# ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

## Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Пол: мужской

## Возраст: 68 лет

## Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Профессия: слесарь

## Место работы: завод "Прометей"

## Дата госпитализации: 16 января 1997 года, 12:00

# STATUS PRAESЕNS SUBJECTIVUS

## Жалобы: на тянущие, интенсивные боли в эпигастральной области, возникающие сразу после приема пищи, купирующиеся либо самопроизвольно через 30 минут после возникновения, либо после рвоты, на непроходимость плотной пищи, на резкое похудание (приблизи-тельно на 20 килограммов за 4 месяца), на резкую слабость.

# ANAMNESIS MORBI

## Считает себя больным с сентября 1996 года, когда появилось незначительное затруднение прохождения плотной пищи и больной стал чувствовать слабость. В последующие четыре месяца стали наростать затруднение прохождения плотной пищи и слабость, присоединились тянущие, интенсивные боли в эпигастральной области, возникающие сразу после приема пищи и купирующиеся либо самопроизвольно, либо после рвоты, у больного прогрессивно снижалась масса тела. По поводу этого больной обследовался и лечился с 19.12.96 по 16.01.97 в Гатчинской ЦРБ. За время пребывания в больнице больному были проведены следующие лабораторно-инструментальные исследования: клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография грудной клетки, фиброэзофагогастроскопию с биопсией. При этом были выявлены снижение гемоглобина, лимфоцитоз, ускорение СОЭ (до 60 мм/ч), пиелоэктазия справа, конкремент правой почки, атеросклероз дуги аорты, фиброз в нижних отделах легких, дефект наполнения в нижней трети пищевода на рентгенограмме, на ФГС - инфильтрат нижней трети пищевода, при гистологическом исследовании биопсионного материала из инфильтрата выявлен эпидермоидный рак. Больному был поставлен диагноз "Эпидер-моидный рак нижней трети пищевода". 16.01.96 больной был переведен в хирургическую клинику СПбГМА для оперативного лечения. В клинике в связи с тяжелым состоянием больного и выявленой анемией проводилась предоперационная подготовка: инфузионная терапия кровозаменяющими растворами.

# ANAMNESIS VITAE

## Родился в 1928 году в городе Ржеве в семье рабочих 5-м ребенком. Физически и интеллектуально развивался нормально, от сверстников не отставал. С 7-ми лет пошел в школу. Учился хорошо. По окончании 5-ти классов начал трудовую деятельность (сначало работал кузнецом, затем слесарем). Материально обеспечен, проживает в собственном доме с семьей из 3-х человек. Питание регулярное-4 раза в день, преобладает жидкая пища.

# СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

## Женат, имеет 2-х взрослых сыновей.

# НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

## Два сына и сестра здоровы. Причина смерти отца-рак печени, матери-старость. Причина смерти 2-х братьев - сердечнососудистые заболевания.

# ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ

## Начал трудовую деятельность с 13 лет. Около двадцати лет проработал кузнецом. Затем до выхода на пенсию работал слесарем. После выхода на пенсию в 1972 году продолжил работу слесарем на заводе "Прометей". Работа связана с тяжелым физическим трудом, ритмичной вибрацией на верхние конечности, повышенным шумом. Режим труда и отдыха не нарушал.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Инфекционный гепатит, венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечился, инъекции производились, за пре- делы города не выезжал и контакта с инфекционными больными не имел.

# ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Тяжелым психоэмоциональным переживаниям не подвергался.

#  ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

## Перенес все детские инфекции. Перенес пневмонию в 1984 году.

# ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

## Курит с 1935 года 1 пачку в день, алкоголь и наркотики не употребляет.

# ГЕМОТРАНСФУЗИОННЫЙ АНАМНЕЗ

## Группа крови: О(⎪); Rh(-)-отрицательный. Гемотрансфузии раньше не производились.

# АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечает.

# СТРАХОВОЙ АНАМНЕЗ

## Последний больничный лист с 19 декабря 1996 года.

# STATUS PRAESENS OBJECTIVUS

# ОБЩИЙ ОСМОТР

## Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Нормостенического типа телосложения, пониженного питания. Внешний вид соответствует возрасту. Кожные покровы серо-пепельного цвета, сухие. Эластичность кожи и тургор тканей снижен. Дермагрофизм белый нестойкий. Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо, толщина складки на уровне пупка 1,5 см. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые.

## Слизистая глаз бледно-розовая, влажная, чистая. Склеры не изменены. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек бледно-розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десна не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

## Пальпируются подчелюстные и подбородочные лимфоузлы овальной формы, размерами 1 на 0,5 см, эластической консистенции, с подлежащими тканями не спаяны, безболезненные.

## Осанка правильная, походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен. Рост 180 см, вес 60 кг.

## Щитовидная железа нормальных размеров, эластической консистенции, безболезненная. Симптомы Грефе, Мебиуса, Дерьлимпля, Штельвага отрицательны.

# СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Верхушечный толчок визуально не определяется.

# Пальпация

## Пульс симметричный, частотой 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Определяется пульсация височной, сонной, подключичной, подмышечной, плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, подколенной артерий; стенка их эластическая.

##  Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье по левой среднеключичной линии, площадью 1,5 на 2 см, умеренной силы, резистентный.

# Перкуссия

## Границы относительной сердечной тупости:Правая-в 4-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудиныВерхняя-на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistraeЛевая-в 5-м межреберье по среднеключичной линии

## Границы абсолютной сердечной тупости:Правая-по левому краю грудиныВерхняя-на уровне 4-го ребраЛевая-на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости

## Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях.

# Аускультация

## Тоны сердца ритмичные, приглушенные, звучные. Систолический шум на верхушке.

## Артериальное давление 120/70 мм рт. ст.

# ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания- грудной. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Форма грудной клетки эмфизематозная, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер прямой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются.

# Пальпация

## Грудная клетка регидная, безболезненная. Голосовое дрожание симметричное, не изменено.

# Перкуссия

## Топографическая перкуссия.

## Нижние границы правого легкого:по l. parasternalis- верхний край 6-го ребрапо l. medioclavicularis- нижний край 6-го ребрапо l. axillaris anterior- 7 ребропо l. axillaris media- 8 ребропо l. axillaris posterior- 9 ребропо l. scapuiaris- 10 ребропо l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Нижние границы левого легкого:по l. parasternalis- -------по l. medioclavicularis- -------по l. axillaris anterior- 7 ребропо l. axillaris media- 9 ребропо l. axillaris posterior- 9 ребропо l. scapuiaris- 10 ребропо l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Верхние границы легких: Спереди на 3 см выше ключицы.Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

## Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии:на вдохе 2 смна выдохе 2 см

## Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии:на вдохе 2 смна выдохе 2 см

## Сравнительная перкуссия:

## Над симметричными участками легочной ткани определяется коробочный звук.

# Аускультация

## Над всеми аускультативными точками выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет.

# ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Десна не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

## Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, пупок втянут.

