

Рак пищевода и желудка

704-20к хирургия
Бекмурат Қ.К.

Рак пищевода

Эпидемиология. Заболеваемость раком пищевода составляет 4,3-4,5 на 100 тыс. населения. Мужчины болеют в 5-6 раз чаще женщин.

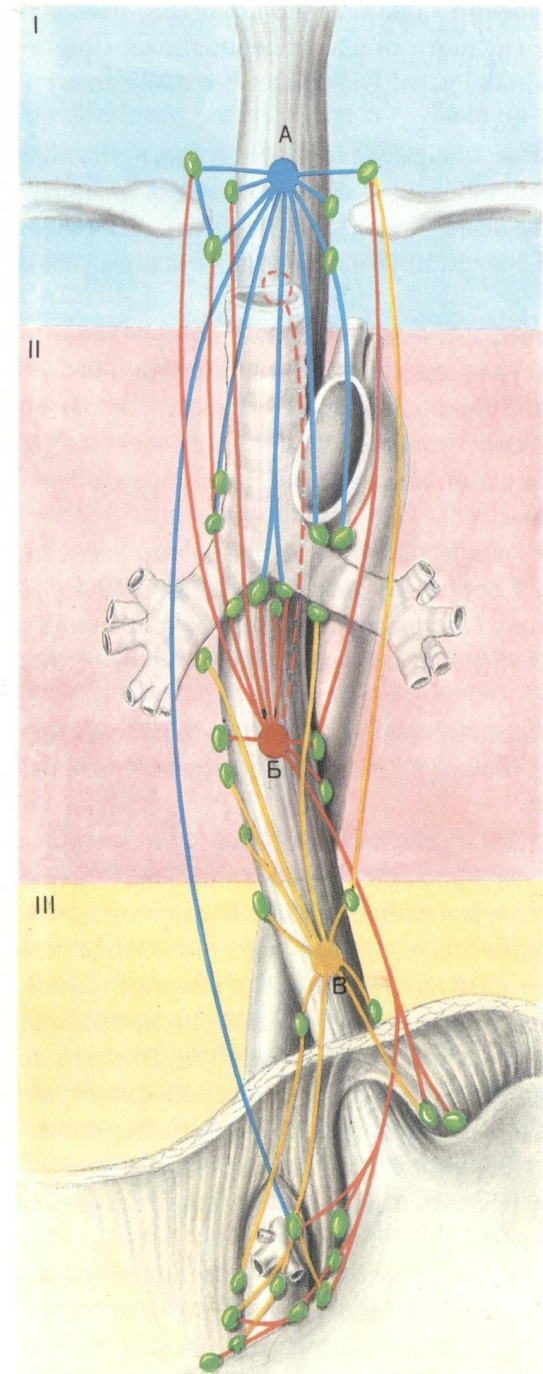
Этиология. В возникновении злокачественной опухоли пищевода определенную этиологическую роль играют длительное потребление слишком горячей или холодной, грубой пищи, крепких алкогольных напитков, злоупотребление курением табака. Все это приводит к предопухолевым изменениям пищевода (лейкоплакия, эзофагит), на фоне которых и возникает рак пищевода. Из доброкачественных опухолей заслуживают внимания полипы, аденомы, миомы пищевода.

Чаще всего рак поражает среднюю и нижнюю треть пищевода (до 85%).

По форме роста опухоли различают экзофитный (полипообразный, блюдцеобразный) и эндофитный рак (язвенно-инфильтративный, стенозирующий).

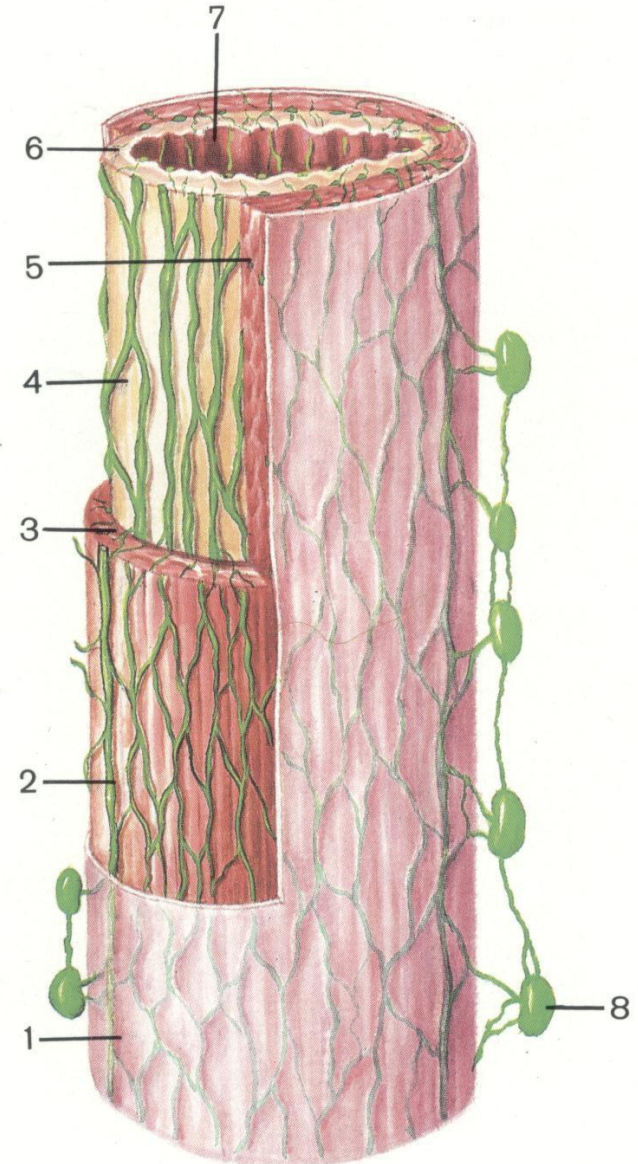
● Анатомия

1. Шейный отдел - до входа в грудную полость (18 см от линии передних резцов).
2. Внутригрудной отдел пищевода:
 - а) верхнегрудной отдел - от входа в грудную полость до уровня дуги аорты (около 24 см от передних резцов);
 - б) среднегрудной отдел - проксимальная половина отрезка пищевода между бифуркацией трахеи и пищеводно-желудочным соединением (нижний предел около 32 см от передних резцов);
 - в) нижнегрудной отдел - дистальная часть внутригрудного отрезка пищевода между бифуркацией трахеи и пищеводного отверстия диафрагмы (нижний предел около 36 см от передних резцов).
3. Брюшной отдел - между диафрагмальным отверстием и пищеводно-желудочным соединением, которое размещено на расстоянии примерно 40 от передних резцов.



- Структура стенки пищевода

- Слизистая оболочка
- Подслизистый слой
- Мышечная оболочка
- Адвентиция



- Регионарные лимфатические узлы

Метастазирование происходит главным образом по течению лимфы.

Регионарными узлами для шейного отдела пищевода являются шейные лимфатические узлы (вместе с надключичными), а для грудного отдела - лимфатические узлы средостения.

Опухоли нижнего отдела метастазируют под диафрагму в паракардиальные лимфатические узлы.

Отдаленные метастазы рак пищевода дает редко, главным образом в печень. Больные чаще умирают не от отдаленных метастазов, а от осложнений, вызванных опухолью.

Гистологические формы

- 1. Плоскоклеточный рак (около 30% всех случаев).
- 2. Аденокарцинома (около 65%):
 - а - папиллярная, б - тубулярная;
 - в - муцинозная г - перстневидноклеточный рак.
- 3. Недифференцированный рак (5%).
- Рак грудного отдела пищевода



Классификация TNM

T - Первичная опухоль

TX Недостаточно данных для оценки первичной опухоли

To Первичная опухоль не определяется

Tis Carcinoma in situ

T1 Опухоль инфильтрирует базальную мембрану и подслизистый слой

T2 Опухоль инфильтрирует мышечный слой

T3 Опухоль инфильтрирует адвентицию

T4 Опухоль распространяется на смежные структуры

N - Регионарные лимфатические узлы

Nx - Недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

No - Нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов

N1 - Имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах

M - Отдаленные метастазы

MX - Недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

Mo - Отдаленные метастазы не определяются

M1 - Имеющиеся отдаленные метастазы

Клиника

- К клиническим признакам рака пищевода принадлежит дисфагия - затруднение продвижения пищи по пищеводу. Дисфагия развивается постепенно, по мере роста опухоли и сужения пищевода. В начале заболевания появляются затруднения при глотании грубой пищи, больные должны запивать ее водой. Впоследствии с большим трудом проходит жидкая пища, наконец наступает время, когда больной не может сделать глоток воды. Через голодовку больной быстро худеет.
- Признаками рака пищевода является также неприятные ощущения давления и боль за грудиной во время еды. В случае значительного распространения процесса и появления отдаленных метастазов (в печени) наблюдаются общая слабость, истощение, малокровие. К грозным осложнениям рака пищевода относятся кровотечение и перфорация стенки пищевода в средостение (медиастинит) или трахею (свищ).

