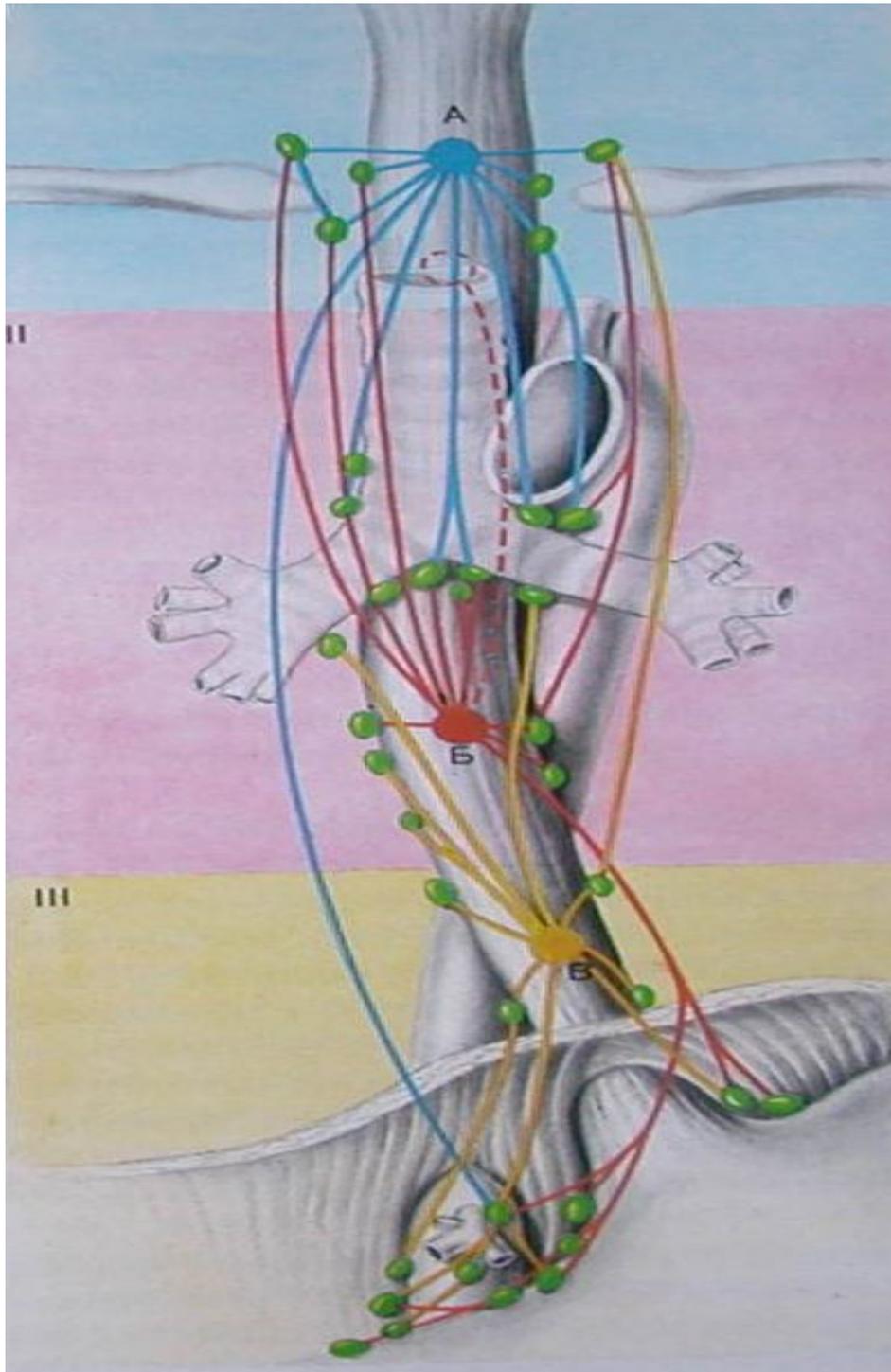


Хирургические заболевания пищевода

https://yadi.sk/i/zeU3K_WC3EВakr

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 (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

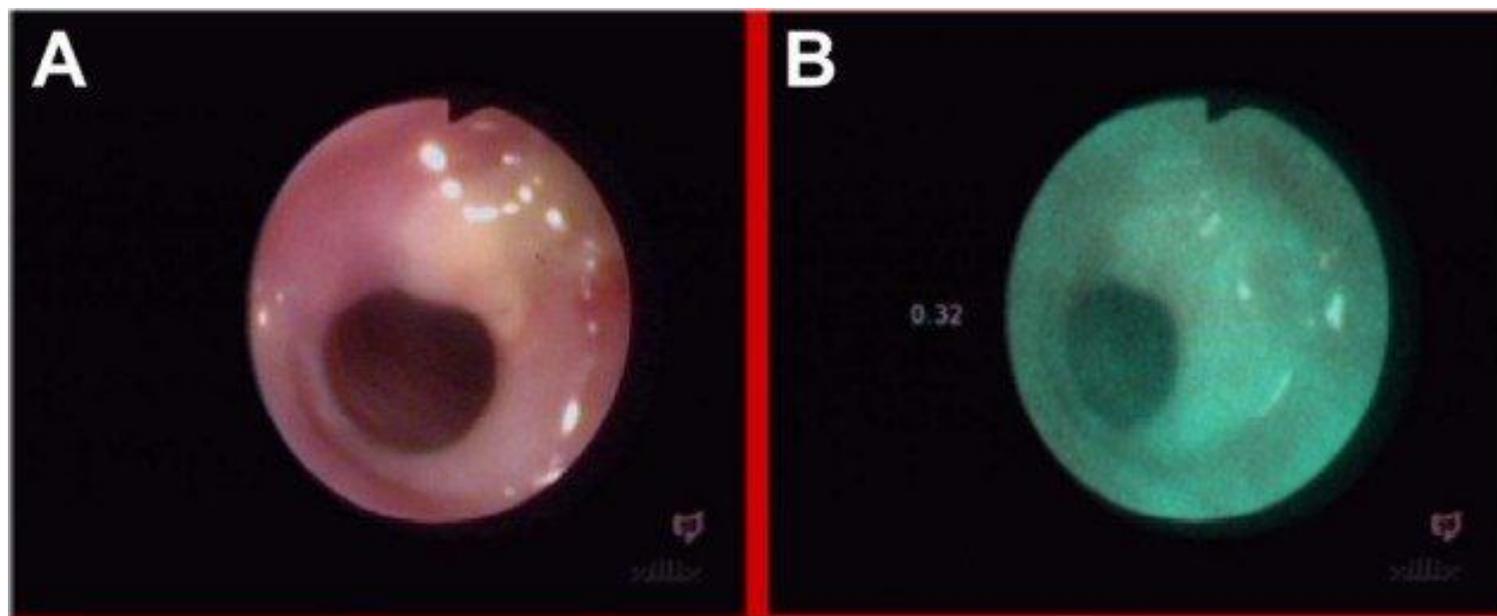
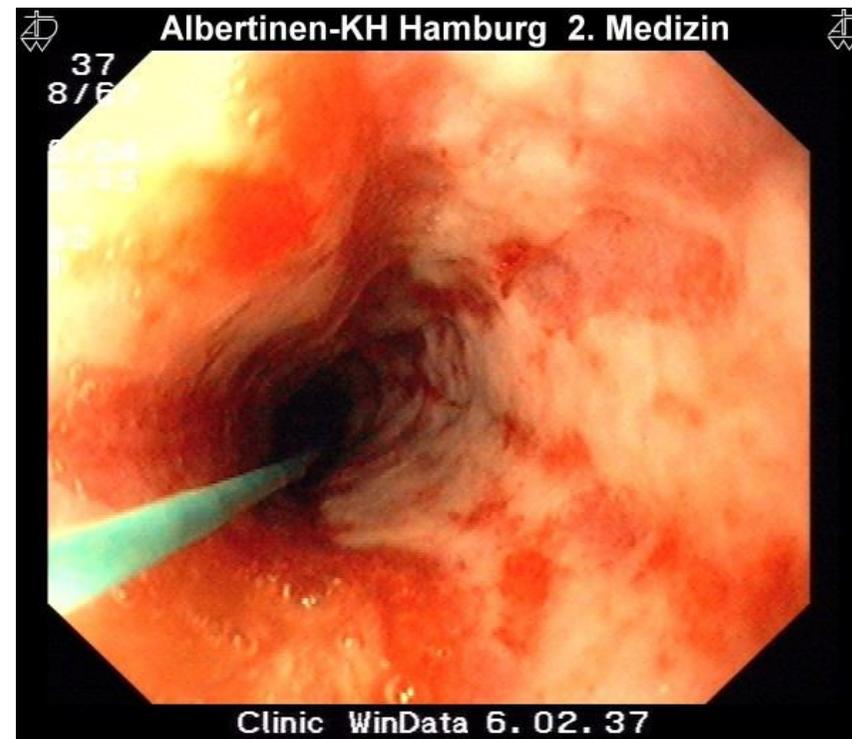
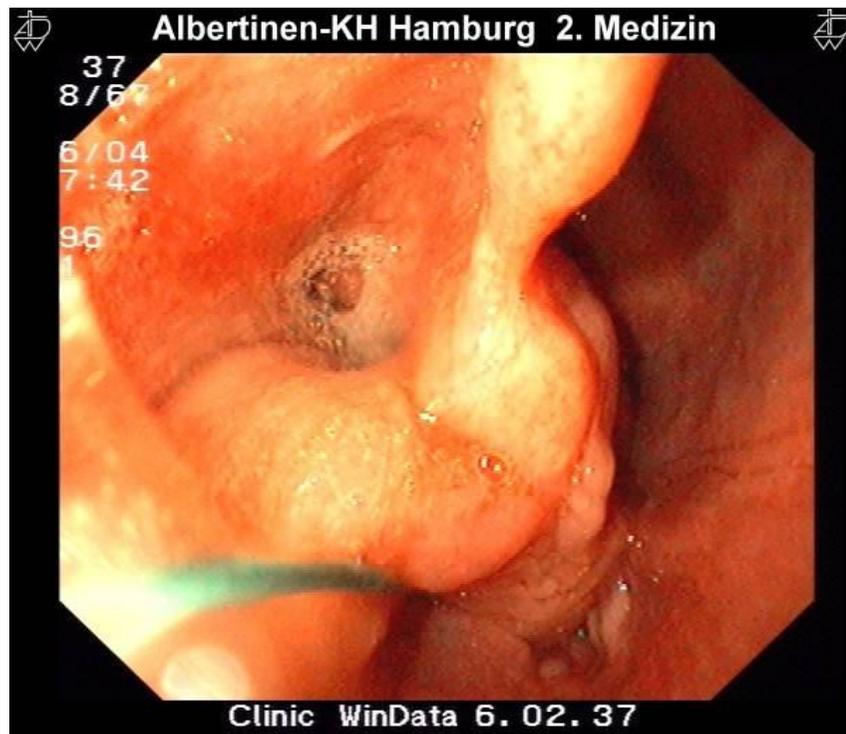
1. Облитерация просвета пищевода
2. Спонтанная перфорация
3. Дивертикулы
4. Свищи (пищеводно –
 бронхиальные, пищеводно -
 трахеальные)
5. Рак.

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;
 - баллонная пневмо(гидро)дилатация;
 - электрорассечение;
 - кардиодилатация металлическим дилататором Штарка (опасно, имеет историческое значение);
 - временное эндопротезирование пищевода.



Бужирование «без конца»



Осложнения бужирования

- острый эзофагит
- пищеводное
кровотечение
- 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.

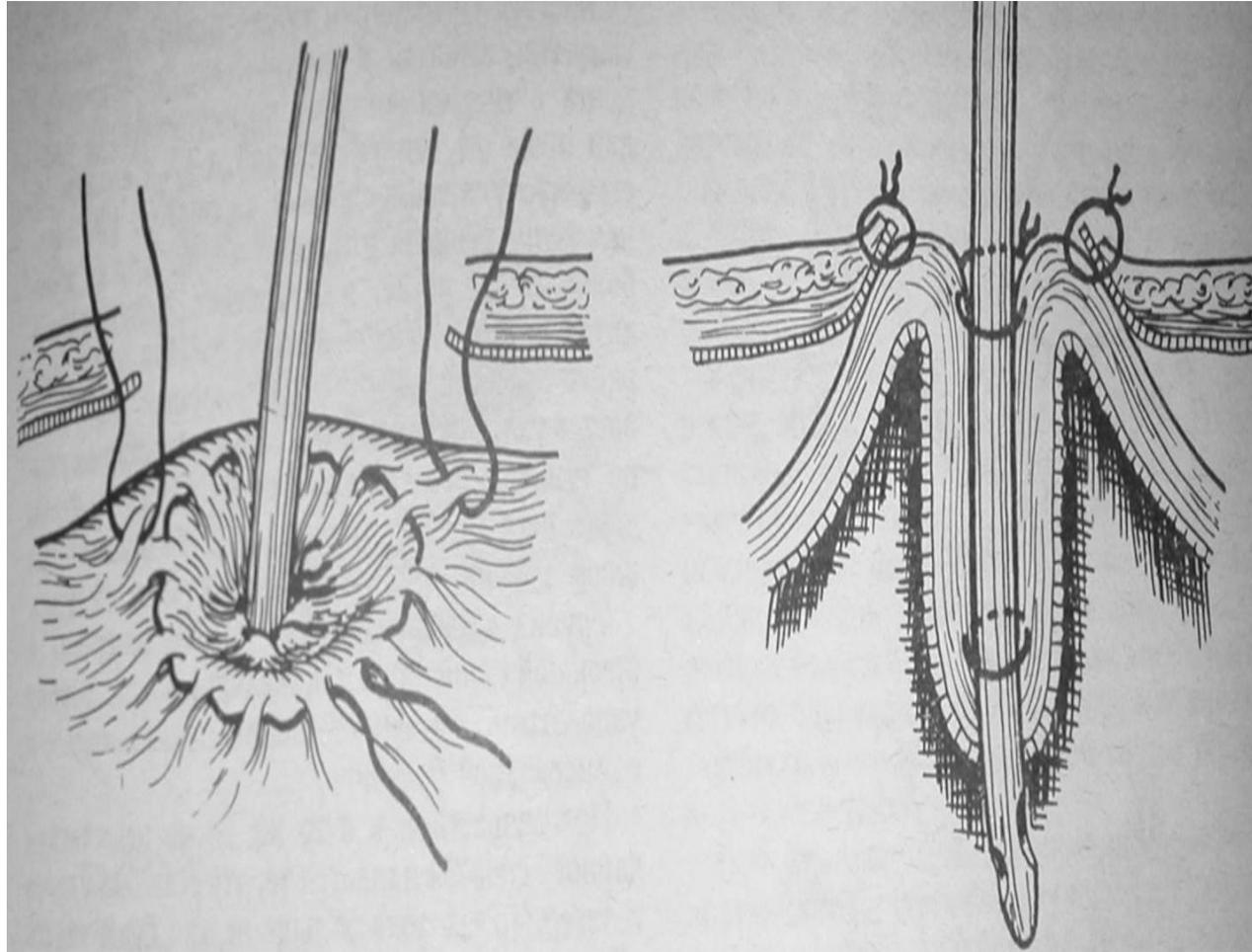
Хирургические вмешательства:

