

**Министерство здравоохранения Украины  
Высшее государственное учебное заведение Украины  
«Украинская медицинская стоматологическая академия»**



**«Утверждено»**  
на заседании №1 кафедры онкологии  
**Заведующий кафедры**  
д.мед.н., профессор Баштан В.П.  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ  
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ  
ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ**

<i>Учебная дисциплина</i>	<i>Онкология</i>
<i>Модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Смысловой модуль №</i>	
<i>Тема занятия</i>	<b>Рак пищевода</b>
<i>Курс</i>	<i>V</i>
<i>Факультет</i>	<i>Медицинский №1, №2</i>

**Полтава - 2018**

## Тема: Рак пищевода

### 1. Актуальность темы.

Рак пищевода составляет 2 – 3% злокачественных новообразований разных органов, а среди заболеваний пищевода достигает 90%. В последние годы количество больных раком пищевода значительно уменьшились. В расчете на 100 тыс. населения заболеваемость раком пищевода в Украине составляет 4 – 5 случаев. Раком пищевода чаще болеют мужчины – 78%, большая часть больных в возрасте свыше 50 лет, средний возраст – 60 – 70 лет.

### 2. Конкретные учебные цели.

#### Знать

1. Удельный вес рака пищевода в общей структуре онкологической заболеваемости своего региона в сравнительном аспекте.
2. Клиническую и патологоанатомическую классификацию.
3. Обязательные методы обследования больных.
4. Основные методы лечения.
5. Группы риска

#### Уметь:

1. Собрать анамнез заболевания и жизни .
2. Провести общее объективное и специальное обследование больных.
3. Назначить индивидуальное лечение больных раком пищевода в зависимости от стадии болезни.
4. Провести анализ маршрута больного с запущенной формой РП и составить протокол (ф №27-2/у).

### 3.1. Базовые знания, умения, навыки необходимые для изучения темы (междисциплинарная интеграция)

Дисциплина	Знать	Уметь
Анатомия	Строение пищевода, кровоснабжение, лимфооток	
Патологическая анатомия	Морфологические изменения при предраковых заболеваниях и состояниях в слизистом слое пищевода, гистологические варианты злокачественного процесса	Оценивать результаты цитологического и гистологического исследований
Общая хирургия и терапия	Методы физикального, лабораторного и инструментального обследований пищевода. Объем и принципы хирургического лечения	Проводить физикальное и клиническое обследование больных раком пищевода.

	заболеваний пищевода.	
Методы обследования (клиническая лабораторная диагностика)	Клинические и биохимические константы в норме и при патологии.	Уметь читать рентгенограммы при рентген обследовании пищевода. Уметь оценить результаты эндоскопического обследования

#### 4. Задание для самостоятельной работы во время подготовки к занятию

##### 4.1. Перечень основных сроков, параметров, характеристик которые должен знать студент.

##### Терминология

Русский язык	Латинский язык
Рак пищевода	Cancer aesophahii
Дивертикул пищевода	Diverticuli aesophahii
Аденоматозный полип	Polypus adenomatosis
Железисто-плоскоклеточный рак	Planae epithelialae

##### 4.2. Теоретические вопросы к занятию

1. Анатомия пищевода.
2. Кровоснабжение, лимфооток
3. Какая гистологическая структура опухолей пищевода встречается чаще всего?
4. Какой объем обследований больных раком пищевода?
5. Куда чаще всего метастазирует рак пищевода?
6. Какой путь метастазирования проявляется чаще (лимфогенный или гематогенный)
7. Какой основной метод лечения рака пищевода?
8. Паллиативные методы лечения больных раком пищевода
9. Симптоматические методы лечения больных раком пищевода
10. Прогноз

#### **4.3. Перечень учебных практических заданий, которые необходимо усвоить на практическом занятии**

- обзор и пальпация больных
- пальпация аксиллярных и шейных лимфоузлов
- прямокишечное исследование
- знать как проводится фиброэзофагоскопия
- уметь читать рентгенограммы при рентгеноскопии и рентгенографии
- ультразвуковое исследование
- составить план лечения больного раком пищевода

#### ***Профессиональные алгоритмы относительно овладения навыками и умениями.*** **Задание:**

1. Провести осмотр больного с подозрением на рак пищевода

**Примечание:** обратить внимание на общее состояние больного, особенности при пальпации живота, наличие увеличенных лимфоузлов.

