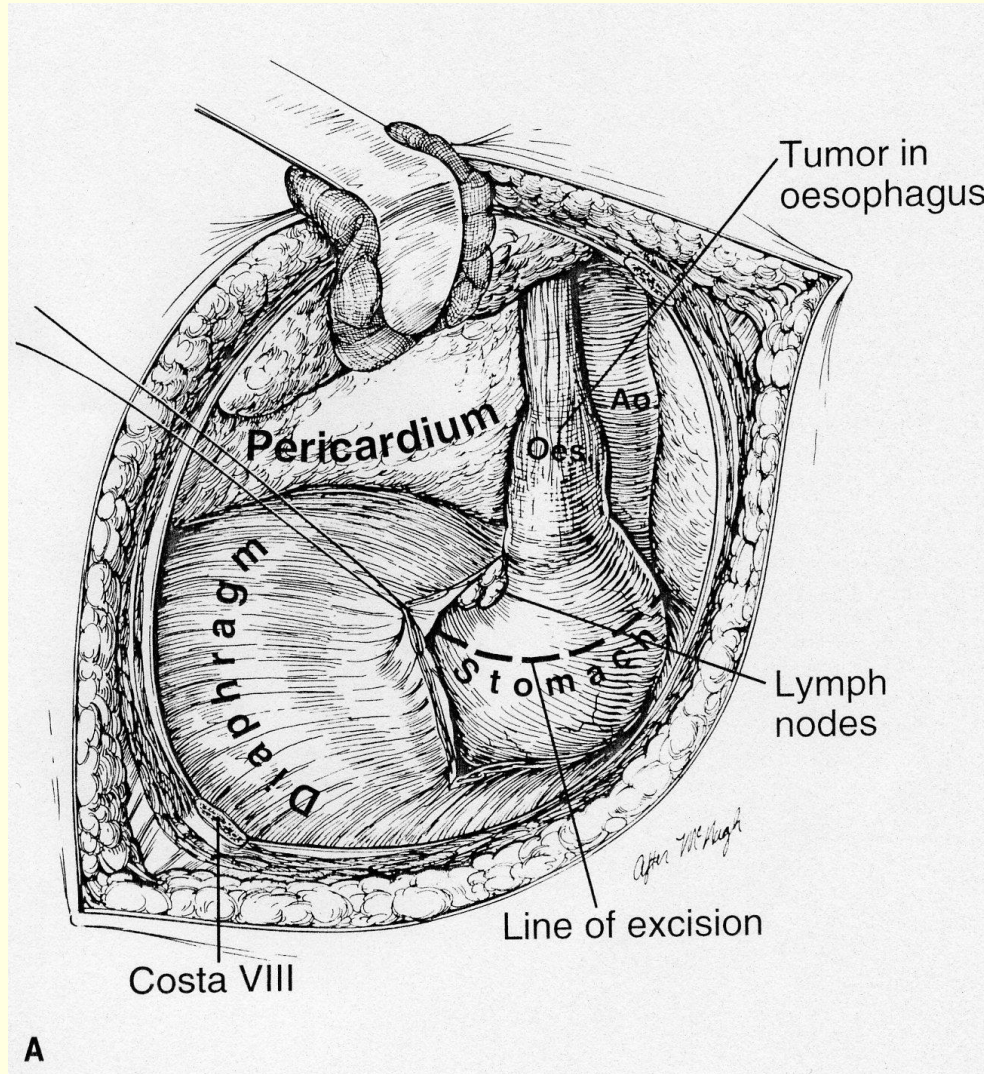
Мобилизация желудка



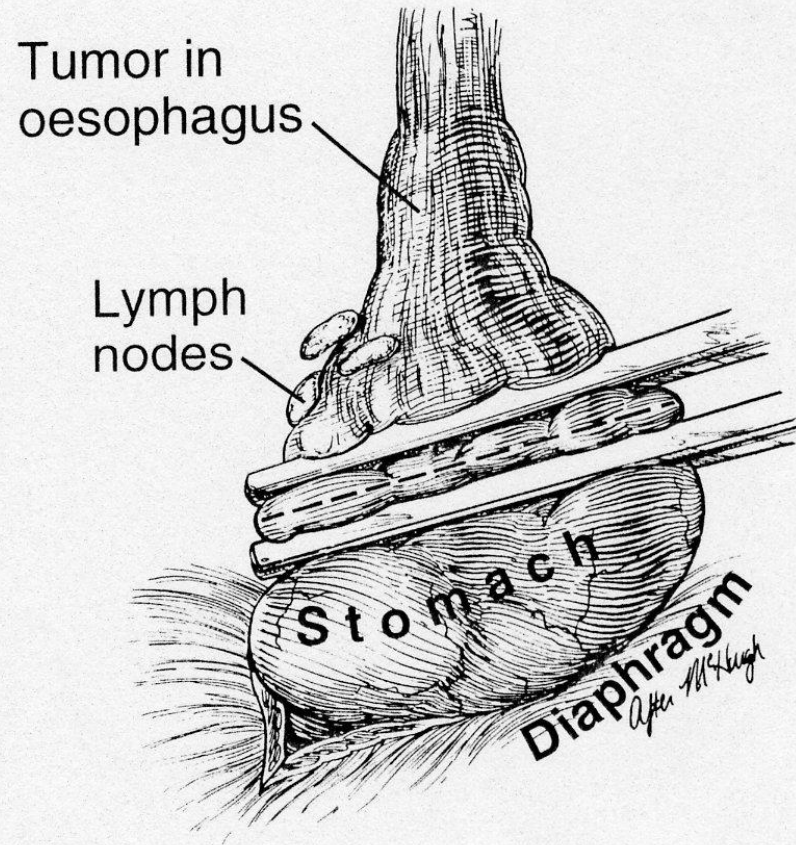
Мобилизация желудка



Линия резекции желудка

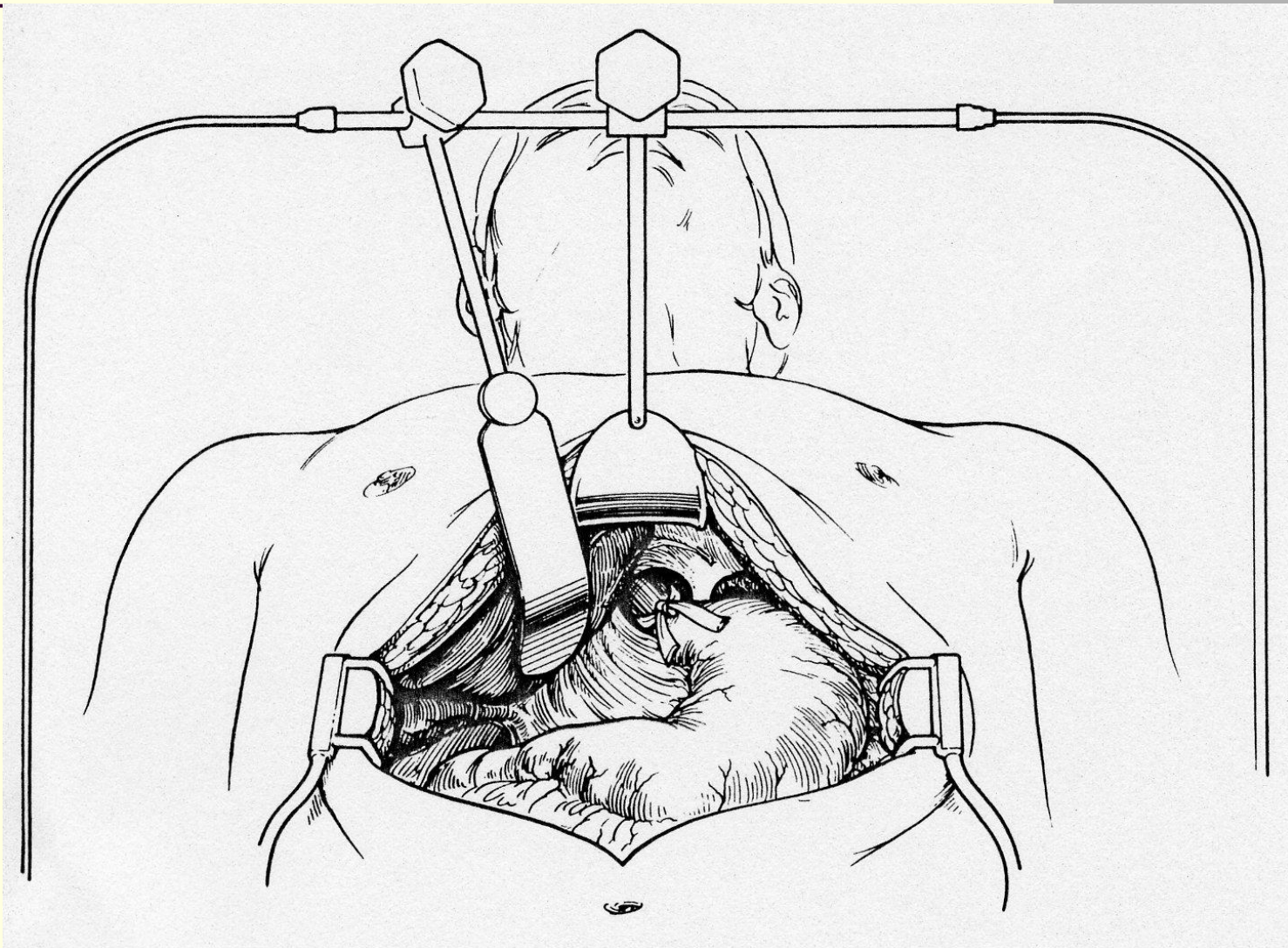


Пересечение желудка

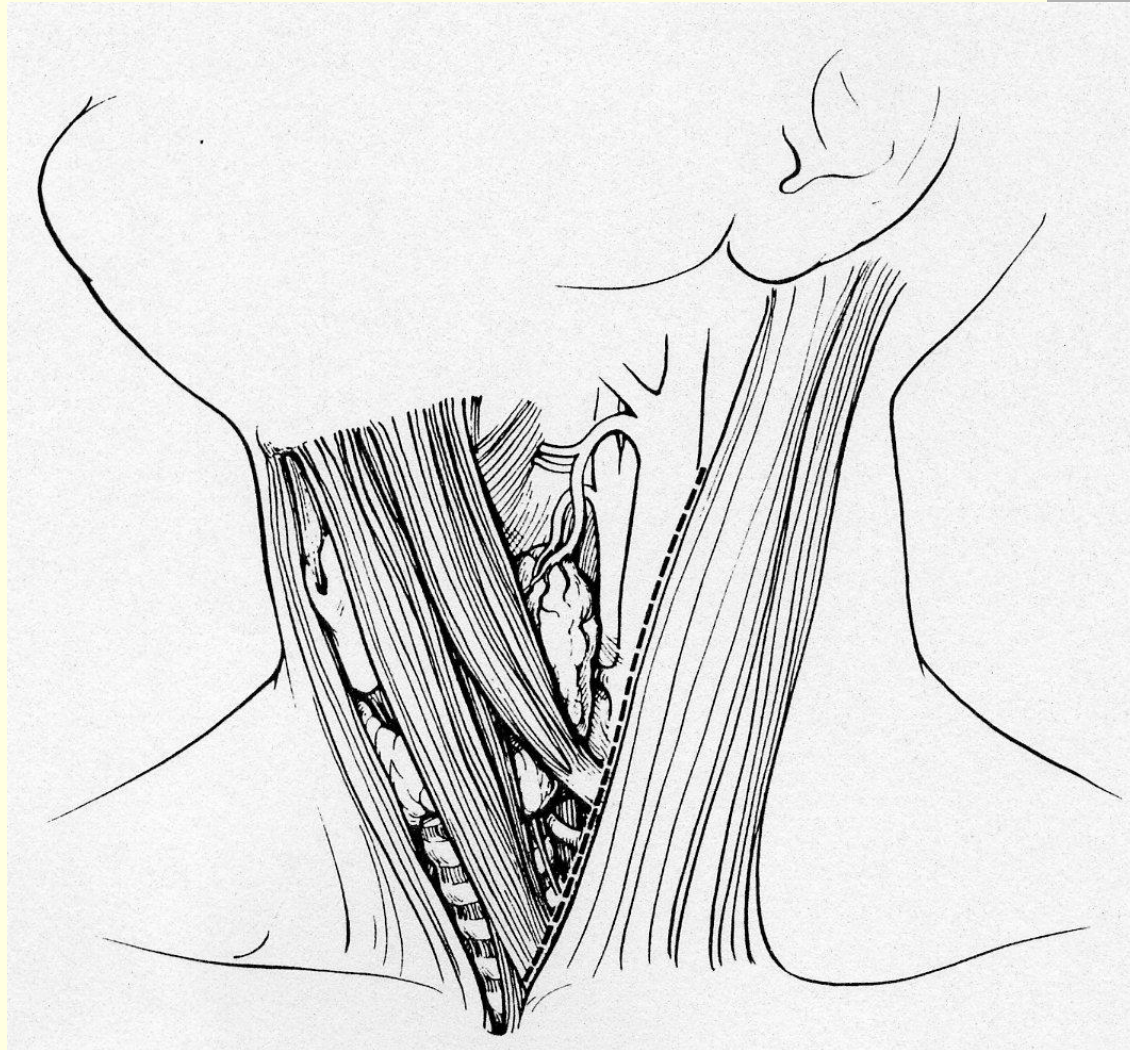