# Пальпация

## Поверхностная: Живот мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

## Глубокая: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

## Нижний край печени острый, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из под края реберной дуги, поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус - отрицательные. Поджелудочная железа не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

# Перкуссия

## Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 10 см, по передней срединной линии 8 см, по левой реберной дуге 7 см. Верхняя граница селезенки по левой среднеоксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.

# Прямая кишка

## Кожа вокруг анального отверстия не изменена. Отмечается небольшая болезненность при прохождении пальца; тонус сфинктора сохранен. Стенки кишки нависают умеренно, безболезненны. Предстательная железа округлой формы, 3 см в диаметре, эластической консистенции, безболезненна.

# МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

## В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом покалачивания по поясничной области отрицательный. Наружные половые органы без изменений.

#  НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

## Сознание ясное, речь не изменена. Чувствительность не нарушена. Походка без особенностей. Глоточный, брюшной и сухожильно-периостальные рефлексы сохранены. Оболочечные симптомы отрицательные. Глазное яблоко, состояние зрачков и зрачковые рефлексы в норме.

# ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

## Ведущими симптомами у больного являются симптомы дисфагии - непроходимость плотной пищи и тянущие, интенсивные боли в эпигастральной области, возникающие сразу после еды, проходящие либо самопроизвольно через 30 минут, либо после рвоты. На их основании мы можем предположить поражение пищевода. Характер болей (тянущие, в эпигастральной области, купирующиеся рвотой) наиболее типичен для поражения нижней трети пищевода. Другие жалобы (на резкую слабость, большую потерю массы тела за короткий промежуток времени) и выявленные симптомы при объективном обследовании (средне-тяжелое состояние больного, сухость, серо-пепельный цвет кожи, бледность слизистых оболочек, снижение эластичности кожи и тургора тканей, уменьшение толщины подкожно-жировой клетчатки) свидетельствуют, что у больного имеется длительно существующая интоксикация, причем характерная для опухолевого процесса. Снижение массы тела связано как с интоксикацией, так и с ограничением поступления пищи: проходит только жидкая пища, что также характерно для ракового поражения пищевода. Анамнез заболевания: болеет около 4-х месяцев. симптомы появились внезапно (первые симптомы - дисфагия и слабость), дальнейшее прогрессирование непроходимости и присоединение болей, свидетельствует о дальнейшем сужении просвета пищевода, что дает еще один плюс в пользу ракового процесса. Из анамнеза жизни следует отметить предраспологающие факторы, которые могли привести к опухолевому процессу - это длительное курение и вибрационное воздействие на работе. На оснавании проанализированных данных у больного можно заподзрить рак нижней трети пищевода.

## Предварительный диагноз: Рак нижней трети пищевода.

# ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

## Лабораторные исследования:

1. Клинический анализ крови. Назначаем для выявления изменений в перефирической крови, обусловленных как самим патологическим процессом в стенки пищевода, так и раковой интоксикацией (анемии, лимфоцитоза, ускоренной СОЭ). Также нас интересует нет ли заболеваний крови-это может ухудшить прогноз лечения.
2. Биохимический анализ крови. В нем нас интересуют показатели количества общего белка, белковых фракций, показатели белковых осадочных проб, активности аминотрансфераз, количества сахара, электролитов, для выявления сопутствующих заболеваний и предупреждения осложнений при общем обезболивании и в послеоперационном периоде.
3. Анализ мочи. Назначаем для выявления сопутствующих заболеваний мочевыделительной системы и выявления симптомов длительной интоксикации.

## Инструментальные исследования:

1. ЭКГ. Назначаем с целью выявления патологии в работе сердца, так как больной предстоит большая нагрузка на сердечно-сосудистую систему во время операции.
2. Рентгенологическое исследование грудной клетки с контрастированием пищевода. Один из самых информативных методов инструментального исследования. Рентгенография позволит выявить наличие опухолевой инфильтрации стенки пищевода, его проходимость, состояние слизистой оболочки, распространенность процесса, отдифференцировать сдавление пищевода из вне, состояние лимфоузлов.
3. Фиброэзофагоскопия с обязательной биопсией измененных тканей. Также информативна: узнаем распространенность поражения, состояние слизистой, форму рака. Биопсионный материал посылается для гистологического исследования.

## Консультации специалистов.

## Учитывая возраст больного, среднетяжелое состояние, предстоящее оперативное лечение необходима консультация терапевта.

# РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

## Результаты лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови.
Эритроциты- 3,2х10^12/л
Hb- 98 г/л
Цвет. показатель- 0,98
Лейкоциты- 5,2х10^9/л
 палочкоядерные- 5%
 сегментоядерные- 40%
 Эозинофилов- 1%
 Лимфоцитов- 46%
 Моноцитов- 9%
CОЭ- 46 мм/ч
2. Биохимический анализ крови.
Общ. белок 76 г/л
АСТ 0,26 ммоль/л
АЛТ 0,52 ммоль/л
α амилаза 37 г/л/ч
Билирубин общ. 10 мкмоль/л
Сахар 5,0 ммоль/л
Мочевина 3,3 ммоль/л
К+ 4,9 ммоль/л
Са++ 2,35 ммоль/л
Хлориды 100 ммоль/л
3. Анализ мочи.
Цвет светло-желтый Белок 0 г/л
Прозрачная Сахар 0
Реакция кислая Уробилин (-)
Уд. вес 1,016 Желч. пигменты (-)
Лейкоциты 0-2 в поле зрения
Эритроциты свеж. 0-1 в поле зрения
Эпителий плоский 1-4 в поле зрения

## Результаты инструментальных исследований:

1. ЭКГ. Заключение: Синусовая тахикардия, частая
RR- 0,62' предсердная экстросистолия. Неполная
RQ- 0,18” блокада левой ножки пучка Гисса. Гипер-
QRS- 0,09” трофия левого желудочка. Нарушение пита-
QT- 0,34” ния миокарда нижне-боковых отделов.
Частота 96 в мин. Электролитные изменения.
2. Рентгенологическое исследование.
В нижней трети грудного отдела пищевода на уровне Th7-Th9 на протяжении 10 см дефект наполнения с обрыввом складок слизистой. Тени мягкотканного компонента отчетливо не выявляются. Фиброз в нижних отделах легких. Атеросклероз дуги аорты.
Заключение: опухоль нижней трети пищевода, атеросклероз дуги аорты.
3. Фиброэзофагоскопия.
При осмотре пищевода отмечается в нижней трети на протяжении 10 см бугристая масса покрытая сероватым налетом. Стенки пищевода регидные. Имеется коцентрическое сужение просвета пищевода.
Заключение: опухоль нижней трети пищевода.
4. Гистологическое исследование биопсионного материала.
Заключение: эпидермоидный рак.