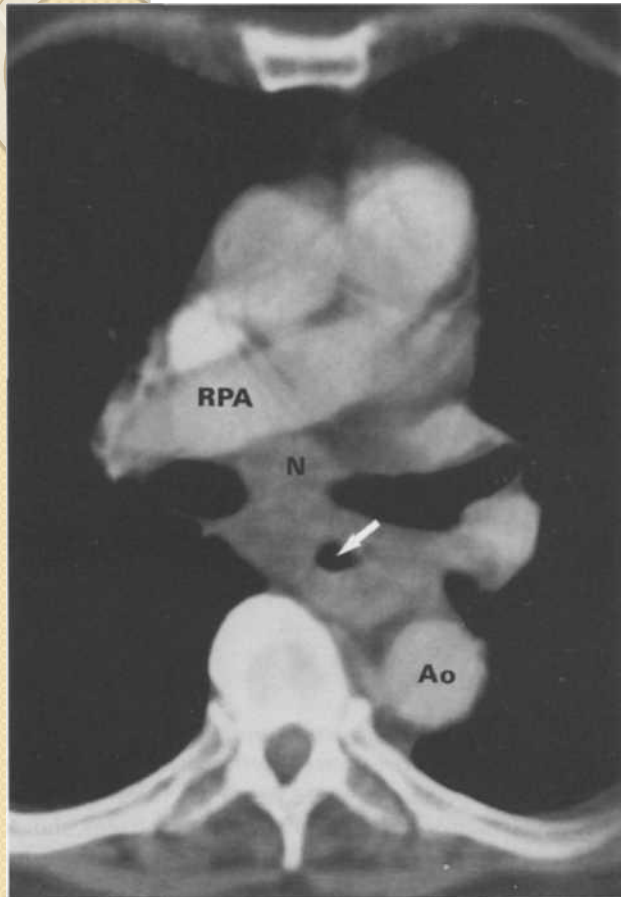
Диагностика

- Наличие даже функциональной дисфагии у лиц пожилого возраста позволяет заподозрить прежде всего рак пищевода. Рубцовые сужения пищевода как причину дисфагии определяют на основе анамнеза, хотя на фоне рубцовых изменений может оказаться и опухоль. Анамнестически также можно поставить диагноз локального рубцового медиастинита (болезнь Хантера), что может быть следствием пневмонии.

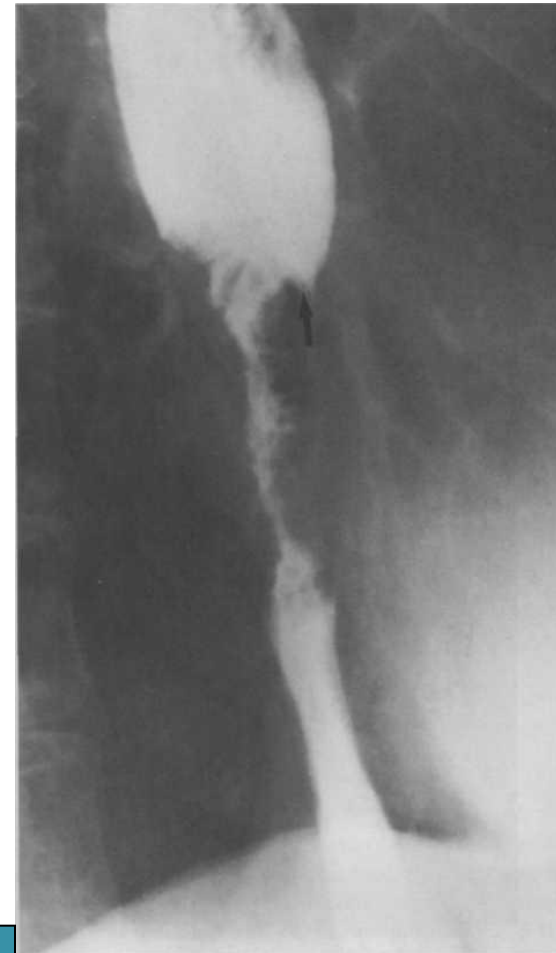
Основными методами диагностики являются рентгенологический и эндоскопический. При рентгеноскопии обнаруживается сужение пищевода с ригидными стенками, перистальтика на уровне поражения отсутствует. Часто имеется супрастенотическое расширение пищевода. Рентгенологическая картина зависит от формы роста опухоли. При язвенной форме роста можно обнаружить депо бария в стенке пищевода. Часто протяженность поражения можно определить только рентгенологически.

Эзофагоскопически можно увидеть собственно опухоль или ее косвенные признаки. При этом видно лишь сужение пищевода, через которое пройти невозможно, но ригидность стенки при исследовании эндоскопом, отсутствие расправления складок при раздувании свидетельствуют об опухолевой патологии. В каждом случае требуется биопсия опухоли или эксфолиативное цитологическое исследование для верификации диагноза.