B

Трансабдоминальная резекция пищевода

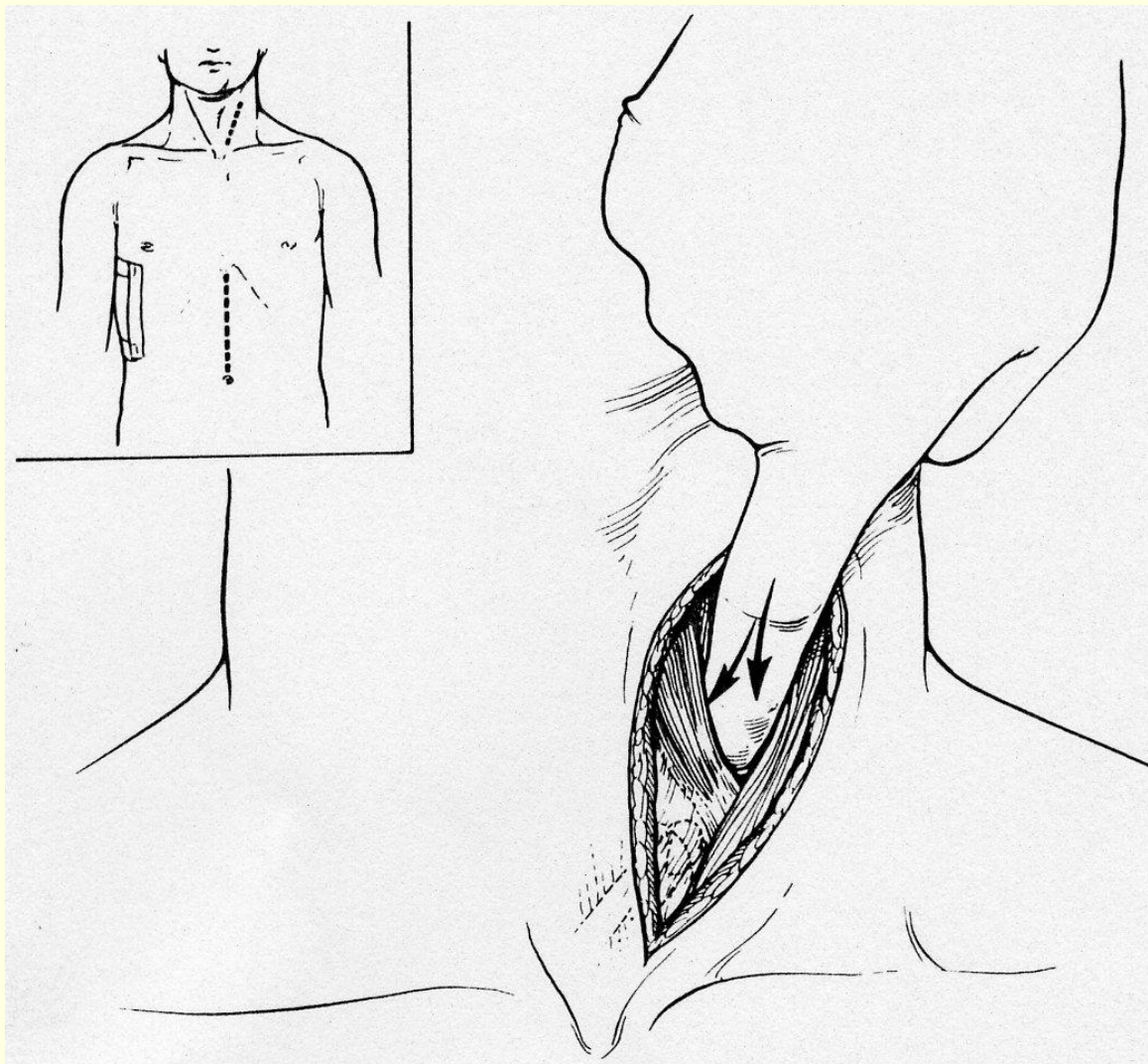


Выделение шейного отдела пищевода



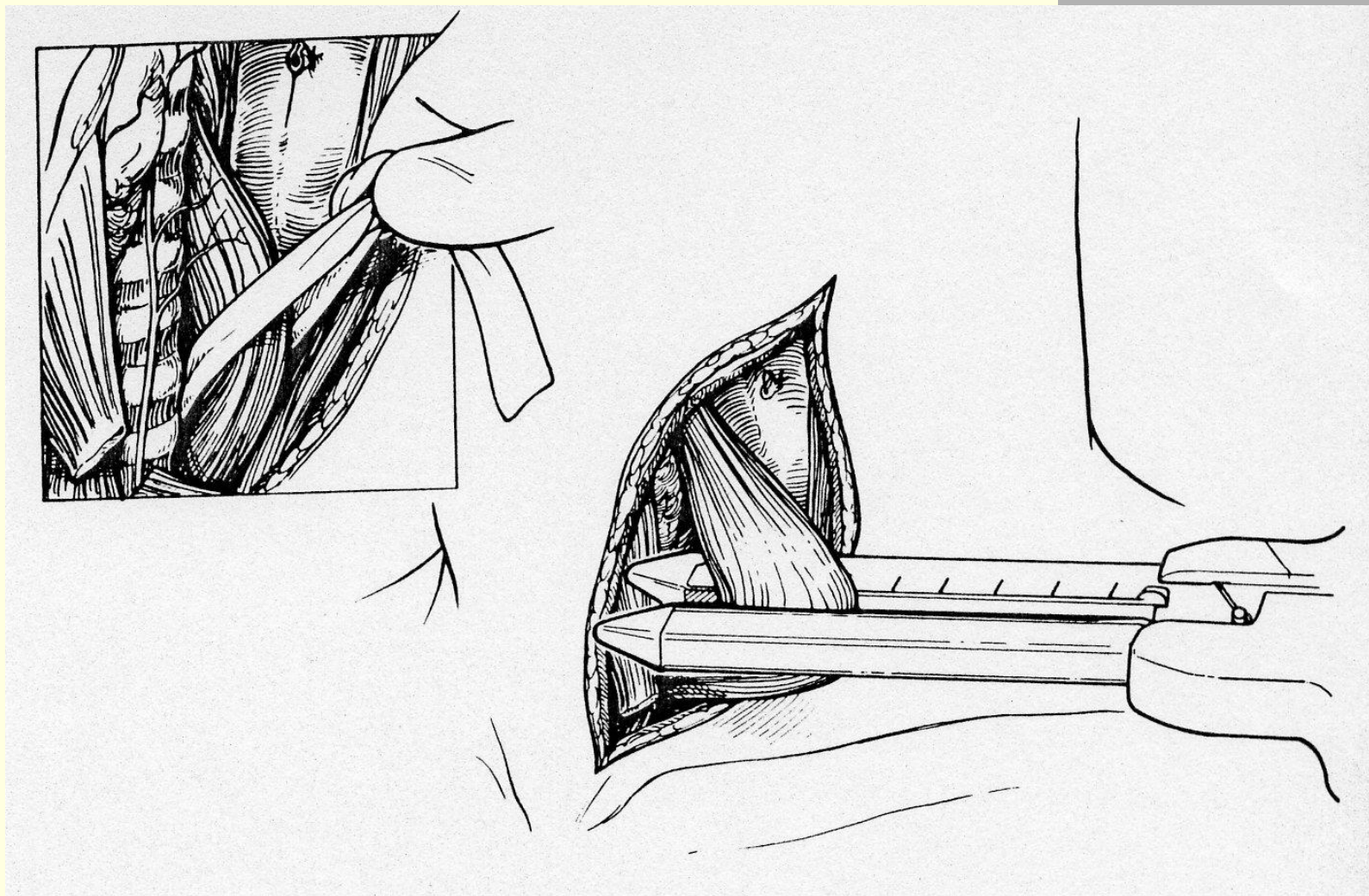
Этап операции

Выделение шейного отдела пищевода

