

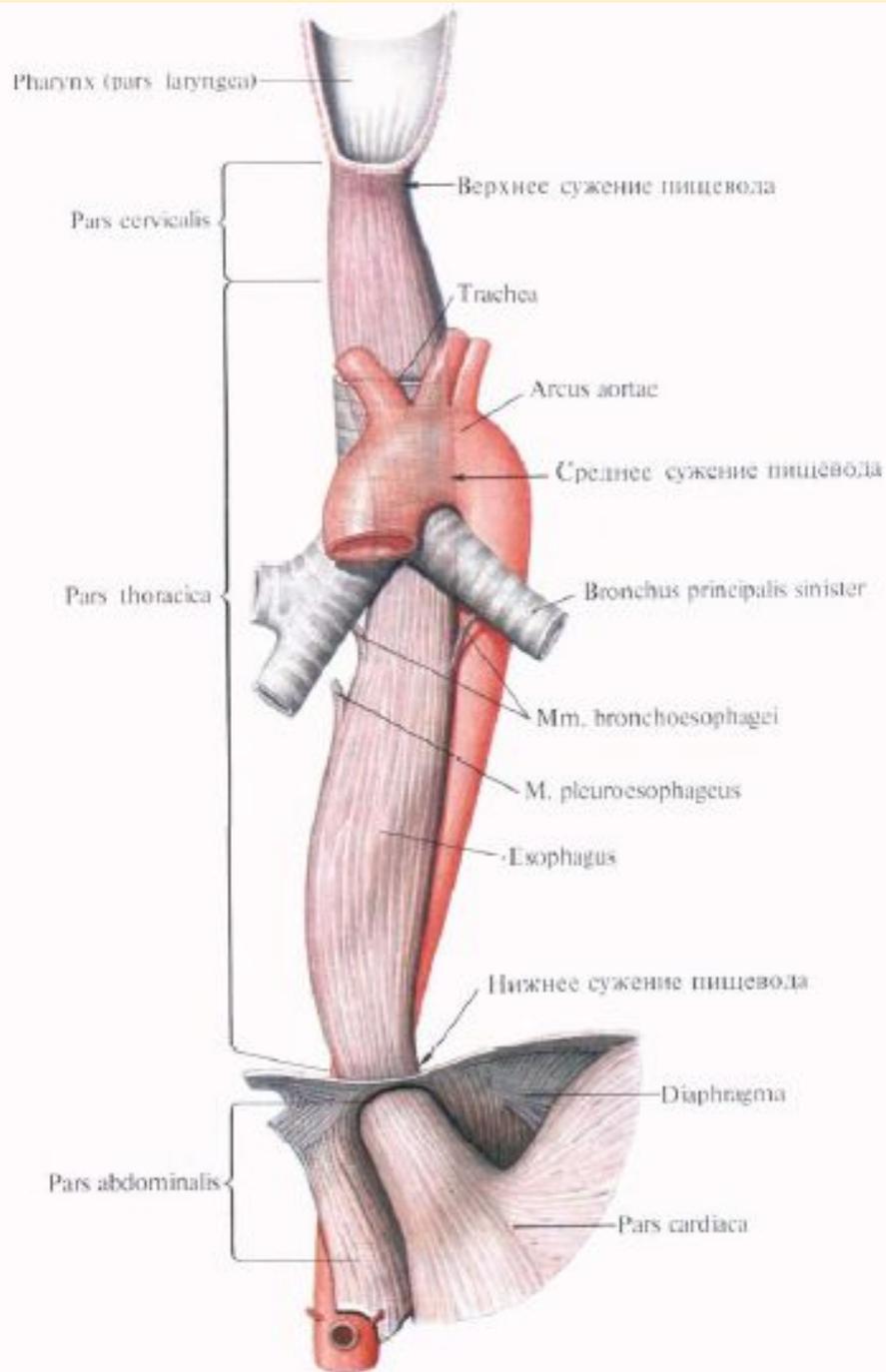
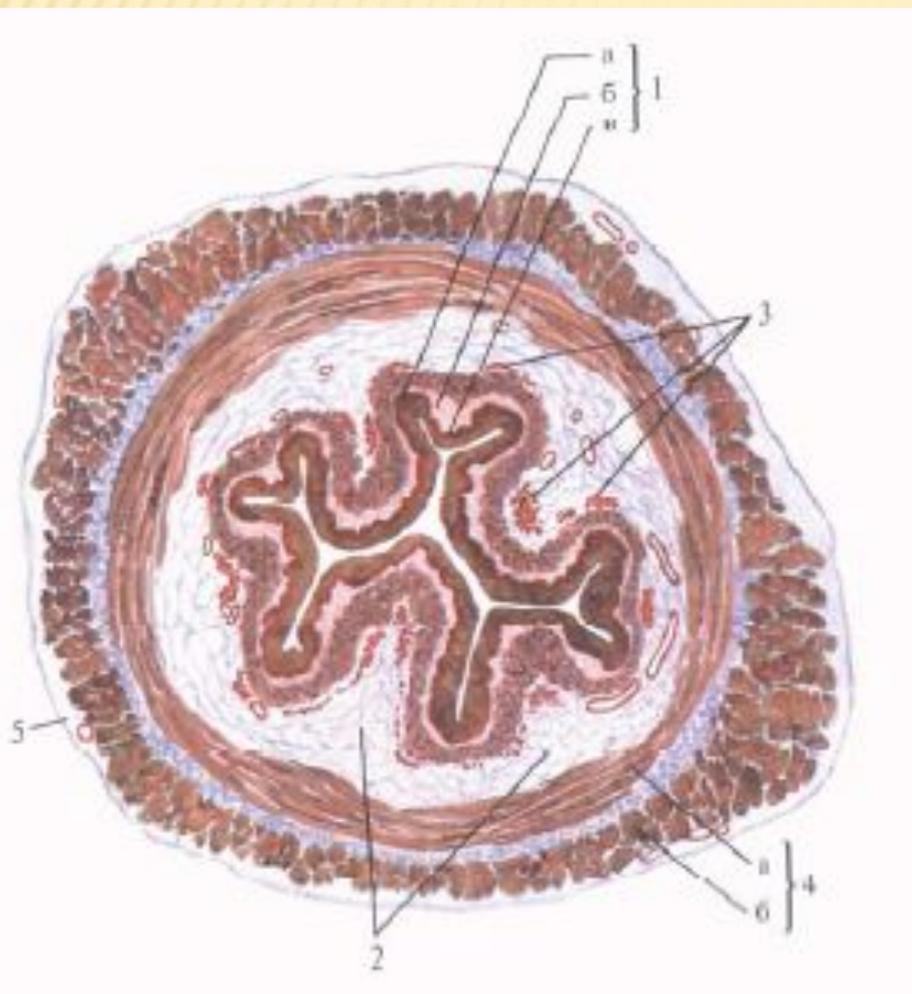
КАФЕДРА ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И
ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ С КУРСОМ ОНКОЛОГИИ