## Консультация терапевта.Заключение: ИБС аритмическая форма, атеросклероз аорты и коранарных артерий сердца. Эмфизема легких. Гипохромная анемия.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

## При проведении дифференциального диагноза рака пищевода следует исключить другиие заболевания, сопровождающиеся дисфагией: ахалазию кардии, рубцовые сужения после химических ожогов, доброкачественные стенозы у больных с пептическим эзофагитом и язвами пищевода, доброкачественные опухоли.

## Ахалазия кардии (кардиоспазм) - нервномышечное заболевание пищевода, проявляющееся нарушением прохождения пищевых масс в желудок вследствии стойкого нарушения рефлекторного открытия кардии при глотании, изменения перистальтики и ослабления тонуса пищеводной стенки. Для ахалазии кардии характерна триада симптомов: дисфагия, регургитация, боли. Это заболевание взято для дифференцировки, так как возникают большие трудности в их распознавании. Так при ахалазии кардии, как и при раке пищевода имеются явления дисфагии - затруднение прохождения плотной пищи, и имеются боли за грудиной или в эпигастральной области. Но есть ряд симптомов и данных обследования по которым можно исключить то или иное заболевание. Во-первых следует учитывать возраст больных: более молодой при ахалазии и пожилой (60 лет и старше) при раке (возраст больного 68 лет). Ахалазией болеют чаще женщины, раком пищевода - мужчины. Длительный анамнез заболевания более характерен для ахалазии, чем для рака (у больного дилтельность заболевания окло 4 месяцев). При раке первым симптомом обычно является дисфагия, боль присоединяется позднее при прорастании опухолью стенки пищевода и нервных стволов, как и было у больного. При ахалазии кардии первым симптомом нередко является боль, дисфагия возникает позже. Причем дисфагия при эзофагеальном раке в отличие от ахалазии всегда носит неуклонно погрессирующий характер - у больного постепенно нарастала все более и более непроходимость плотной пищи. При ахалазии дисфагия имеет ряд особенностей, что не наблюдается при раке: усиление дисфагии может быть при нервном возбуждении, во время поспешной еды, часто наблюдается парадоксальная дисфагия - плотная пища проходит в желудок лучше, чем жидкая и полужидкая, у ряда больных дисфагия зависит от температуры пищи. Боли при ахалазии могут иметь разнообразный характер, но их особенность - ото загрудинные боли и купируются они приемом нитроглицерина, амилнитрита и атропина, так как обусловлены спазмом кардии. При раке пищевода боли имеют различную локализацию в зависимости от уровня паражения пищевода (у больного боли в эпигастрии - поражение нижних отделов пищевода). Для рака в отличие от ахалазии не свойствена обильная и ночная регургитация. А для ахалазии не характерны симптомы интоксикации, которые мы видим у больного: резкая слабость, сухость, серо-пепельный цвет кожи, бледность слизистых оболочек, снижение эластичности кожи и тургора тканей, уменьшение толщины подкожно-жировой клетчатки. Выраженное похудание (на которое жалуется больной) при ахалазии кардии наблюдают редко. При ахалазии изменения в перифирической крови могут носить воспалительный характер из-за развития эзофагита. При раке пищевода изменения связаны с интоксикацией, и восновном выявляется анемия, лимфоцитоз и значительное ускорение СОЭ. Эти изменения и были выявлены у больного. При рентгенологическом исследовании пищевода при раке отмечают ассимитричность сужения, неровность его контуров, нарушение рельефа слизистой оболочки, регидность стенки его (что мы получили у больного), и отсутствуют признаки характерные для ахалазии: значительное расширение и S-образное искривление пищевода, нет выраженных нарушений перистальтики. И наконец решающее значение имеет эзофагоскопия с прицельной биопсией для гистологического исследования. При ахалазии выявляется значительное расширение пищевода с явлениями воспаления стенок (утолщение складок, расширение артерий и вен, учаски эрозий), конец эзофагоскопа можно провести за место сужения, что подтверждает функциональный характер изменений. Раковое поражение пищевода характеризуеся сужением просвета на большом протяжении, изменением стенок пищевода (появляется бугристость, изъязвления, серый налет, кровоточивость), как у данного больного. Последнюю точку ставит гистологическое исследование биоптата. У больного выявлен эпидермоидный рак. На основании проведенной дифференциации ахалазию кардии можно исключить.

## Рубцовые сужения пищевода чаще возникаю после химических ожогов. Послеожоговые стриктуры имеют значительную протяженность и чаще расположеы в местах физиологических сужений пищевода: глоточно-пищеводного, аортального, диафрагмального. В клинике заболевания выделяют симптомы дисфагии, боли во время приема пищи, отрыжку, изжогу. Опять же это заболевание требует проведение дифференциального диагноза с раком пищевода по наличию дисфагии и болей. Но первое и основное отличие - наличие в анамнезе ожога пищевода. Больной этого не отмечает. Да и дисфагия при ожоговой стриктуре появляется с 3-4-й недели от начала заболевания, затем она быстро прогрессирует, так как идет дальнейшее рубцевание, появляется непроходимость любой пищи. При раке дисфагия прогрессирует медленнее и сопровождается вначале непроходимостью плотной пищи. Боли при стриктуре возникают во время еды, в то время как при раке - после еды или носят постоянный характер. Не характерны для стриктур и симптомы интоксикации, и выраженное похудание, которые мы видим у больного. Различия выявляются и на рентгенограммах. При послеожоговых стриктурах сужения пищевода имеют трубкообразную форму, рельеф слизистой оболочки в области сужения отсутствует, перистальтика не определяется, просвет пищевода имеет в области сужения неправильную форму, над стриктурой часто имеется супрастенотическое расширение, что резко отлично от рентгенологической картины рака пищевода и не выявляется у больного. При эзофагоскопии выявляют наличие эзофагита, карманов, рубцов, что также отлично от рака пищевода. Приведенный дифференциальный диагноз позволяет исключить и послеожоговые стриктуры пищевода.

## Пептические язвы пищевода часто сочетаются с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперсной кишки, с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Ведущими симптомами являются боли за грудиной или в эпигастральной области, возникающие во время еды, а также в положении лежа, и дисфагия, которая обусловлена воспалительным отеком стенки пищевода в области язвы, формированием стеноза пищевода, присоединением эзофагоспазма, которые наблюдаются и при раке пищевода, но при пептической язве нет также симтомов интоксикации, выраженного истощения, кроме этого больных беспокоят изжога, срыгивание пищеводным содержимым. Течение заболевания медленное, волнообразное, обострения чаще возникают в весенний и осенний периоды, в то время как при раке пищевода течение прогрессирующее, постоянное. Главные отличия при инструментальных исследованиях. Основным рентгенологическим симптомам язвы пищевода является наличие ниши с воспалительным валом вокруг. Можно также наблюдать конвергенцию складок слизистой к основанию ниши, что никогда не наблюдается при раке пищевода и нет у данного больного. При эзофагоскопии выявляется язва пищевода. Все эти симптомы позволяют также исключить пептические язвы пищевода.