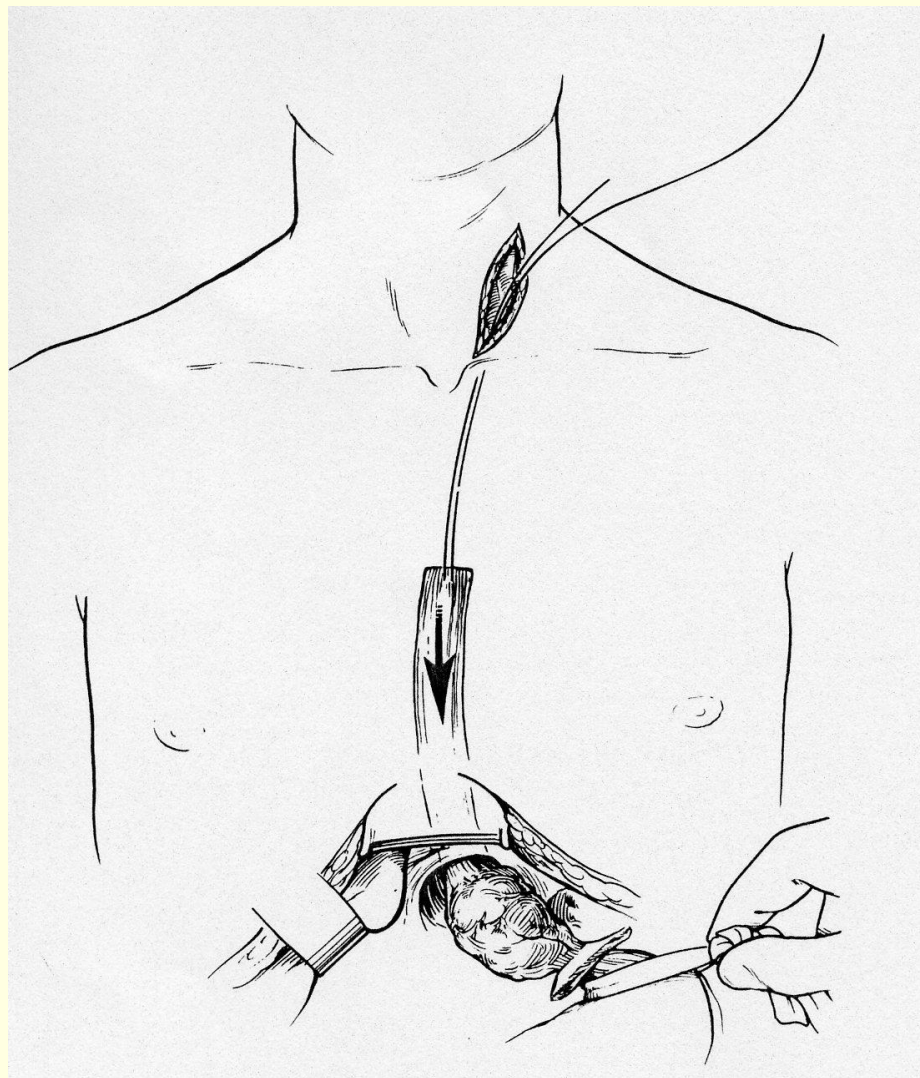


Этап операции

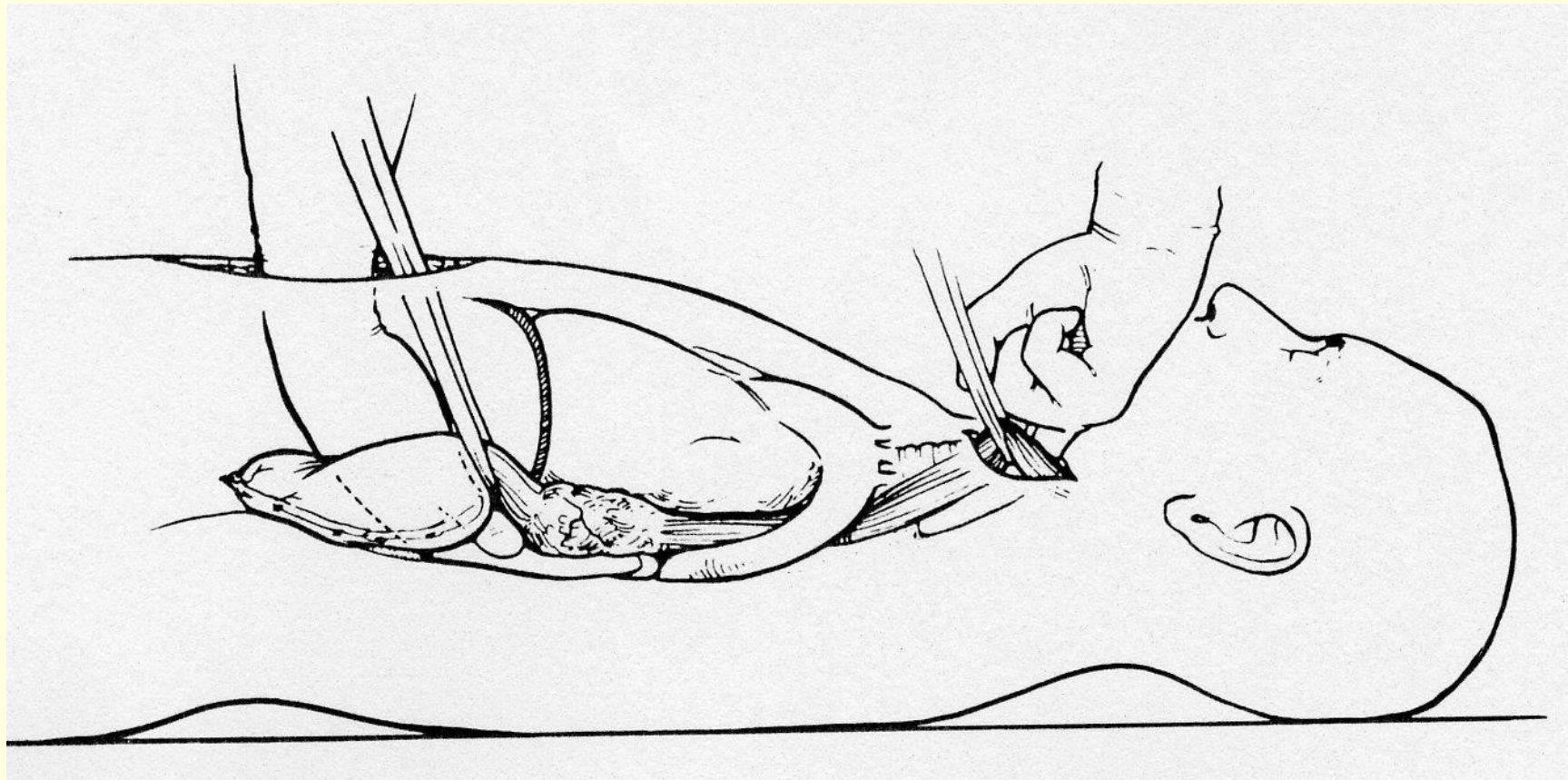
Шейный отдел пищевода взят на держалку



Удаление мобилизованного пищевода через разрез на шее



Синхронное удаление пищевода через абдоминальный и шейный разрезы