Рак пищевода



Доцент к.м.н. Лысенко О.В.

Анатомия



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Рак - наиболее часто встречающееся заболевание пищевода. На его долю приходится 70-90 % всех заболеваний пищевода.
- В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями человека рак пищевода занимает 6-7-е место, и 3-4 место по частоте среди опухолей ЖКТ (5,1%).
- Рак пищевода чаще встречается у мужчин, женщины болеют им в 2-3 раза реже.
- Это, в основном, заболевание людей пожилого возраста, в возрастной группе лиц старше 60 лет находится до 80 % всех заболевших раком пищевода. В возрасте до 30 лет рак пищевода описан только в виде единичных наблюдений.

Отмечается значительная
неравномерность в географическом
распределении заболевания. Особенно
высокая заболеваемость раком пищевода
в государствах Средней Азии. Здесь она в
3-5 раз превышает средний уровень и в
10-12 раз выше заболеваемости,
наблюдаемой на юго-западе и западе СНГ.

ФАКТОРЫ РИСКА

- Систематический прием горячей, обжигающей, грубой, плохо пережеванной пищи,
- Потребление крепких алкогольных напитков
- Курение
- Рубцовые стриктуры

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) Синдром Пламмера-Винсона
- 2) Пептические язвы пищевода
- 3) Полипы
- 4) Эзофагиты
- 5) Липомы, фибромы, лейомиомы
- 6) Неспецифический гранулематозный регионарный стенозирующий эзофагит
- 7) Системная склеродермия, красная волчанка
- 8) Ахалазия пищевода

ФОРМЫ РОСТА ОПУХОЛИ:

- I. *язвенный (блюдцеобразный, кратерообразный)* - растет экзофитно в просвет пищевода преимущественно по длине;
- II. *узловой (грибовидный, папилломатозный)* - имеет вид цветной капусты, обтурирует просвет пищевода, при распаде может напоминать язвенный рак;
- III. *инфильтрирующий (скирр, стенозирующий)* - развивается в подслизистом слое, циркулярно охватывает пищевод, проявляется в виде белесоватой плотной слизистой, на фоне которой могут возникать изъязвления; стенозирующий циркулярный рост преобладает над ростом по длине органа.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

- ✓ Плоскоклеточный ороговевающий рак;
- ✓ Плоскоклеточный неороговевающий рак;
- ✓ Переходная форма рака;
- ✓ Железистый рак.