2. Принять участие в эндоскопическом обследовании больного (эзофаго-гастроскопии)

**Примечание:** Обратить внимание на состояние слизистой пищевода

3. Прочитать рентгенограмму пищевода.

**Примечание:** обратить внимание на форму органа, наличие и количество складок, эвакуацию контраста .

## **СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ**

### **Эпидемиология.**

В большинстве стран частота рака пищевода не превышает 2% случаев всех злокачественных заболеваний. Вместе с тем в большинстве областей Казахстана среднее число больных этой патологией среди мужчин достигает 24,5%, а женщин 14,0 на 100 тыс. населения. В Японии этот показатель составляет: 14 на 100 тыс; в Бразилии: 13 – 26 на 100 тыс; в разных регионах Франции заболеваемость колеблется от 10 до 36 случаев на 100 тыс. В Украине заболеваемость у мужчин составляет 7,1 случаев на 100 тыс, а у женщин 1,0 (общая 3,8 на 100 тыс).

### **Этиология.**

Причины возникновения рака пищевода до этого времени недостаточно изучены. Но сейчас уже известны некоторые факторы, которые, без сомнения, играют существенную роль в развитии этой болезни.

- Прежде всего следует остановиться на хроническом действии на слизистую оболочку пищевода разных раздражающих веществ, которые принимаются через

рот: например, постоянное употребление острой, излишне горячей еды, травмирования слизистой оболочки при употреблении в еду мелкой рыбы, которую едят вместе с костями, частое употребление горячительных спиртных напитков (высокоградусных), курения. По данным литературы, среди больных раком пищевода 48% мужчин и 27% женщин, которые курят. Главную роль играет заглатывание слюны, которая содержит продукты сгорания табака.

- Приведены случаи сочетания рака пищевода с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, с рубцовыми стриктурами пищевода.
- Следует помнить о роли наследственности в этиологии и патогенезе рака пищевода. Сюда относят врожденный короткий пищевод (пищевод Баррета), особенно в сочетании его с гиперкератозом. Приведены случаи семейного гиперкератоза стоп и ладоней (тилоз), при котором отмечается высокая заболеваемость раком пищевода.
- Среди других заболеваний, которые связаны с поражением слизистой оболочки в сочетании с высоким риском рака пищевода, следует отметить синдром Пламера-Винсона, который характеризуется гипохромной анемией, сниженным содержанием железа в плазме.

#### **Предрак пищевода. К предраковым изменениям пищевода относится:**

- лейкоплакия, которая характеризуется очаговыми и гиперпластическими разрастаниями, которые возвышаются над поверхностью слизистой в виде беловатых мозолистых утолщений в диаметре до 1 см, одиночного или множественного. Микроскопически в участке лейкопластических бляшек отмечается увеличение слоев эпителиальных клеток до 50-60, клетки больших размеров.
- Хронический эзофагит нередко предшествует раку пищевода. Симптомы при этой болезни часто отсутствуют, иногда больные жалуются на изжогу, боль при прохождении еды по пищеводу. Причинами эзофагита могут быть хронический гиперацидный гастрит, желудочно-пищеводный рефлюкс, кардиоспазм.
- Хронический язвенный эзофагит обычно, возникает на фоне хронического эзофагита, проявляется нарастанием боли при прохождении еды по пищеводу и возникновением симптомов стеноза пищевода, возможны большие кровотечения.

#### **Патологическая анатомия.**

Известно несколько патоморфологических классификаций рака пищевода. В клинической практике чаще всего применяется следующая.

- **Экзофитный** или узловой, рак встречается в 60% всех случаев. В начальных стадиях развития опухоль пальпируется в слизистой оболочке и подслизистом слое. При эзофагоскопии заметная слабо окрашенные участки стенки пищевода. Поверхность опухоли зерниста, иногда с точечным кровоизлиянием. Слизистая оболочка без язв, но ригидная и плохо смещается. Большие узлы напоминают “цветную капусту”. Иногда поверхность опухоли изъязвляется и кровит. Кровоизлияние чаще происходит в опухоль и окружающую слизистую оболочку. В запущенных случаях узел приобретает форму блюдца с распадом и язвой в

центре. Гистологически чаще оказывается плоскоклеточный рак. В последующем эти опухоли приобретают менее дифференцированное строение.

