

***Хирургические заболевания
пищевода
Кафедра госпитальной
хирургии, урологии***

четыре отдела:

**1. глоточно-пищеводный (два
треугольника: *Ланнье-Геккермана* и
Лемера-Киллиана)**

2. шейный

**3. грудной (верхняя часть Th1-IV, средняя
- ThV-VII, нижняя - ThVII-XII),**

4. брюшной (абдоминальный).

Доступы к сегментам:

левосторонний - к шейному,

**правосторонний трансплевральный - к
среднегрудному,**

**левосторонний трансплевральный - к
нижнегрудному,**

абдоминальный - брюшному отделу

Четыре физиологических сужения:

**1) перстневидно-глоточное (рот пищевода,
рот Киллиана);**

2) аортальное;

3) бронхиальное;

4) диафрагмальное.

Кардия

клапан Губарева. угол Гиса.

Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода

ХИМИЧЕСКИЙ ОЖОГ ПИЩЕВОДА

- концентрированные растворы кислот (органических - щавелевой, неорганических - серной, соляной, азотной, фосфорной),
- щелочи (натрия гидроксид, кальция оксид, нашатырный спирт)
- других веществ (уксусная эссенция, калия перманганат, ацетон, пергидроль).

коагуляционный некроз

колликвационный некроз

- ***Первая стадия*** - гиперемия и отек слизистой оболочки.

Легкая степень – поражение поверхностных слоёв слизистой

Средняя степень – вся слизистая

Тяжелая степень – все слои пищевода

- ***Вторая стадия*** - некроз и изъязвление. (Отторжение некроза - через 7-8 дней)
- ***Третья стадия*** - образование грануляций. (1-2 мес.)
- ***Четвертая стадия*** — рубцевание. (10-20 лет)

Клиническая картина.

Первый период - острый (стадия острого коррозивного эзофагита). 5-10 суток.

- 1. Сильная боль**
- 2. Многократная рефлексорная рвота**
- 3. Слюноотделение**
- 4. Осиплость голоса**
- 5. Дисфагия**
- 6. Кашель**
- 7. Ожоговая токсемия, острая почечная недостаточность**
- 8. Медиастинит**
- 9. Перитонит**
- 10. Аспирационная пневмония**

Второй период - развитие хронического эзофагита (стадия мнимого благополучия, до 30 суток).

восстанавливается проходимость пищевода для жидкой и мягкой пищи.

Осложнения:

1. перфорация пищевода с развитием медиастинита, эмпиемы плевры, перикардита;
2. пищеводное кровотечение,
3. гнойно-воспалительные заболевания легких.

Третий период - образование стриктуры

стадия органического сужения
пищевода

1. Формирование стриктуры пищевода через 2-4 мес. после ожога и длится до 2-3 лет).
2. Дисфагия.

Четвертый период - появление поздних осложнений

1. Облитерация просвета пищевода
2. Спонтанная перфорация
3. Дивертикулы
4. Свищи (пищеводно – бронхиальные, пищеводно - трахеальные)
5. Рак.

Диагностика.

- **Ларингоскопия**

- **Фиброэзофагоскопия**

люминесцентная эзофагоскопия,
внутривенное введение 5 мл 20
% раствора люминофора
(водорастворимая соль натрия
флюоресцеина) с
последующим облучением
стенки пищевода
ультрафиолетовыми лучами.

Лечение.

1. **Механическое удаление химического агента (полоскание, зондовое промывание, обильное питье)**
2. **Дезинтоксикационная терапия, форсированный диурез.**
 - При отравлении щавелевой кислотой и при наличии гипокальциемии внутривенно капельно вводят кальция хлорид, кальция глюконат (10—20 мл 10 % растворов).
 - При ожоге уксусной эссенцией назначается расщелачивающая терапия (внутривенно вводится 50-100 мл 3-5 % раствора натрия бикарбоната).
3. **При угрозе асфиксии из-за ожога надгортанника – трахеостомия**
4. **При развитии ОПН – гемодиализ.**

5. Обезболивающие препараты, антигистаминные препараты,
6. Спазмолитики
7. Седативная терапия
8. Антибиотики, антимикотики.
9. Симптоматическое лечение (сердечные гликозиды, кортикостероиды, бронхолитики, антиоксиданты).
10. Раннее бужирование пищевода.

В случае осложнения химического ожога пищевода его перфорацией с развитием медиастинита или некрозом стенки желудка и перитонитом выполняется соответствующая операция.