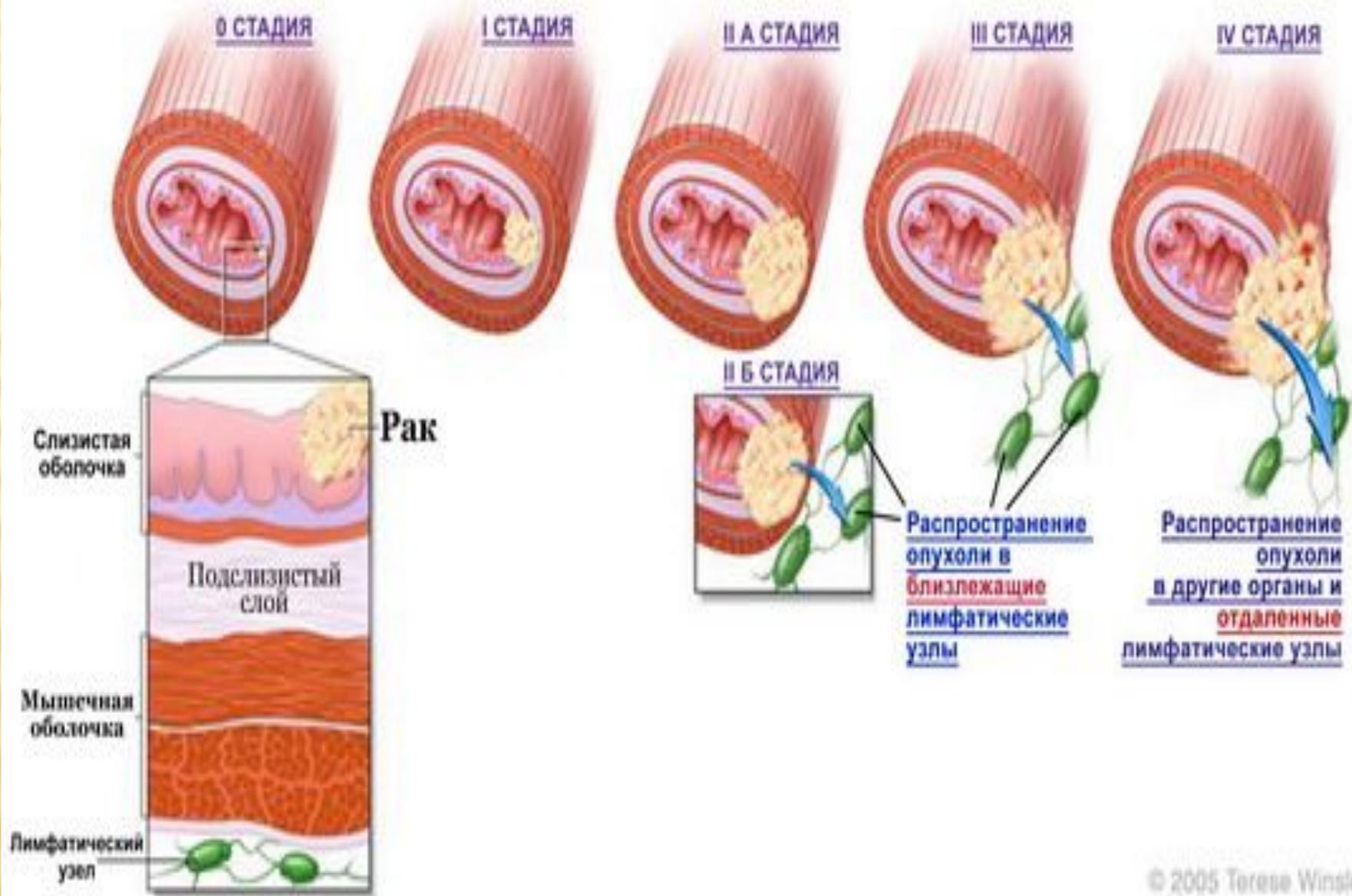
КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СТАДИЯМ

I стадия - небольшая опухоль, поражающая слизистую оболочку и подслизистую основу стенки пищевода, без прорастания его мышечной оболочки. Сужения просвета пищевода нет. Метастазов нет.

II стадия - опухоль поражает и мышечную оболочку пищевода, но не выходит за пределы стенки органа. Имеется сужение просвета пищевода. Обнаруживаются единичные метастазы в регионарных лимфатических узлах.

III стадия - опухоль прорастает все слои стенки пищевода, переходит околопищеводную клетчатку или серозную оболочку. Прорастания в соседние органы нет. Сужение пищевода. Множественные метастазы в регионарных лимфатических узлах.

IV стадия - опухоль прорастает все слои стенки пищевода, околопищеводную клетчатку, распространяется на прилежащие органы. Может иметься пищеводно-трахеальный или пищеводно-бронхиальный свищ, множественные метастазы в регионарные и отдаленные лимфатические узлы.



КЛИНИКА

- Дисфагия!

По классификации А. И. Савицкого принято различать 4 степени ее выраженности:

I степень - затруднение прохождения твердой пищи по пищеводу (хлеб, мясо);

II степень - затруднения, возникающие при приеме кашицеобразной и полужидкой пищи (каши, пюре);

III степень - затруднения при глотании жидкостей;

IV степень - полная непроходимость пищевода.

-
- Гиперсаливация;
 - Ишемические боли распирающего характера;
 - Прогрессирующее ухудшение общего состояния больных;
 - Снижение аппетита;
 - Нарастание общей слабости;
 - Снижение работоспособности;
 - Потеря массы тела.