- **Эндофитный** или язвенный рак составляет 30% всех случаев рака пищевода. На ранней стадии имеет вид плоского узла беловатого цвета, который расположен в толщи слизистого и подслизистого слоя. Узел быстро изъязвляется: края язвы разъедены, холмисты, дно ее неровное, язва легко кровоточит. При этой форме рано наступает дисфагия, так как опухоль быстро распространяется циркулярно и присоединяется спазм пищевода. Гистологически обнаруживают картину плоскоклеточного рака без ороговения, или с ороговением и распадом, язвой и воспалительной инфильтрацией.
- **Склерозирующая** (циркулярная) форма наблюдается в 10% случаев. Опухоль развивается на слизистой оболочке и медленно растет в циркулярном направлении, наблюдается инфильтрация слизистой и мышечной оболочек пищевода клетками опухоли. Язва образуется поздно в результате вторичного эзофагита. Прорастание средостения и метастазирование наступают также поздно. Микроскопически опухоль имеет строение плоскоклеточного рака с ороговением или базальноклеточного рака со значительным разрастанием фиброзной стромы, то есть имеют картину скира.
- Рак кардии, обычно аденокарцинома, растет снизу вверх, распространяется в подслизистом слое.

Строение рака пищевода не всегда позволяет отнести его к какой-либо четко очерченной форме. Встречаются смешанные формы с экзофитно-эндофитным ростом опухоли.

**При классификации по стадиям учитывается также анатомический отдел пищевода.**

I. Опухоли шейного отдела. Шейный отдел расположен от линии соединения глотки с пищеводом до входа в грудную полость, приблизительно 18 см от линии передних резцов.

II. Опухоли внутригрудного отдела ( за исключением нижней трети ):

- а) верхняя часть размещена от входа в грудную полость к нижнему краю VI грудного позвонка, приблизительно 26 см от передних резцов;
- б) средняя грудная часть размещена от нижнего края VI грудного позвонка к нижнему краю VIII грудного позвонка, приблизительно 31 см от передних резцов;
- в) нижняя часть пищевода длиной 10 см начинается от нижнего края VIII грудного позвонка и заканчивается кардиальным отверстием, приблизительно 40 см от передних резцов.

**Пути метастазирования:**

Метастазирование происходит главным образом лимфогенным путем в регионарные лимфатические узлы.

- Рак шейного отдела рано метастазирует в клетчатые пространства шеи и надключичных участков.

- Рак грудного отдела метастазирует в лимфоузлы средостения и клетчатку вокруг пищевода. Метастазы в лимфоузлы левого надключичного участка (метастазы Вирхова) характерны для запущенного рака всех отделов пищевода.
- Для рака среднего и нижнего грудных отделов типичными являются метастазы в лимфоузлы малого сальника. Печенка поражается метастазами приблизительно в 20% случаев, легкие - в 10%, другие органы брюшной полости и кости поражаются реже.

#### **Регионарными лимфоузлами пищевода являются:**

- для шейного отдела – шейные лимфоузлы (в том числе надключичные)
- для внутригрудного отдела – лимфоузлы средостения.

### **Классификация раков пищевода (код МКХ - О С15) по системе TNM (6-ое издание, 2002 год).**

#### **TNM Клиническая классификация**

#### **T — Первичная опухоль ( шейный и внутригрудной отделы пищевода )**

Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли

T0 — первичная опухоль не определяется

Tis — carcinoma in situ

T1 — опухоль инфильтрирует базальную мембрану или 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

N0 — нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов

N1 — имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах

#### **M — Отдалены метастазы**

Mx — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

M0 — отдаленные метастазы не определяются

M1 — имеются отдалены метастазы

#### **Для опухолей нижнего грудного отдела пищевода**

M1a — метастазы в брюшные лимфоузлы

M1b — другие отдалены метастазы

#### **Для опухолей верхнего грудного отдела пищевода**

M1a — метастазы в шейные лимфоузлы

M1b — другие отдалены метастазы

#### **Для опухолей среднего грудного отдела пищевода**

M1a — не применяется

M1b — нерезионарные лимфатические лимфоузлы или другие отдалены метастазы

### **рTNM Патоморфологическая классификация**

**Категории рТ, рN и рМ отвечают категориям Т, N и М**

рN0 — Материал для гистологического исследования после средостенной лимфаденэктомии должен включать не меньше 6 лимфатических узлов.

