

Рак пищевода – злокачественное новообразование, развивающееся из эпителиальной оболочки пищевода. Среди десяти, наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей, рак пищевода занимает восьмое место в мировой статистике.

Пищевод является полым мышечным органом, имеющим развитую сеть кровеносных и лимфатических сосудов с большим количеством венозных сплетений, что обуславливает быстрое метастазирование злокачественной опухоли. Метастазы в регионарных лимфатических узлах определяются в 25-40% уже при подслизистой локализации опухоли. При распространении опухоли на мышечную оболочку, лимфатические узлы поражены в 80% случаев. Такое агрессивное течение заболевания определяет его негативный прогноз. Если при локализованной форме 5-летняя выживаемость составляет 37,8%, то при наличии метастазов в лимфатических узлах – уже 19,8%.

Курение и употребление алкоголя являются основными причинами, возникновения плоскоклеточного рака пищевода. Относительный риск развития рака пищевода у курящих и употребляющих алкоголь людей в 3,3 раза выше. Одним из факторов риска развития аденокарциномы пищевода является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), которая увеличивает риск возникновения рака пищевода в 5,5 раз. Длительно существующая ГЭРБ провоцирует метаплазию слизистой оболочки пищевода из многослойного плоского эпителия в цилиндрический с формированием пищевода Барретта. При наличии пищевода Барретта риск развития аденокарциномы возрастает в 50-100 раз. Ряд заболеваний пищевода, такие как грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, ахалазия кардии, дивертикулы пищевода, атрофический эзофагит, лейкоплакия, увеличивают риск развития карциномы.

При макроскопической оценке опухоли различают несколько форм роста злокачественных новообразований пищевода: поверхностный рак, экзофитный (узловой), язвенный (блюдцеобразный, кратерообразный), инфильтративный (стенозирующий) и инфильтративно-язвенный.

Опухолевый стеноз встречается достаточно часто при впервые выявленном раке пищевода, при этом частота варьирует от 25 – 36% до 50 – 70% по данным разных авторов. Это связано с тем, что основной симптом данного заболевания (дисфагия) появляется при сужении просвета органа более чем наполовину (рис. 1). Учитывая тот факт, что больные обращаются за медицинской помощью спустя длительное время после появления первых симптомов, локализованная форма рака пищевода регистрируется в 22% случаев, в 30% находят метастазы в регионарных лимфатических узлах, а в 35% – отдаленные метастазы.

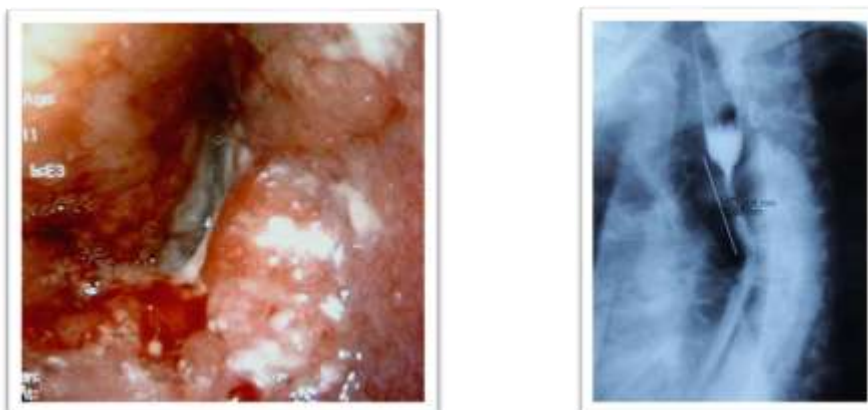


Рис. 1. Опухолевый стеноз пищевода

Сопровождают дисфагию такие симптомы как слабость, повышенное слюноотделение, быстрое похудание и истощение больных. Также достаточно часто встречаются болевые ощущения за грудиной. При длительном опухолевом стенозе и формировании супрастенотического расширения пищевода больные жалуются на частое

срыгивание после еды, неприятный запах изо рта. При поражении опухолью паратрахеальных лимфатических узлов может возникнуть осиплость голоса.

Основным методом, с которого начинается диагностический поиск рака пищевода, является эндоскопическое исследование (рис. 2). Важным аспектом в данном исследовании является биопсия опухоли, так как при взятии от шести до восьми образцов, точность исследования приближается к 100%.