## При доброкачественных интрамуральных опухолях пищевода дисфагия нарастает очень медленно на протяжении многих лет (что не соответствует развитию процесса у больного). Общее состояние больных не нарушено. Рентгенологическая и эндоскопическое исследования указывают на отсутствие изменений слизистой оболочки пищевода. Болей и интоксикаций при доброкачественных новообразованиях практически не наблюдается. У больного же кроме дисфагии есть и боли, и интоксикация, и изменения слизистой и стенки пищевода, что позволяет отвергнуть доброкачественность процесса. Следует исключить также оттеснение пищевода извне опухолями заднего средостения, внутригрудным зобом, аневризмой аорты, увеличенными лимфотическими узлами, заполненным дивертикулом. Важным рентгенологическим признаком сдавления пищевода является его смещение. Даже значительное увеличениу соседних органов длительное время не вызывает дисфагии, так как смещаемость пищевода в рыхлой соединительной клетчатке достаточно велика. У больного не наблюдается смещение пищевода и другой тени в легких, поэтому и сдавление пищевода можно исключить.

# ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

## На основании жалоб больного на явления дисфагии - непроходимость плотной пищи, на тянущие, интенсивные боли в эпигастральной области, возникающие сразу после еды и купирующиеся либо самопроизвольно через 30 минут, либо после рвоты, на резкое похудание и резкую слабость; анамнеза заболевания - симптомы дисфагии развились внезапно, сопровождаясь слабостью, в последующие 4 месяца явления дисфагии неуклонно прогрессировали, присоединились боли в эпигастрии, нарастала слабость, похудел примерно на 20 кг; анамнеза жизни - в частности длительное курение бльного и вибрационное воздействие на работе; данных объективного обследования: выявление в основном симптомов интоксикации: средне-тяжелое состояние больного, сухость, серо-пепельный цвет кожи, бледность слизистых оболочек, снижение эластичности кожи и тургора тканей, уменьшение толщины подкожно-жировой клетчатки; данных лабораторно-инструментальных методов исследования - выявление в периферической крови анемии, лимфоцитоза, ускоренной СОЭ, выявлении на рентгенограмме в нижней трети грудного отдела пищевода на уровне Th7-Th9 на протяжении 10 см дефекта наполнения с обрывом складок слизистой, обнаружение при фиброэзофагоскопии в нижней трети на протяжении 10 см бугристой массы покрытой сероватым налетом, при этом стенки пищевода регидные, имеется коцентрическое сужение просвета пищевода, и определение при гистологическом исследовании биопсионного материала эпидермоидного рака; и проведенного дифференциального диагноза мы можем уже с точностью говорить о эпидермоидном раке нижней трети пищевода.

## ИБС аритмическую форму, атеросклероз аорты и коронарных артерий сердца, эмфизему легких и гипохромную анемию, выявленных при консультации терапевта выносим в сопутствующий диагноз.

## Клинический диагноз: Основной: Эпидермоидный рак нижней трети пищевода.Сопутствующий: ИБС аритмическая форма. Атеросклероз аотры и коранарных артерий сердца. Эмфизема легких. Гипохромная анемия.

# ИЗЛОЖЕНИЕ ДАННЫХ О СУЩНОСТИ

#  ЗАБОЛЕВАНИЯ

## Рак составляет 60-80% заболеваний пищевода. Среди всех злокачественных заболеваний рак пищевода находится на шестом-седьмом месте. Заболевание чаще всего развивается в возрасте 50-60 лет. Болеют чаще мужчины. Смертность от рака пищевода занимает третье место после рака желудка и рака легкого.

## **Анатомия и физиология пищевода.**

## Пищевод представляет собой мышечную трубку длиной около 25 см, выстланную внутри слизистой оболочкой и окруженную соединительной тканью. Он соединяет глотку с кардиальной частью желудка. Пищевод начинается на уровне VI шейного позвонка и простирается до уровня XI грудного позвонка. Вход в пищевод расположен на уровне перстневидного хряща и отстоит от переднего края верхних резцов на 14-16 см ("рот пищевода"). В этом месте имеется первое физиологическое сужение (рис. 1). Анатомически пищевод делят на три отдела: шейный, грудной и абдоминальный. Второе физиологическое сужение пищевода находится примерно в 25 см от края верхних резцов на уровне бифуркации трахеи и пересечения пищевода с левым главным бронхом, третье соответствует уровню пищеводного отверстия диафрагмы и расположено на расстоянии 37-40 см.

## Рис. 1. Топографическая анатомия пищевода. Уровни физиологических сужений. а - глоточно-пищеводный сфинктер; б - сфинктер на уровне бифуркации трахеи; в - физиологическая кардия.

## В шейной части и в начале грудного отдела до дуги аорты пищевод расположен влево от средней линии. В средней части грудного отдела он отклоняется вправо от средней линии и лежит справа от аорты, а в нижней трети грудного отдела вновь отклоняется влево от средней линии и над диафрагмой расположен спереди от аорты. Такое анатомическое расположение пищевода диктует соответствующий операционный доступ к различным его отделам: к шейному - левосторонний, к среднегрудному - правосторонний трансплевральный, к нижнегрудному - левосторонний трансплевральный. Место перехода пищевода в желудок называется кардией. Левая стенка пищевода и дно желудка образуют угол Гиса.

## Стенку пищевода образуют четыре слоя: слизистая, подслизистая, мышечная и наружная соединительнотканная оболочка. Слизистая оболочка образована многослойным плоским эпителием, который переходит в цилиндрический желудочный на уровне зубчатой линии, расположенной несколько выше анатомической кардии. Подслизистый слой представлен соединительнотканными и эластическими волокнами. Мышечная оболочка состоит из внутренних круговых и наружных продольных волокон, между которыми расположены крупные сосуды и нервы. В верхних 2/3 пищевода мышцы поперечнополосатые, в нижней трети мышечная оболочка состоит из гладких мышц. Снаружи пищевод окружен рыхлой соединительной тканью, в которой проходят лимфатические, кровеносные сосуды и нервы. Серозную оболочку имеет только абдоминальный отдел пищевода.

## *Кровоснабжение* пищевода в шейном отделе осуществляется из нижних щитовидных артерий, в грудном отделе - за счет собственно пищеводных артерий, отходящих от аорты, ветвей бронхиальных и межреберных артерий. Кровоснабжение абдоминального отдела пищевода происходит из восходящей ветви левой желудочной артерии и ветви нижней диафрагмальной артерии. Отток венозной крови из нижнего отдела пищевода идет из подслизистого и интрамурального венозных сплетений в селезеночную и далее в воротную вену. Из верхних отделов пищевода венозная кровь оттекает через нижнюю щитовидную, непарную и полунепарную вены в систему верхней полой вены. Таким образом в области пищевода имеются анастамозы между системой воротной и верхней полой вен.