Карцинома пищевода



CT

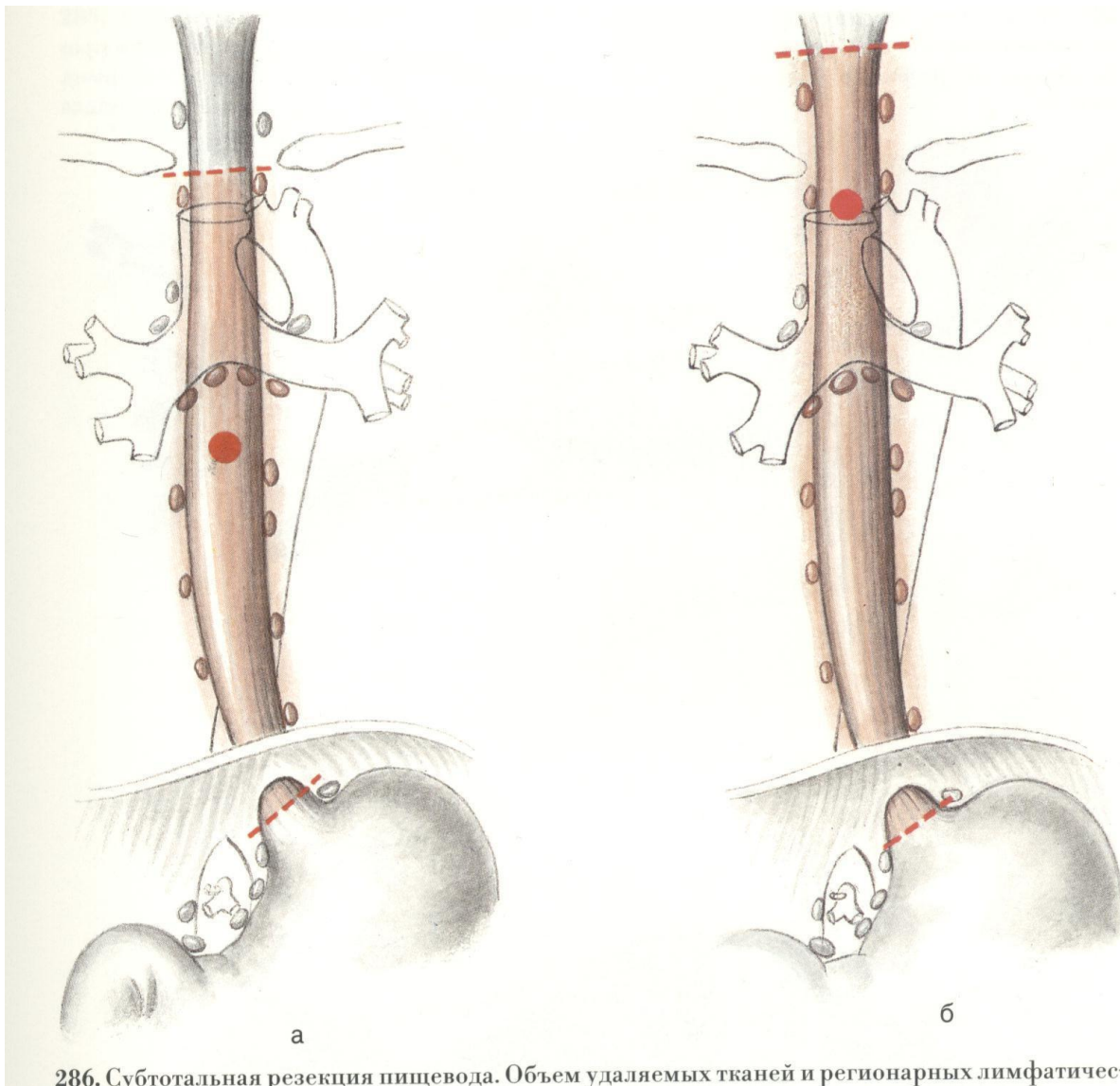


X-ray

Лечение

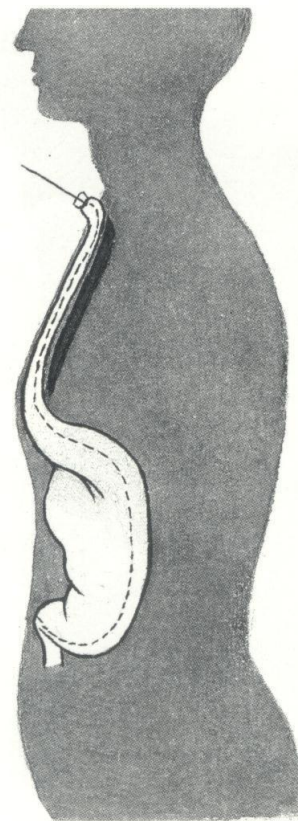
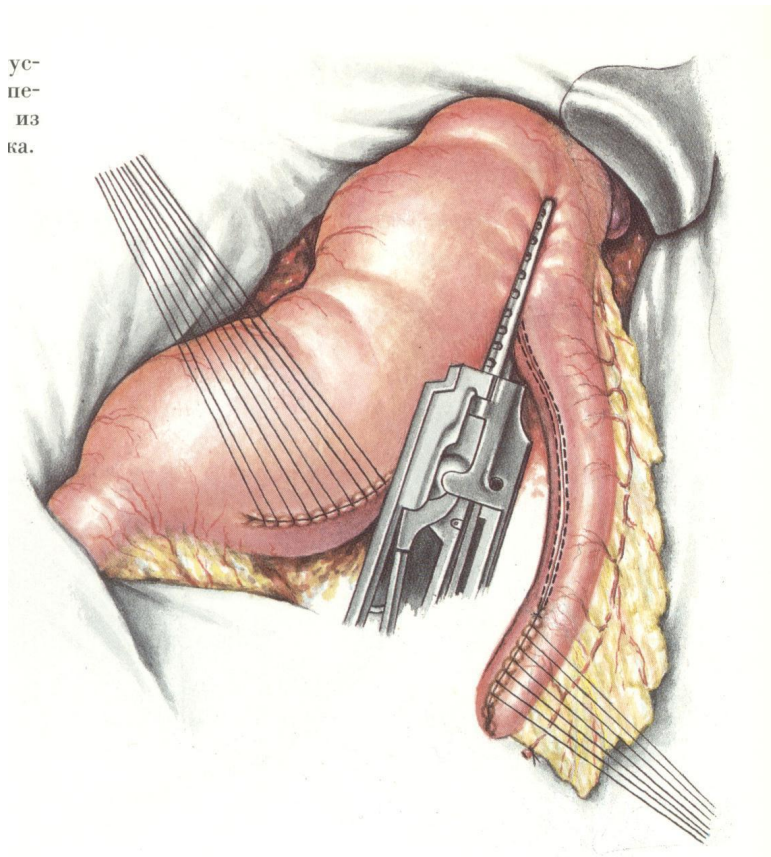
При раке пищевода применяют хирургическое и лучевое лечение. При локализации опухоли в шейном отделе основным видом лечения является лучевая терапия. Расширенные операции, при которых удаляют пищевод, гортань, накладывают фарингофисуру и гастростому (типа операции Габриэля) выполняются очень редко. Если рак грудного отдела расположен выше дуги аорты, то лучевая терапия также является методом выбора. Когда опухоль расположена на уровне дуги аорты или ниже, то применяют комбинированное лечение - адьювантную лучевую терапию и операцию. Оптимальной считается чрезплевральная резекция пищевода с внутриплевральной пластикой за Льюисом. При локализации опухоли непосредственно в наддиафрагмальной части пищевода или в абдоминальном отделе, оптимальной является операция типа Гарлока, которая осуществляется через левый торакоабдоминальный доступ.

Резекция пищевода

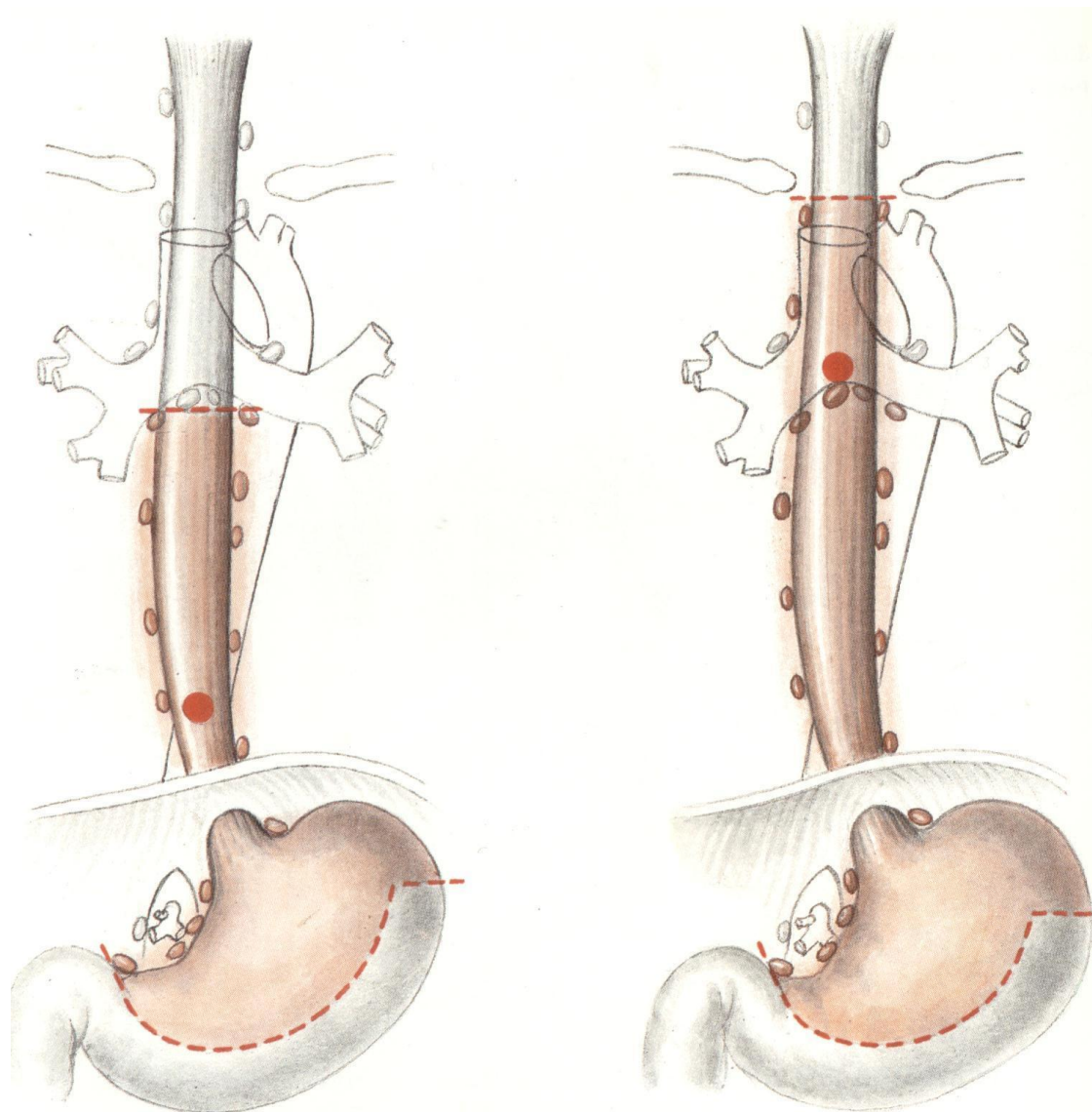


Формирование пищевода из большой кривизны желудка

ус-
пе-
из
ка.

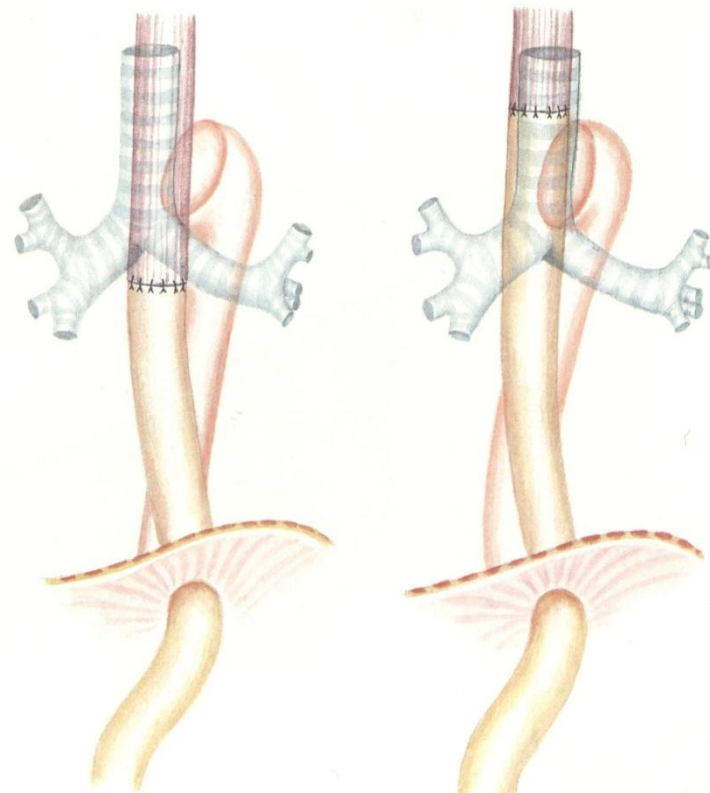
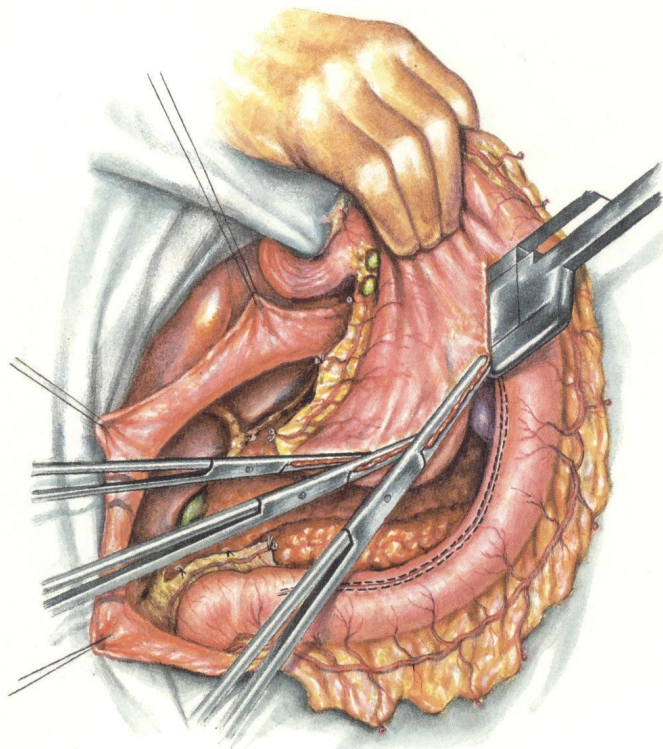