I. РЕНТГЕНКОНТРАСТНАЯ РЕНТГЕНОСКОПИЯ ПИЩЕВОДА.

Симптомы:

- отсутствие стенки пищевода на участке расположения опухоли,
- нарушение рельефа слизистой оболочки стенки пищевода,
- дефект наполнения,
- сужение просвета или инфильтрации стенки органа.



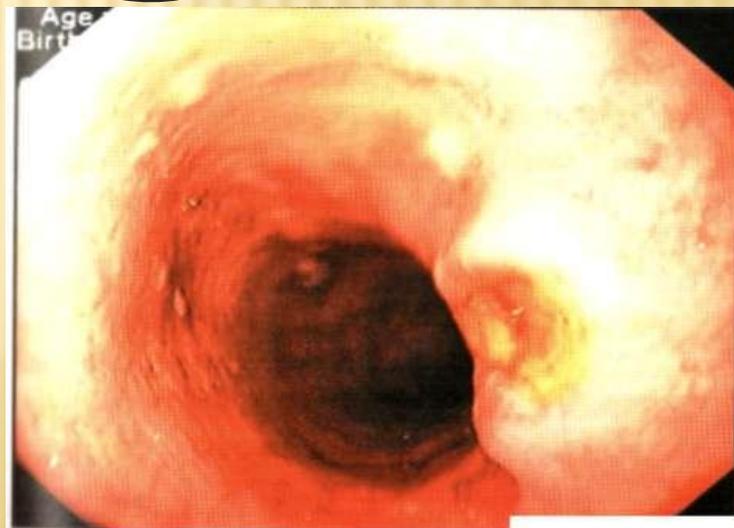
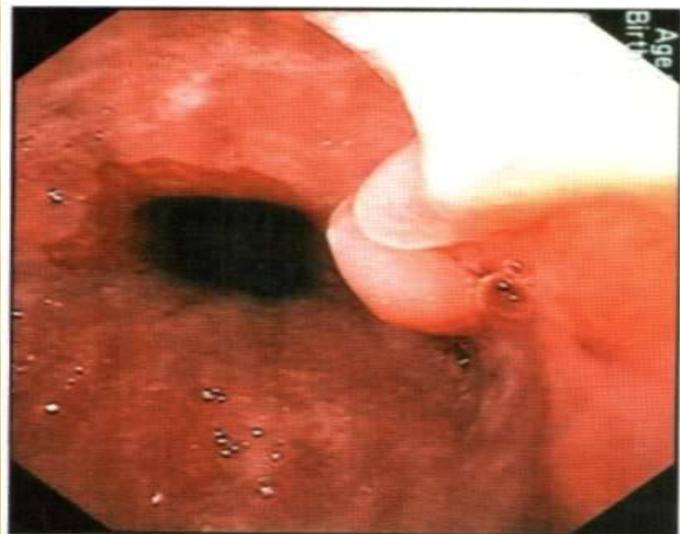
II. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ



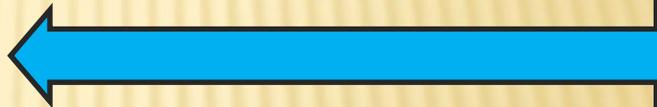
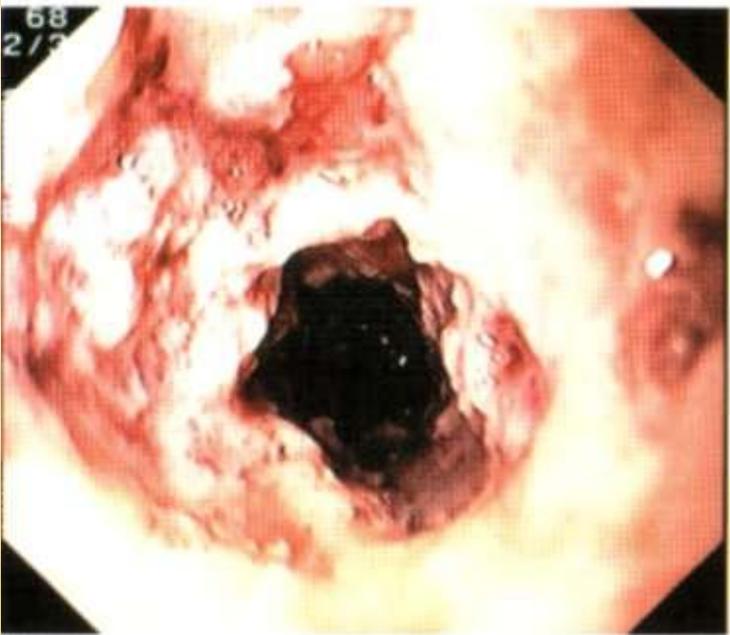
Экзофитная форма рака