1. Гастростомия

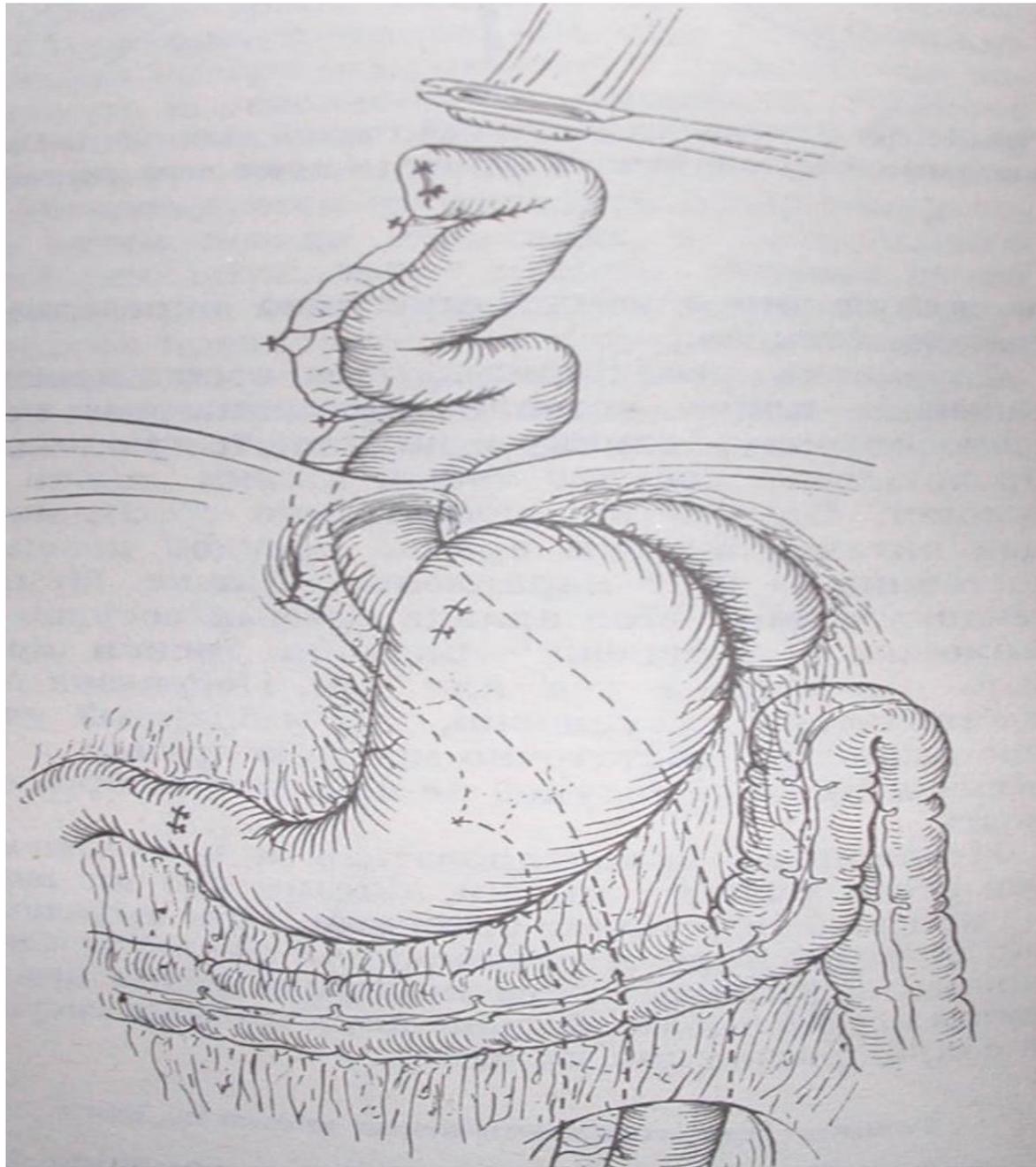
- а. Для бужирования (ретроградного, по методу «без конца»)
- б. Для энтерального питания больных при полной стриктуре

2. Пластика пищевода

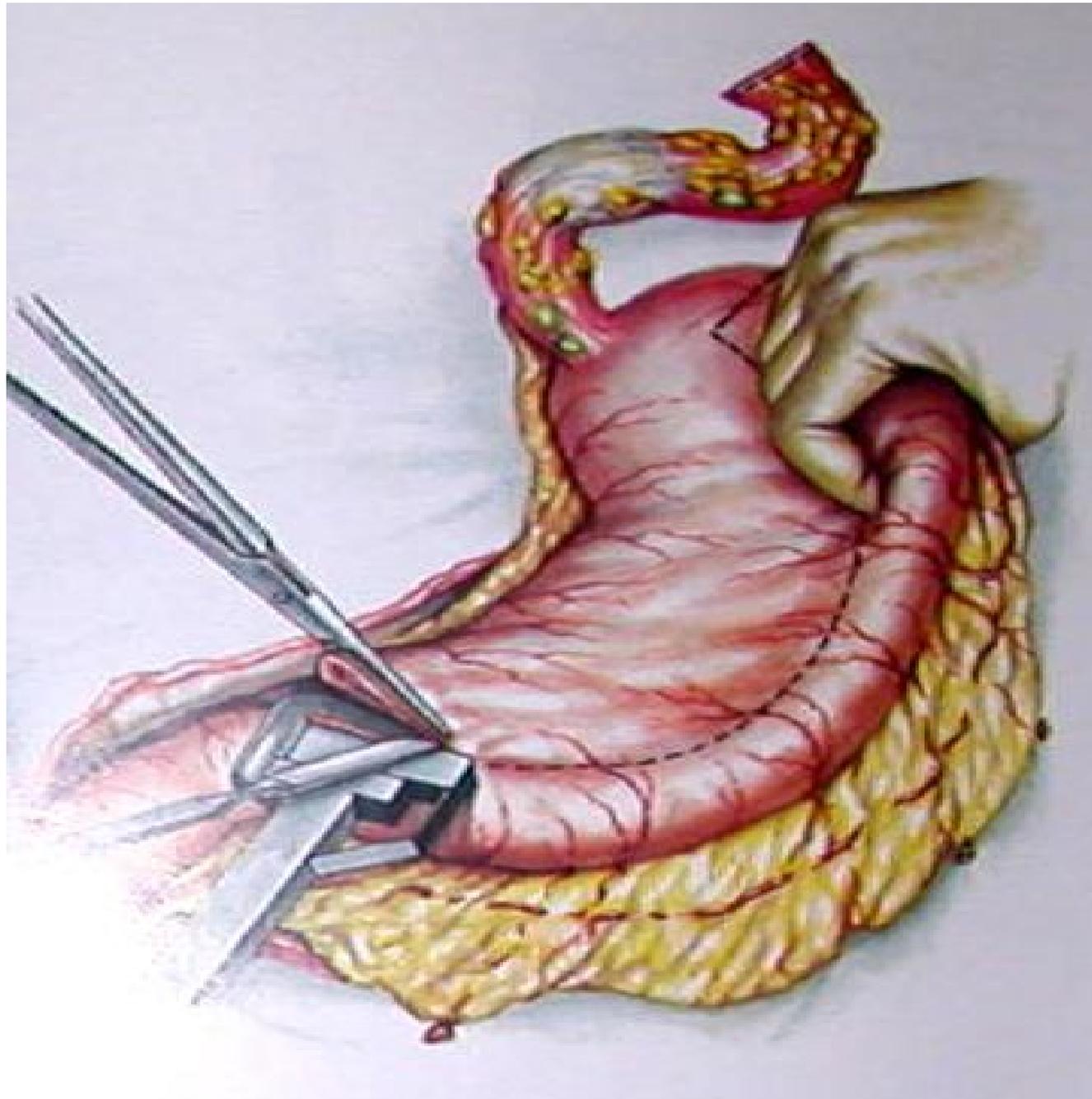
- а. тонкокишечная
- б. желудочная
- в. толстокишечная



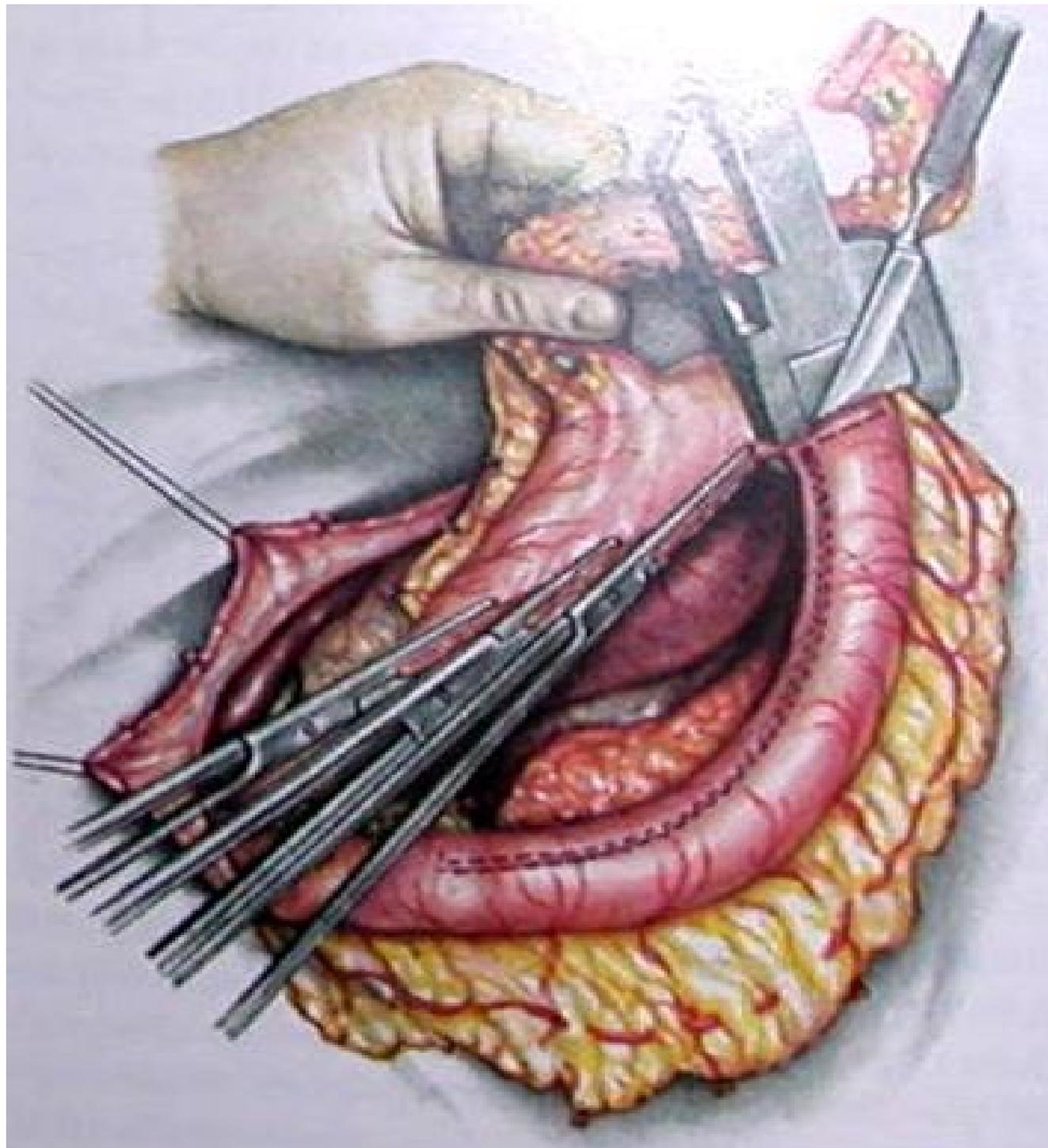
В настоящее время к наиболее распространенным способам гастростомии относятся гастростомия по Штамму - Сенну и Кодеру, а также лапароскопическая гастростомия

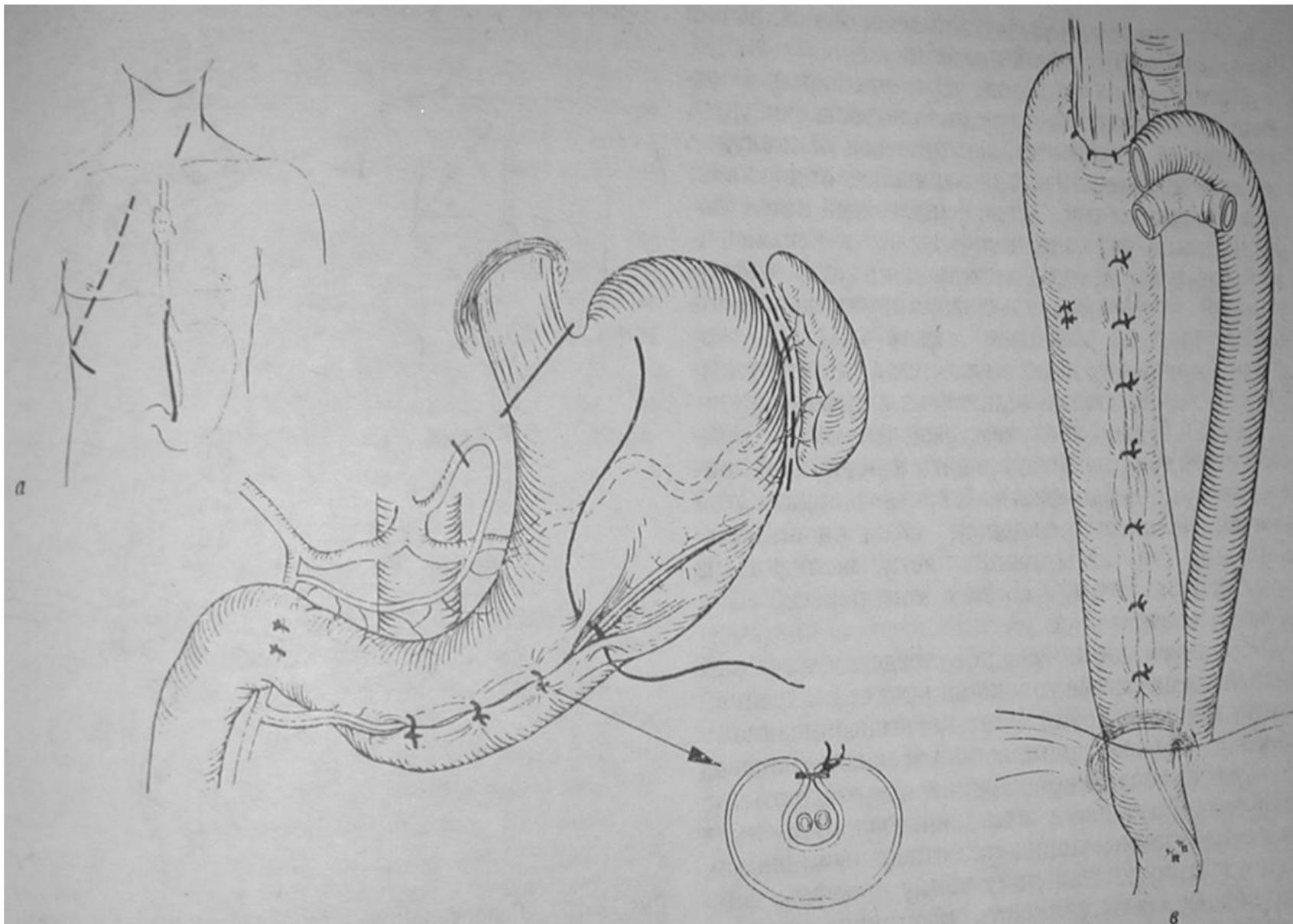


Тонкокишечная пластика пищевода по Ру (1906)



Пластика пищевода изоперистальтической трубкой из большой кривизны желудка (А. Ф. Черноусов, 1980).





Операция Льюиса

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 нижнего пищеводного сфинктера
при глотании, беспорядочной
перистальтики.

.