РУБЦОВЫЕ СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА

- ***Рубцовые сужения*** (стриктуры пищевода) образуются у 70-80 % больных, перенесших его химический ожог. Наиболее часто они локализуются в местах физиологических сужений пищевода.
- **Одиночные и множественные**
- **Полные и неполные**
- **Высокие** (глоточные, шейные, бифуркационные) **низкие** (эпифренальные, абдоминальная часть)

Клиническая картина.

- Дисфагия
- Чувство тяжести
- Боль за грудиной
- Изжога
- Отрыжка
- Регургитация
- Гиперсаливация
- Снижение массы тела

Диагностика.

Рентгеноконтрастное исследование пищевода

1. сужение просвета пищевода тубулярной формы с отсутствием в этой области рельефа слизистой оболочки и перистальтики (*симптом карандаша*);
2. нахождение выше рубцовой стриктуры супрастенотического расширения конической или мешотчатой формы без изъеденности, зазубренности краев.

Эзофагоскопия.

сужение просвета пищевода тубулярной формы с отсутствием в этой области рельефа слизистой оболочки и перистальтики (**симптом карандаша**);
нахождение выше рубцовой стриктуры супрастенотического расширения конической или мешотчатой формы без изъеденности, зазубренности краев.

Лечение

Бужирование

1. вслепую через рот (слепое бужирование);
2. под контролем эзофагоскопа;
3. полыми рентгеноконтрастными бужами по металлическому проводнику;
4. по принципу "бужирования без конца";
5. ретроградное;
6. баллонная пневмо(гидро)дилатация;
7. электрорассечение;
8. кардиодилатация металлическим дилататором Штарка (опасно, имеет историческое значение);
9. временное эндопротезирование пищевода.

Осложнения бужирования

- острый эзофагит
- пищеводное
кровоотечение
- перфорация

Хирургическое лечение при рубцовой стриктуре пищевода показано:

1. невозможность выполнения бужирования ввиду полной облитерации просвета пищевода;
2. неудачные попытки проведения бужа через рубцовую стриктуру;
3. протяженная одиночная и короткие множественные рубцовые стриктуры;
4. множественный дивертикулез (псевдодивертикулез) пищевода;
5. быстрый рецидив рубцовой стриктуры;
6. перфорация пищевода при бужировании;
7. наличие пищеводно-бронхиальных свищей;
8. малигнизация ожоговой стриктуры.

Хирургические вмешательства:

1. Гастростомия

- а. Для бужирования (ретроградного, по методу «без конца»)
- б. Для энтерального питания больных при полной стриктуре

2. Пластика пищевода

- а. тонкокишечная
- б. желудочная
- в. толстокишечная

В настоящее время к наиболее распространенным способам гастростомии относятся гастростомия по Штамму - Сенну и Кодеру,

а также лапароскопическая гастростомия

Тонкокишечная пластика пищевода по Ру (1906)

Кардиспазм

Ахалазия пищевода

(от греч. а - отсутствие, chalasis - расслабление)

Ахалазия пищевода, кардиоспазм, мегаэзофагус — нервно-мышечное расстройство моторики пищевода, проявляющееся нарушением прохождения пищи в желудок не за счёт препятствия, а в результате недостаточного рефлексорного открытия НСП при глотании, беспорядочной перистальтики.

.

Патогенез

1. Гипо- и аганглиоз ауэрбаховского нервного сплетения
2. Дегенерация пищеводных волокон блуждающего нерва в сочетании с дисфункцией его дорсального ядра
3. Гиперчувствительная реакция к холинергической стимуляции и гастрину

Классификация (Б.В. Петровский, 1962).

I стадия - непостоянный функциональный спазм без расширения пищевода.

II стадия - стабильный спазм с нерезким расширением пищевода.

III стадия - рубцовые изменения (стеноз) НСП с выраженным расширением пищевода.

IV стадия - резко выраженный стеноз кардии с большой дилатацией, удлинением, S-образной деформацией пищевода и эзофагитом.

Клиническая картина.