Рис. 2. Рак пищевода (а – фиброгастроскопия; б – эндосонография)

Одним из основных эндоскопических исследований при подозрении на рак пищевода является эндосонография (рис. 2). Метод позволяет наиболее точно оценить глубину инвазии опухоли, чувствительность эндосонографии находится в пределах от 81 до 92%. Помимо оценки глубины инвазии опухоли, метод позволяет выявить патологические лимфатические узлы и провести их тонкоигольную аспирационную биопсию.

Важную роль в оценке распространенности опухоли играет мультиспиральная компьютерная томография. Чувствительность данного метода для оценки поражения регионарных лимфатических узлов находится в пределах 24 – 90%. Рентгенологическое исследование позволяет оценить не только протяженность, но и отличить злокачественную опухоль от доброкачественной, что особенно важно в условиях опухолевого стеноза (рис. 3).

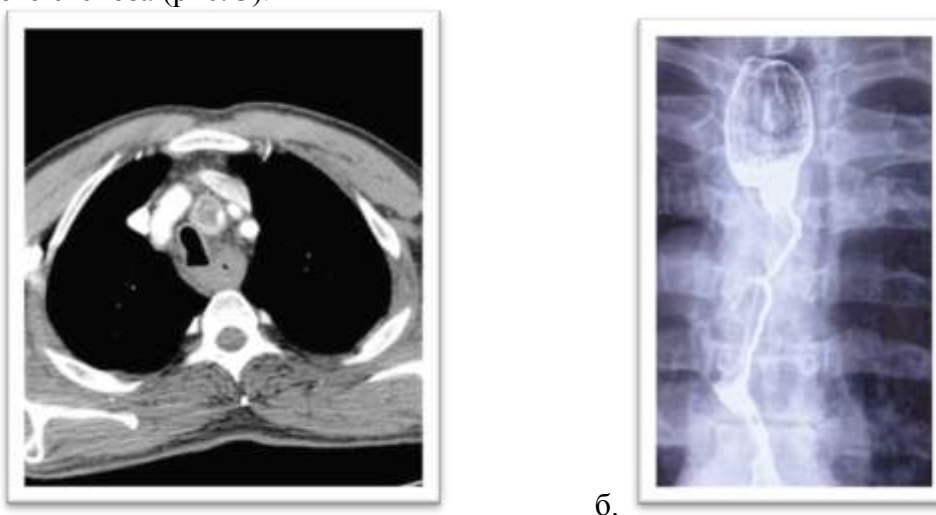


Рис. 3. Рак пищевода (а – компьютерная томография грудной клетки, в центре рак пищевода и метастатический лимфатический узел, отдавливающие трахею; б – рентгеноскопия пищевода)

В ходе диагностики рака пищевода перечисленными методами не всегда удается достоверно оценить поражение лимфатических узлов средостения. В данном случае возможно проведение позитронно-эмиссионной томографии. Высокую ценность демонстрирует позитронно-эмиссионная томография при диагностике прогрессирования

процесса. После завершения диагностических процедур и установления стадии злокачественного процесса выбирается тактика лечения.

В настоящее время благодаря развитию и внедрению современных эндоскопических методов обследования и лечения увеличивается количество больных с выявленным поверхностным раком категории T1a. Рак пищевода на данной стадии может быть вылечен без использования полостных операций при помощи эндоскопических хирургических вмешательств. Целью эндоскопических резекций является сохранение целостности пищевода за счет полного удаление опухоли ранней стадии (T in situ, T1a) и уменьшение количества осложнений, связанных с эзофагэктомией. В зависимости от глубины инвазии опухоли выполняется резекция слизистой оболочки или подслизистая диссекция опухоли (рис. 4).



Рис. 4. Рак пищевода (диссекция опухоли пищевода в подслизистом слое)

При более глубокой инвазии опухоли показано выполнение полостных резекций пищевода. В настоящее время, как правило, выполняют резекцию пищевода с одномоментной его пластикой. Для замещения утраченной части пищевода большинство хирургов предпочитают формировать изоперистальтический стебель из большой кривизны желудка. Существует несколько основных методов оперативного лечения, выбор которых зависит от локализации опухоли в пищеводе и её распространенности. При нижне- и среднегрудном раке пищевода эзофагогастроанастомоз формируется в правой плевральной полости (операция Льюиса), а при верхнегрудном – на шее (операция МакКеон). Также проводится удаление всех регионарных лимфатических узлов с лечебной и диагностической целью. Важным аспектом в настоящее время является возможность выполнения минимально инвазивной операции при помощи эндовидеохирургической техники (рис. 5).