Патогенез

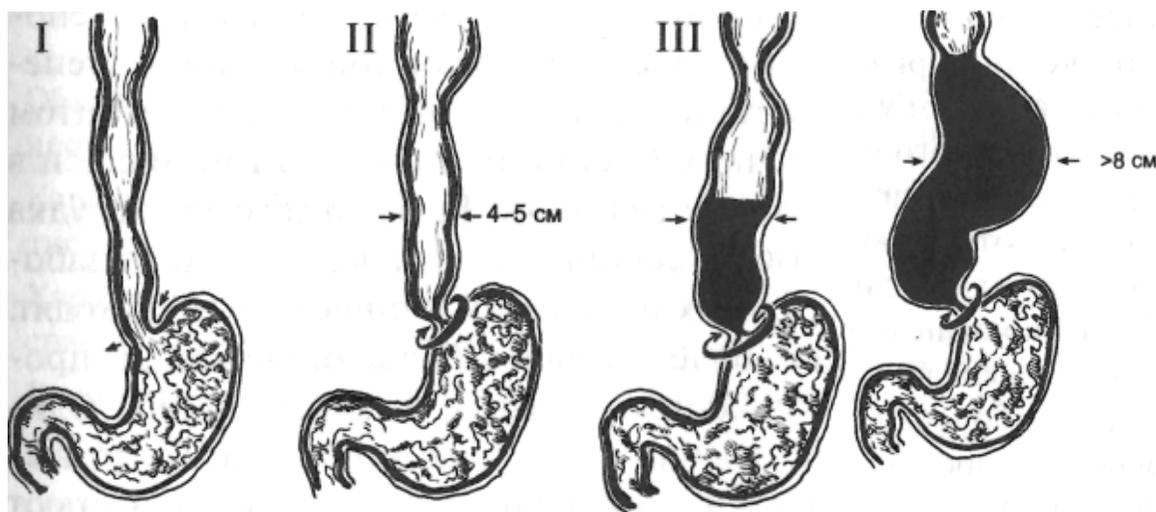
1. Гипо- и аганглиоз ауэрбаховского нервного сплетения
2. Дегенерация пищеводных волокон блуждающего нерва в сочетании с дисфункцией его дорсального ядра
3. Гиперчувствительная реакция к холинергической стимуляции и гастрину

Генетическая гипотеза (мутация гена AAAS12q13 - развитие синдрома Allgrove)

Аутоиммунная гипотеза

Инфекционная гипотеза (Trypanosoma cruzi, Herpes zoster и др.)

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.

Чикагская классификация нарушений моторики пищевода (Чикаго, 2008; Аскона, 2011)

Чикагская классификация нарушений моторики пищевода

Ахалазия	Тип I Тип II Тип III Нарушение проходимости кардии
Заболевания, связанные с нарушением моторики	Диффузный эзофагоспазм Чрезмерная интенсивность сокращений DCI >8000 («отбойный молоток») Гипокинезия/Отсутствие сокращений
Изменения перистальтики	Нарушение перистальтики с большими разрывами Нарушение перистальтики с малыми разрывами Незавершенная перистальтика Ускоренные сокращения Гиперкинезия грудного отдела пищевода («пищевод щелкунчика»)

Типы ахалазии

- 1 тип – отсутствие сокращений грудного отдела пищевода
- 2 тип – неперистальтические сокращения с нормальной амплитудой
- 3 тип – выраженная гипермоторная дискинезия

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

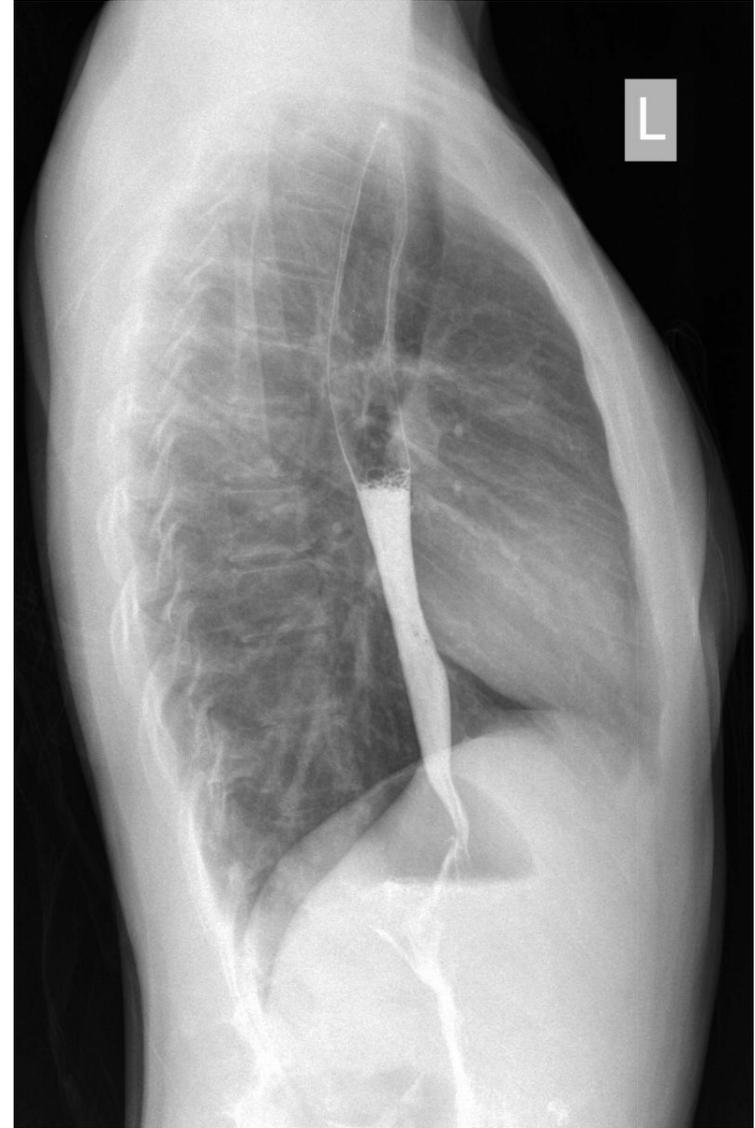
Осложнения ахалазии

- 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





Девочка 9 лет. Жалобы на ночной кашель в течение примерно полугода. Дефицит массы тела. Во время УЗИ брюшной полости случайно обнаружено расширение пищевода. Нижний пищеводный сфинктер сомкнут, пассаж небольшого количества жидкости в желудок начался только после приёма 1,5 стаканов жидкости и переходе в вертикальное положение.

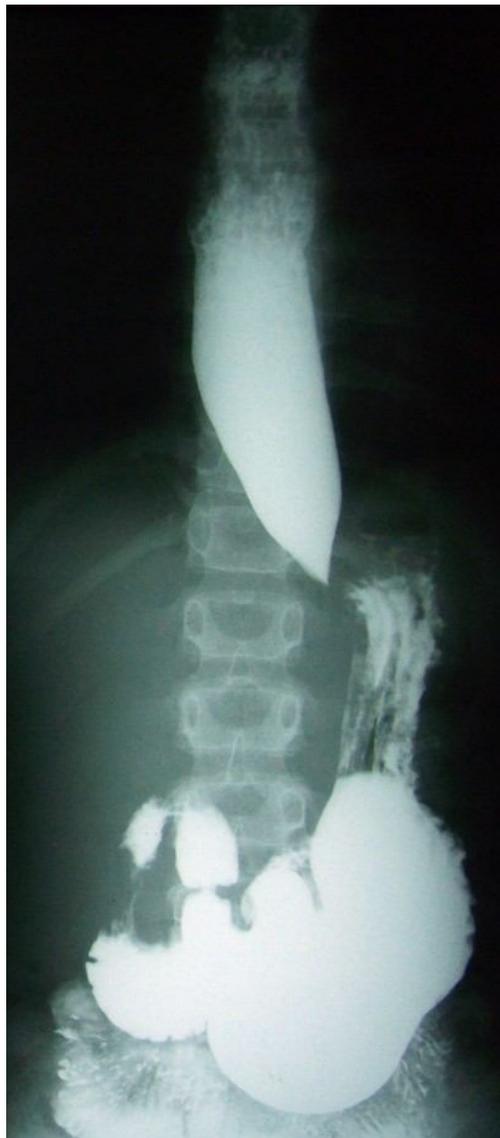


Продольный срез на уровне
нижнего пищеводного
сфинктера



Поперечный срез в средней
части пищевода

Девочке была проведена ЭГДС, патологии не выявлено, рентгенография:



World J
Gastroenterol. 2009
August 28; 15(32):
3969–3975

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) опасно.

- **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.

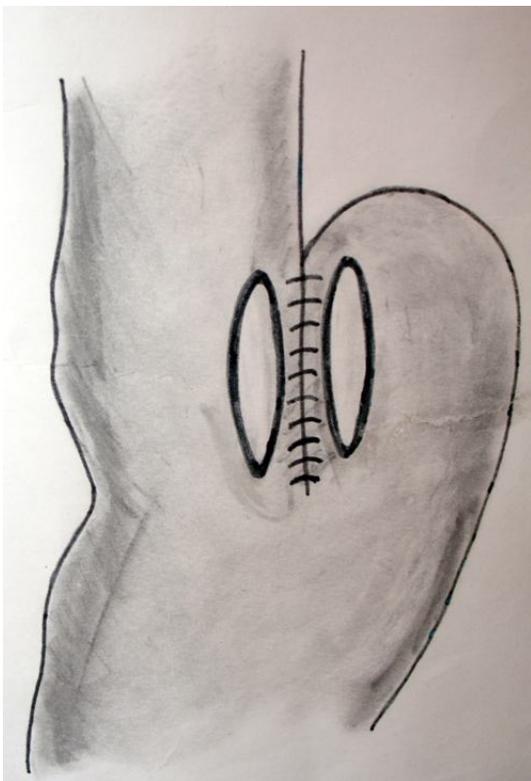
Эффективность терапии составляет около 80% в течение 1-го месяца наблюдения, 70% после 3 мес., 50% через 6 мес. и около 40% через 1 год, в связи с чем иногда требуется повторная инъекция ботулинового токсина.

Хирургическое лечение показано 10-15% больным.

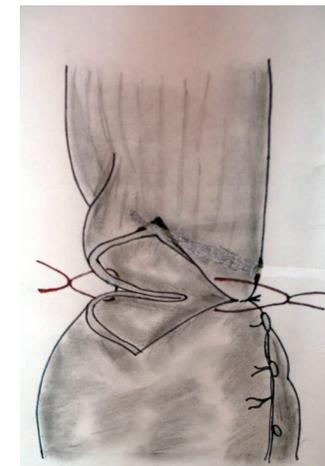
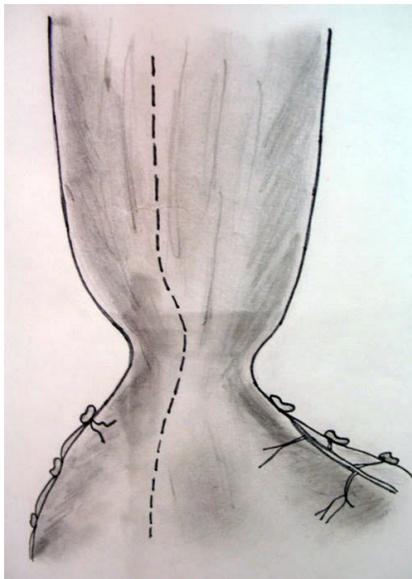
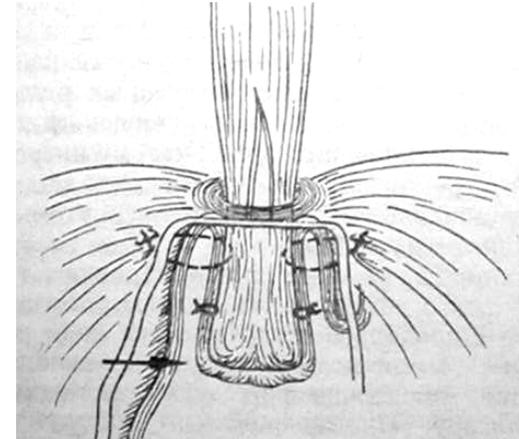
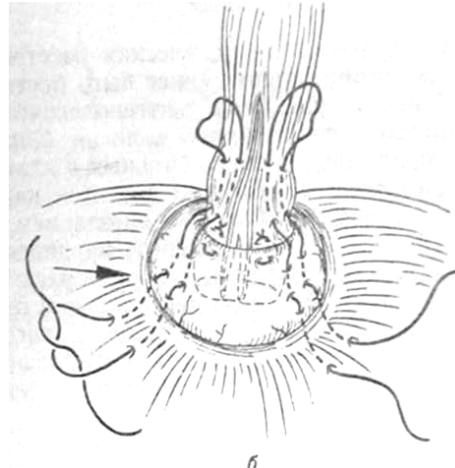
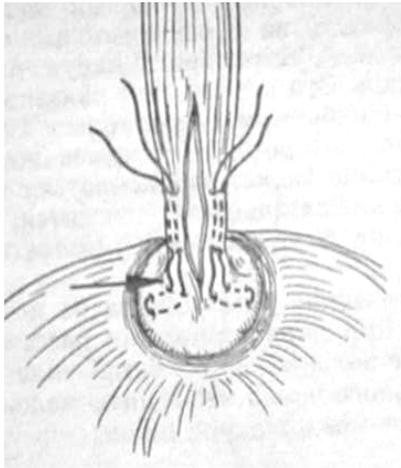
Показания:

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.

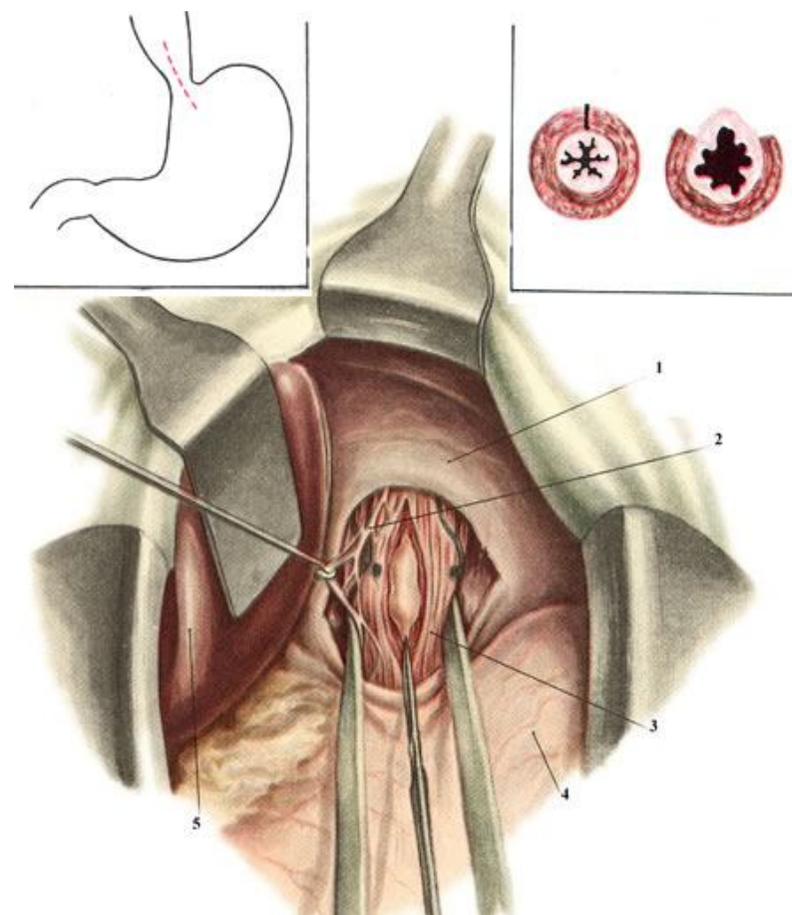
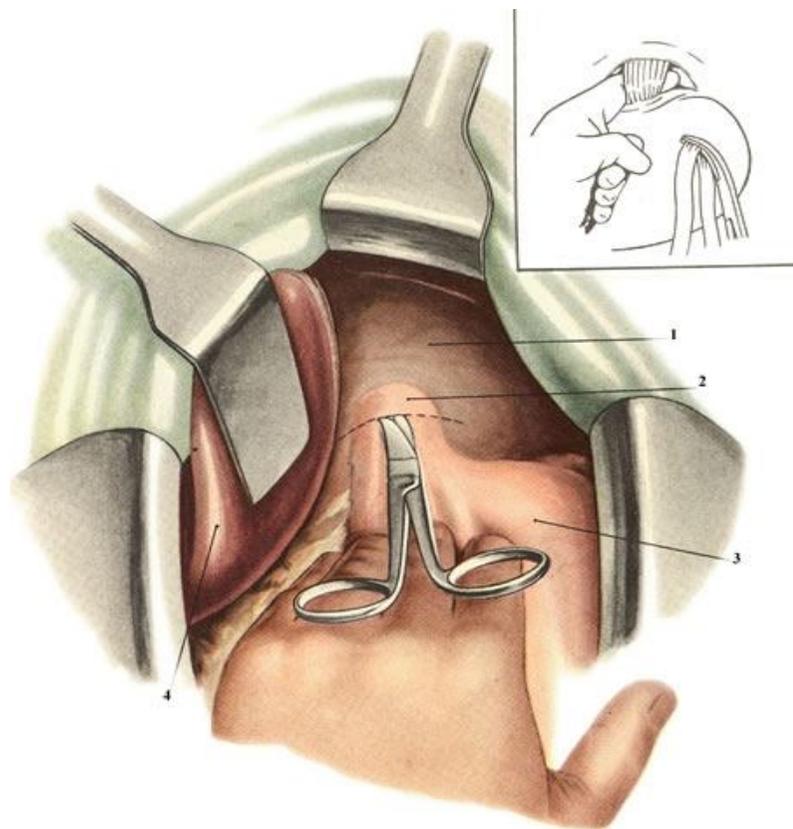
Операция Гейровского (в настоящее время применяется крайне редко)