Поверхностный рак пищевода

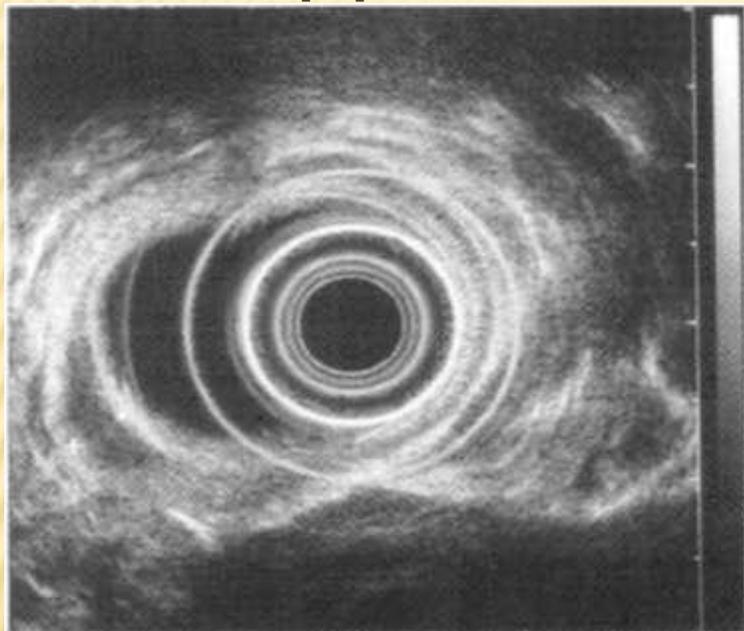
Язвенная форма роста



Х
О
Л
Е
В
А
Я
С
Т
Р
И
К
Т
У
Р
А
Д
О
И
П
О
С
Л
Е



III. ЭНДОСОНОГРАФИ



↑
Поверхностный
рак с инвазией
слизистого и
частично
подслизистого

Прорастание
всех слоёв
стенки
пищевода

VI. КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ



-
- V. УЗИ надключичных, шейных лимфоузлов, органов брюшной полости
 - VI. Фибробронхоскопия
 - VII. МРТ
 - VIII. Лапароскопия (биопсия печени), торакоскопия
 - IX. Ревизионная лапаротомия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