а.



б.

Рис. 5. Эндовидеохирургическая резекция пищевода (а. – лапароскопия; б. – торакокопия)

В ряде случаев, когда по результатам обследования регистрируется местнораспространенная форма заболевания с распространением на всю толщу пищевода или метастазами в регионарных лимфатических узлах, целесообразно проводить комплексное лечение с проведением химиолучевой терапии на первом этапе лечения. В

зависимости от распространенности процесса лучевой компонент лечения может быть как в виде дистанционного облучения, так и внутрисветным с использованием брахитерапевтических установок (рис. 6). Полихимиотерапия проводится синхронно с лучевой терапией с использованием препаратов платины и группы антиметаболитов. После оценки эффекта неoadьювантного лечения проводится хирургическое лечение.

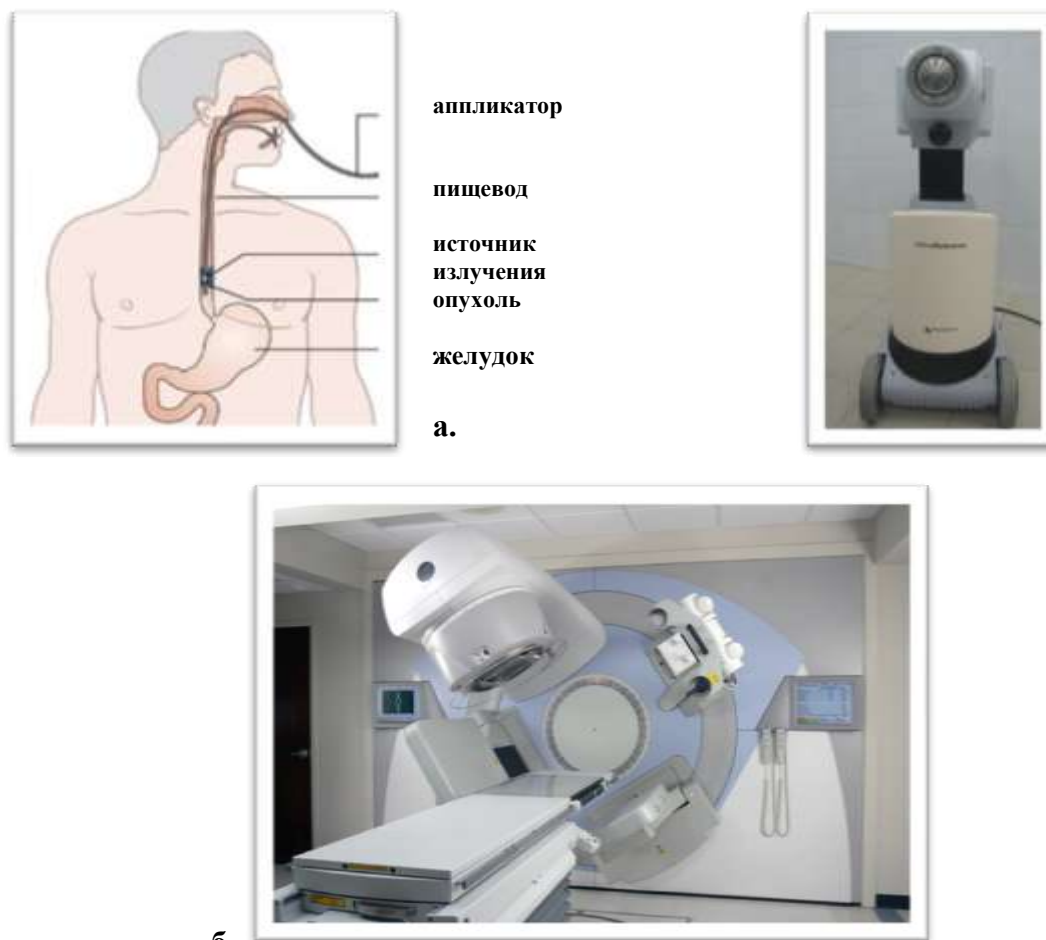


Рис. 6. Лучевая терапия опухоли пищевода (а. – внутрисветная брахитерапия; б. – дистанционная лучевая терапия)

При неоперабельных формах рака пищевода лечение может быть ограничено химиолучевой терапией, а при невозможности специализированного лечения проводится аргоноплазменная реканализация опухолевого стеноза и стентирование пищевода.