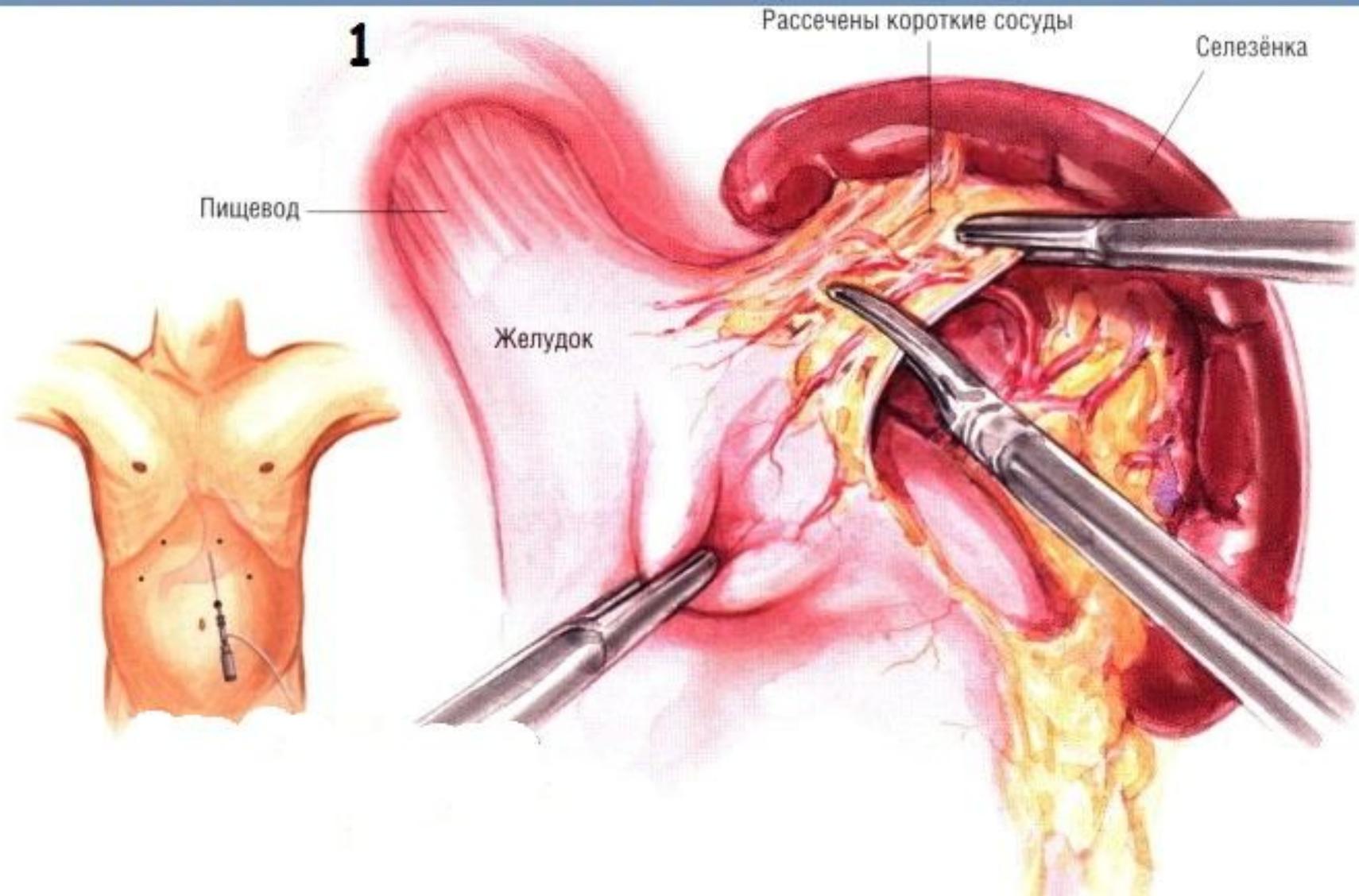
Внеслизистая кардиомиотомия (**Heller**) из абдоминального доступа, реконструкция кардии (**Belsey**).
Эндоскопическая миотомия.