Типична триада симптомов:

- Дисфагия, в т.ч., парадоксальная
 - Регургитация, (симптомы "мокрой подушки", "шнурования ботинка", "ночного кашля")
 - боль при глотании, боль за грудиной, симулирующая стенокардию (у 60% больных достаточно выраженные)
 - Потеря массы тела (у 90% больных).
 - Медленный приём пищи, ночной кашель, анемия.
-
- Может быть шум плеска за грудиной

Осложнения ахалазии

- эзофагит;
- пищеводное кровотечение;
- перфорация пищевода;
- периэзофагит;
- аспирационная бронхопневмония,
абсцесс легких

Диагностика

- Рентгенологическое исследование.
- Фиброэзофагоскопия.
- Манометрия (эзофаготонокимография).
- Эзофагоскопия.
- Диагностические фармакологические пробы.
 - Нитроглицерин, амилнитрит облегчают прохождение содержимого пищевода в желудок за счёт снижения тонуса мышечной оболочки пищевода и НСП.
 - Ацетилхолин, карбахолин оказывают стимулирующее действие на мышечную оболочку пищеводной стенки и НСП

Консервативное лечение

- **Лекарственное.** Нитраты (Изосорбида мононитрат, изосорбида динитрат), антихолинергические вещества, блокаторы кальциевых каналов (Нифедипин), простагландины могут улучшить состояние.
- **Дилатация**— основной метод лечения ахалазии кардии.
 1. баллонный пневматический кардиодилататор
 2. механический кардиодилататор (аппарат Штарка)

- **Противопоказания**

1. Варикозное расширение вен пищевода,
2. Выраженный эзофагит.
3. Заболевания крови, сопровождающиеся повышенной кровоточивостью.

- **Осложнения**

1. Разрыв пищевода с развитием медиастинита.
2. Острое пищеводно-желудочное кровотечение.
3. Недостаточность кардии с развитием тяжёлого рефлюкс-эзофагита.

Введение ботулинотоксина

- интрамуральное эндоскопическое введение ботулинового токсина А в НПС в дозе 80-100 ЕД.

Проблема *off-label-use*

- До настоящего времени в Российской Федерации препарат «**Dysport®**» (Ipsen Pharma, Франция) не зарегистрирован в качестве средства для применения в гастроэнтерологии. Для лечения ахалазии кардии препарат применяют в Республике Татарстан по специальному разрешению Министерства здравоохранения этого субъекта РФ.

Хирургическое лечение показано 10-15% больным.

Показания:

1. Невозможность проведения кардиодилатации;
2. Отсутствие эффекта от повторных курсов кардиодилатации;
3. Разрыв пищевода во время кардиодилатации;
4. III-IV стадия ахалазии кардии;
5. Подозрение на рак пищевода.

Дивертикулы пищевода

Классификация дивертикулов.

1. По происхождению:

- врожденные;
- приобретенные.

2. По локализации:

- глоточно-пищеводные (ценкеровские);
- эпибронхиальные (бифуркационные, среднепищеводные);
- дивертикулы нижней трети пищевода;
- эпифренальные (наддиафрагмальные);
- абдоминальные.

3. По механизму развития:

- пульсионные – выпячивание через слабые места при повышенном внутрипищеводном давлении;
- тракционные - вовлечение стенки пищевода в воспалительно-рубцовый процесс в клетчатке средостения;
- пульсионно-тракционные (смешанные).

4. По строению:

- истинные;
- ложные - не содержат мышечной оболочки.

5. По количеству: одиночные и множественные.

Стадии развития дивертикула

1. незначительное выпячивание стенки пищевода
2. дивертикул спускается вниз и располагается между пищеводом и позвоночником
3. дивертикул спускается в средостение.

Клиническая картина.

Глоточно-пищеводные дивертикулы

возникают в двух слабых местах соединения глотки и пищевода - в области треугольника Ланнье - Геккермана и Лемера - Киллиана

Иногда глоточно-пищеводные дивертикулы содержат до 1,5 л жидкости.

Триада симптомов (***Terracol et Sweet***):

1. регургитация застоявшейся пищей
2. постоянное наличие в глотке слизи
3. бурлящие шумы при надавливании на глотку

- Пальпация дивертикула сопровождается появлением шума плеска - *симптом Купера*.
- Жжение
- Першение в горле
- Саливация
- Неприятный запах изо рта
- *Феномен блокады* – сдавление пищевода
- Осиплость голоса
- Отек шеи и лица
- Усиление рисунка подкожных вен
- Срыгивание разложившейся пищи

Бифуркационные дивертикулы

1. Редкое развитие дисфагии
2. Отрыжка воздухом
3. Тяжесть и боль в грудной клетке
4. Срыгивание пищей
5. Затрудненное дыхание
6. Кашель

Часто сочетаются с язвенной болезнью, гастритом, колитом.