Формирование эзофагогастроанастомоза

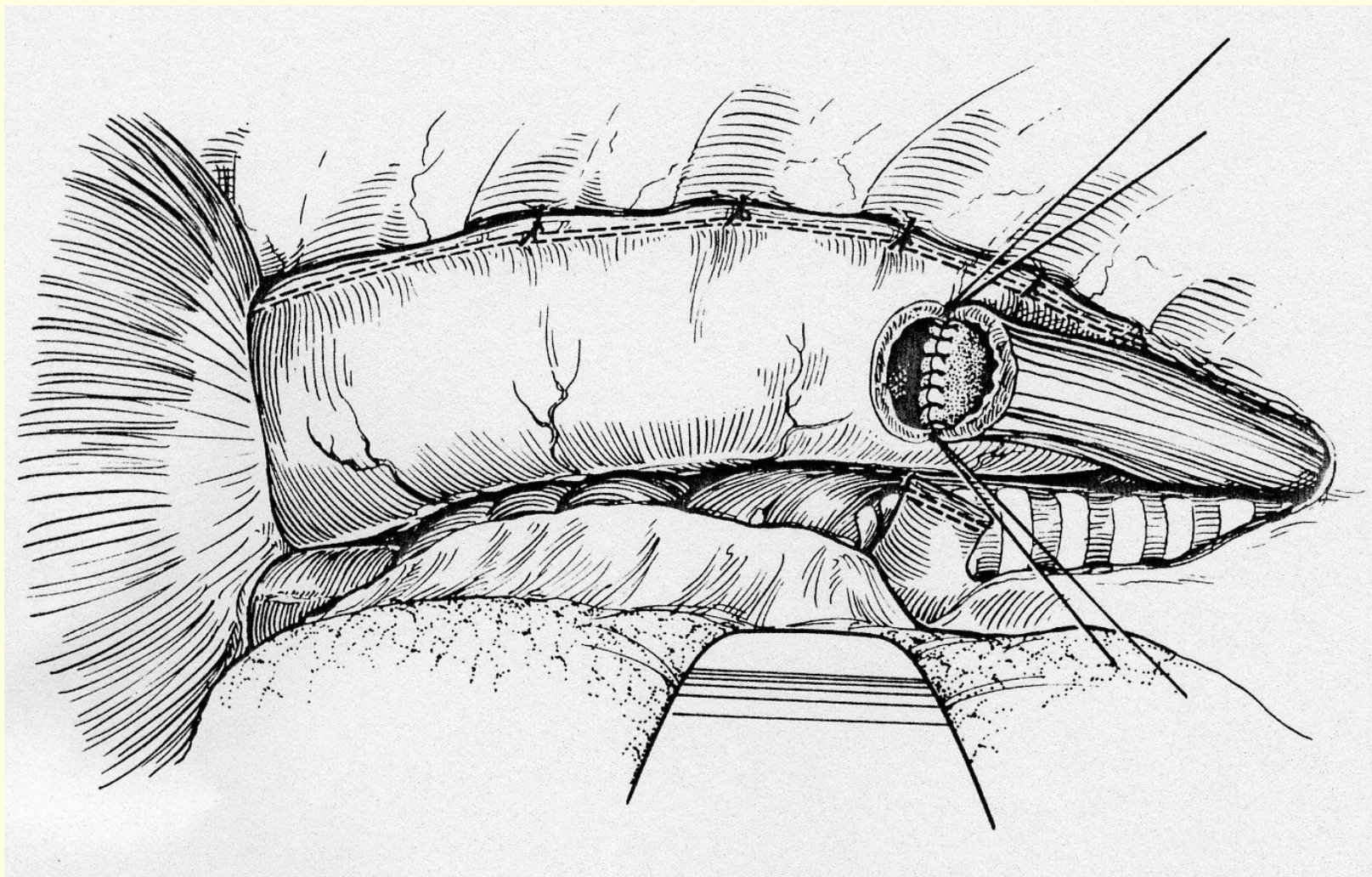


Рис. 11.28. Методика и последовательность формирования пищеводно-желудочного анастомоза. Игла с двумя кетгутовыми нитями длиной 70–80 см на длинном иглодержателе