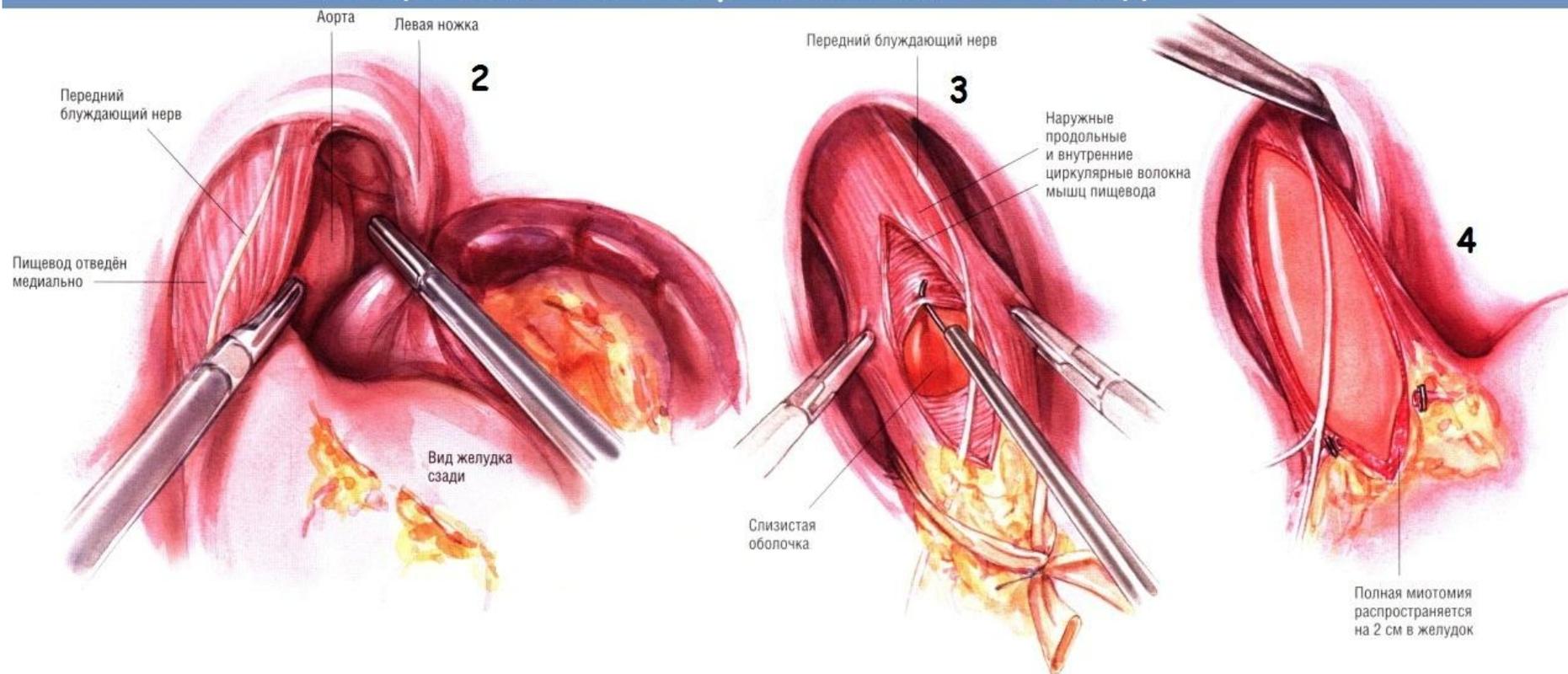
Эзофагомиотомия



Лапароскопическая эзофагомиотомия по Геллеру



Лапароскопическая эзофагомиотомия по Геллеру

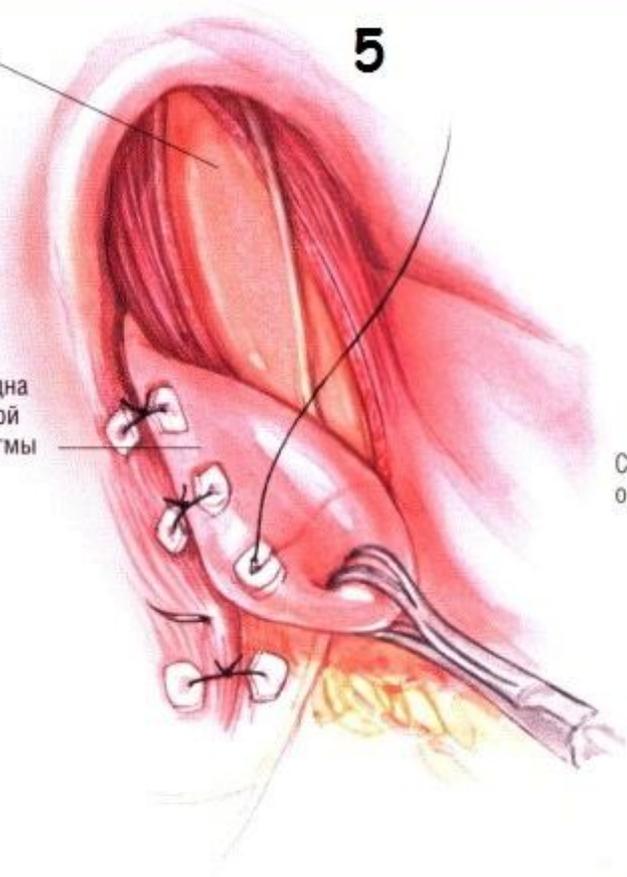


Лапароскопическая эзофагомиотомия по Геллеру

Слизистая оболочка

5

Задний отдел дна пришит к правой ножке диафрагмы

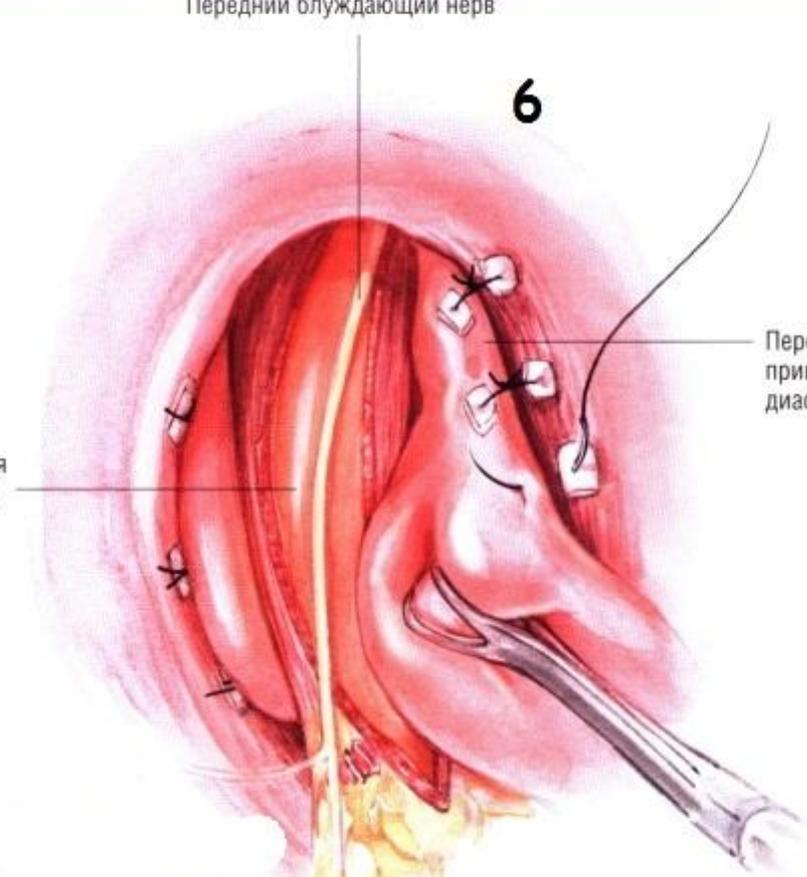


Передний блуждающий нерв

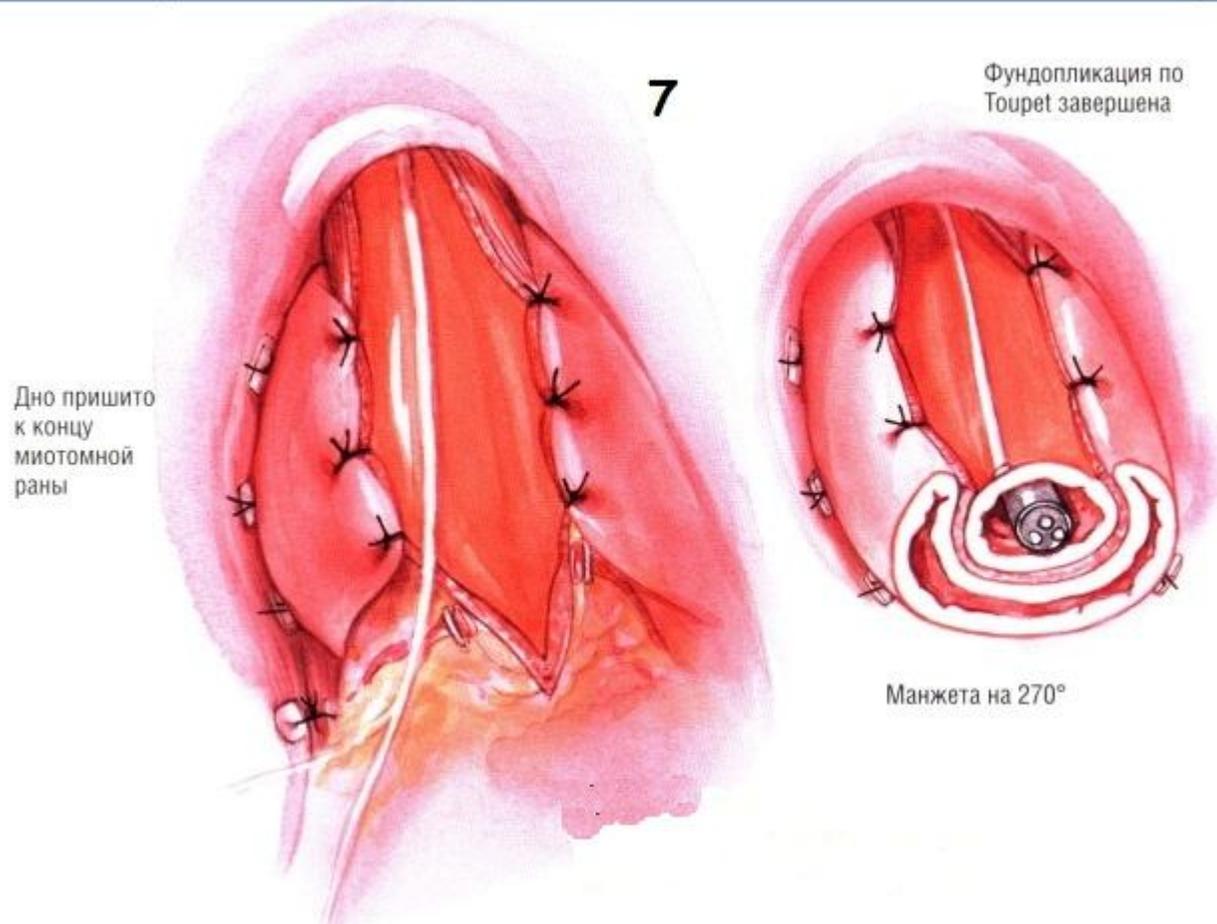
6

Передний отдел дна пришит к левой ножке диафрагмы

Слизистая оболочка

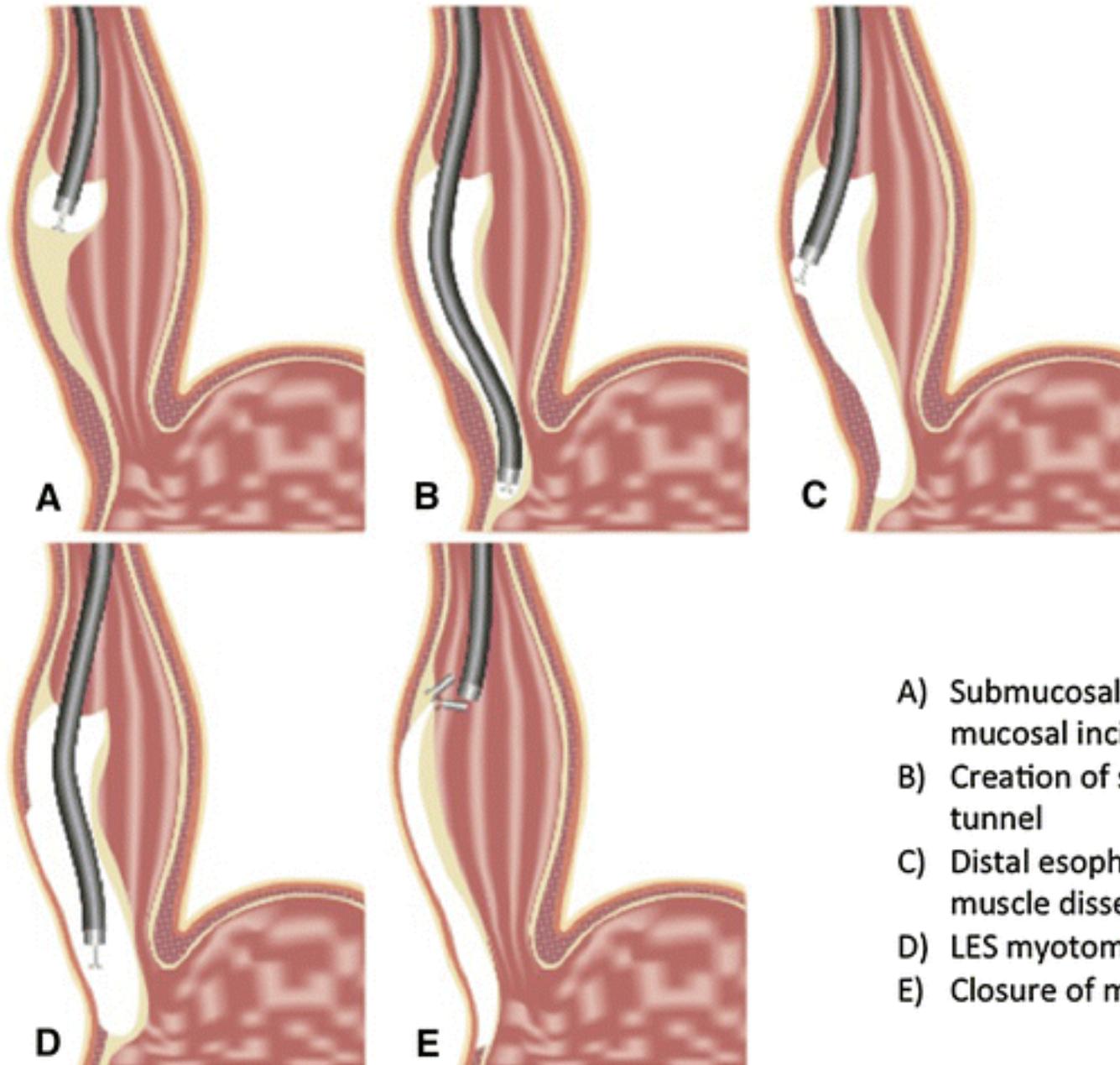


Лапароскопическая эзофагомиотомия по Геллеру



В настоящее время для лечения кардиоспазма широко применяют лапаро- и торакоскопические операции, из которых предпочтение отдают лапароскопической миотомии с частичной фундопликацией в различных модификациях

«Пероральная эндоскопическая миотомия» (РОЕМ)



- A) Submucosal injection and mucosal incision
- B) Creation of submucosal tunnel
- C) Distal esophageal circular muscle dissection
- D) LES myotomy
- E) Closure of mucosal incision

Дивертикулы пищевода

https://yadi.sk/i/zeU3K_WC3EBakr

Классификация дивертикулов.

1. По происхождению:

- врожденные;
- приобретенные.

2. По локализации:

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

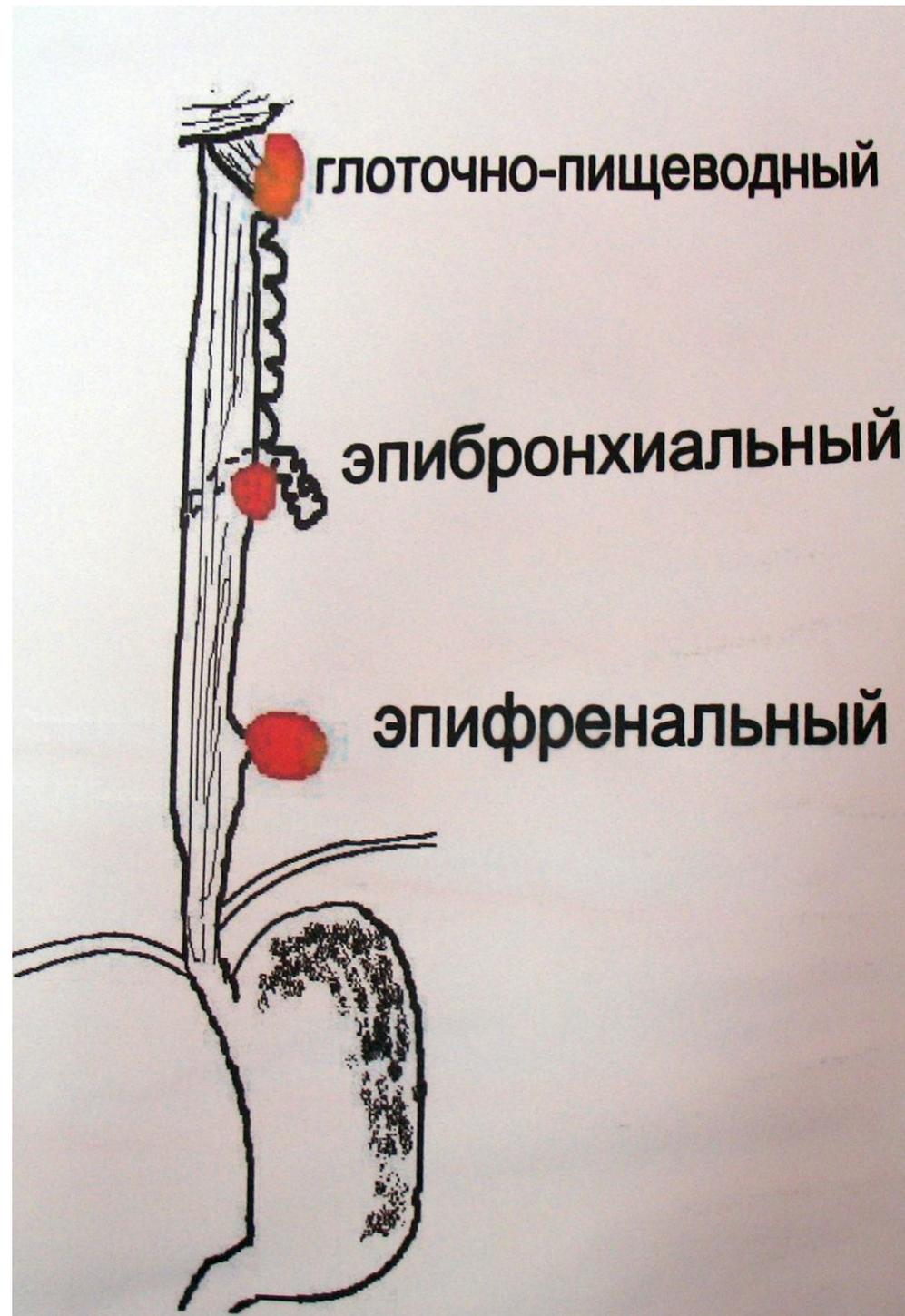
3. По механизму развития:

- 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

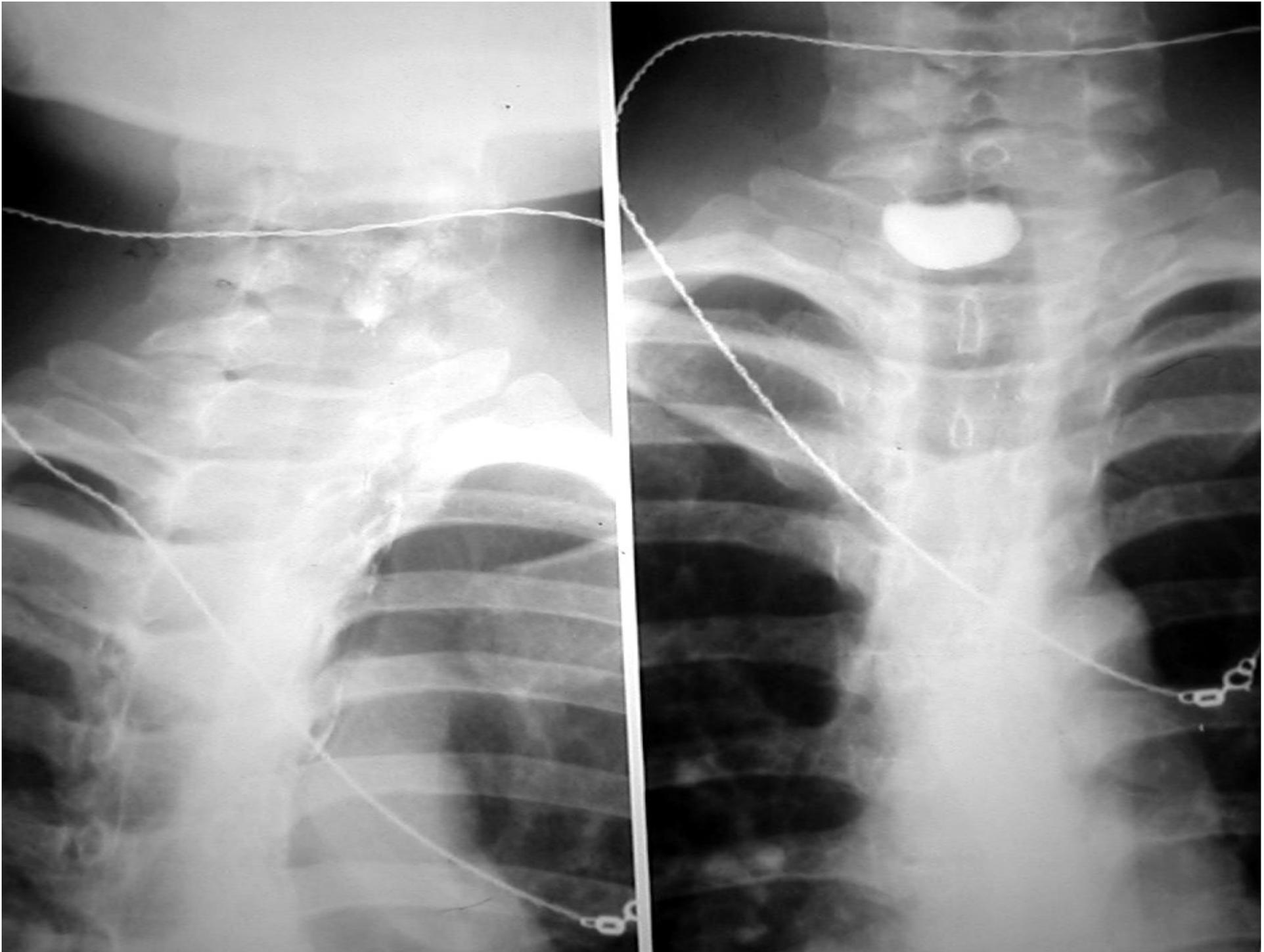
1. Чувство тяжести
2. Боль в нижней части грудины
3. Аэрофагия
4. Гнилостный запах
5. Срыгивание
6. Приступы астмы, стенокардии

Осложнения:

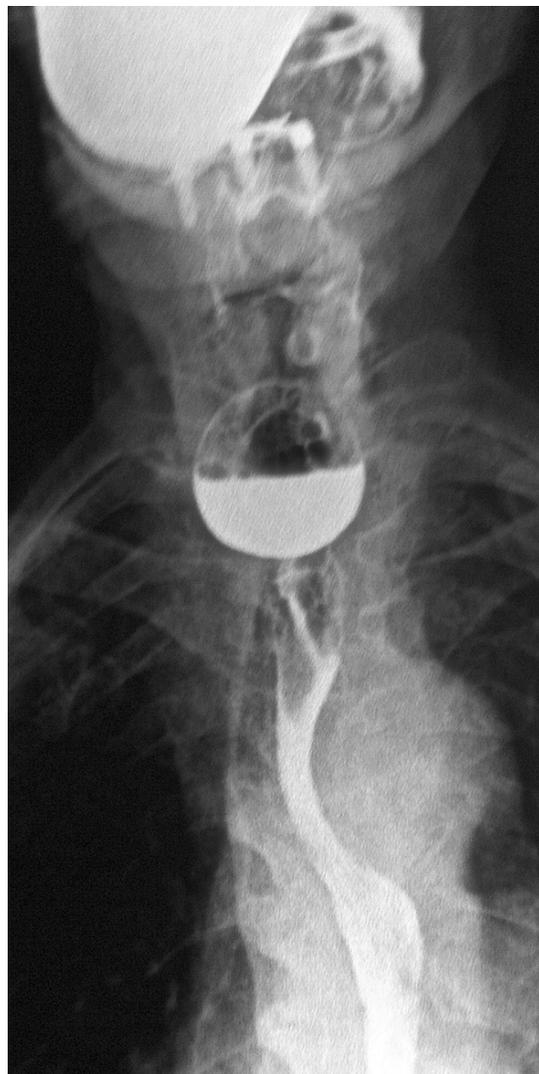
1. Дивертикулит и эзофагит с формированием абсцессов,
2. Аспирация содержимого дивертикулов (рецидивирующие бронхиты, пневмонии, абсцессы легких);
3. Кровотечение вследствие эрозий сосудов;
4. Перфорация дивертикулов с последующим медиастинитом;
5. Пищеводно-трахеобронхиальные свищи;
6. Рубцовый стеноз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