#### **G — Гистопатологическая градация**

Gx — Степень дифференциации не может быть определена

G1 — Высокая степень дифференциации

G2 — Средняя степень дифференциации

G3 — Низкая степень дифференциации

G4 — Недифференцирована опухоль

#### **Группирование за стадиями**

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия I	T1	N0	M0
Стадия IIА	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
Стадия IIВ	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
Стадия III	T3	N1	M0
	T4	любое N	M0
Стадия IV	любое T	любое N	M1
Стадия IVA	любое T	любое N	M1a
Стадия IVB	любое T	любое N	M1b

В Украине рак пищевода в I – II стадии диагностируется в 50% случаев, в III стадии 23,7%, в IV стадии 18,3%. Живут меньше 1 года с момента установления диагноза 71,9% больных.

#### **Клиника.**

Симптоматику рака пищевода с учетом стадии можно разделить на 3 группы.

1. Общие симптомы, которые встречаются при хронических заболеваниях и поражениях злокачественными опухолями, в том числе и при раке пищевода

- ✓ общая слабость
- ✓ быстрая усталость
- ✓ снижение аппетита
- ✓ исхудание
- ✓ потеря интереса к окружающему
- ✓ раздражимость и др.

2. Симптомы, характерные для заболеваний органов грудной полости:

- ✓ тупая боль в груди или в спине



- ✓ одышка, которая появляется после принятия еды
- ✓ тахикардия, которая появляется после принятия еды
- ✓ изменение тембра голоса и др.

3. Симптомы непосредственного поражения пищевода. Эта группа симптомов важная в диагностике рака пищевода, включает:

- ✓ дисфагию
- ✓ повышенную саливацию
- ✓ боль при глотании (особенно твердой еды)
- ✓ ощущение “царапания” за грудиной
- ✓ запах изо рта и неприятный привкус
- ✓ тошноту
- ✓ рвоту.

Один из основных и ранних симптомов рака пищевода – дисфагия (встречается в 80% случаев) сначала не всегда четко выразительный и появляется периодически. При экзофитной опухоли она часто бывает первым симптомом, который возникает на фоне общего благополучия.

**Различают 3 вида дисфагии:**

1. Функциональную (рефлекторную) - обычно раннюю
2. Механическую - симптом развитого или запущенного рака
3. Смешанную - механическое сужение просвета и рефлекторный спазм мышц

**По выраженности дисфагию разделяют на 4 степени:**

1. Начальную - нарушение акта глотания при прохождении твердой пищи
2. Компенсированную - трудности при прохождении полужидкой еды
3. Субкомпенсированную - трудности при прохождении жидкости
4. Декомпенсированную - не проходит даже жидкая еда

При дисфагии общее состояние больного прогрессивно ухудшается, нарастает истощение, обезвоживание. Возникают осложнения (кровоотечения, пищеводно-трахеальные и пищеводно-бронхиальные свищи, прорыв опухоли, которая распадается, в средостение, в плевру, перикард, легкие) приводят к развитию анемии, абсцесса легких, медиастинита, гнойного перикардита, эмпиемы плевры.

**Диагностика.**

Диагноз рака пищевода устанавливается с помощью приведенных методов исследования:

- Эндоскопическое исследование – эзофагоскопия с биопсией или взятием пунктата, мазков-соскобов из поверхности опухоли для гистологического и цитологического исследования.
- Рентгенологическое исследование – для уточнения степени распространения рака пищевода применяется:
  - ✓ трахеобронхоскопия

- ✓ пневмомедиастенотомография
- ✓ медиастиноскопия
- ✓ компьютерная томография.
- Радиоизотопное исследование
- Ультразвуковое исследование
- Хирургическое исследование – лапароскопия (торакоскопия), диагностическая лапаротомия (торакотомия).