проводится через просвет трансплантата и выкалывается на передней его стенке на расстоянии 15–17 см от аборального конца

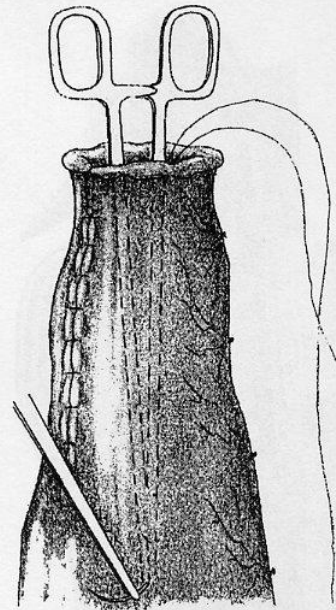


Рис. 11.29. Боковые провизорные кетгутовые швы между пищеводом и желудком

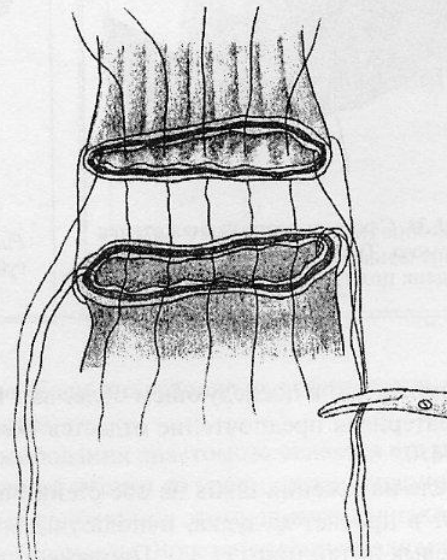


Рис. 11.30. Провизорные швы на заднюю стенку анастомоза

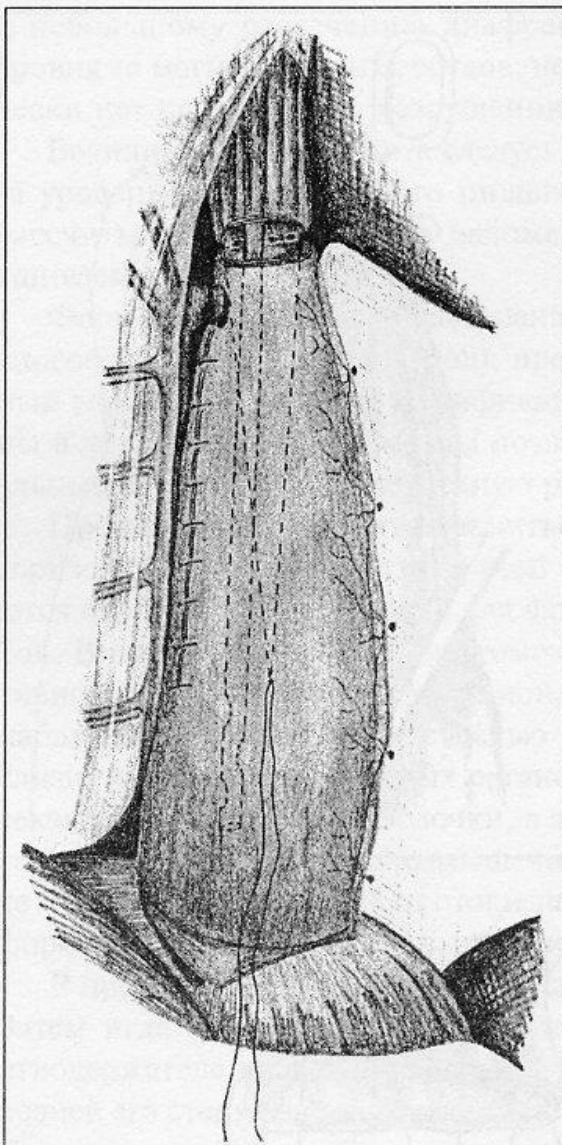


Рис. 11.31. Сформирована задняя стенка анастомоза. Трансназально в желудок проведена полиэтиленовая трубка