Диагностика

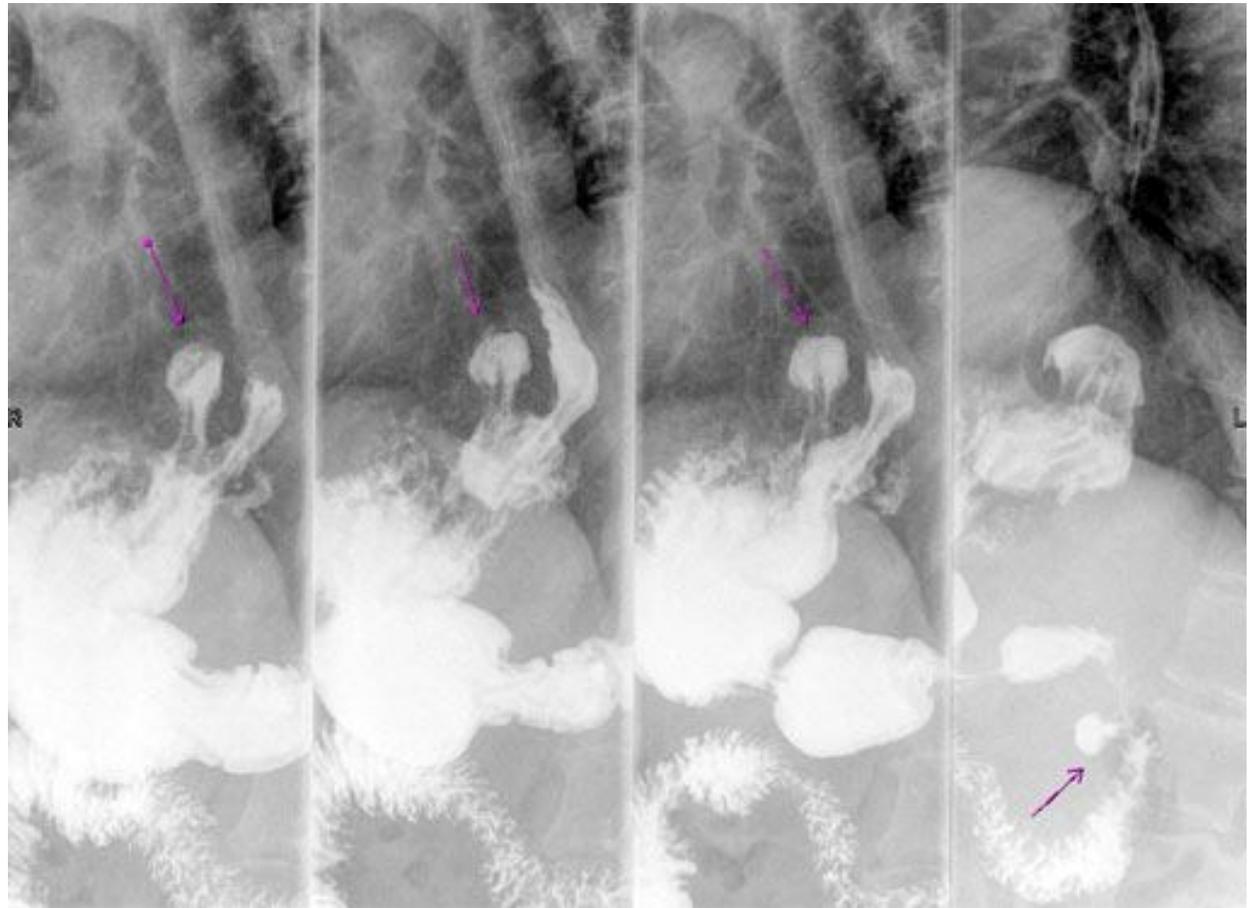
- Контрастная рентгенография
- Фиброэзофагоскопия
- Компьютерная томография



Ценкеровский дивертикул



Эпифренальные дивертикулы



В стадии развития дивертикулов:

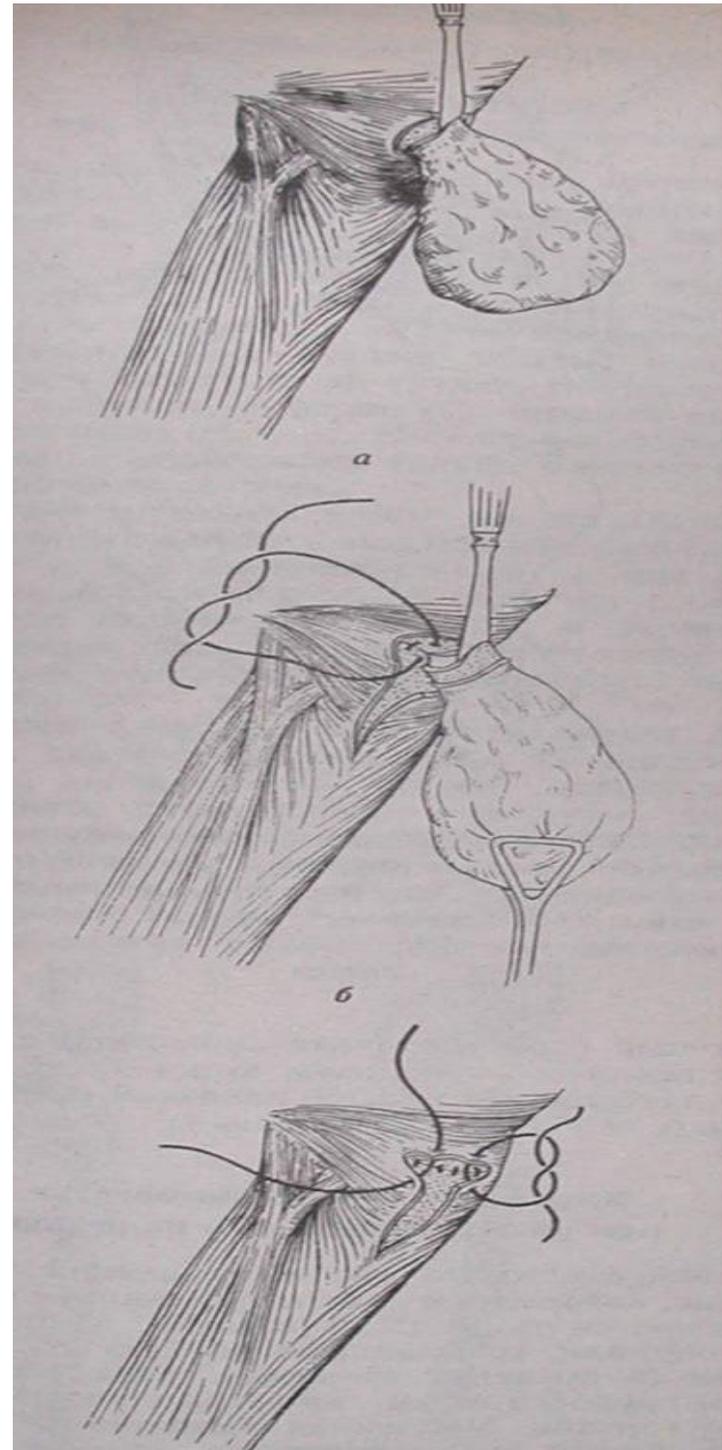
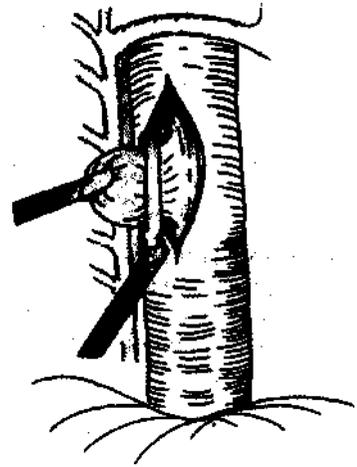
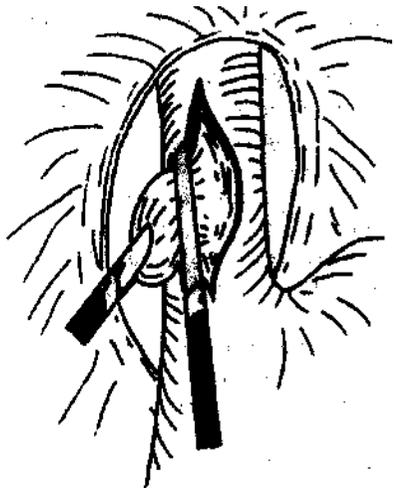
1. Дивертикул по форме напоминает шип розы;
2. Дивертикул по форме напоминают булаву;
3. Дивертикул имеет форму мешка, не сдавливающего пищевод;
4. Дивертикул сдавливает и оттесняет пищевод кпереди.

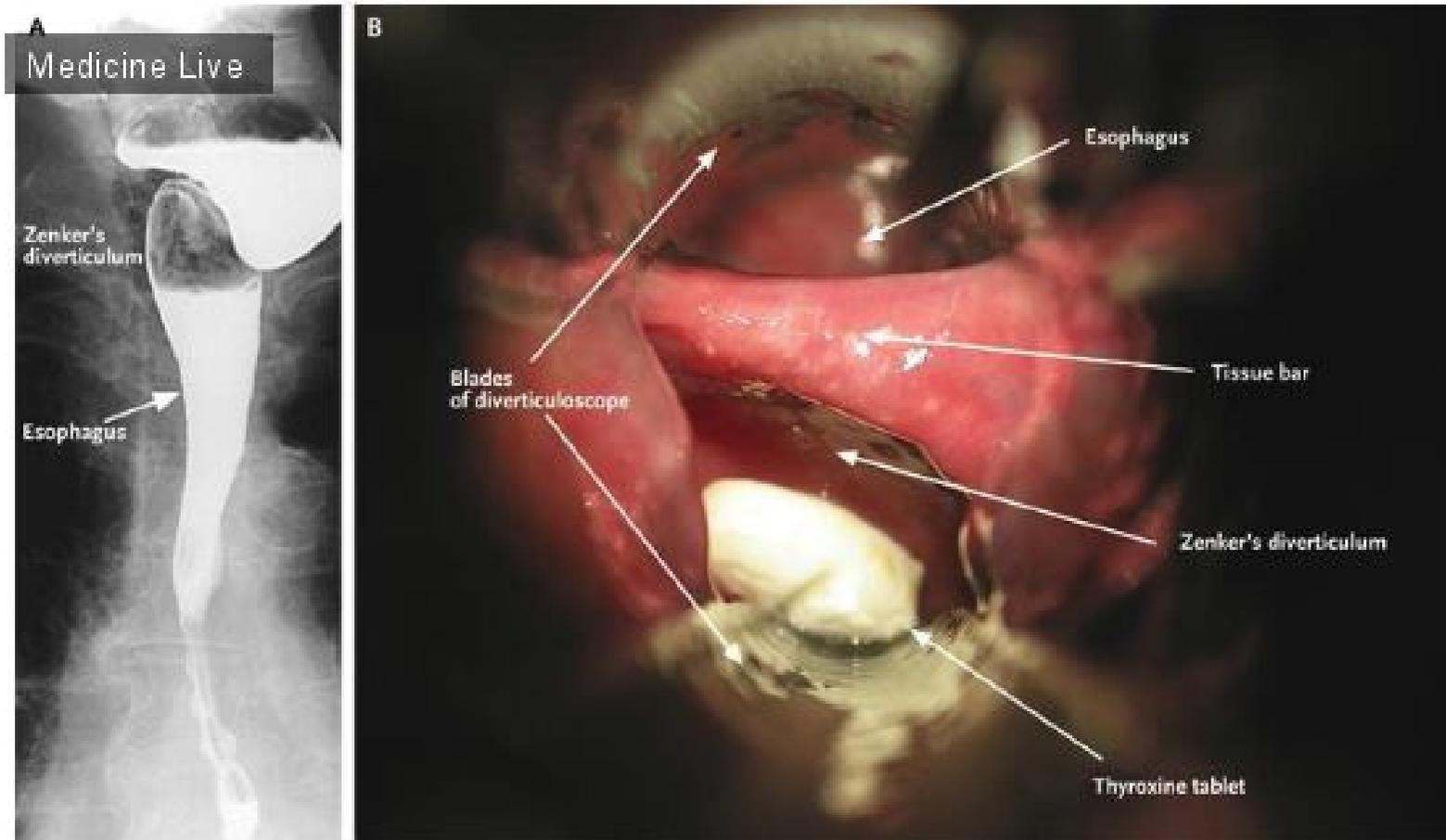
Консервативное лечение.

- 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.





Мужчина 68 лет, больной гипотиреозом, обратился за медицинской помощью в связи с прогрессирующей дисфагией и регургитацией.

Пациент был переведен на энтеральное питание через зонд. После оптимизации питания и тиреоидного статуса пациент перенес эндоскопическую дивертикулотомию с прошиванием («endoscopic diverticulotomy involving stapling»).

S. Alam Hannan, Ghassan Alusi, 2006.
St. Bartholomew's Hospital, London EC1A
7BE, United Kingdom

Доброкачественные опухоли пищевода

https://yadi.sk/i/zeU3K_WC3EBakr

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 лейомиомы

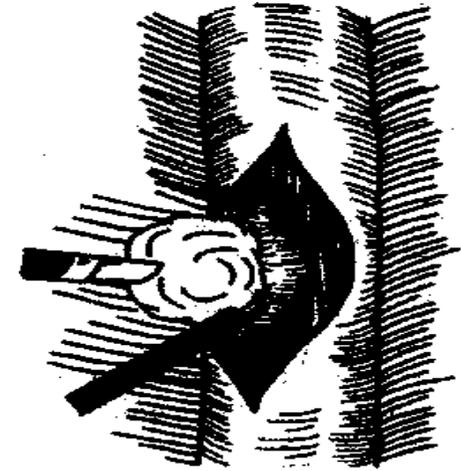
1. Дисфагия
2. Изредка отрыжка
3. Потеря массы тела.

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

https://yadi.sk/i/zeU3K_WC3EВakr

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 30 раз)*
- 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 прилегающих 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.