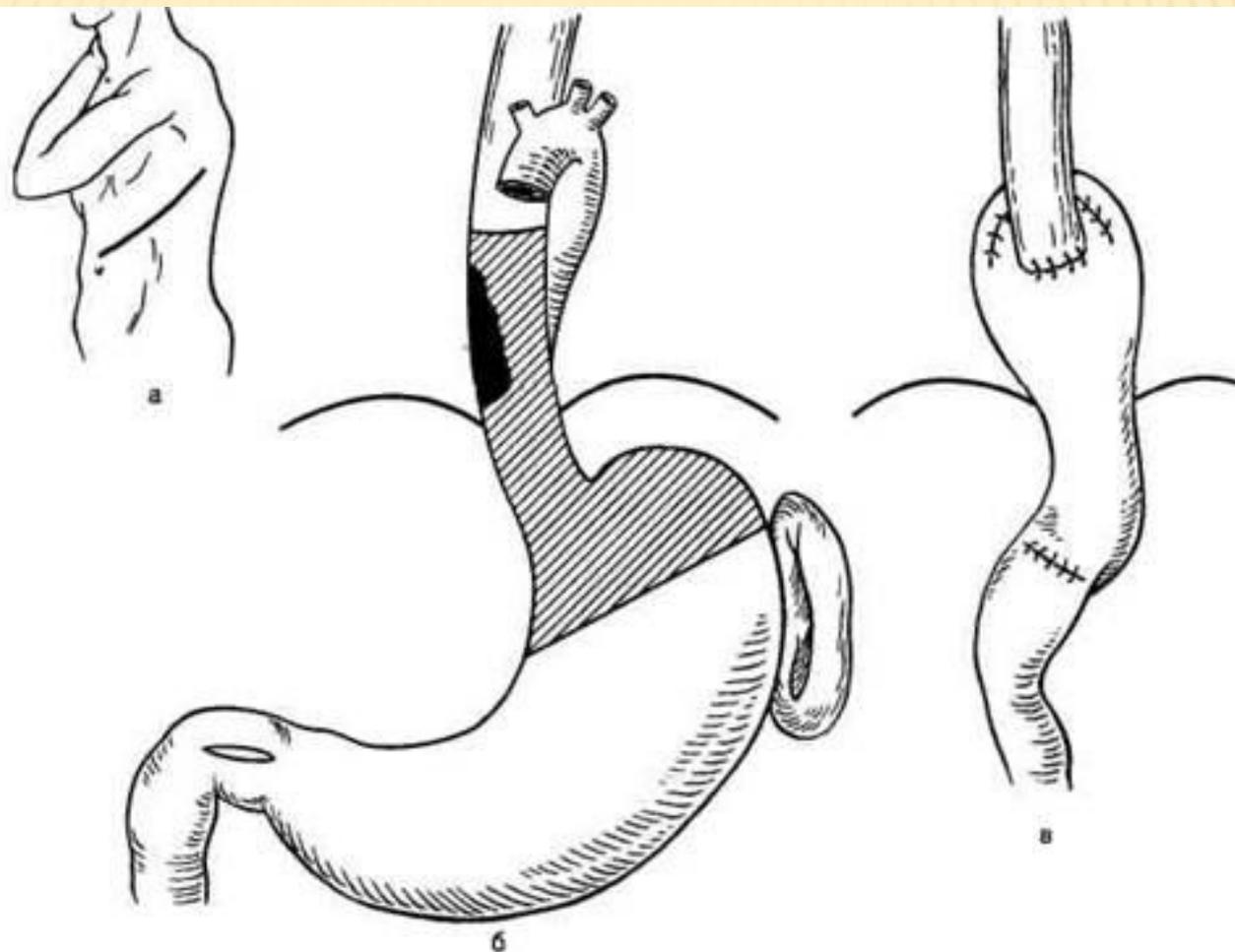


Рис. 7.9. Одновременная резекция нижней трети пищевода и кардии с эзофагопластикой.
а — операционный доступ; б — уровень резекции пищевода и желудка; в — положение эзофагогастроанастомоза.

ОПЕРАЦИЯ ДОБРОМЫСЛОВА-ТОРЕКА

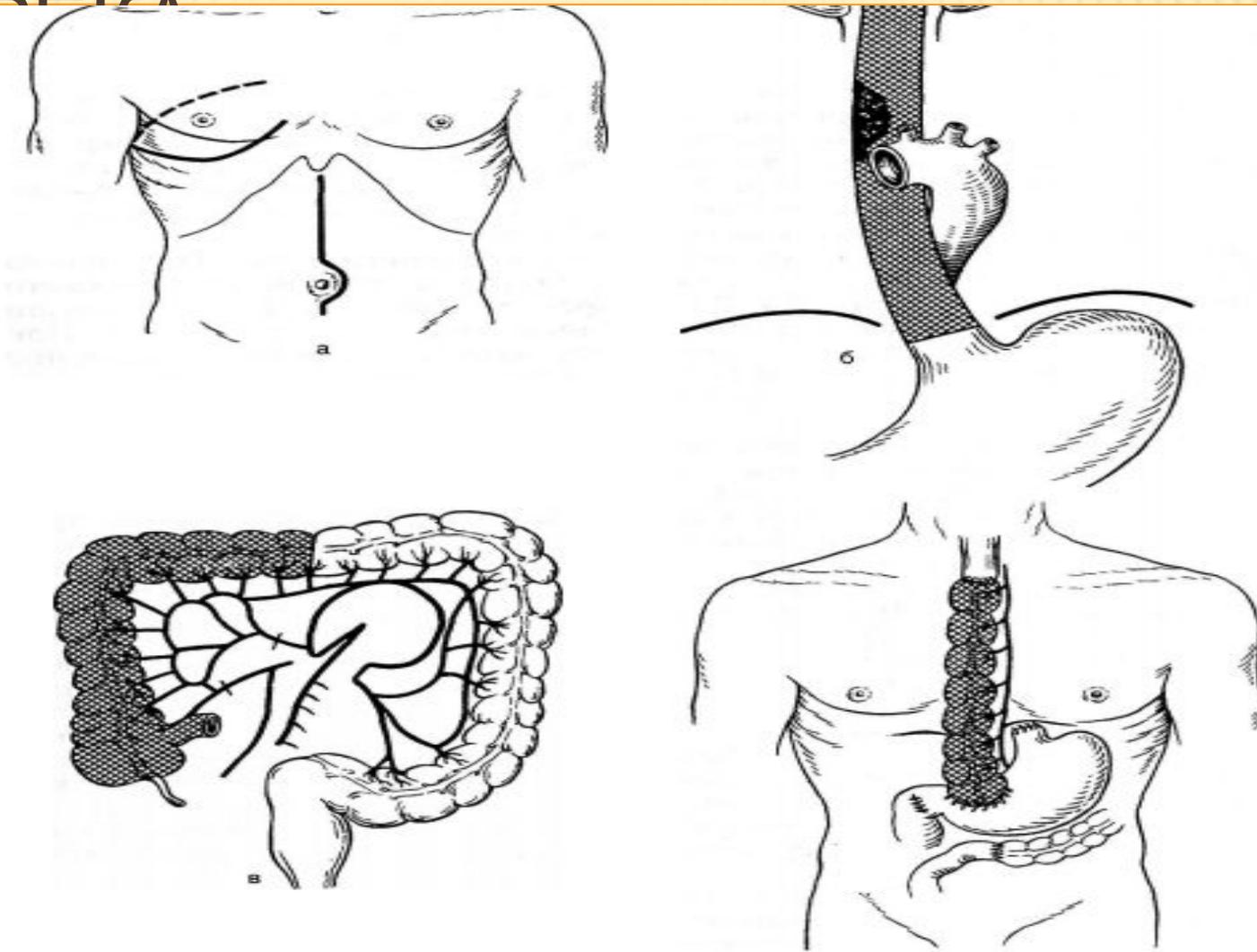
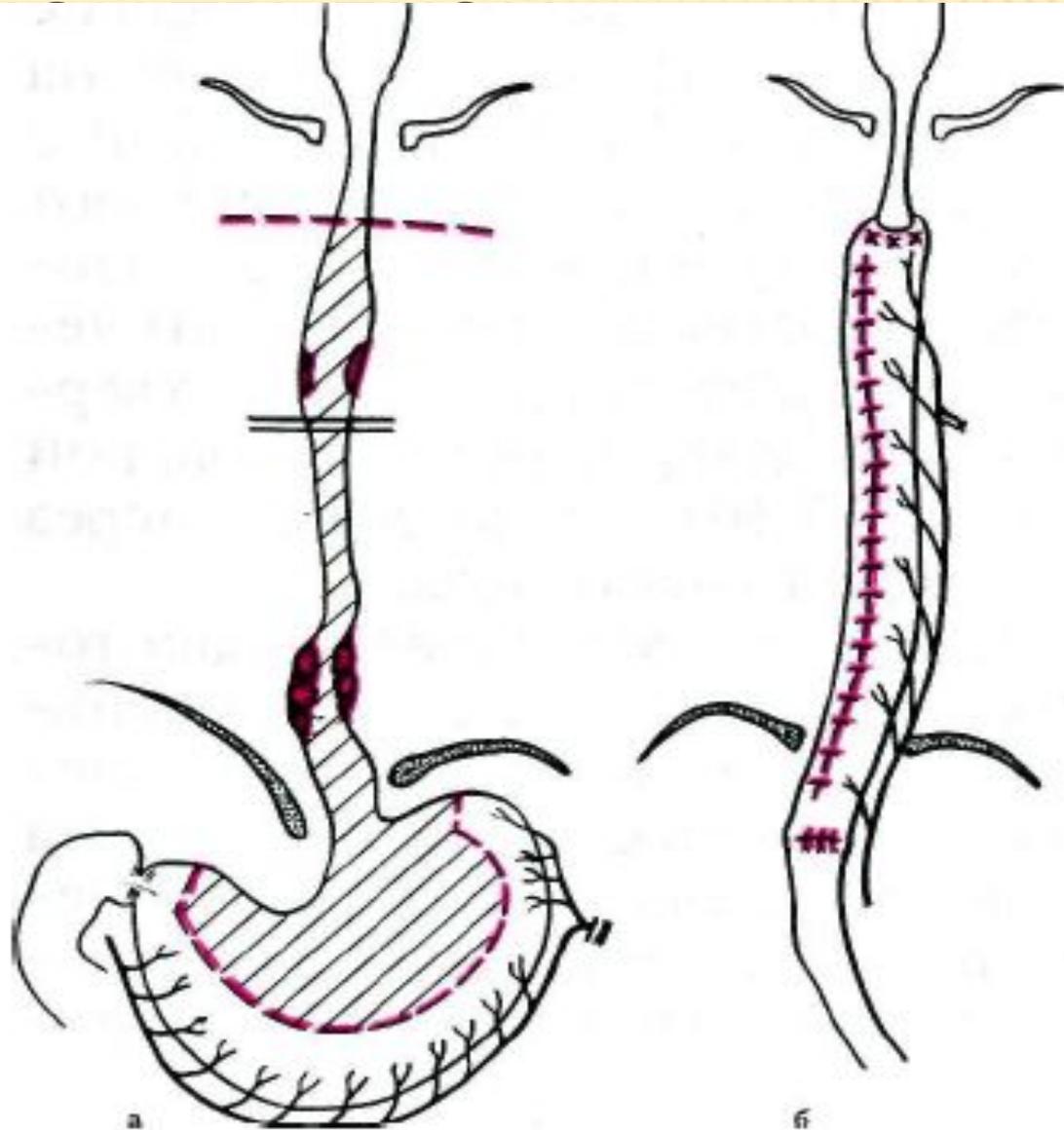