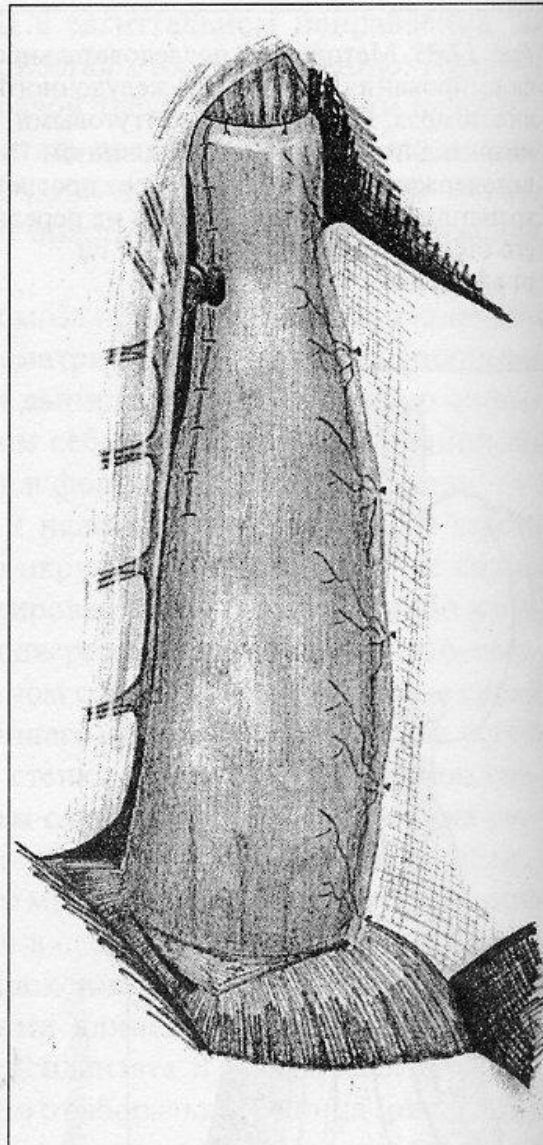


Рис. 11.32. Сформирована передняя губа анастомоза

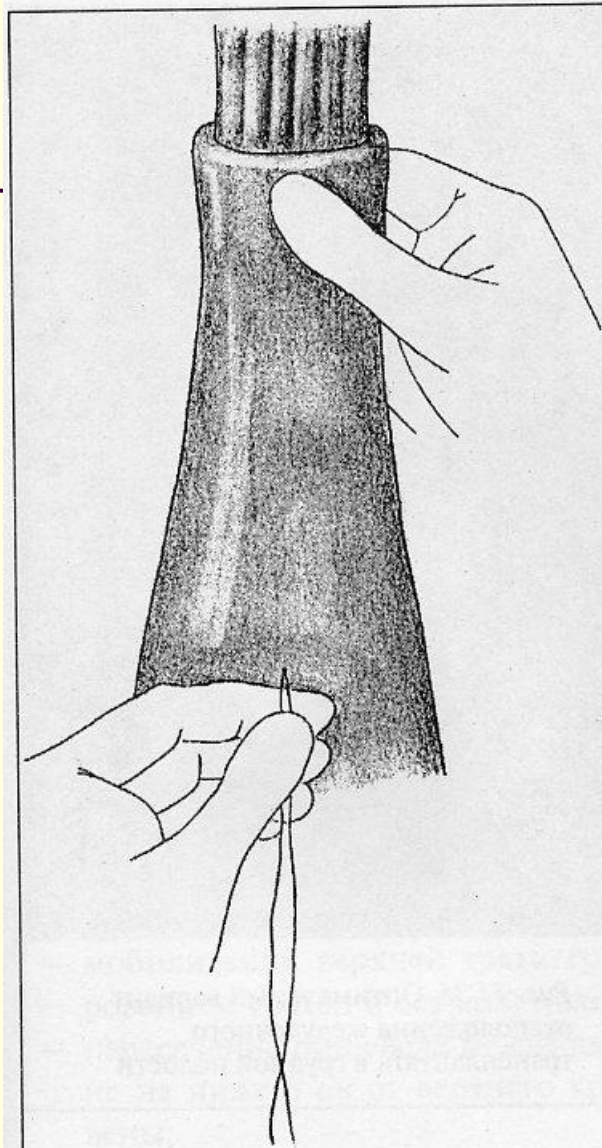


Рис. 11.33. Этап погружения
анастомоза в просвет желудка

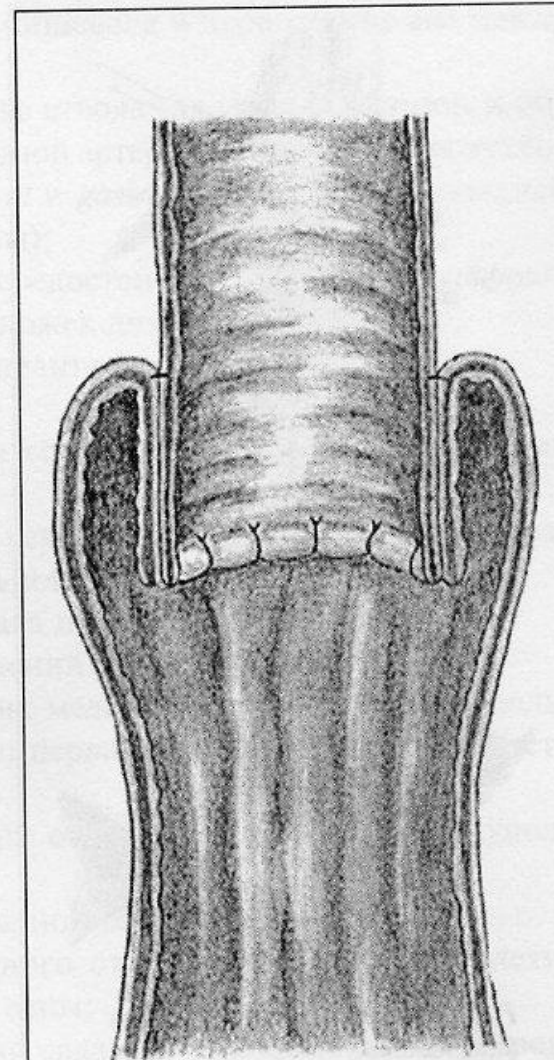


Рис. 11.34. Вид инвагинационного
анастомоза на продольном срезе

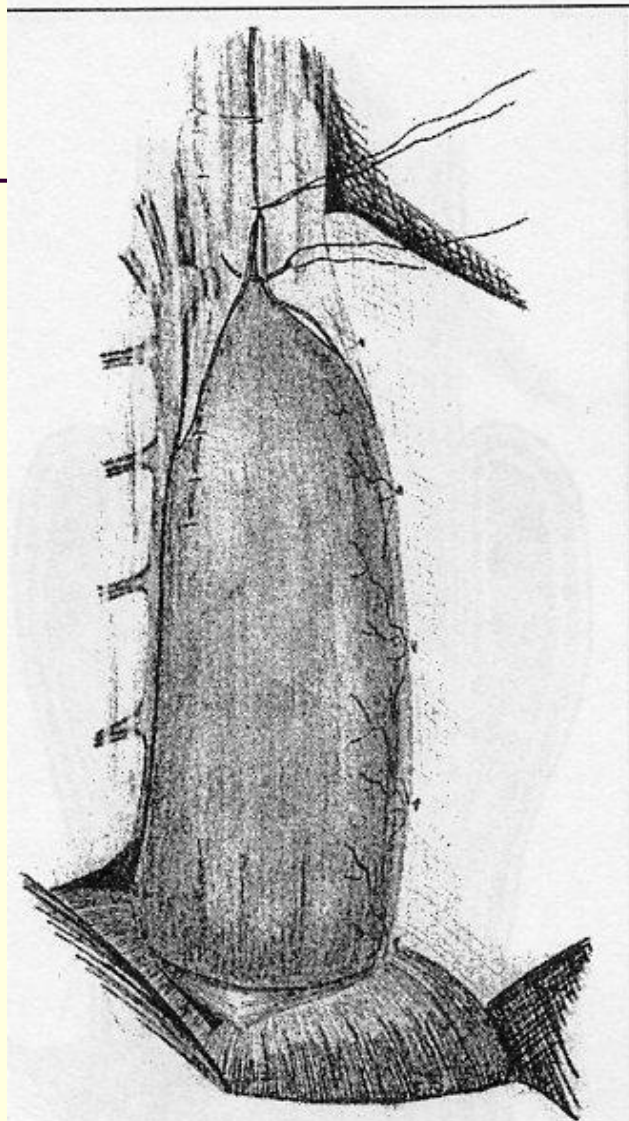


Рис. 11.35. Плевризация зоны анастомоза



Рис. 11.36. Оптимальный вариант расположения желудочного трансплантата в грудной полости

Отдаленные результаты лечения рака пищевода

Автор	Год публикации	Число наблюдений	Выживаемость (5 лет) в %
Простая резекция пищевода			
В. Е. Котляров с соавт.	1997	96	8,0
П. Н. Зубарев с соавт.	1998	69	15
В. И. Столяров с соавт.	1998	30	6,7
Н. Н. Симонов с соавт.	1999	137	8,6
А. Ф. Черноусов с соавт.	2000	61	15,4
Р. В. Хайрутдинов с соавт.	2000	—	4,9
М. Jignoux с соавт.	1987	229	9,0
Р. Tenier с соавт.	1991	119	19,0
М. Fog с соавт.	1994	528	6,6
А. J. Torres с соавт.	1999	57	7,5
Резекция пищевода в сочетании с лимфодиссекцией			
А. Ф. Черноусов с соавт.	2000	74	34,9
Б. И. Мирошников	2000	98	27,7
М. И. Давыдов	2002	420	42,0
G. J. Huang с соавт.	1988	160	25,0
H. Jole с соавт.	1994	403	44,8
D. Zhang с соавт.	1994	174	32,3
A. Watson	1994	81	23,0
S. Swisher с соавт.	1995	205	21,0
S. Mori	1997	211	48,4
P. Tomas с соавт.	1997	86	23,0
T. Nishimaki с соавт.	1998	190	41,5
V. Tabira с соавт.	1999	152	30,2
Резекция пищевода + лимфодиссекция + радиотерапия			
А. С. Мамонтов с соавт.	2000	124	36,4
Д. И. Демин с соавт.	2000	69	39,1
G. J. Huang с соавт.	1988	160	46,0
W. Mei с соавт.	1989	206	33,5
S. Y. K. Low с соавт.	1996	284	32,0
H. Watanabe с соавт.	2000	353	54,9

**Выживаемость больных после хирургического лечения рака пищевода
(n = 185)**

Выживаемость, годы	Процент
1	74,4
2	44,5
3	34,6