КЛИНИКА

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;

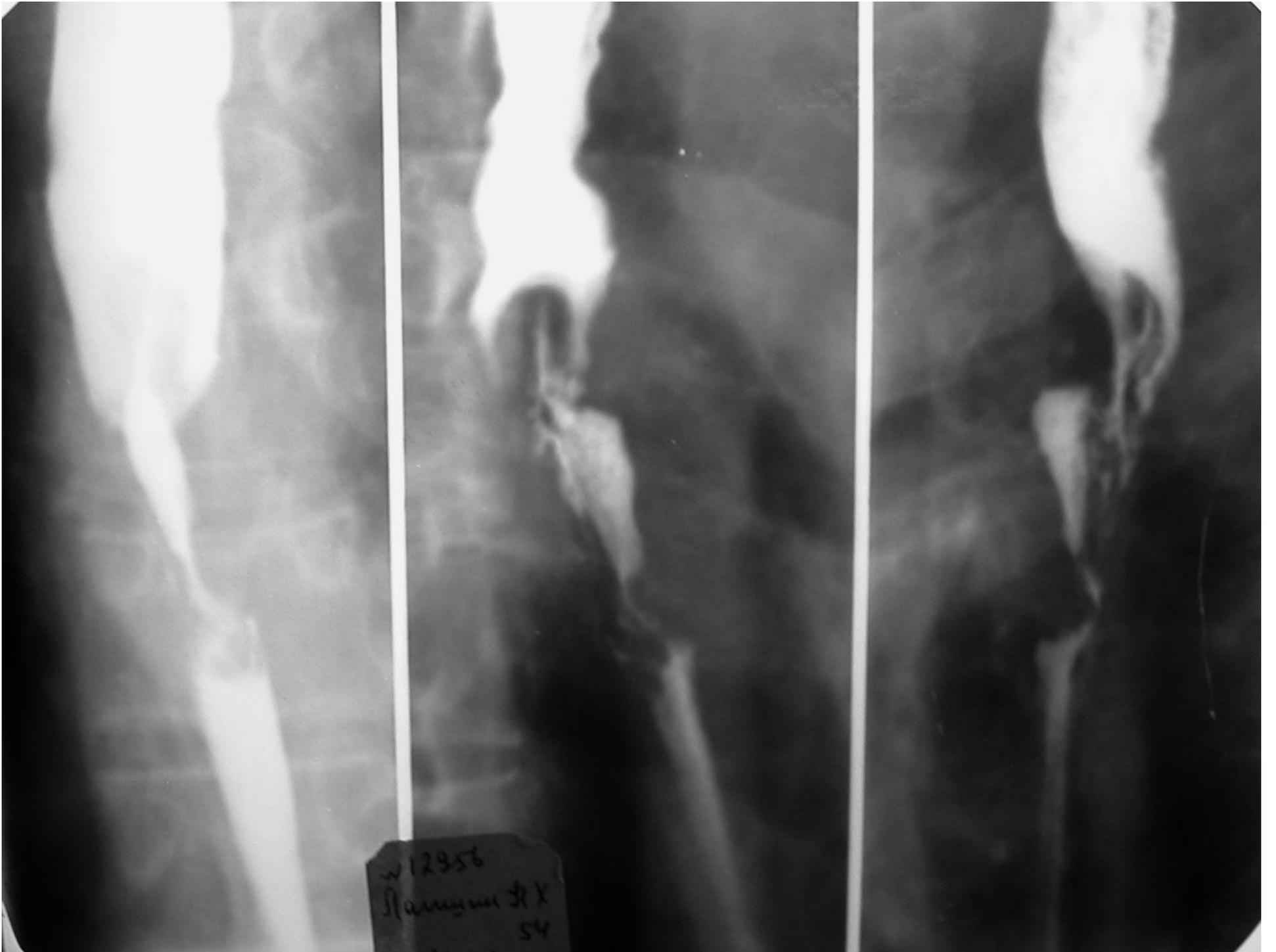
4-я степень — пища не проходит (афагия).

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

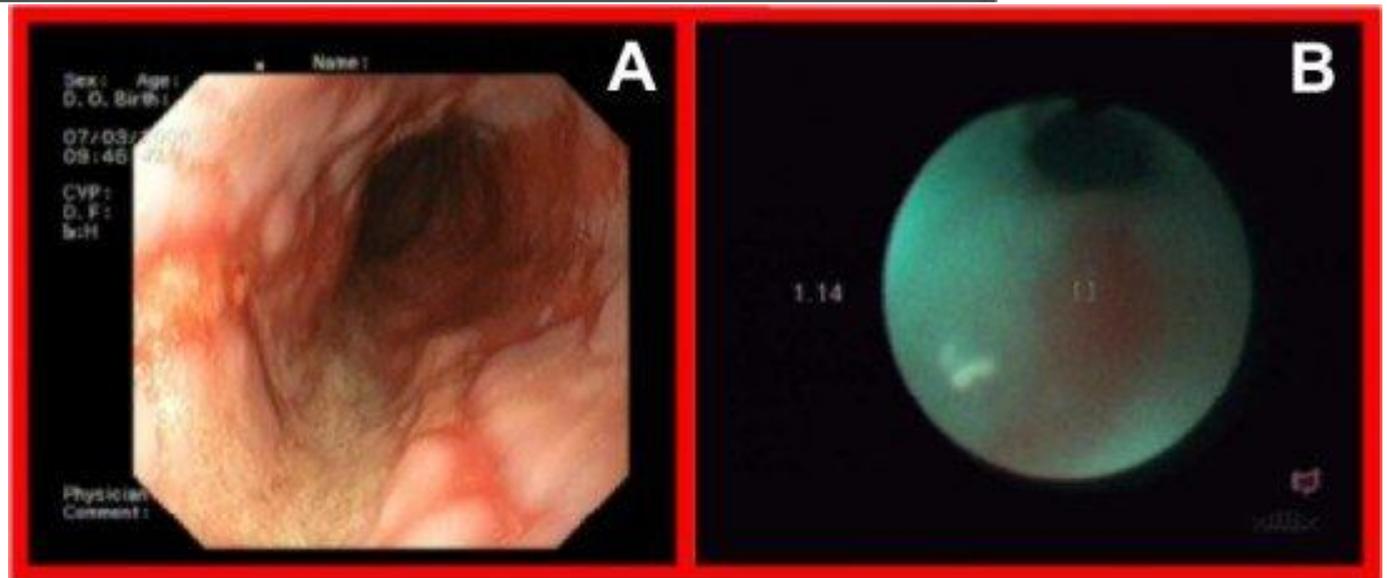
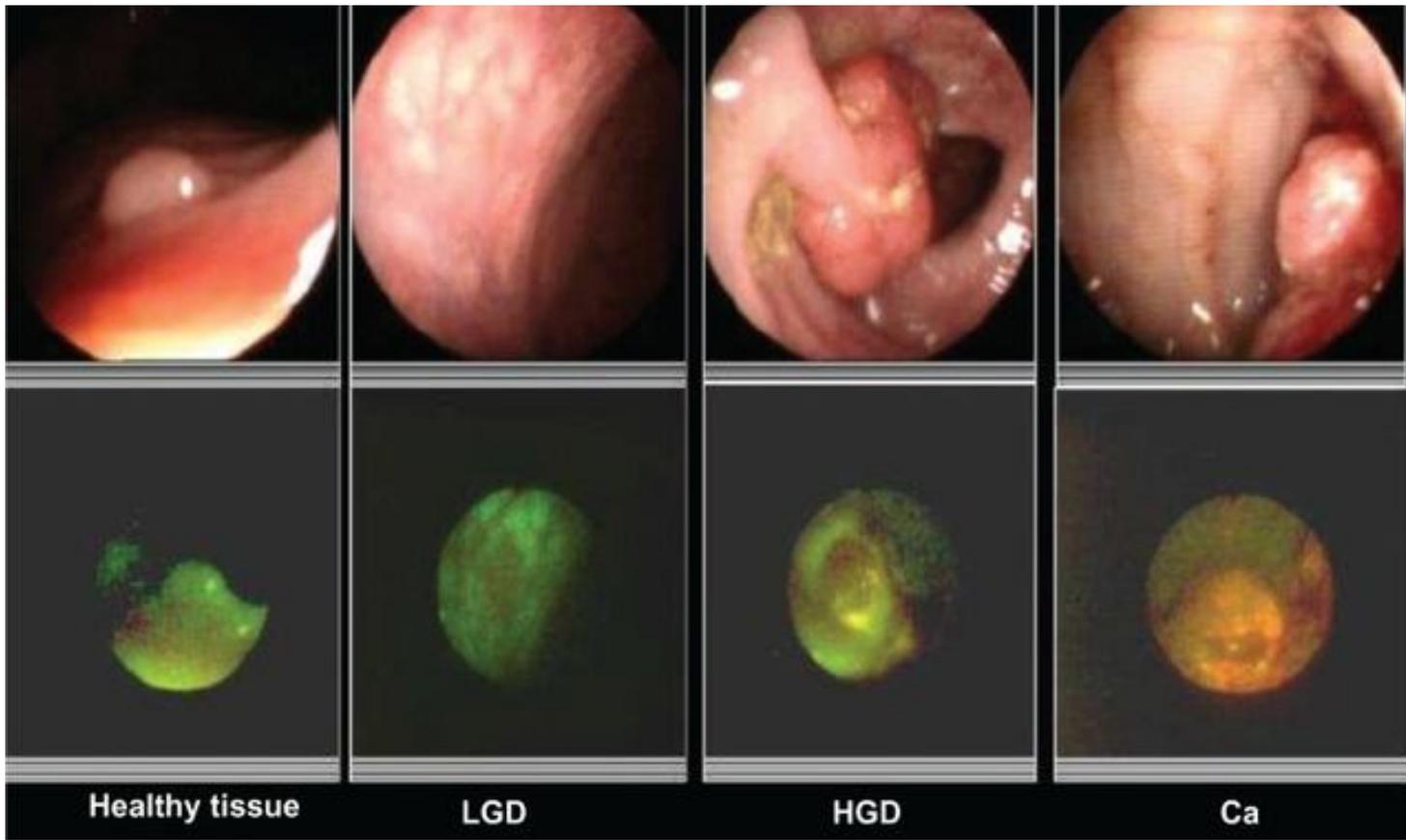
- Рентгенконтрастное исследование пищевода.
- Эзофагоскопия.
- Бронхоскопия.
- Компьютерная томография
- Эндоскопическое УЗИ.