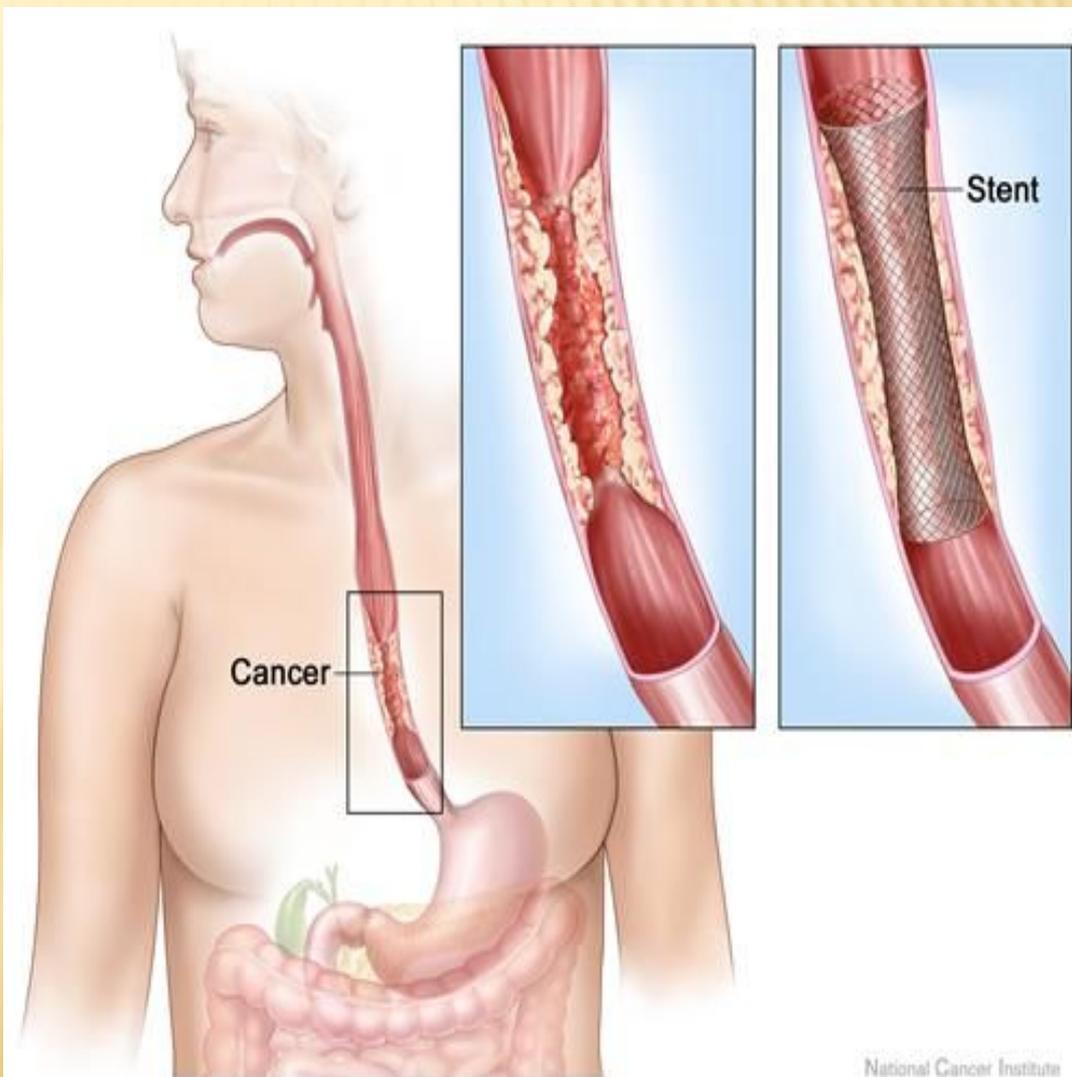
Рис. 7.13. Многоэтапная операция Добромыслова—Торека и создание искусственного пищевода из толстой кишки.
а — операционный доступ; б — уровень резекции пищевода; в — выкраивание трансплантата из толстой кишки; г — эзофагопластика.

ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА ИЗОПЕРЕСТАЛЬТИЧЕСКОЙ ЖЕЛУДОЧ



ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Бужирование опухоли
с помощью дилататоров,
стентирование в зоне
опухолевого роста.
Гастростомия



ХИМИОТЕРАПИЯ

Химиотерапия как самостоятельный метод терапии применяется ограниченно. Только у небольшого числа пациентов достигается небольшое и кратковременное улучшение. Каких-либо выраженных предпочтений в отношении препаратов для химиотерапии не выявлено.

Наиболее часто применяются цисплатин (Бластолем, Платидиам, Платинол, Цитоплатин), фторурацил (Флурокс, 5-Фторурацил-Эбеве, Фторурацил-ЛЭНС), митомицин (Веро-Митомицин, митомицин С, Митомицин-С Киова), доксорубицин (Адрибластин быстрорастворимый, Доксолем, Доксорубифер, Доксорубицин – Тева, Келикс, Растоцин), блеомицин (Бленамакс, Блеомицетина гидрохлорид, Блеоцин), метотрексат (Веро-Метотрексат, Метотрексат-Эбеве).

ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Классическим методом облучения является 5 сеансов лучевой терапии в неделю в разовой очаговой дозе 1,5-2 Гр (классическое фракционирование дозы).

Целью облучения является создание в области облучаемого органа терапевтической дозы в 60-70 Гр.

Одновременно, кроме пораженного органа, в область облучения должны включаться зоны расположения лимфатических узлов, зона возможного метастазирования: параэзофагеальные лимфатические узлы, зона лимфатических узлов паракардиальных, области левой желудочной артерии и чревного ствола, надключичных областей.

ПРОГНОЗ

- Показатели 5-летней выживаемости у пациентов с патологическим процессом в слизистой оболочке составляет 80%, в подслизистой оболочке - менее 50%, с 20% при проникновении в мышечную оболочку, 7% при инвазии в прилежащие структуры, и менее 3% - при отдаленных метастазах.
- Излечение возможно только при 1-2 стадиях болезни.

КОНЕЦ!