Резекция пищевода



Пластика пищевода желудком

a-
a-



Лечение

Типичной операцией при кардио-эзофагеальном раке является проксимальная резекция желудка с резекцией нижней части пищевода. Пищевод пересекают на расстоянии не менее 4см. от верхнего края опухоли. При гастроэзофагеальном раке выполняют гастрэктомию с резекцией нижней части пищевода. Данные операции нередко необходимо расширять за счет дополнительных резекций смежных органов (печени, поджелудочной железы, диафрагмы, надпочечника, поперечно-ободочной кишки, легких, перикарда, селезенки). Резектабельность составляет около 50%. В нерезектабельных случаях возможны симптоматические операции для обеспечения возможностей питания: гастро- и еюностомия, обходные анастомозы, реканализация пищевода лазерными лучами

Лучевая терапия

- При раке средней и нижней трети грудного отдела пищевода часто применяется самостоятельное лучевое, соединяются - лучевое и химиолучевое лечения. Дистанционное облучение проводится методом мелкого фракционирования дозой 2 Гр (5 раз в неделю) при суммарной дозе 50 ... 60 Гр. Внутриполостное облучение осуществляется с помощью шланговых аппаратов типа «Селектрон», Агат ВУ методом после введения до суммарной дозы 20-30 Гр. Иногда перед облучением для питания больного накладывают гастростому.
Низкая эффективность лечения рака пищевода требует внесения изменений в тактику лечения. Надежды связываются, в частности, с проведением неoadъювантной химиотерапии (особенно комбинациями, включающими цисплатин и 5-фторурацил).



Опухоли желудка

Stomach Cancer

Рак желудка

- Одна из самых распространенных злокачественных опухолей у человека, который в структуре онкологической заболеваемости занимает 2-е - 3-е место. В Украине частота ее колеблется в пределах 32,3-30,3 на 100 тыс. населения. У мужчин рак желудка наблюдается в 2 раза чаще; после 40 лет заболеваемость резко возрастает.

Эпидемиология

- Среди всех злокачественных опухолей рак желудка составляет около 10%, а среди опухолей желудочно-кишечного канала - до 50%. Высокие показатели заболеваемости наблюдаются в Японии (56,8 на 100.000 населения), Финляндии (48,7), Бразилии (49,5), Колумбии (44,5), России (44,6), Исландии (41,6). Низкая заболеваемость наблюдается в Канаде (8,0), Австралии (8,4), Индонезии (12,8), Грузии (11,7).
В Украине в настоящее время заболеваемость раком желудка составляет 30,8 случаев на 100.000 населения, у мужчин более чем в два раза выше чем у женщин (соответственно 29,6 и 12,0 на 100.000 населения), а смертность составляет 15,2 на 100.000 населения .

- Предрак.

К местным предопухолевым заболеваниям относятся анацидный гастрит, особенно с дисплазией эпителия, дисрегенераторные (метапластические) гастриты, складчатый гиперпластический гастрит (болезнь Менетрие), аденоматозные полипы и множественный полипоз желудка, пернициозная анемия, резекции желудка.

Патологическая анатомия

Опухоль локализуется в нижней трети желудка в 50% случаев, в средней - в 15% и в верхней - 25%. Почти 10% случаев приходится на дно желудка. На основе эндоскопических исследований принято выделять такие макроскопические формы роста опухоли.

А. Первичный рак.

I. Экзофитная форма: а) бляшковидный; б) полиповидный в) чашеобразный.

II. Инфильтративная форма (эндофитные).

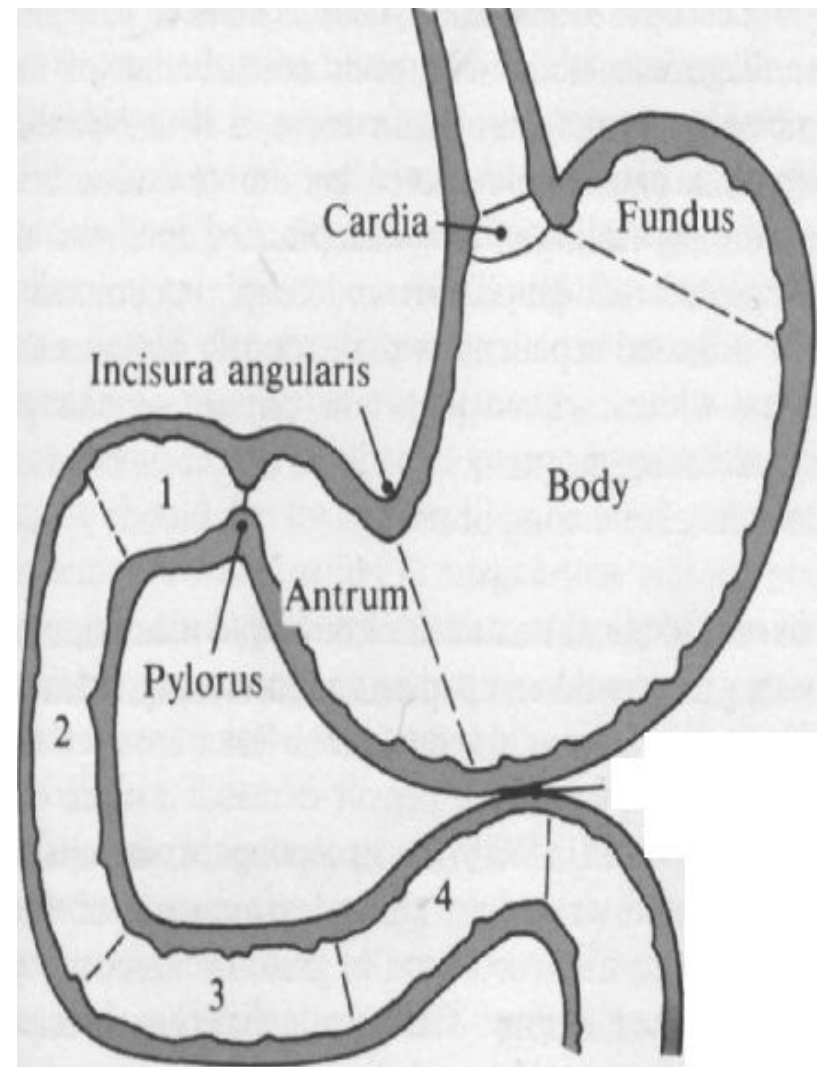
1. Язвенно-инфильтративная форма.

2. Диффузно-инфильтративная форма

III. Смешанная форма (мезофитный).

Б. Рак из полипа.

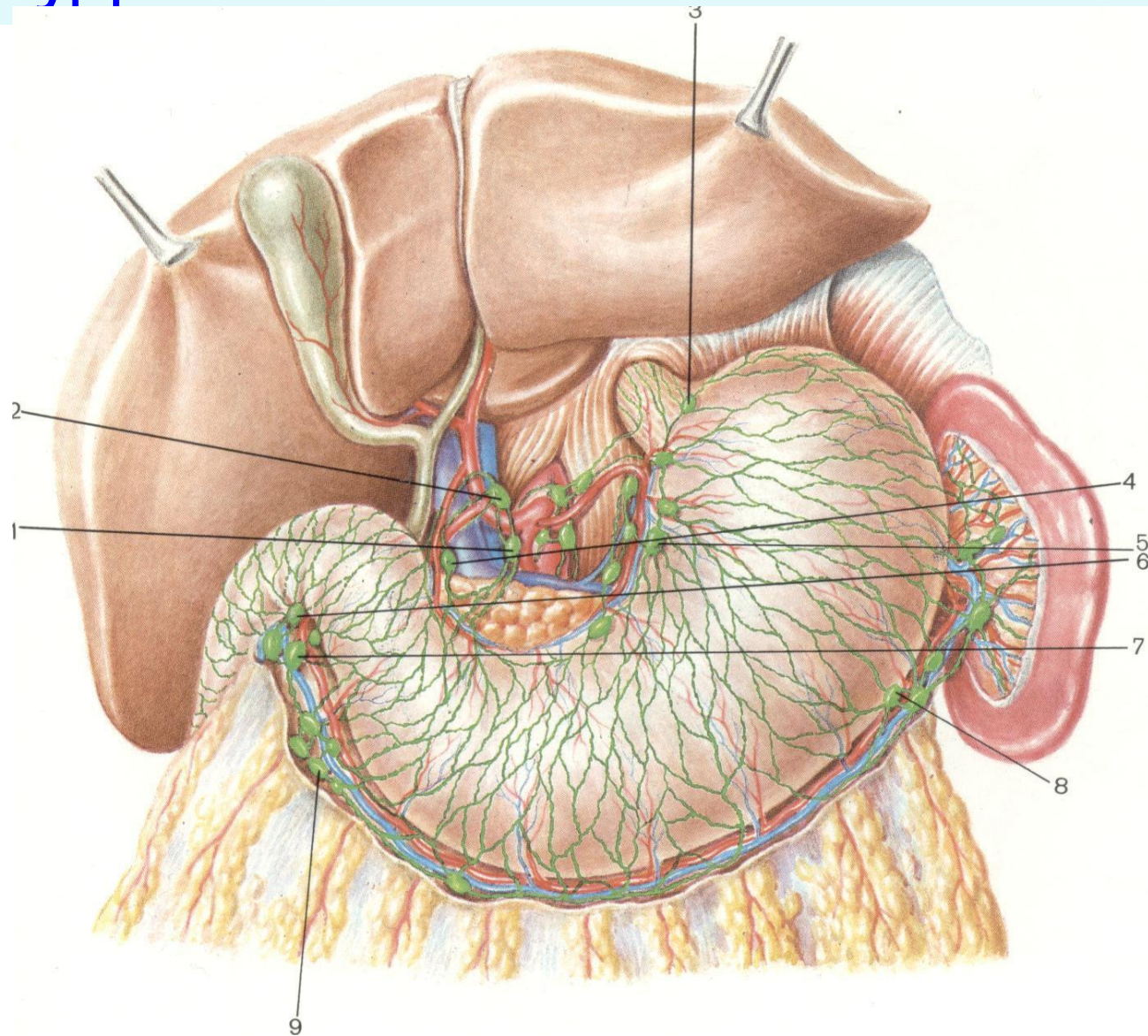
В. Рак из язвы.