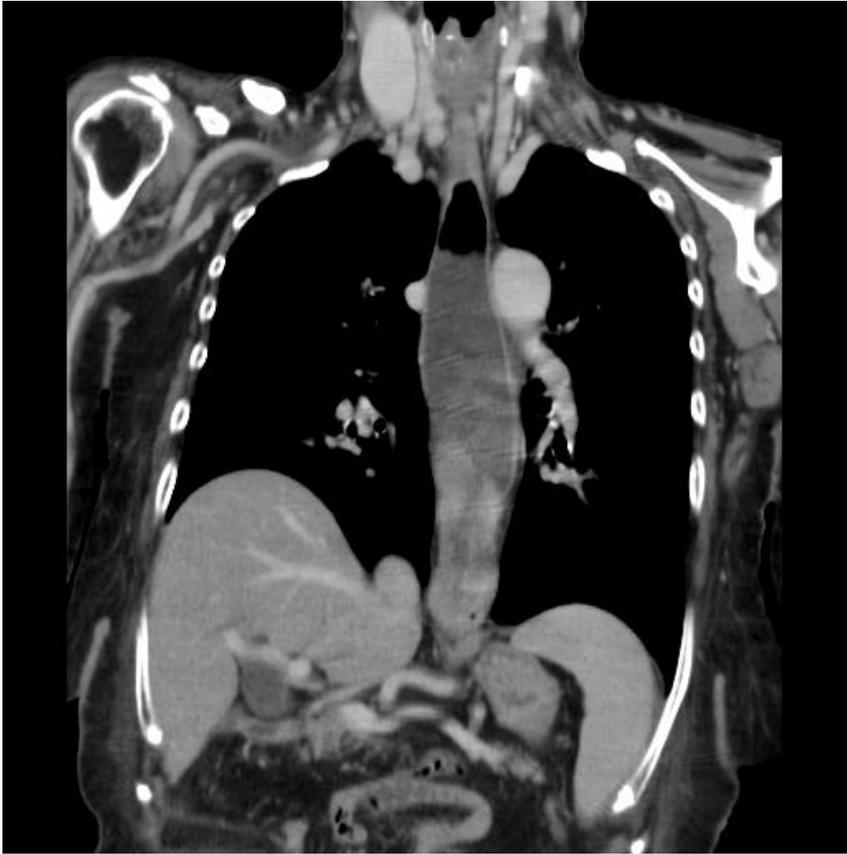
анемия наступает обычно поздно



w12956
Панькин Я. П.
54







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

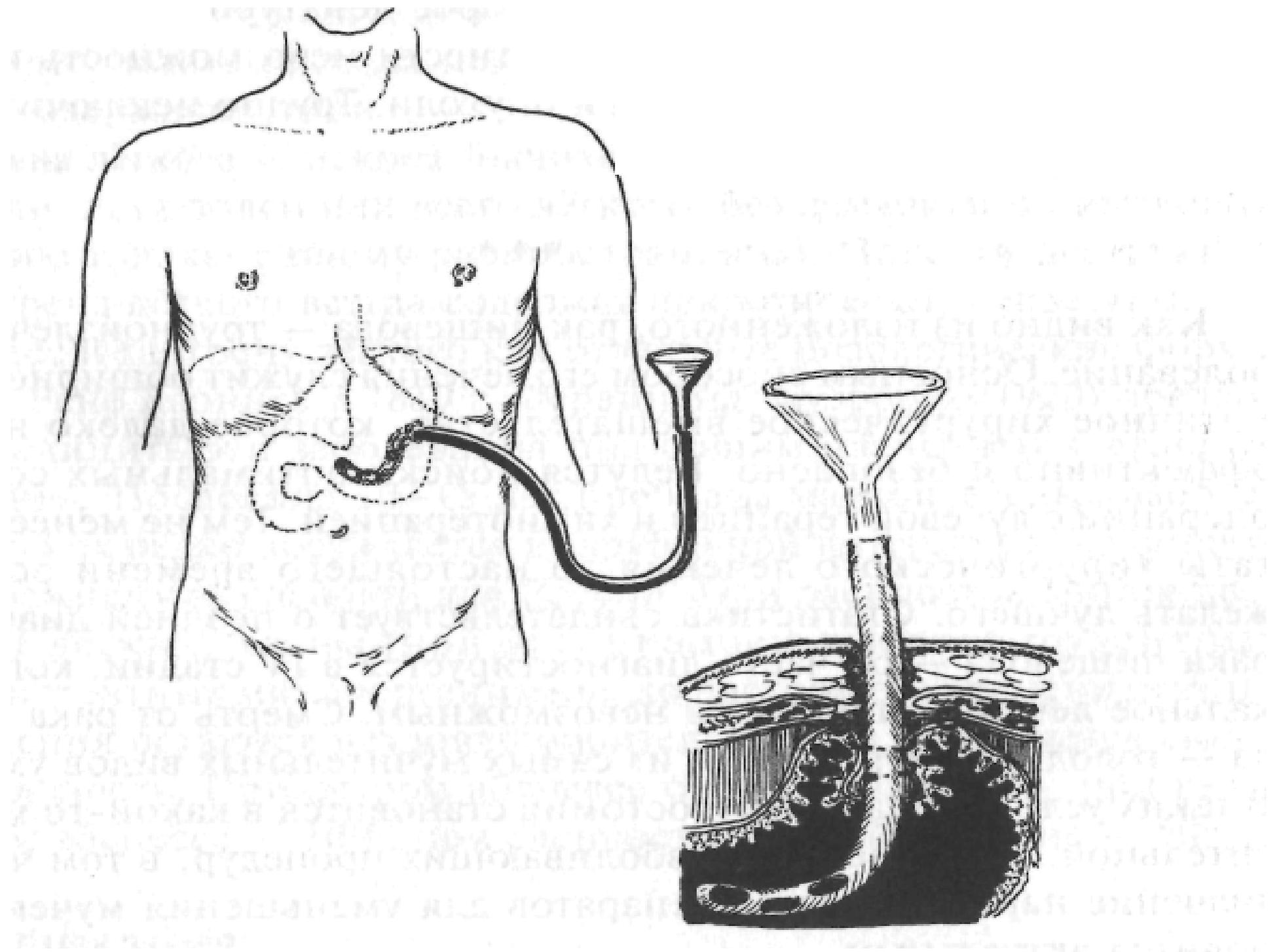
А. Гастростомия

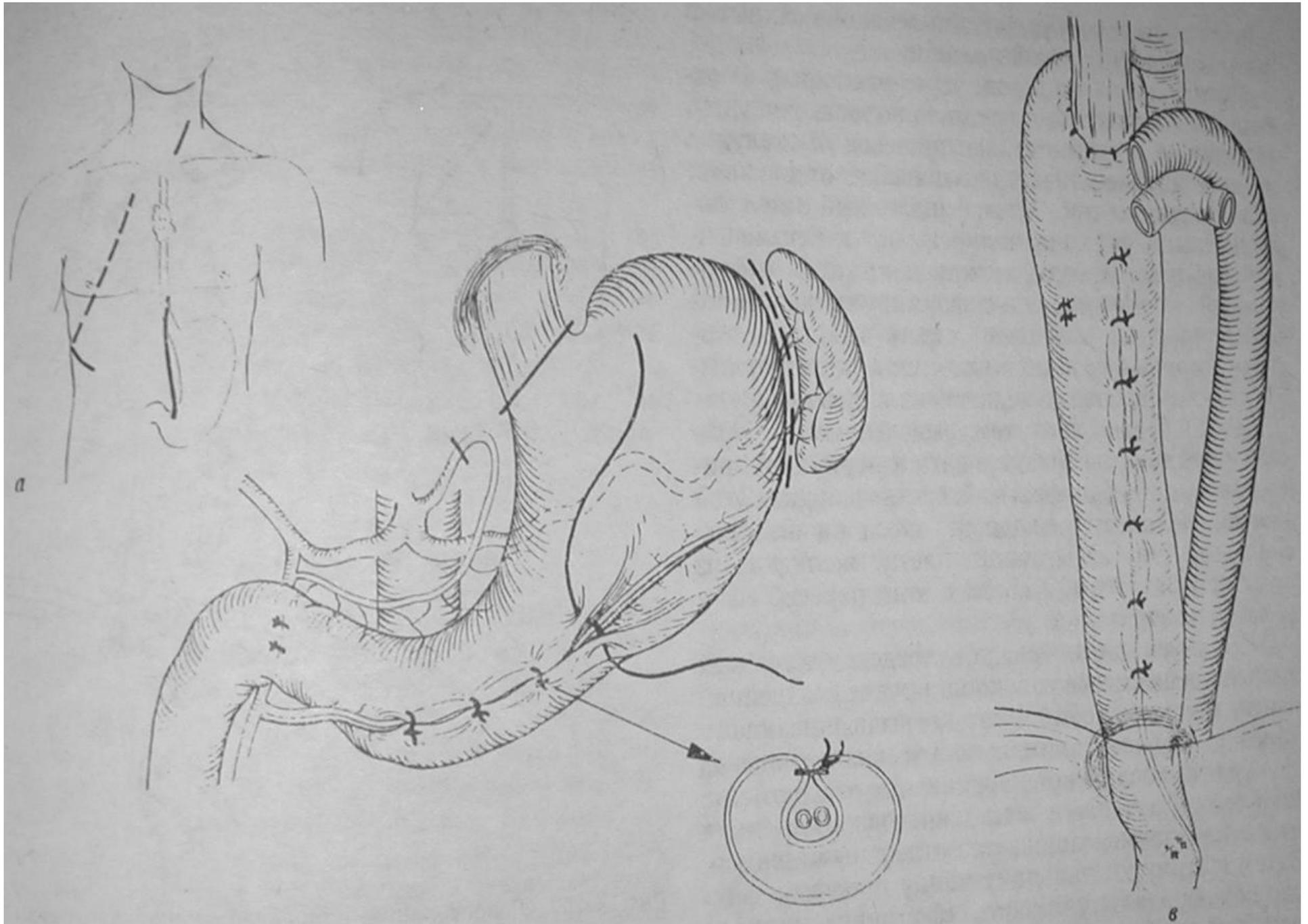
Б. Бужирование и стентирование
пищевода

В. Эндоскопическая резекция опухоли
(электро-, лазерная)

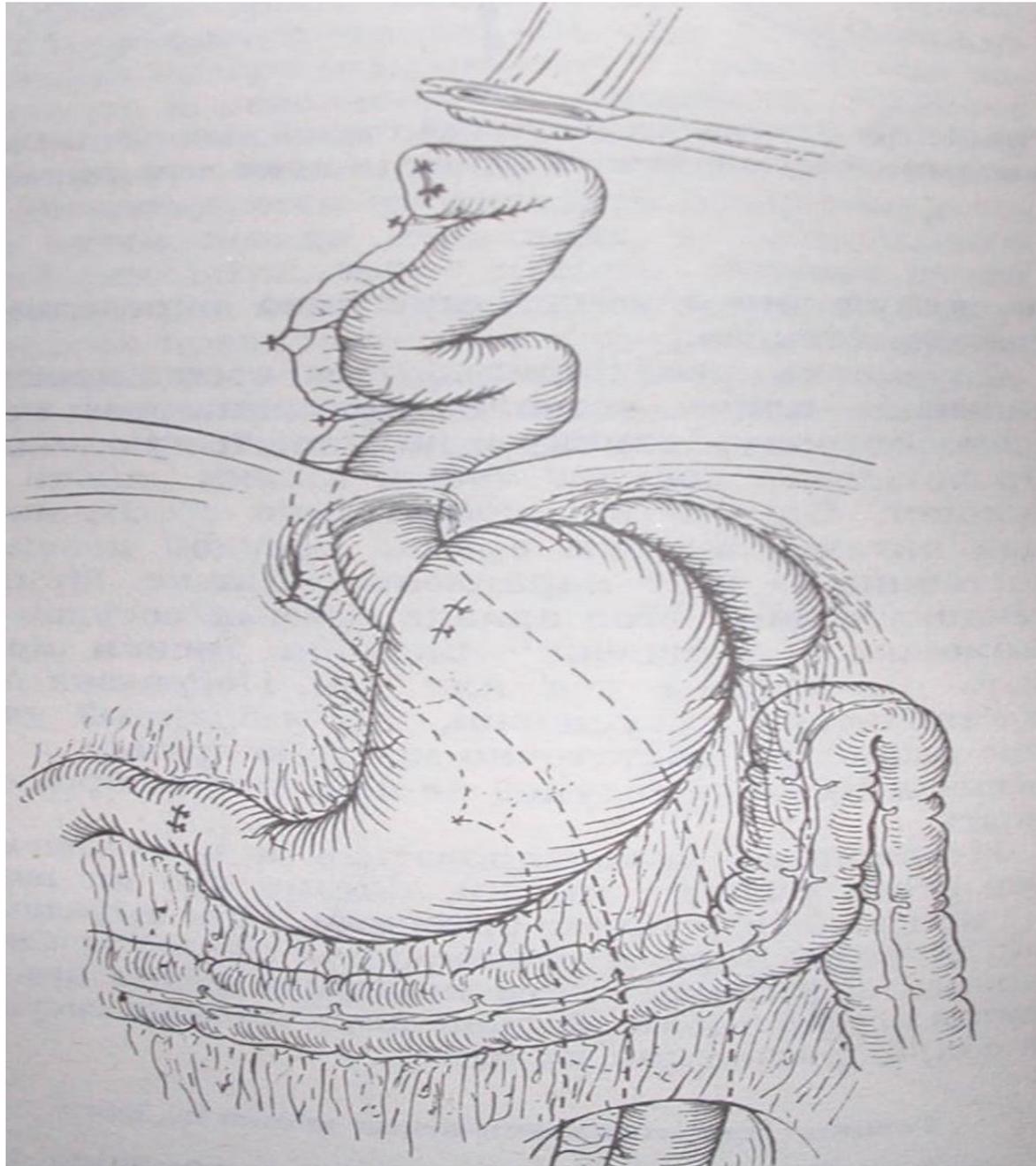
2. Радикальные – резекция пищевода

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

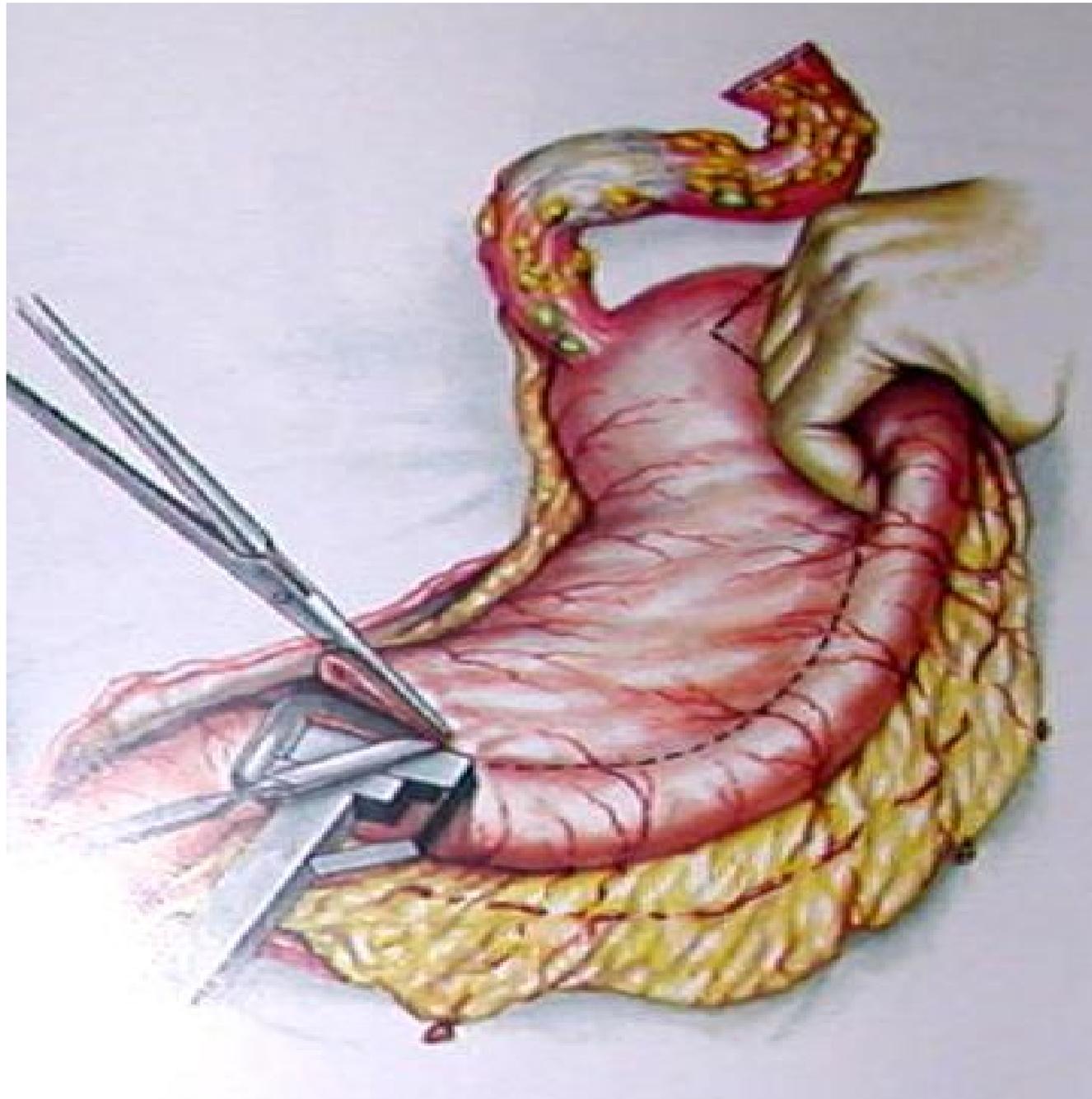




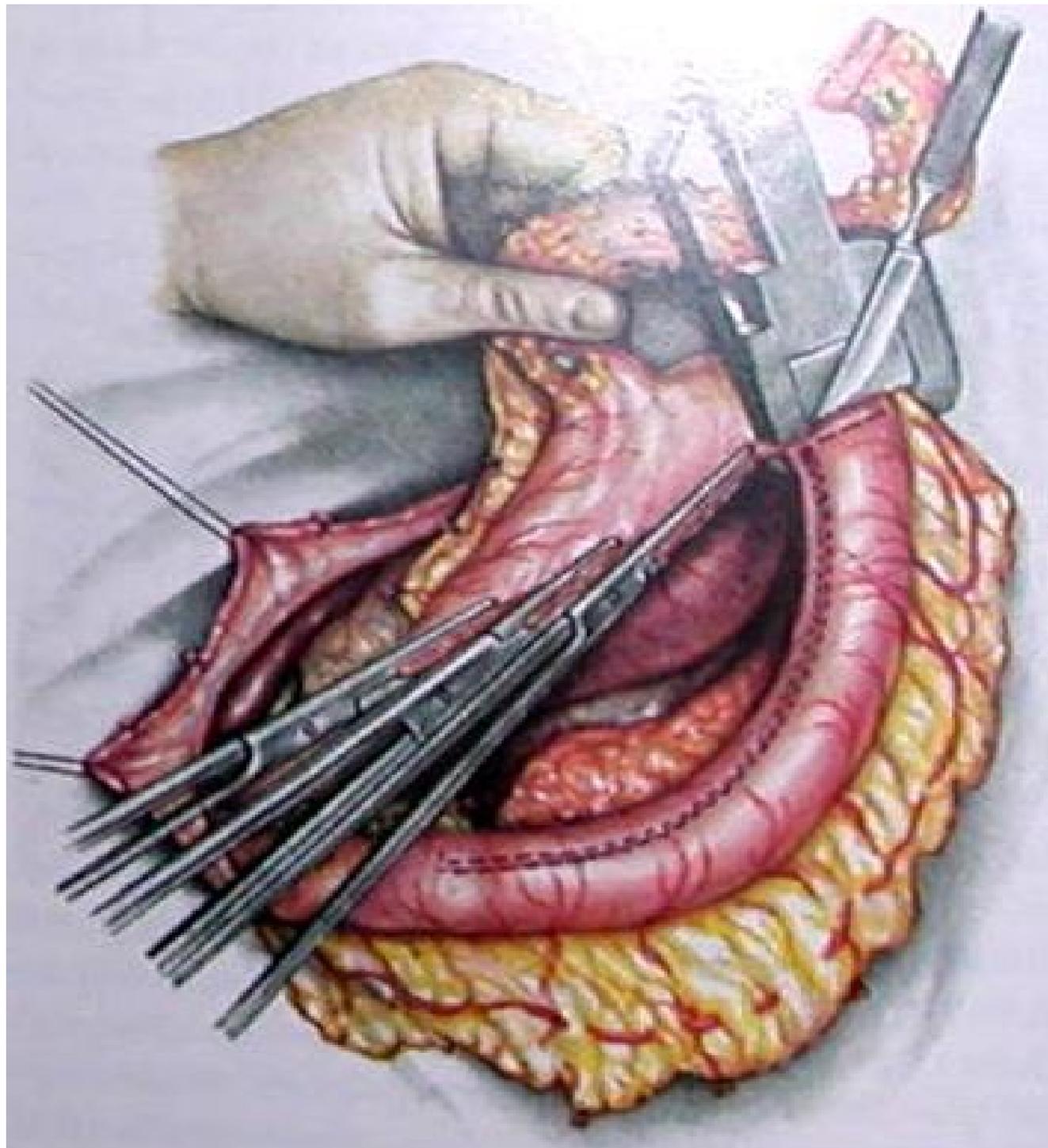
Операция Льюиса



Тонкокишечная пластика пищевода по Ру (1906)



Пластика пищевода изоперистальтической трубкой из большой кривизны желудка (А. Ф. Черноусов, 1980).



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 IIВ-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