

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО
Зав.кафедрой: д.м.н., доцент Зуков Р.А.

Руководитель ординатры: к.м.н., доцент Гаврилюк Д.В.

РЕФЕРАТ на тему: «Рак пищевода»

Выполнил:
Ординатор 2 года Обучения,
Топалян Х.А.

Оглавление

1. Введение
2. Этиология
3. Патогенез
4. Патологическая анатомия
5. Классификация
6. Клинические проявления
7. Методы исследования
8. Лечение
9. Заключение

Список использованной литературы

1. Введение

Ежегодно в мире регистрируется 8 млн. новых случаев злокачественных опухолей и более 5.2 млн. смертей от них. Рак пищевода входит в пятерку наиболее частых причин смерти среди онкологических больных и у 900 тыс. умерших он является основной причиной [1].

Рак пищевода в структуре всех злокачественных новообразований составляет 3% и занимает 6-е место, среди опухолей ЖКТ – 3-е место (после рака желудка и прямой кишки). Самые высокие показатели заболеваемости до 100 на 100 тыс. населения зарегистрированы в Китае, Иране, государствах Центральной и Средней Азии. Относительно редко рак пищевода отмечается в Армении, Мали, Израиле, Вьетнаме – 1.7 – 2.2 на 100 тыс. населения. В регионах с высоким уровнем заболеваемости удельный вес плоскоклеточного рака составляет 90%. Среднее положение занимает заболеваемость в России, составляя 5.0 на 100 тыс. (6.6 и 1.1 у мужчин и женщин соответственно). Самые высокие показатели отмечены в Якутии, Туве; самые низкие – на Северном Кавказе.

Мужчины болеют чаще женщин в соотношении 5-10:1. В течение последнего десятилетия в России заболеваемость раком пищевода у мужчин и женщин снижается. Более 72.8% новообразований пищевода выявлены у лиц старше 60 лет. Пик заболеваемости приходится на возраст 65-69 и 70-74 года. [2] Стандартизированные показатели смертности практически не отличаются от показателей заболеваемости, что является индикатором неблагоприятного прогноза течения заболевания.

2. Этиология

Предрасполагающие факторы:

Избыток микроэлементов.

Недостаток микроэлементов (Cu, Zn).

Употребление чрезмерно горячей, холодной или грубой пищи.

Употребление сырой рыбы.

Употребление алкоголя.

Курение.

Недостаточное потребление пищи, богатой витаминами (B2, A).

Употребление маринованных и соленых продуктов.

Употребление недоброкачественной пищи (пораженной грибами).

Избыток нитрозаминов в пище.

Высокая минерализация питьевой воды.

Предраковые состояния:

Тилоз (локальная пальмарно-плантарная кератодермия) – наследственное заболевание, передающееся по аутосомно-доминантному типу [2]. У больных отмечается аномальный плоский эпителий слизистой оболочки пищевода.

Риск развития рака пищевода на фоне эзофагита у таких больных в 5-10 раз выше, чем в обычной популяции.

Синдром Пламмера-Винсона – хронический эзофагит на фоне недостаточности железа, при котором происходит фиброз стенки пищевода, наблюдается дисфагия. У 10% таких больных развивается рак пищевода [2]. Ожоговые стриктуры. Риск развития рака через 20-30 лет возрастает в 20-30 раз. Механизм его развития также связан с хронической травмой слизистой оболочки в области стриктуры.

Ахалазия – идиопатическое расстройство моторики пищевода, характеризующееся увеличением давления в нижней трети на фоне неполного расслабления кардиального жома и мышц нижней трети пищевода. Риск

развития рака увеличивается в 16-20 раз. Средний срок его развития с момента появления симптомов ахалазии равен 15-17 лет [2].

Папилломо-вирусная инфекция. Вирус папилломы человека определен у 17% больных раком пищевода в Китае. Но этот вирус не определяется в странах с низкой заболеваемостью раком пищевода, где превалирует аденокарцинома. Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь, пищевод Баррета (наличие сегмента желудочного эпителия более 3 см вне зависимости от наличия или отсутствия бокаловидных клеток). У 10-12 % больных разовьется аденокарцинома [2].

Дивертикулы пищевода.

Посттравматические рубцовые изменения пищевода.

Хронические желудочно-кишечные инфекции.

3. Патогенез

Нарушение регенерации эпителия слизистой оболочки приводит к его метаплазии, лейкоплакии, а затем к тяжелой дисплазии и раку. Растущая опухоль суживает просвет пищевода. При ее распаде и изъязвлении проходимость пищевода восстанавливается, язвы могут проникать в соседние органы и ткани.