Гистологическая классификация рака желудка

1. Аденокарцинома:
 - а) папиллярная, б) тубулярная в) муцинозная;
 - г) перстневидно-клеточный рак.
2. Железисто-плоскоклеточный рак.
3. Плоскоклеточный рак.
4. Недифференцированный рак.
5. Некласифицируемый рак.

Топографическая анатомия желудка



Классификация TNM

Tx Недостаточно данных для оценки первичной опухоли

To Первичная опухоль не определяется

Tis Carcinoma in situ: внутриэпителиальная опухоль без инвазии базальной мембраны

T1 Опухоль инфильтрирует базальную мембрану и подслизистый слой

T2 Опухоль инфильтрирует мышечный и субсерозный слой

T3 Опухоль прорастает серозную оболочку (висцеральную брюшину) без инвазии в соседние структуры

T4 Опухоль распространяется на соседние структуры

Nx Недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

No Нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов

N1 Имеются метастазы в 1-6 регионарных лимфатических узлах

N2 Имеются метастазы в 7-15 регионарных лимфатических узлах

N3 Имеются метастазы в более, чем 15 регионарных лимфатических узлах

Mx Недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

Mo Отдаленные метастазы не определяются

M1 Имеющиеся отдаленные метастазы

● Клиника

Рак дистального отдела желудка проявляется признаками пилоростеноза. Появляются ощущение полноты в эпигастрии, иногда отрыжка и рвота. С ростом опухоли и полным сужением выходного отдела вся принятая пища остается в желудке, последний расширяется, в результате чего больного беспокоят чувство тяжести и боли в животе.

Рак кардиального отдела желудка проявляется дисфагией - задержкой пищи в горле продвижения её из пищевода в желудок. Кроме этого, появляются ощущение давления и боль за грудиной, слюнотечение, срыгивание.

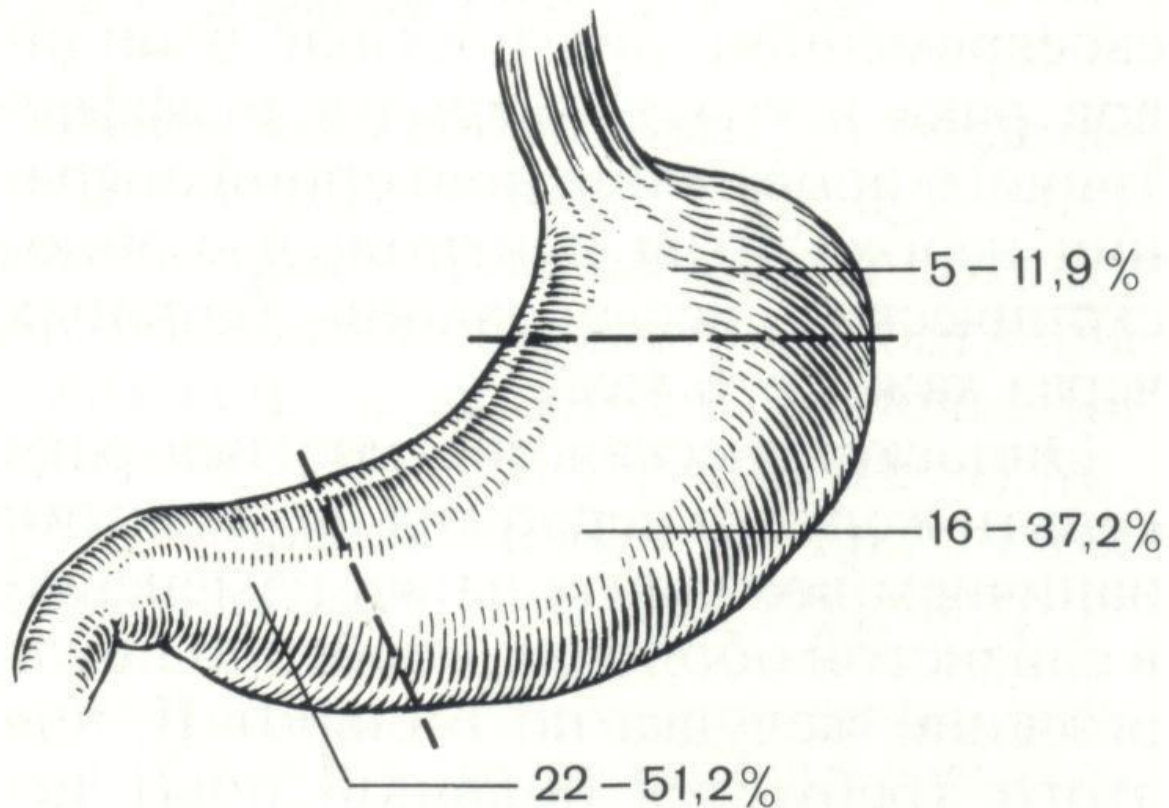
Рак тела желудка сравнительно долго не проявляется желудочными симптомами. На первый план выступают общие признаки: общая слабость, исхудание, малокровие, потеря аппетита, депрессия. К основным осложнениям рака желудка относятся пилоростеноз (сужение выходного отдела желудка), кровотечение и перфорация, требующих немедленного хирургического вмешательства.

Характерными отдаленными метастазами являются метастаз Вирхова (в левой надключичной области между ножками кивательной мышцы), метастазы Крукенберга (в яичники), метастаз Шницлера (в дугласовом пространстве), метастаз в пупок (метастаз сестры Джозеф)

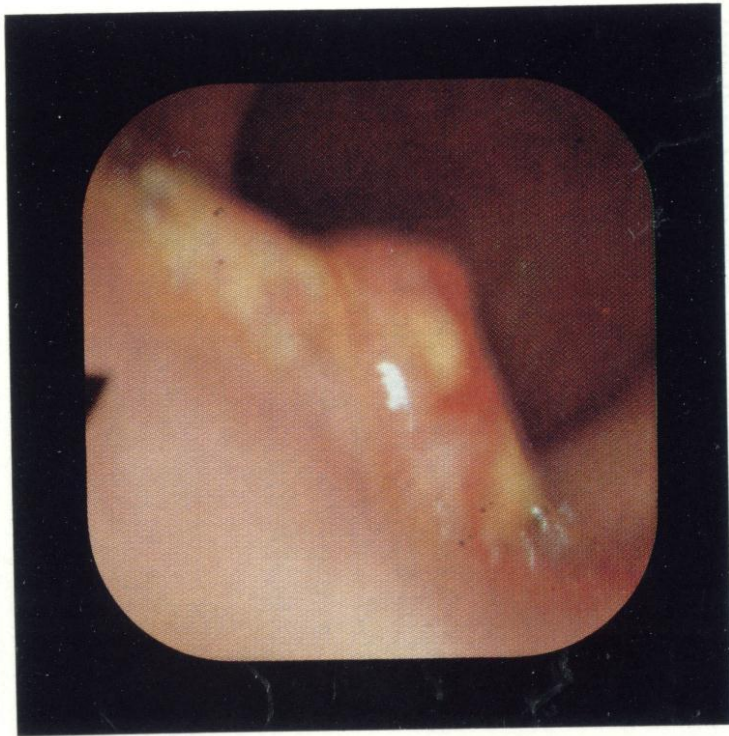
Диагностика

2.208. Локализация
форм рака желудка.