При дифференцированной диагностике необходимо иметь в виду такие болезни пищевода как кардиоспазм, доброкачественные опухоли, язвы, туберкулез, сифилис, актиномикоз, сужение пищевода при рефлюкс-эзофагит и при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, рубцовой стриктуре после термических и химических ожогов, дивертикулы пищевода.

## Лечение.

Лечение рака пищевода может быть хирургическим, лучевым или комбинированным, а также комплексным. Каждый из этих методов имеет самостоятельное значение.

- Хирургическое лечение.

Радикальные операции применяются при I, II, III стадиях средней и нижней трети грудного и абдоминального отделов пищевода:

- ✓ операция Добромыслова – Торека включает экстирпацию пищевода с его следующей пластикой за два этапа:
  - 1) экстирпация пищевода с выведением эзофагостомы на шею и наложением гастростомы;
  - 2) замещение удаленного пищевода кишечным или желудочным трансплантатом.
- ✓ операции Гарлока и Льюиса – одномоментные операции с замещением удаленной части пищевода желудком. Операция Гарлока выполняется при локализации опухоли в нижней трети пищевода и в кардиоэзофагальном участке. Операция Льюиса выполняется при локализации опухоли в средней трети пищевода.

Паллиативные операции применяются при IV стадии в виде гастростомы, обходных анастомозов, реканализации пищевода.

- Лучевое лечение как самостоятельное лечение применяется у большинства больных раком шейного отдела и верхней трети, грудного отдела при противопоказаниях к хирургическому лечению или отказа больного от операции.
- Комбинированное лечение:
 

Первый этап – дистанционная гамма-терапия с облучением всей длины пищевода при обычном фракционировании. Возможно сочетание с химиотерапией.

Второй этап – резекция пищевода через 2-3 недели. При укрупненном фракционировании операция в первые три дня после лучевой терапии.

Комплексное лечение – химиолучевое лечение с возможной операцией на втором этапе.

- Самостоятельная химиотерапия рака пищевода эффективна, но недостаточно. Возможно лечение блеомицином, 5-ФУ, соединениями платины, митомицином, метотрексатом. Сегодня используются варианты внутриартериальной селективной химиотерапии.

### **Прогноз.**

К сожалению, нужно констатировать, что отдаленные результаты все еще свидетельствуют о паллиативном характере лечения рака пищевода. Решая ближайшую задачу – устранение дисфагии и спасение больного от голодной смерти, хирургическое лечение, даже в сочетании с лучевой терапией все еще не в состоянии решить отдаленную задачу – излечения больного от опухолевой болезни. Очевидно, что только следующие фундаментальные исследования и научные открытия в проблеме рака позволят клинической медицине осуществить качественный прыжок в лечении этой грозной патологии.

### **Рекомендованная литература:**

#### **а). Основная**

1. Б.Т. Билинский, А.И. Гнатишак “Онкология”, 1992р.
2. Онкология. Под ред. Б.Т. Билинского, Ю.М. Стернюка, Я.В. Шпарика. – Львов: Медицина мира, 1998. - 272с.
3. Онкология. Под ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабашьяна, П.В. Шелешка. – Тернополь: Укрмедкнига, 2003. – 313 с.
4. Онкология. Под ред. Б.Т. Билинского, Ю.М. Стернюка, Я.В. Шпарика. – Киев: Здоровье, 2004. – 527 с.

#### **б). Дополнительная**

1. Справочник по онкологии под ред. Проф Шалимова С.А., проф. Гриневича Ю.А., проф. Мясоедова Д.В. – Киев, Здоровья. - 2000. –560с.
2. Справочник по онкологии под редакцией ак. Трапезникова Н.Н. - Г. Медиа. - 1996г. 624с.
3. Хендерсон Д.М. “Патофизиология органов пищеварения”. - L-R New –York. - 1997. – 284с.
4. Ганул В.Л. С.И. Кирилевский «Рак пищевода»: Руководство для онкологов и хирургов. К.: Книга Плюс. – 2003г. 199с.