Метастазирование рака пищевода: местно – прорастание стенки пищевода с врастанием в прилежащие структуры (гортань, трахея, бронхи, паренхима легких, блуждающие и возвратные гортанные нервы, магистральные сосуды, перикард, сердце); гематогенное – в печень, легкие, почки, надпочечники, легкие; лимфогенный путь метастазирования основной; уже при инвазии опухолью подслизистого слоя у 40% пациентов выявляются метастазы в регионарные лимфоузлы. Прорастание мышечного слоя влечет за собой метастатическое поражение лимфоузлов в 80% случаев. Первый этап лимфогенного метастазирования – средостенные лимфоузлы. Крупные

продольные лимфатические сосуды, связывающие разные группы узлов, создают условия для метастазирования рака в различных направлениях: чревные, желудочные, левые надключичные лимфоузлы. Может наблюдаться «перепрыгивание» через этапы: при интактных ближайших узлах метастазы могут быть обнаружены в отдаленных. «Прыгающие метастазы» зафиксированы в 30% случаев. Возможен также ретроградный ток лимфы [3]. Осложнения связаны с прорастанием в соседние органы – трахею, желудок, средостение, плевру. Образуются пищеводно-трахеальные свищи, развиваются аспирационная пневмония, абсцесс и гангрена легкого, эмпиема плевры, гнойный медиастинит. Рано появляется кахексия.

4. Патологическая анатомия

Рак пищевода развивается чаще в местах естественных сужений. Наиболее часто опухоль возникает в средней трети грудной части пищевода (40-70%). Опухоли нижней трети грудной части стоят на втором месте по частоте (25-40%). В верхней трети грудной, шейной и брюшной частях пищевода рак возникает редко [3].

Макроскопические формы рака пищевода: кольцевидный плотный, сосочковый и изъязвленный. Кольцевидный плотный рак представляет собой опухолевое образование, которое циркулярно охватывает стенку пищевода на определенном участке. Сосочковый рак подобен грибовидному раку желудка. Он легко распадается, в результате чего образуются язвы. Изъязвленный рак представляет собой раковую язву, которая имеет овальную форму и вытянута вдоль пищевода.

Микроскопические формы: карцинома *in situ*, плоскоклеточный рак, аденокарцинома, железисто-плоскоклеточный, железисто-кистозный, мукоэпидермальный, недифференцированный рак.

5. Классификация

Международная гистологическая классификация опухолей пищевода (1990 г.) [2]:

Эпителиальные опухоли.
Доброкачественные опухоли.
Плоскоклеточная папиллома.
Вирусная бородавка.
Аденома.
Злокачественные опухоли.
Плоскоклеточный рак.
Веррукозная карцинома.
Аденокарцинома.
Железисто-плоскоклеточная карцинома.
Мукоэпидермоидная карцинома.
Аденоиднокистозная карцинома.
Низкодифференцированная карцинома.
Другие.
Неэпителиальные опухоли.
Доброкачественные.
Лейомиома.
Липома.
Сосудистые опухоли.
Нейрогенные опухоли.
Зернистоклеточная опухоль.
Другие.
Смешанные опухоли.
Карциносаркома.
Злокачественная меланома.
Другие.

Карциноидная опухоль.
Злокачественная лимфома.
Вторичные опухоли.
Опухолоподобные изменения.
Фиброваскулярный полип.
Кисты.
Врожденные кисты.
Ретенционные кисты.
Воспалительный полип.
Гликогеновый полип.
Диффузный лейомиоматоз.
Желудочная гетеротопия.
Эпителиальные нарушения (предраки).
Дисплазия и карцинома *in situ* в плоскоклеточном эпителии.
Пищевод Барретта.
Дисплазия в цилиндрическом эпителии (при пищеводе Барретта).
TNM клиническая классификация (6-е издание, 2002 г.) [5]:
Классификация приемлема только для рака.
Критерий T – первичная опухоль:
TX – недостаточно данных для первичной оценки опухоли,
T0 – первичная опухоль не определяется,
Tis – преинвазивная карцинома,
T1 – опухоль инфильтрирует стенку пищевода до подслизистого слоя,
T2 – опухоль инфильтрирует стенку пищевода до мышечного слоя,
T3 – опухоль инфильтрирует стенку пищевода до адвентиции,
T4 – опухоль распространяется на соседние структуры.
Критерий N – регионарные лимфатические узлы:
NX – недостаточно данных для оценки регионарных лимфоузлов,
N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфоузлов,

N1 – имеется поражение регионарных лимфоузлов.

Критерий M – отдаленные метастазы:

M0 – нет признаков отдаленных метастазов,

M1 – имеются отдаленные метастазы,

Для опухолей верхнегрудного отдела пищевода,

M1a – метастазы в шейных лимфоузлах,

M1б – другие отдаленные метастазы,

Для опухолей среднегрудного отдела пищевода,

M1a – не определены,

M1б – нерегионарные лимфоузлы и другие отдаленные метастазы,

Для опухолей нижнегрудного отдела пищевода,

M1a – метастазы в чревных лимфоузлах,

M1б – другие отдаленные метастазы.

Группировк Tis N0 M0

а по

стадиям

Стадия 0

Стадия I T1 N0 M0

Стадия IIa T2 N0 M0

T3 N0 M0

Стадия IIb T1 N1 M0

T2 N1 M0

Стадия III T3 N1 M0

T4 N любая M0

Стадия IV T любая N любая M1

Стадия IVA T любая N любая M1a

Стадия IVb T любая N любая M1b