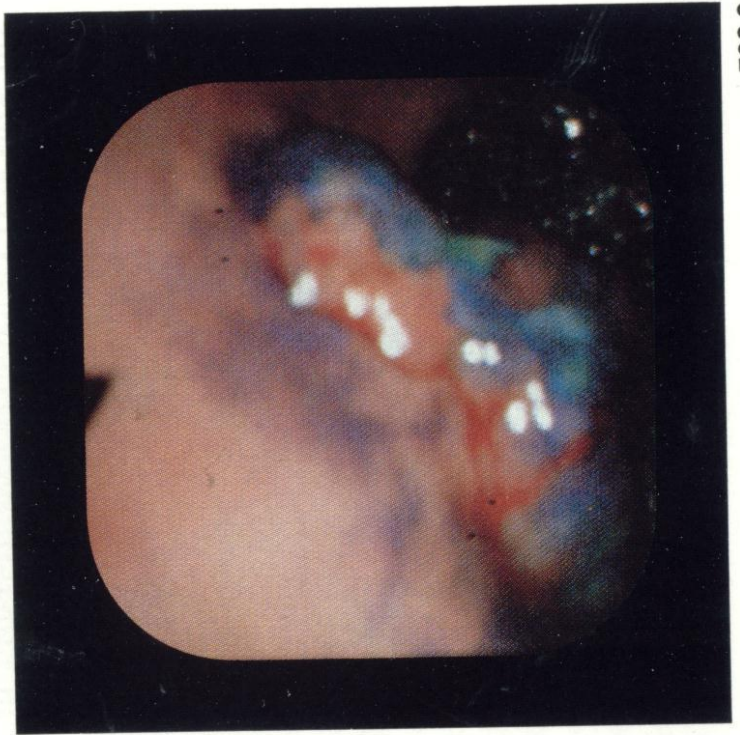
ранних



Хромогастроскопия



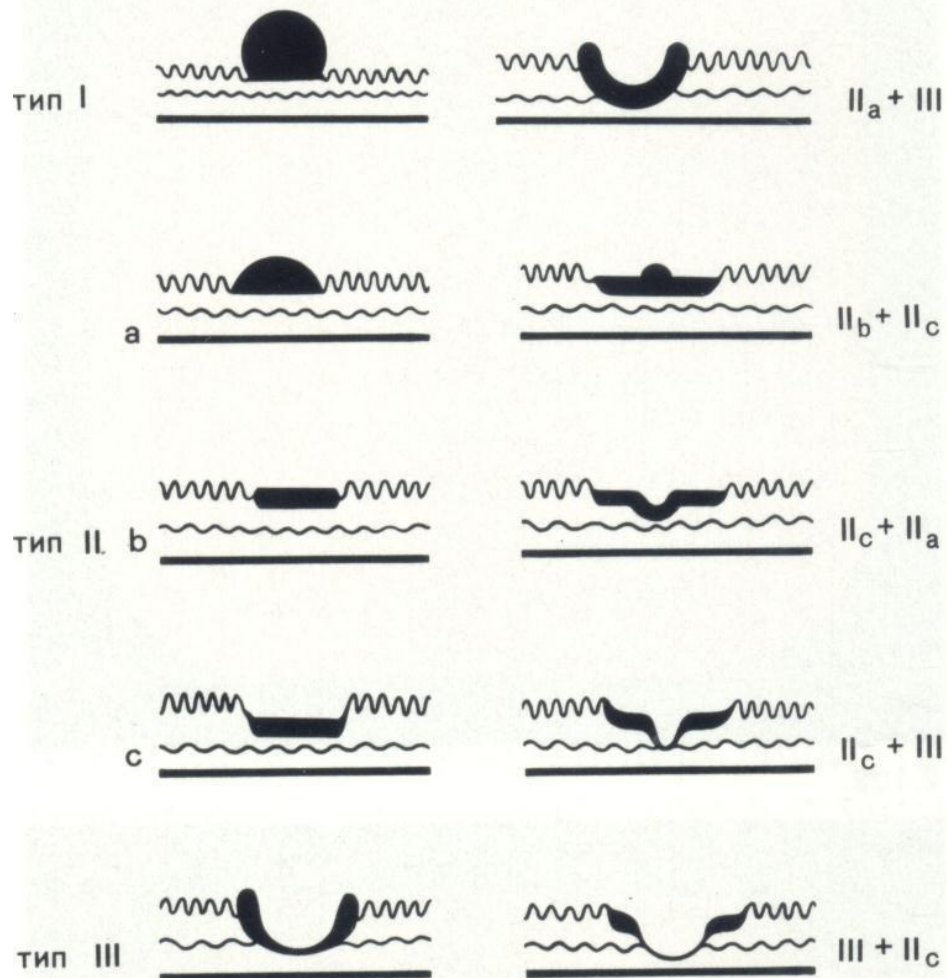
S.509.



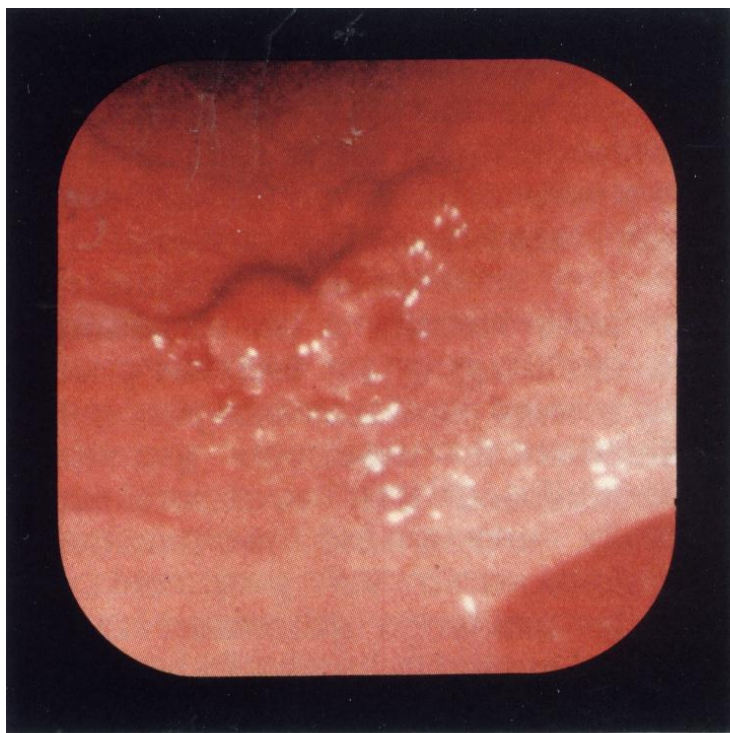
S.501.

Ранний рак желудка

2.107. Макроскопические формы раннего рака желудка (схема).



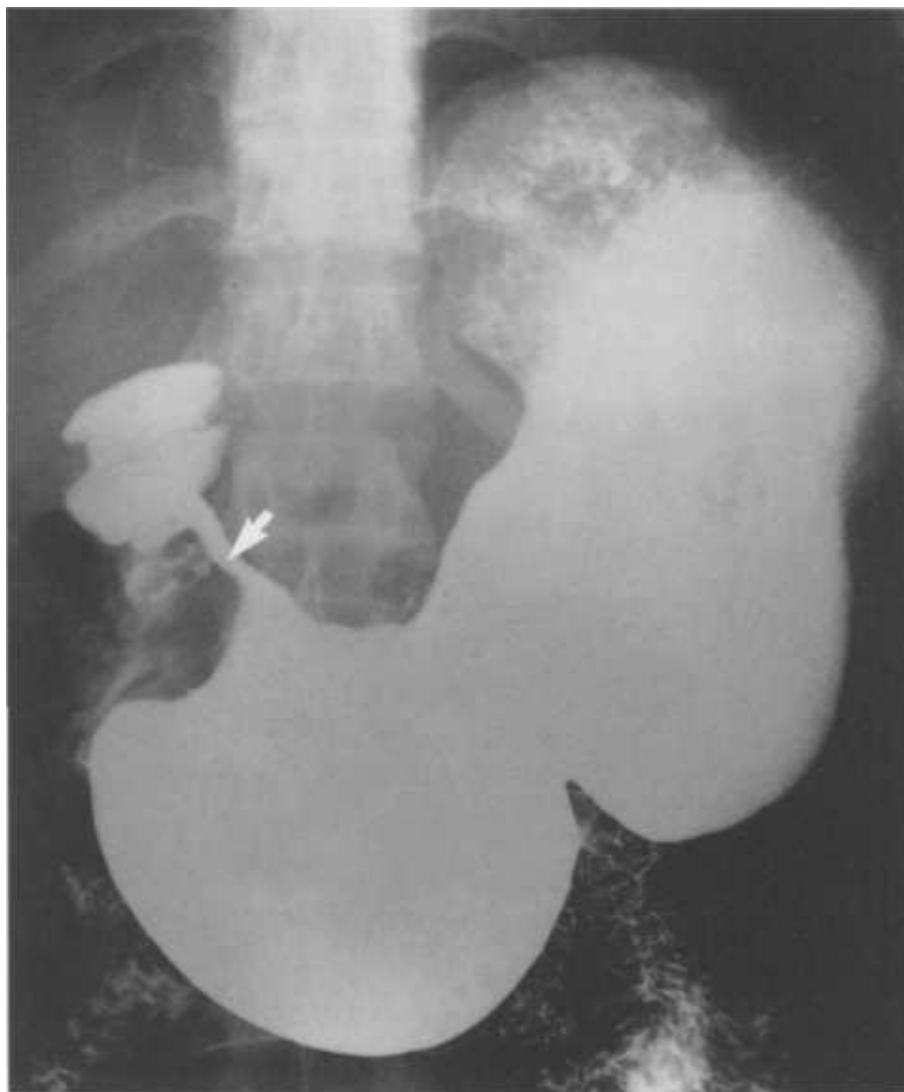
Ранний рак желудка: гастроскопия



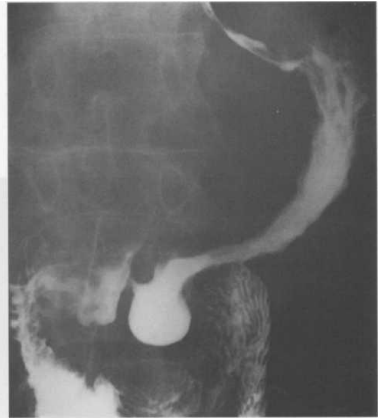
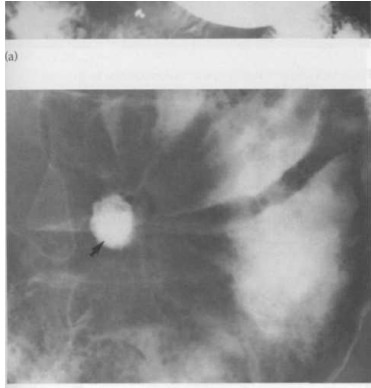
Тип I