4	26,3
5	24,6

**Выживаемость оперированных больных (%) в зависимости
от протяженности опухоли**

Выживаемость, годы	Протяженность опухоли, см			
	до 2 (n=17)	2–5 (n=65)	5–10 (n=90)	более 10 (n=13)
1	82,4	87,5	65,6	53,9
2	76,5	55,2	31,9	23,1
3	64,7	43,6	23,8	15,4
4	47,1	39,6	15,3	7,7
5	41,2	37,7	15,3	0

**Выживаемость оперированных больных (%)
в зависимости от степени инвазии опухоли**

Выживаемость, годы	Степень инвазии опухоли			
	T1 (n=9)	T2 (n=24)	T3 (n=101)	T4 (n=51)
1	88,9	87,2	72,0	70,6
2	88,9	73,1	36,5	34,8
3	88,9	73,1	26,4	22,5
4	77,8	56,2	19,4	16,4
5	60,5	50,0	19,4	8,2

Выживаемость оперированных больных (%) в зависимости от наличия метастазов в лимфатических узлах

Выживаемость, годы	Поражение лимфатических узлов			
	N0 (n=52)	N1(n=133)	в одной регионарной зоне (n=88)	в двух регионарных зонах (n=45)
1	88,5	69,5	67,6	69,4
2	66,6	35,5	39,2	25,6
3	60,4	24,0	30,0	12,1
4	43,7	19,3	24,2	12,1
5	41,6	18,2	23,1	12,1

**Выживаемость оперированных больных (%) в зависимости
от характеристики ракового процесса**

Характеристика ракового процесса	Выживаемость, годы				
	1	2	3	4	5
T1N0 (n=9)	88,9	88,9	88,9	77,8	65,8
T2N0 (n=14)	85,7	70,1	70,1	43,8	43,8
T3N0 (n=21)	90,5	61,1	50,9	35,7	35,7
T4N0 (n=8)	87,5	62,5	50,0	37,5	37,5
T2N1 (n=10)	89,5	77,5	64,6	64,6	51,7
T3N1 (n=80)	68,2	34,1	22,0	17,1	17,1
T4N1 (n=43)	67,4	29,6	17,3	12,3	12,3

Выживаемость оперированных больных (%) в зависимости от объема лимфаденэктомии

Выживаемость, годы	Объем лимфаденэктомии	
	Избирательная (n = 87)	расширенная (n = 98)
1	66,3	82,5
2	41,5	47,1
3	34,7	36,6
4	24,8	27,7
5	21,6	27,7

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ
хирургия
при
НЕПРОХОДИМОСТИ
ПИЩЕВОДА



С. С. Ю Д И Н

А.А.РУСАНОВ

**РАК
ПИЩЕВОДА**

Б. И. Мирошников
К. М. Лебединский

ХИРУРГИЯ
РАКА
ПИЩЕВОДА