## Лимфатические сосуды шейного отдела пищевода отводят лимфу к околотрахеальным и глубоким шейным лимфатическим узлам. От грудного отдела пищевода отток лимфы происходит в трахеобронхиальные, бифуркационные, паравертебральные лимфатические узлы. Для нижней трети пищевода регионарными лимфатическими узлами являются паракардиальные лимфатические узлы; узлы в области левой желудочной и чревной артерий. Часть лимфатических сосудов пищевода открывается непосредственно в грудной лимфатический проток.

## *Иннервация* пищевода. Ветви блуждающих нервов образуют на поверхности нищевода переднее и заднее сплетения. От них в стенку пищевода отходят волокна, образующие интрамуральное нервное сплетение - межмышечное (ауэрбахово) и подслизистое (мейсснерово). Шейную часть пищевода иннервируют возвратные нервы, грудную - ветви блуждающих нервов и волокна симпатического нерва, нижнюю - ветви чревного нерва. Парасимпатический отдел нервной системы осуществляет регуляцию моторной функции пищевода и физиологической кардии. Роль симпатической нервной системы в физиологии пищевода окончательно не выяснена.

## Физиологическое значение пищевода состоит в проведении пищи из полости глотки в желудок, осуществляемом глотательным рефлексом. При этом важная роль в нормальной деятельности пищевода принадлежит рефлексу своевременного раскрытия кардии, натупающему в норме через 1-21/2 с после глотка. Расслабление физиологической кардии обеспечивает свободное поступление пищи в желудок под действием перистальтической волны. После прохождения пищевого комка в желудок наступает восстановление тонуса нижнего пищеводного сфинктера и закрытие кардии.

## **Этиология и патогенез:** в развитии рака пищевода большую роль играет хроническое воспаление слизистой оболочки на почве механического, термического или химического раздражения. Травматизация слизистой оболочки пищевода плохо пережеванными пищевыми массами, пищей, содержащей мелкие косточки, очень горячей жирной пищей, а также чрезмерное употребление острых приправ и алкоголя, курение могут способствовать возникновению хронического неспецифического эзофагита, являющегося предраковым заболеванием. Отмечено развитие рака пищевода у больных ахалазией кардии (у 4-7%), особенно при значительно расширении пищевода и длительном застое в нем пищи, а также у больных с дивертикулами пищевода, грыжами пищеводного отверстия диафрагмы и с врожденным коротким пищеводом вследствии наличия у них хронического пептического эзофагита. Всегда подозрительны на возможность малигнизации длительно не заживающие пептические язвы пищевода (особенно язва Баррета). Одним из факторов, ведущих к возникновению рака пищевода являются рубцовые стриктуры после химических ожогов. Послеожоговые стриктуры пищевода рассматриваются как предрак. При наличии полипов пищевода всегда существует реальная опасность их перерождения, поэтому полип необходимо удалить. Предраковым заболеванием считают сидеропенический синдром (синдром Пламмера-Винсона), который проявляется гипохромной анемией, ахлоргидрией, атрофией слизистых оболочек, а позднее гиперкератозом слизистой оболочки полости рта, глотки и пищевода. Считают, что это заболевание может возникать при недостаточном содержании в пище железа и витаминов, особенно витаминов В2 и С. В группу облигатного предрака относят папилломы пищевода. Больные с данным заболеванием подлежат наблюдению с проведением повторных биопсий для микроскопической диагностики.

## **Патологическая анатомия:** рак пищевода развивается чаще в местах физиологических сужений: устье пищевода, на уровне бифуркации трахеи, над физиологической кардией. По частоте поражения раком на первом месте находится среднегрудной отдел (у 60%) - на уровне дуги аорты и левого главного бронха, на втором месте - нижнегрудной и абдоминальнный отдел пищевода (у 30%), на третьем - шейный и верхнегрудной (у 10%).

## По макроскопической картине различают три основные формы рака пищевода: узловой рак (грибовидный, папилломатозный), язвенный, инфильтрирующий (рис. 2). Бывают смешанные формы роста.

## Узловые формы составляют окло 60% раков пищевода. Эти опухоли имеют экзофитный рост, представлены разрастаниями, похожими на цветную капусту, имеют более темную окраску, чем нормальная слизистая оболочка. Опухоль легко травмируется, подвержена распаду и постоянно кровоточит. Опухолевая инфильтрация распространяется на подслизистую и мышечную оболочки. При распаде и изъязвлении узлов макроскопическая картина мало отличается от картины язвенного рака. Язвенный тип рака пищевода встречается приблизительно у 30% больных. В начальной стадии заболевания представляет собой узелок в толще слизистой оболочки, который быстро подвергается изъязвле-

## Рис. 2. Макроскопические формы рака пищевода. а-Скиррозный рак; б-Изгиб пищевода при развитии рака в одной из его стенок; в-Язвенный рак пищевода; г-Узловой рак пищевода.

## нию. Опухоль растет преимущественно вдоль пищевода, поражая все слои его стенки и распространяясь на окружающие органы и ткани. Края образовавшейся язвы плотные, дно покрыто налетом грязно-серого цвета. Опухоль рано метастазирует в регионарные и отдаленные лимфатические узлы. В стенке пищевода на протяжении 5-6 см от края опухоли часто развивается раковый лимфангоит. Инфильтративная форма рака пищевода составляет около 10%. Опухоль развивается вглубоких слоях слизистой оболочки, быстро поражает подслизистый слой и распростроняется главным образом по окружности пищевода. Разрастаясь, опухол захватывает все слои стенки пищевода, обтурирует его просвет. По длене опухоль редко занимает 3-4 см, характеризуется обильным развитием стромы, медленно метастазирует. В дальнейшем наступает изъязвление опухоли и развитие перифокального воспаления. Супрастенотическое расширение пищевода при раке редко бывает значительным, так как опухоль развивается в сравнительно короткий период времени.

## Гистологически у подовляющего большинства больных рак пищевода бывает плоскоклеточным. Реже встречается аденокарциномы (у 8-10%), которые развиваются из островков эктопированной в пищевод слизистой оболочки желудка или из кардиальных желез, имеющихся в нижнем отделе пищевода. Изредка развивается коллоидный рак. Из других злокачественных опухолей пищевода следует отметить аденоакантому, состоящую из железистых и плоскоклеточных элементов, и карциносаркому (сочетание рака и саркомы).

## Международная **классификация** рака пищевода предусматривает характеристику опухоли по системе ТNM.Т - первичная опухоль. Тis - преинвазивная карцинома. Т0 - нет проявлений первичной опухоли. Т1 - опухоль вовлекает менее 5 см длинны пищевода, не вызывая сужения просвета. Нет циркулярного поражения стенок тищевода. Внепищеводного распространения опухоли нет. Т2 - опухоль более 5 см по длине пищевода. Опухоль любого размера, вызывающая сужение пищевода. Опухоль, распространяющаяся на все стенки пищевода. Внепищеводного распространения опухоли нет. Т3 - опухоль распространяется на соседнии структуры.N - регионарные лимфатические узлы. N0 - регионарные лимфатические узлы не пальпируются. N1 - подвижные лимфатические узлы на стороне поражения. N1а - увеличенные лимфатические узлы не содержат метастазов. N1б - увеличенные лимфатические узлы содержат метастазы. N2 - подвижные лимяатические узлы на противоположной стороне или двусторонние. N2а - увеличенные лимфатические узлы не содержат метастазов. N2б - увеличенные лимфатические узлы содержат метастазы. N3 - фиксированные лимфатические узлы.М - отдаленные метастазы. М0 - нет проявлений отдаленных метастазов в лимфатические узлы или другие органы. М1 - имеются отдаленные метастазы. М1а - метастазы в отдаленные лимфатические узлы. М1б - другие отдаленные метастазы.