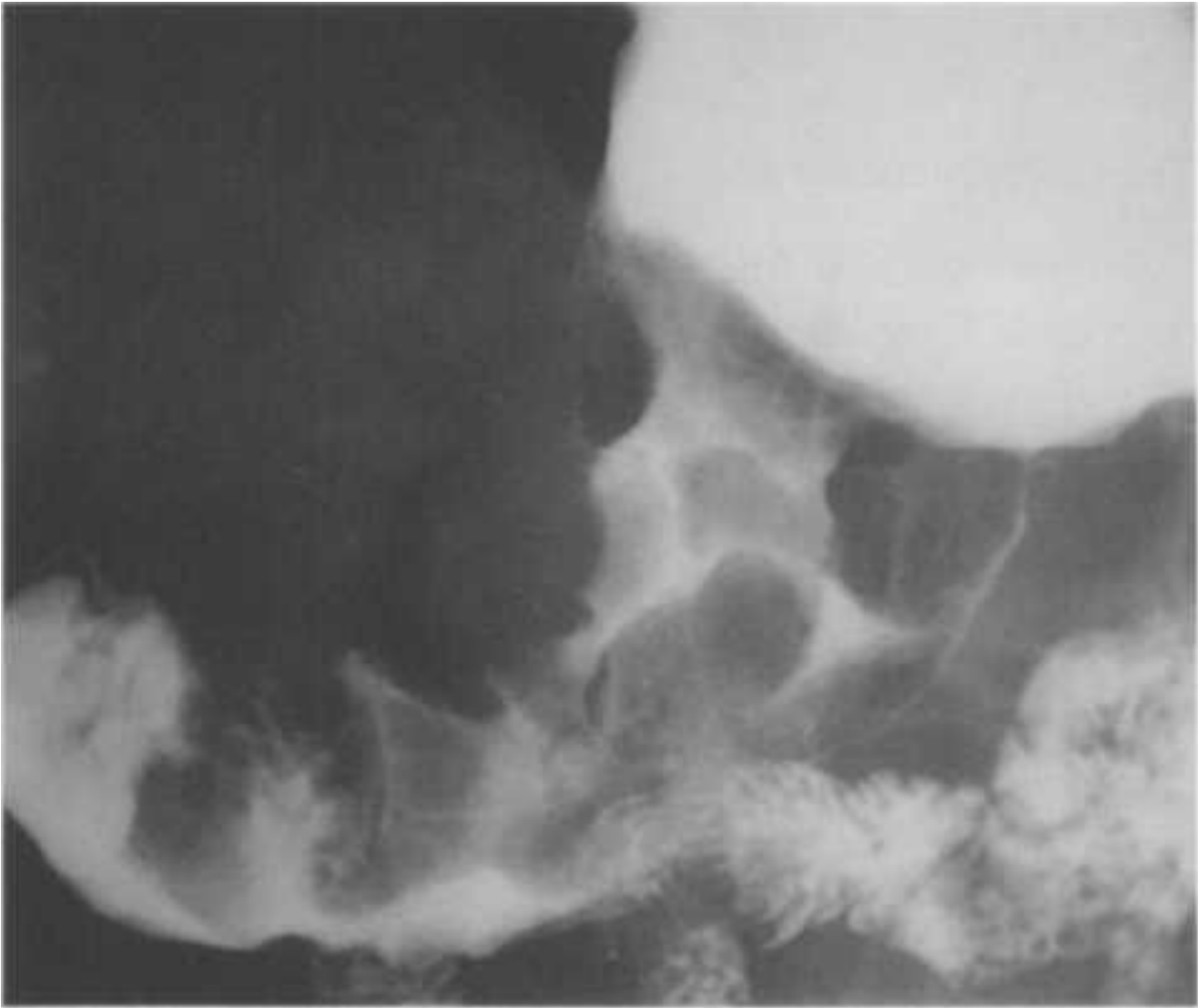


Тип IIa+IIc



Рак антрального отдела





Лечение

- Радикальное лечение рака желудка - хирургическая операция. Чаще всего применяются три типа операций - субтотальная дистальная резекция желудка, гастрэктомия и проксимальная резекция желудка. Диагноз рака желудка I-IIIА стадий является абсолютным показанием для операции.
При раке антрального отдела желудка I-III стадий экзофитной формы роста выполняют субтотальную дистальную резекцию желудка.
Гастрэктомия - при опухолях в среднем отделе желудка независимо от морфологической структуры и формы роста. Только иногда при I стадии дифференцированного рака и благоприятных условиях допустима субтотальная резекция с максимальным удалением желудка по малой кривизне.
При экзофитной форме рака проксимального отдела желудка I стадии осуществляется проксимальная резекция желудка, а при опухолях I-III стадий и при инфильтративной форме роста - гастрэктомия.
Комбинированные резекции желудка и гастрэктомии (с удалением селезенки, хвоста поджелудочной железы, ободочной кишки) показаны при экзофитных опухолях с прорастанием в смежные органы.
Расширенные резекции и гастрэктомии предусматривают распространение операции на дополнительные зоны регионарного метастазирования

Схема гастрэктомии

е-
ли

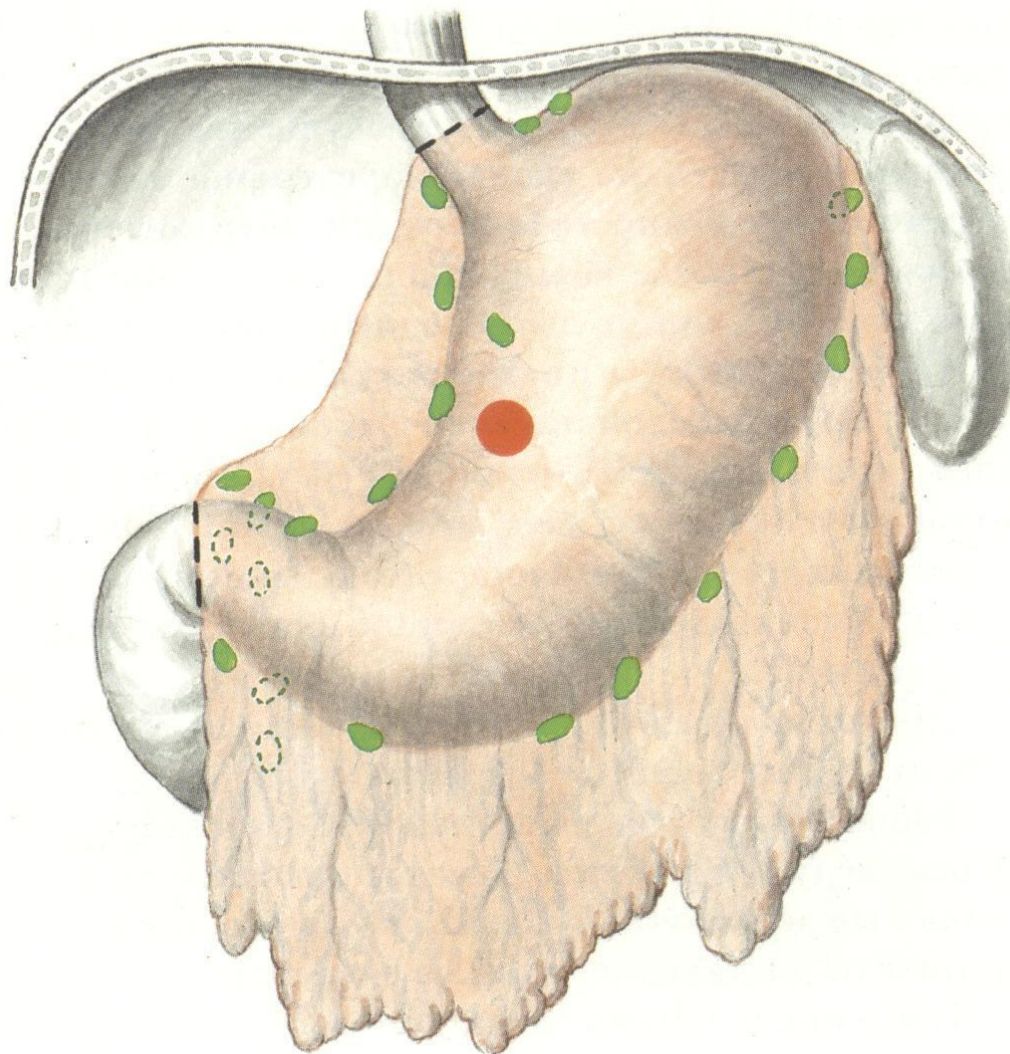
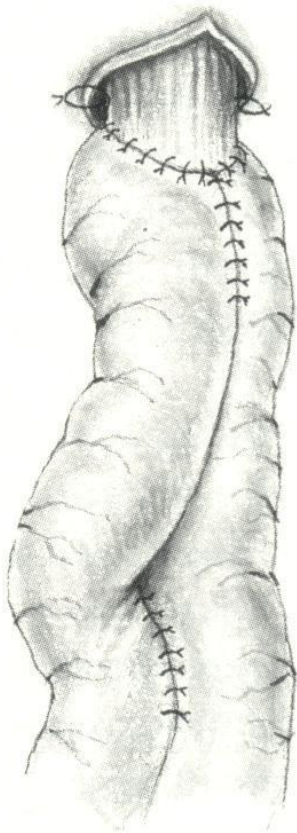