Эпифренальные дивертикулы

1. Чувство тяжести
2. Боль в нижней части грудины
3. Аэрофагия
4. Гнилостный запах
5. Срыгивание
6. Приступы астмы, стенокардии

Осложнения:

1. Дивертикулит и эзофагит с формированием абсцессов,
2. Аспирация содержимого дивертикулов (рецидивирующие бронхиты, пневмонии, абсцессы легких);
3. Кровотечение вследствие эрозий сосудов;
4. Перфорация дивертикулов с последующим медиастинитом;
5. Пищеводно-трахеобронхиальные свищи;
6. Рубцовый стеноз пищевода;
7. Малигнизация.

Диагностика

- Контрастная рентгенография
- Фиброэзофагоскопия
- Компьютерная томография

В стадии развития дивертикулов:

1. Дивертикул по форме напоминает шип розы;
2. Дивертикул по форме напоминают булаву;
3. Дивертикул имеет форму мешка, не сдавливающего пищевод;
4. Дивертикул сдавливает и оттесняет пищевод кпереди.

Консервативное лечение.

- Режим питания и диеты.
- Постуральный дренаж дивертикула

Показания к хирургическому вмешательству:

1. Дивертикулы больших размеров, нарушающие проходимость пищевода и сопровождающиеся длительным застоем пищевых масс в его полости;
2. Осложненные дивертикулы (частые дивертикулиты, кровотечение, перфорация, малигнизация);
3. Нарушение функций других органов и систем вследствие патологии пищевода;
4. Неэффективность консервативного лечения.

Доброкачественные опухоли пищевода

Доброкачественные опухоли пищевода

1. Происхождение

- Эпителиальные: аденомы (полипы)
- Неэпителиальные: липомы, лейомиомы, фибролипомы, миксофибромы, невромы, остеохондромы, ангиомы, миксомы

2. Характер роста

- Внутрипросветный: полипы, липомы, фибролипомы, миксофибромы
- Внутристеночный: лейомиомы

- Лейомиомы - опухоли, развивающиеся в мышечной оболочке пищевода и не вовлекающие в процесс слизистую оболочку.
- Составляют 2/3 доброкачественных опухолей пищевода.
- Если лейомиомы достигают размеров 5 см и более, у пациентов возникает дисфагия

Клиника

1. Дисфагия,
2. Изредка отрыжка
3. Потеря массы тела.

Диагностика

1. Контрастное рентгенологическое исследование. В стенке пищевода выявляется ограниченный дефект наполнения с гладкими краями и неизменённой слизистой оболочкой.
2. Эзофагоскопия.

Оперативное лечение

1. **Эндоскопическое удаление опухоли**
2. Энуклеация (вылущивание) опухоли из стенки пищевода только без повреждения слизистой оболочки.
3. Эзофаготомия, иссечение опухоли.
4. Резекция пищевода производится, если опухоль располагается в нижней части пищевода и произвести её энуклеацию или иссечение невозможно.

Рак пищевода

Риск развития рака пищевода увеличивают следующие факторы:

- а. Курение (в 2-4 раза).**
- б. Злоупотребление алкоголем (в 12 раз).**
- в. Географические факторы.
- г. Дефицит витаминов, особенно А и С.
- д. Ожог щёлочью (даже через много лет после воздействия).
- е. Ахалазия. Риск развития карциномы — 10%.*
- ж. Пищевод Барретта (в 30раз)*
- з. Гастроэзофагеальный рефлюкс (в 7 раз)*
- и. Ожирение*

Наиболее частые морфологические формы:

- плоскоклеточный рак;
- аденокарцинома

Редкие морфологические формы:

- аденокистозный рак;
- мукоэпидермоидный рак;
- карциносаркома;
- мелкоклеточный рак;
- меланома.

- Экзофитная форма (узловая, ворсинчатая, бородавчатая).
- Эндофитная (язвенная) форма.
- Склерозирующая (циркулярная форма).

Классификация МКБ-10

- C15 Злокачественное новообразование пищевода
 - C15.0 Шейного отдела пищевода
 - C15.1 Грудного отдела пищевода
 - C15.2 Абдоминального отдела пищевода
 - C15.3 Верхней трети пищевода
 - C15.4 Средней трети пищевода
 - C15.5 Нижней трети пищевода
 - C15.8 Поражение пищевода, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
 - C15.9 Поражение пищевода неуточненное

Особенности метастазирования

Рак шейного отдела пищевода - раннее метастазирование в средостение, клетчаточные пространства шеи, надключичные области.