## **Клиническая картина:** в клиническом появлении рака пищевода можно выделить три группы симптомов: 1) местные, зависящие от поражения стенок пищевода; 2) вторичные, возникающие в результате распространения процесса на соседние органы и ткани; 3) общие. Начало развития рака пищевода прохолит бессимптомно. Латентный период может длиться 1-2 года. *Дисфагия* (у 70-98% больных) является первым симптомом заболевания, но по существу это поздний симптом, возникающий при закрытии просвета пищевода опухолью на 2/3 и более. Для рака характерно прогрессирующее нарастание непроходимости пищевода, которое у одних больных развивается быстро, у других - медленно (в течении 11/2-2 лет). В начальном периоде заболевания дисфагия возникает при проглатывании плотной или недостаточно пережеванной пищи. Затем непроходимость возникает и для жидкой пищи. Иногда после стойкого периода дисфагии возникает улудшение непроходимости пищи по пищеводу, связанное с распадом опухоли. *Боль* - частый симптом рака пищевода. Боли за грудиной тупого тянущего характера возникают во время приема пищи, могут иррадиировать в спину, шею, левую половину грудной клетки. Механизм возникновения болей различный. *Срыгивание* пищей и пищеводная *рвота* появляются при значительном стенозировании просвета пищевода и скоплении пищи над местом сужения. *Общие проявления* заболевания (слабость, прогрессирующее похудание, анемия) являются следствием голодания и интоксикации.

## Клиническое течение болезни зависит от уровня поражения пищевода. Рак верхнегрудного и шейного отднлов пищевода протекает особенно мучительно. Вначале больные жалуются на ощущение инородного тела, царапанье, жжение в пищеводе во время еды. Позднее появляются симптомы глоточной недостаточности - частые срыгивания, поперхивание, приступы асфиксии. При раке среднегрудного отдела пищевода нередкр на первое место выступает дисфагия, затем появляются симптомы прорастания опухоли в соседние органы и ткани (корни легких, грудной лимфатический проток, позвоночник и др.). У этих больных возникают тяжелые осложнения: медиастиниты, трахео- и бронхопищеводные свищи, кровотечения, плевриты и др., от которых они и умирают. Рак нижней трети пищевода проявляется часто болями в эпигастральной области, иррадиирующими в левую половину грудной клетки и симулирующими стенокардию. Происхождение подобных болей связано с прорастанием опухолью диафрагмального нерва. При поражении физиологической кардии отмечается тошнота и отрыжка. Прорастание опухоли в диафрагмальный нерв вызывает икоту. В поздних стадиях возникают дисфагия и пищеводная рвота.

## **Диагностика:** основным методом диагностики рака пищевода является рентгенологическое исследование, которое начинают с обзорной рентгеноскопии грудной и брюшной полости, где на фоне заднего средостения в косых положенияж на фоне газового пузыря желудка у ряда больных удается видеть тень опухоли. Обзорная рентгенография грудной полости позволяют выявить метастазы в легкие и средостение. После этого исследуют пищевод с помощью водной взвеси сульфата бария. Изменения на рентгенограммах зависят от стадии и формы опухоли. Важную роль в выявлении начинающейся раковой инфильтрации играет рентгенокинематографическое исследование с помощью электронно-оптического преобразователя. Для определения распространения опухоли на соседние органы применяют рентгенологическое исследование в условиях пневмомедиастинума, делают томограмы в прямой и боковой проекциях. У всех больных с подозрением на рак пищевода показана эзофагоскопия. В зависимости от анатомической формы рака вид опухоли бывает различным. Цитологическое исследование в сочетании с биопсией у большинства больных позволяет подтвердить или отвергнуть диагноз рака. **Осложнения.**Распространение рака пищевода происходит путем непосредственного прорастания, лимфогенного и гематогенного метастазирования. Опухоль может распростроняться по пищеводу вверх и вниз, прорастать все слои его стенки, сдавливать соседние органы. Сравнительно поздним осложнением является прорастание опухоли в соседние органы, которое может привести к образованию свища между пищеводом и трахеей или бронхом, к развитию пневмонии, гангрены и нагноительных процессов в легких и плевре, смертельному кровотечению при проростании опухоли в аорту. Симптомы рака пищевода, возникающие вследствие распространения процесса на соседние органы и ткани, относят к поздним проявлениям болезни. При прорастании опухолью возвратных нервов у больных развивается охриплость голоса, поражение узлов симпатического симпатического нерва, проявляется синдром Горнера. Сдавление блуждающего нерва может вызвать брадикардию, приступы кашля, рвоту. Проростание опухолью диафрагмального нерва сопровождается параличем диафрагмы на соответствующей стороне, а плечевого сплетения - болью, парастезией, а затем параличем верхней конечности. Переход опухоли на гортань сопровождается изменением звучания голоса, появлением одышки и стридорозного дыхания. При сдавлении (прорастании) трахеи и бронхов возникает кашель, одышка. Образование пищеводно-трахеального или пищеводно-бронхиального свища проявляется кашлем при приеме жидкости. Это осложнение обычно заканчивается развитием пневмонии, абсцесса или гангрены легкого. Вследствии перехода инфекции с пищевода могут развиваться периэзофагит, медиастинит, перикардит. При разрушении опухолью стенки крупного сосуда возникают массивные кровотечения. При срыгиваниях и пищеводных рвотах возможно попадание пищевых масс в трахеобронхиальное дерево и развитие тяжелых воспалительных легочных осложнений. К ослажнениям также относят метастазирование в регионарные и отдаленные лимфатические узлы, другие органы.

## **Профилактика** рака пищевода заключается в соблюдении диеты (пища должна быть достаточно гомогенной, не содержать большого количества острых приправ, не быть слишком горячей и др.), борьбе с вредными привычками (чрезмерным употреблением алкоголя, курением), в своевременном выявлении и лечении предраковых заболеваний (хронического неспецифического эзофагита, ахалазии кардии, послеожоговых стриктур пищевода, сидеропенического синдрома, полипов и папилом пищевода), а также в ранней диагностике рака пищевода. Профилактика осложнений - это только ранняя диагностика и раннее лечение (в основном хирургическое).

# СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

## Выбор метода лечения рака пищевода зависит от уровня локализации опухоли, стадии процесса, наличия сопутствующих заболеваний. Хорошие результаты *хирургического* лечения можно ожидать в 1-й стадии заболевания, реже - во 2-й и 3-й стадиях. Показание к операции: резектабельный рак пищевода. Противопоказания: неоперабельными больные бывают по двум причинам: 1) прорастание опухолью соседних органов - аорты, трахеи, легкого, метастазирование в лимфатические узлы второго, третьего порядка и другие органы (печень, легкие); возможность удаления опухоли (резектабельность) у большинства больных становится ясной только во время операции; 2) наличие сопутствующих заболеваний сердца, легких, почек, печени и других органов в стадии декомпенсации.

## При раке шейного и верхнегрудного отделов пищевода опухоль быстро прорастает окружающие органы и рано дает метастазы. Рак этой локализации более успешно лечат при помощи лучевой терапии.

## При раке среднегрудного отдела пищевода производят операцию Добромыслова-Торека (рис. 3).

## Рис. 3. Схема многоэтапной операции Добромыслова-Торека и создание искусственного пищевода из толстой кишки. а-операционный доступ; б-уровень резекции пищевода; в-выкраивание трансплантата из толстой кишки; г-завершение операции эзофагопластикой.

## Из чресплеврального доступа удаляют грудной отдел пищевода и накладывают гастростому. Впоследствии (спустя 3-6 месяцев) создают искусственный пищевод из толстой или тонкой кишки. У крепких молодых людей возможно выполнение резекции пищевода с наложением соустья между оставшейся частью пищевода и перемещенным в правую плевральную полость желудком (операция Льюиса).

## При раке нижнегрудного отдела пищевода операцией выбора является резекция пищевода с одновременным наложением внутригрудного пищеводно-желудочного соустья под дугой аорты или на уровне ее (рис. 4).

## Рис. 4. Схема резекции нижней трети пищевода и кардии с эзофагогастроанастомозом. а-операционный доступ; б-уровень резекции пищевода и желудка; в-наложение эзофагогастоанастомоза.

## **Предоперационный период:** Продолжительность и интенсивность предоперационной подготовки зависят от формы, величины и размеров опухоли, наличия или отсутствия ее осложнений и сопутствующих заболеваний, возраста больного и планируемого обезболивания. Вечером накануне операции ограничивают потребление пищи, проводят премедикацию. Так как в основном плановую операцию необходимо проводить под общим обезболиванием, нужно оценить функциональные показатели сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Для этого производят ЭКГ, спирографию, биохимическое исследование крови, коагулограмму. Особую важность приобретает предоперационная подготовка у больных с сопутствующими заболеваниями и проявлениями раковой интоксикации (анемия, кахексия и др.). В этих случаях при плановых операциях следует проводить длительную, в течении 1-2 недель подготовку больного к значительной операционной нагрузки. Это достигается применением лечением сопутствующей патологии, борьбой с анемией, интоксикацией (назначение соответствующих препаратов, кровезамещающих растворов, глюкозы, солевых растворов).

## **Послеоперационный период:** Общим мероприятием для всех больных является профилактика гнойных осложнений послеоперационной раны. В послеоперационном периоде необходимо применять: 1.ежедневные перевязки и пункции с целью удаления серозно-геморрагического отделяемого из подкожной клетчатки; 2.парентеральное применение антибиотиков; 3.пероральное введение сульфаниламидов, салицилатов, витаминов. При необходимости назначают симптоматические средства: анальгетики, спазмалитики, аскорбиновую кислоту. При большой кровопотере применяют инфузионную терапию. Обязательно парэнтеральное питание больного.

## При иноперабельной опухоли, при наличии противопоказаний к радикальной операции производят паллиативные вмешательства с целью восстановления проходимости пищевода, улучшения питания больного. К паллиативным операциям относят: паллиативные резекции, реканализацию опухоли лавсановым протезом (эндопротезирование), наложение гастростомы.

## Получены хорошие результаты от комбинированного лучевого и хирургического лечения. Предоперационную лучевую терапию проводят на бетатроне или телегаммаустановке в дозе 30-50 Гр (3000-5000 рад). Воздействуя на основной очаг поражения и возможные очаги метастазирования, лучевая терапия позволяет перевести опухоль из сомнительно резектабельной в реректабельную, устранить сопутствующие воспалительные изменения. Хирургическое вмешательство производят через 2-3 недели после окончания лучевой терапии.

##  *Лучевое* лечение применяют как при радикальной, так и при паллиативной терапии рака пищевода. Наиболее благоприятные результаты получены при использовании источников высоких энергий (гамма-терапии, тормозного излучения и быстрых электронов), обеспечивающих подведение к опухоли пищевода высокой дозы излучения. При плоскоклеточном раке верхней трети пищевода росле наложения гастростомы больным проводят радикальную лучевую терапию в дозе 60-70 Гр (6000-7000 рад) при ежедневной дозе 1,5-2 Гр (150-200 рад). При плоскоклеточном раке средней трети пищевода больным накладывают гастростому, а затем проводят паллиативную лучевую терапию в дозе 20-40 Гр (2000-4000 рад), главная цель которой снятие дисфагии, болей и замедление прогрессирования опухолевого процесса. Лечение дает быстрый клинический эффект за счет снятия перифокального воспаления и уменьшения размеров опухоли. Противопаказана лучевая терапия при тяжелых заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем, паренхиматозных органов, центральной нервной системы, распаде опухоли, кровотечении.

## При невозможности выполнения хирургического или лучевого лечения при раке пищевода может быть применена в качестве паллиативного средства химиотерапия (комбинация антиметаболитов пиримидинового ряда - 5-фторурацил или фторафур с метатрексатом и колхамином), но всеже она мало эффективна в связи с низкой чувствительностью опухоли к известным противоопухолевым препаратам. У всех больных с неоперабельной формой рака пищевода показано проведение симптоматической терапии, направленной на снятие болей, ликвидацию нарушений питания.

# ПРОГНОЗ

## Прогноз для жизни относительно благоприятный, так как пятилетняя выживаемость после радикальных операций составляет менее 10%. Если при проведении операции у больного обнаружатся отдаленные и регионарные метастазы, то прогноз для жизни значительно ухудшается. При этом больному будет необходима лучевая терапия, после которой часто наблюдается улучшение состояния больного, проходимости пищи и увеличение продолжительности жизни.Так как у больного проходима жидкая пища, то наложение гастростомы не показано. Полного восстановления работоспособности не возможно.

# ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ КУРИРУЕМОГО БОЛЬНОГО И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

## Диета. Больному нужна жидкая высококалорийная пища.

## Больному показана операция Добромыслова-Торека, но начинать операцию следует с лапаротомии для выявления метастазов органов брюшной полости и в отдаленных лимфоузлах. Если выявятся метастазы, то радикальной операции не проводится; ограничиваются лапаротамией, и в дальнейшем больного напрвляют на лучевое лечение.

## Так как больной истощен, и у него анемия, то в качестве предоперационной подготовки показано введение внутривенно коллоидных и солевых растворов (аминокровина, полиглюкина).