Схема анастомозов после гастрэктомии

а



г

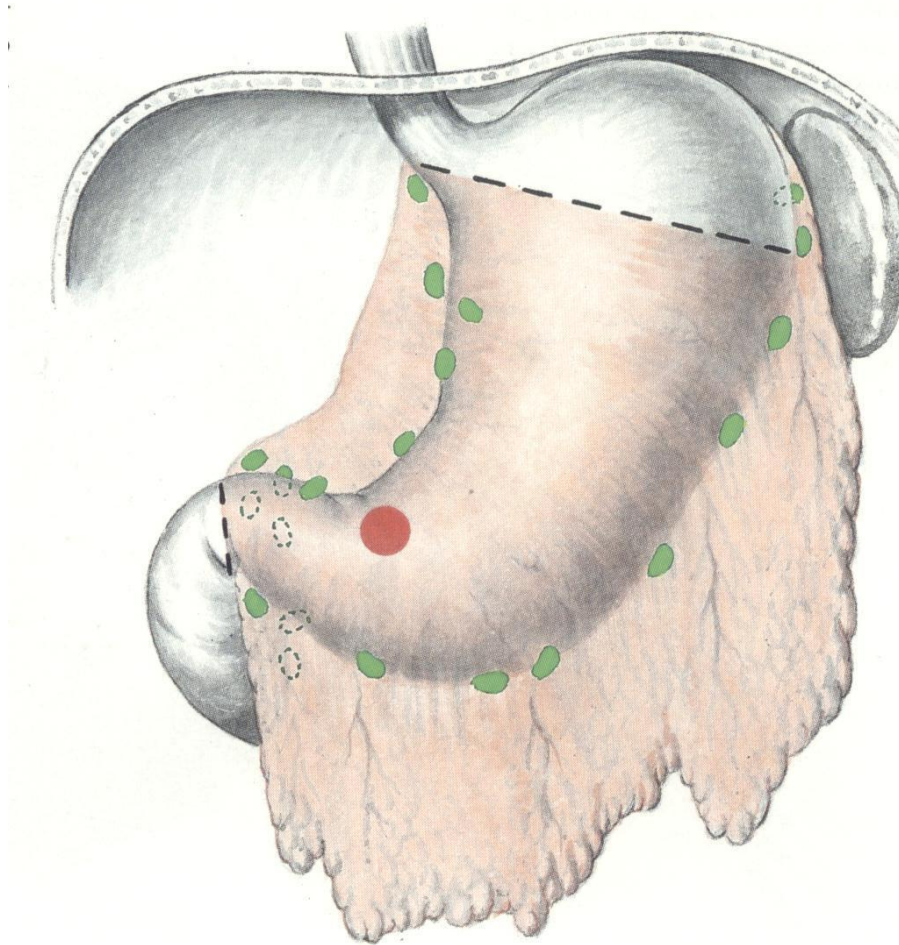
б



в

д

Схема субтотальной резекции по Б-II



Желудочно-кишечный анастомоз

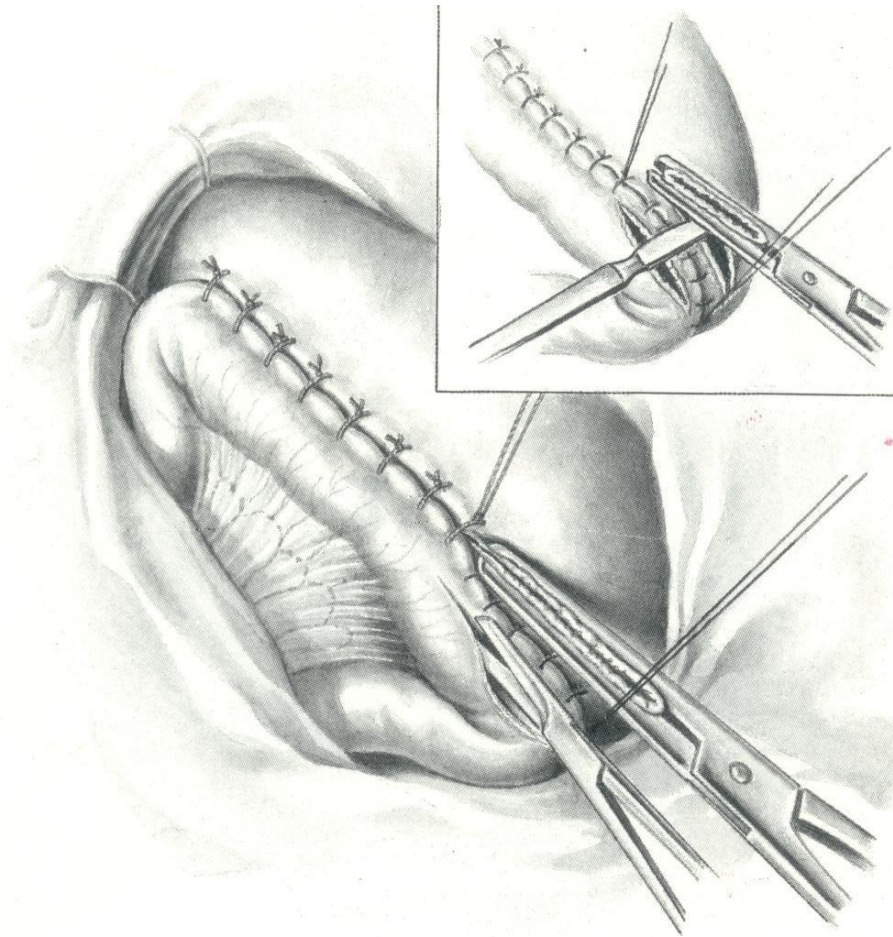
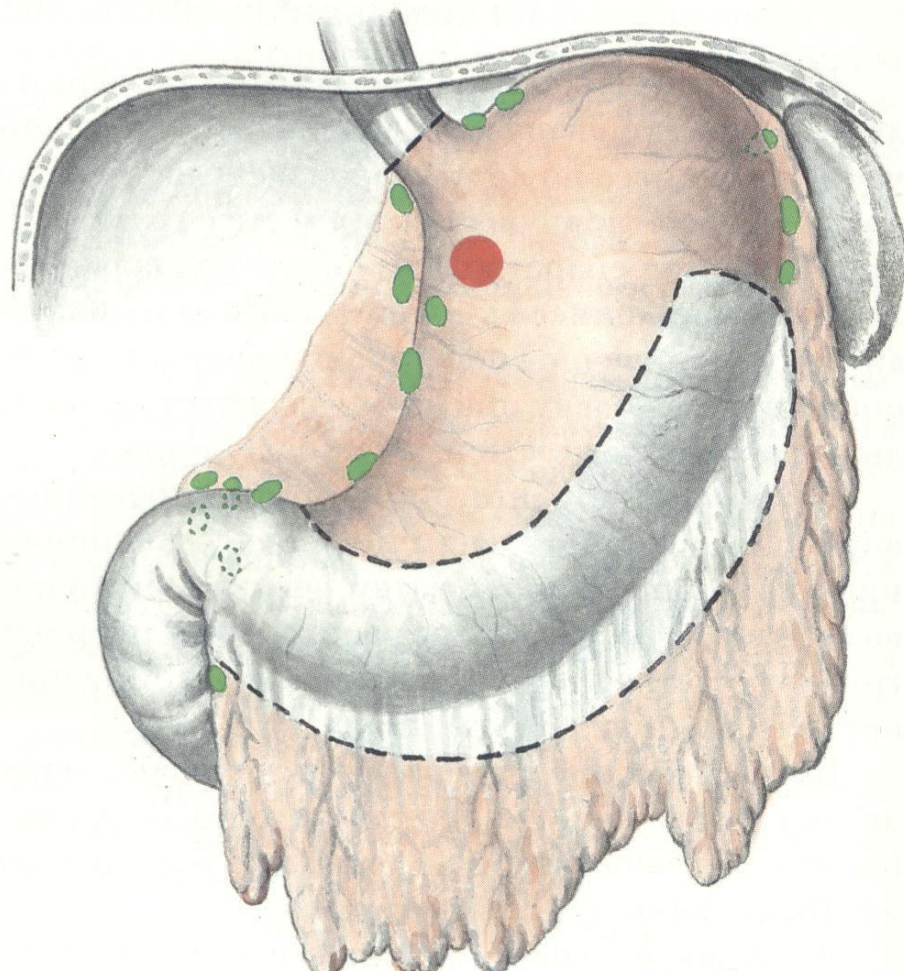


Схема субтотальной проксимальной резекции желудка

си-
дка
эм.



Полихимиотерапия

- Паллиативная химиотерапия при неоперабельных формах рака желудка проводится различными комбинациями, среди которых наиболее эффективны следующие: EAP (этопозид + доксорубин + цисплатин), FAP / Fp (5-фторурацил + цисплатин ± доксорубин), FAMTX (5-фторурацил + доксорубин + метотрексат в высоких дозах). Введение этих комбинаций позволило достичь высшего непосредственного эффекта, чем это было раньше при монохимиотерапии или назначении упомянутого режима FAM. Хотя, надо отметить, это мало повлияло на продолжительность жизни больных.

Восстановительное лечение

- Конечным этапом комбинированного лечения больных раком желудка является восстановительное лечение. У части больных после радикальных операций остаются расстройства, обусловленные основным заболеванием или большим объемом операции: дефицит массы тела, демпинг-синдром, эзофагит, гастрит культи, анемия, различные психогенные реакции.

- Снижение массы тела может быть незначительным (потеря первоначальной массы тела до 10%), умеренным (от 10 до 20%) и значительным (более 20%).
- Тяжелый демпинг-синдром характеризуется приступами резкой слабости после каждого приема пищи, сопровождается потливостью, тошнотой, сердцебиением (тахикардия 120 ударов в минуту и более).
- Чаще у больных, особенно после гастрэктомии, наблюдается эзофагит, связанный с забрасыванием желчи и кишечного содержимого в пищевод.
- Гастрит культи сопровождается периодическими болями в эпигастральной области, особенно после еды, отрыжкой, снижением аппетита.
- Анацидные и гипоацидные состояния присущи всем больным после субтотальной резекции и всем - после гастрэктомии.
Довольно часто у больных наблюдается анемия, обусловленная, с одной стороны, опухолью желудка, а с другой - нарушением функции культи желудка после операции.
- Колит наблюдается после гастрэктомии (гастрогенный колит) и связан с нарушением пищеварения, а также с расстройством функции пищеварительных желез.