Рак грудного отдела пищевода - в л/у средостения, околопищеводную клетчатку.

Рак нижнего отдела пищевода – в л/у верхнего отдела малого сальника.

Для всех локализаций - вирховские метастазы в левой надключичной области.

Отдалённые метастазы — в печень (20%), лёгкие (10%), кости, мозг.

Частоту лимфогенного метастазирования в большей степени определяет не размер опухоли, а **глубина инвазии**.

Высокая частота "прыгающего" метастазирования - достигающая 30%.

TNM

- Tis - карцинома in situ/дисплазия высокой степени
- T1 - прорастание опухоли в собственную пластинку или подслизистый слой
 - T1a - собственная пластинка или мышечная пластинка слизистой оболочки
 - T1b - подслизистый слой.
- T2 - прорастание в мышечный слой
- T3 - прорастание в адвентицию
- T4 - прорастание прилежающих структур
 - T4a - плевра, брюшина, перикард, диафрагма;
 - T4b – аорта, позвонки, трахея.

- **N0 - нет метастазов в регионарных лимфоузлах**
- **N1 - поражение 1-2 регионарных лимфоузлов**
- **N2 - поражение 3-6 регионарных лимфоузлов**
- **N3 - поражение 7 и свыше регионарных лимфоузлов.**
- **M1 - наличие отдаленных метастазов.**

Рекомендации

Международного противоракового союза (UICC)

- **Ранним** считают внутрислизистый РП, который во всей группе оперированных нами больных был выявлен только в 1% случаев. Опухоли, выходящие за пределы слизистой, относят к **позднему** РП.
- Отдаленные метастазы поражают печень (32%), легкие (21%) и кости (8%).
- Общая частота лимфогенного метастазирования РП колеблется в интервале от 34 до 85%.
- Метастатическое поражение регионарных лимфоузлов при РП — основной прогностический фактор, оказывающий большее влияние на отдаленные результаты лечения, чем протяженность опухоли или глубина инвазии стенки органа.

Рекомендации

Международного противоракового союза (UICC)

- Выделяют **три анатомических региона лимфооттока** пищевода — цервикальный, медиастинальный и абдоминальный.
- **Регионы лимфооттока едины для всего пищевода и могут вовлекаться при любой локализации опухоли, т.е. отсутствует последовательность и избирательность их поражения.**
- **Частоту лимфогенного метастазирования в большей степени определяет не размер опухоли, а глубина инвазии стенки пищевода.**
- **Парадоксальный характер** лимфогенной диссеминации РП состоит в преимущественном поражении не ближайших к первичному очагу узлов, а удаленных от него. Свидетельством тому является высокая частота «прыгающего» метастазирования, достигающая 30%.

Опухоли пищеводно-желудочного соустья (Siewert):

- I тип – аденокарцинома дистального отдела пищевода (часто ассоциируется с пищеводом Barrett's), центр которой расположен в пределах от 1 до 5 см выше Z–линии.
 - II тип – истинная аденокарцинома зоны пищеводно–желудочного перехода (истинный рак кардии), центр опухоли расположен в пределах 1 см выше и 2 см ниже от Z–линии.
 - III тип – рак с локализацией основного массива опухоли в субкардиальном отделе желудка (от 2 до 5 см от Z–линии) и возможным вовлечением дистальных отделов пищевода.
- Опухоли пищеводно-желудочного соустья I и II типов по Siewert подлежат алгоритмам лечения, соответствующим раку пищевода.
- Опухоли III типа подлежат алгоритмам лечения, соответствующим раку желудка.

1. Дисфагия (85%):

1-я степень — по пищеводу проходит любая пища, но больной испытывает неприятные ощущения, прохождение пищи замедлено, иногда появляется болезненность за грудиной, в межлопаточном пространстве, в эпигастрии;

2-я степень — проходит любая пища, но больной вынужден запивать её;

3-я степень — проходит только жидкая пища;

4-я степень — пища не проходит (афагия).

2. Повышенная саливация
3. Боли при глотании -25% (распространение опухоли за пределы стенки).
4. Запах изо рта
5. Регургитация (срыгивания, «пищеводная рвота»).
6. Поражение органов грудной полости: тупые боли в груди, одышка, тахикардия после еды, изменение тембра голоса (5%), кашель (3%), набухание надключичной ямки.
7. Неспецифические симптомы: снижение или отсутствие аппетита, потеря веса: адинамия, утомляемость, слабость, потливость, апатия, похудание, беспричинный субфебрилитет

Диагностика

- Рентгенконтрастное исследование пищевода.
- Эзофагоскопия.
- Бронхоскопия.
- Компьютерная томография
- Эндоскопическое УЗИ.

анемия наступает обычно поздно

Лечение

1. Радиотерапия и химиотерапия существуют как дополнение к оперативному лечению.
2. **Лучевая терапия** показана при локализации поражений в проксимальной части средней трети или в верхней трети пищевода. Средняя доза составляет примерно 40-60 Гр
3. **Химиотерапия** практически не оказывает влияния на длительность жизни больных. Более обнадеживающие результаты получены при сочетаниях химио- и лучевой терапии.
4. **Неoadъювантная химиотерапия и лучевая терапия**, проводимая перед операцией, уменьшает размеры опухоли и улучшает отдалённые результаты оперативного лечения.
 - А. Возможно уменьшение первичного очага
 - Б. Раннее лечение микрометастазов
 - В. Лучше переносится

Хирургическое лечение

1. Паллиативное

А. Гастростомия

Б. Бужирование и стентирование
пищевода

В. Эндоскопическая резекция опухоли
(электро-, лазерная)

2. Радикальные – резекция пищевода

Методичное применение расширенной абдоминальной
ЛАЭ позволило увеличить пятилетнюю выживаемость
пациентов в 2 раза

Лечение, стадия I-IIA (T1-3N0M0)

- трансторакальная субтотальная резекция пищевода с одномоментной внутриплевральной пластикой стеблем желудка или сегментом толстой кишки
- минимально инвазивная (торако-лапароскопическая) или гибридная (торакотомия+лапароскопия или торакоскопия + лапаротомия) эзофагэктомия или робот-ассистированная резекция пищевода.
- Эндоскопическая резекция является методом выбора при carcinoma in situ, при тяжелой дисплазии и при T1.
- 5-летняя выживаемость достигает 85-100%

Лечение рака пищевода, стадия IIB-III (T1-2N1M0; T3N1M0)

- Варианты лечения: хирургическое; предоперационная химиотерапия + хирургическое лечение; предоперационная химиолучевая терапия + хирургическое лечение.
- В целях улучшения результатов используются различные сочетания лекарственной и лучевой терапий (предоперационная химиотерапия, предоперационная химиолучевая терапия, самостоятельная химиолучевая терапия)

Предоперационная (неoadъювантная)
химиотерапия

- при плоскоклеточном раке – неэффективна
- при аденокарциноме - 2–3 курса до операции и 3–4 курса – после нее.

Послеоперационная (адъювантная)
химиотерапия не показана

Лучевая терапия без химиотерапии не
эффективна

ОДНОВРЕМЕННАЯ ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

- Предоперационная химиолучевая терапия - еженедельное введение паклитаксела и карбоплатина на фоне 5 недель лучевой терапии – полная регрессия аденокарциномы в 23% и плоскоклеточного рака в 49%.
Токсичность режима – 4% летальность.
Хирургическое вмешательство через 6–8 недель.
- Самостоятельная химиолучевая терапия - 5-летняя выживаемость – 20–27 %.

Стадия III (T4 или множественные метастазы в регионарные лимфоузлы средостения)

- Основным методом лечения является самостоятельная химиолучевая терапия.

IV стадия

Основными задачами лечения больных метастатическим раком пищевода являются устранение болезненных симптомов, увеличение продолжительности жизни.

- Проведение химиотерапии у пациентов с удовлетворительным общим состоянием и дисфагией I–II степени
- При выраженной (III–IV) дисфагии - восстановление проходимости пищевода (стентирование, реканализация).

Паллиативное лечение (купирование дисфагии)

- эндоскопические методы (баллонная дилатация, электро-, аргонно-плазменная
- или лазерная деструкция, фотодинамическая терапия),
- лучевая терапия (дистанционная, брахитерапия),
- постановка внутрипросветных стентов.
- Проведение паллиативной химиолучевой терапии не имеет явных преимуществ по сравнению с одной лучевой терапией и лишь сопряжено с большей токсичностью.
- В случае развития пищеводно-бронхиальных или медиастинальных свищей постановка покрытых стентов позволяет купировать данные осложнения у 70–100 % больных