## Выбор обезболивания. Учитывая среднетяжелое состояние больного, его истощенность, анемию, обьем предстоящей операции, проводим больному интубационный наркоз с применением мышечных релаксантов или с нейролептаналгезией. Заключение анестезиолога: планируется эндотрахеальный наркоз; на основании проведенного обследования риск анестезиологии IV степени (по жизненным показаниям). Рекомендована премедикация: 27.01.97 в 22:00 1 таблетка диазепама и 1 таблетка димедрола, 28.01.97 в 7:00 1 таблетка реланиума и 1 таблетка димедрола, за 30 минут до операции Sol. Omnoponi 2%-1 ml внутримышечно. Врач: Столпнер Я.М.

## При обнаружении при лапаротомии отдаленных метастазов больному в дальнейшем показана лучевая терапия.

# ДНЕВНИК

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Ту | Тв | Текст дневника | Назначения |
| 23.01.97. | 36,4 | 36,0 | Жалобы на тянущие, интенсивные боли в эпигастральной области, возникающие после еды, на непроходимость плотной пищи, резкую слабость. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Пульс 74 уд/мин. АД 130/80 мм. рт.ст. Кожа серо-пепельного цвета, сухая. Тургор тканей снижен. Язык влажный, покрыт белым налетом, сосочки выражены. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Отправления в норме. | Режим 1-2. #Диета с преобладанием жидкой высококалорийной пищи. #Sol. Polyamini 400,0 в/в капельно #Sol. Polyglucini 400,0 в/в капельно |
| 24.01.97. | 36,1 | 36,7 | Жалобы на тянущие, интенсивные боли в эпигастральной области, возникающие после еды, на непроходимость плотной пищи, резкую слабость. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Пульс 80 уд/мин. АД 120/70 мм. рт.ст. Кожа серо-пепельного цвета, сухая. Тургор тканей снижен. Видимые слизистые бледно-розового цвета, влажные, чистые. Язык влажный, покрыт белым налетом, сосочки выражены. Тоны сердца приглушены. Систолический шум на верхушки. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Физиологические отправления в норме. | Режим 1-2. #Диета с преобладанием жидкой высококалорийной пищи. #Sol. Polyamini 400,0 в/в капельно #Sol. Polyglucini 400,0 в/в капельно |
| 25.01.97. | 36,5 | 36,8 | Жалобы на непроходимость плотной пищи, резкую слабость. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Пульс 74 уд/мин. АД 130/80 мм. рт.ст. Кожа серо-пепельного цвета, сухая. Тургор тканей снижен. Язык влажный, покрыт белым налетом, сосочки выражены. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Отправления в норме. | Режим 1-2. #Диета с преобладанием жидкой высококалорийной пищи. #Sol. Polyamini 400,0 в/в капельно #Sol. Polyglucini 400,0 в/в капельно #Sol. Glucosi 5%-200,0 в/в капельно |
| 27.01.97. | 36,6 | 36,7 | Жалобы на непроходимость плотной пищи, резкую слабость. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Пульс 78 уд/мин. АД 130/80 мм. рт.ст. Кожа серо-пепельного цвета, сухая. Тургор тканей снижен. Видимые слизистые бледно-розовые. Язык влажный, покрыт белым налетом, сосочки выражены. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Отправления в норме. | Режим 1-2. #Диета с преобладанием жидкой высококалорийной пищи. #Sol. Polyamini 400,0 в/в капельно #Sol. Aminocrovini 400,0 в/в капельно |

##  28.01.97.Предоперационный эпикриз: Больной Смирнов Б.Н. страдает раком нижней трети пищевода с сентября 1996 года, когда почувствовал резкую слабость, похудел на 20 кг. В декабре 1996 года обследовался в Гатчинской ЦРБ, при эзофагоскопии выявлен рак нижней трети пищевода на протяжении 10 см. Переведен в клинику для оперативного лечения. Больному проведена предоперационная подготовка. Состояние заметно улучшилось. На операцию подготовлен. Согласие больного для проведения операции получено. Противопоказаний к оперативному лечению нет. Планируется под эндотрахеальным наркозом операция Торека, после диагностической лапаротомии. План операции: 1.Оперативный доступ - торокоабдоминальный; 2.Диагностическая лапаротомия; 3.Выявление отдаленных метастазов; 4.Если метастазов нет - операция Торека; 5.Послойное ушивание ткани.

# Обезболивание

## 30.04.96.Операция - лапаротомия. Начало 10:55. Окончание 11:15 Хирург Панов В.А.Ассистент Ермачков Н.В.Анестезиолог Дубикайтис.Протокол обезболивания: Эндотрахеальный наркоз. 1.Премедикация: Sol. Atropini 1%-0,5; Sol. Dimedroli 1%-1,0.2.Вводный наркоз: Sol. Hexenoni 1%-600 mg.3.Кураризация.4.Интубация.5.Начало операции 10:55.6.Ревизия брюшной полости.7.Послойное ушивание раны.8.Конец операции 11:15.9.Декураризация: Atropini 0,5; Prozerini 4,0.10.Экстубация (Использован аппарат ПО-6Н-05+полинаркон-5. Вентиляция ИВЛ, МОД 11,9; ОД 0,71)

# Операция - лапаротомия.

## Средне-срединная лапаротомия. Асцита нет. Печень обычного цвета. Метастазы рака не определяются. При ревизии в области абдоминального отдела пищевода определяются пакеты параоартальных и параэндофарингиальных бугристых лимфоузлов. Увеличенные плотные лимфатические узлы по ходу a. gastrica sinistra. Гемостаз. Счет марли и инструментов верен. Послойное ушивание раны наглухо. Наложена асептическая повязка.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Ту | Тв | Текст дневника | Назначения |
| 29.01.97. | 37,0 | 38,2 | Жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны, на слабость. Слстояние средней тяжести. Пульс 80 уд/мин АД 130/80 мм.рт.ст. Дыхание ослаблено. Живот мягкий, не вздут, умеренно болезненный в области послеоперационной раны. Повязка сухая. Перистальтика кишечника вялая. Диурез достаточный. | Режим 1. #Диета № 4. #Penicillini 1000000 ED, внутримышеч-но 6 раз в сутки. #В/в капельно 200 мл эритроцитарной массы. |
| 30.01.97. | 36,6 | 36,6 | Жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны. Состояние средней тяжести. Пульс 76 уд/мин. АД 120/70 мм.рт.ст. Видимые слизистые бледно-розового цвета. Кожа телесного цвета, сухая. Дыхание ослабленное. Живот мягкий, не вздут, умеренно болезненный в области послеоперационной раны, не участвует в акте дыхания. Физиологические отправления в норме. Перевязка: удалена повязка; послеоперационная рана без воспалительных явлений; наложена чистая асептическая повязка. | Режим 1. #Диета № 4. #Penicillini 1000000 ED, внутримышеч-но 6 раз в сутки. #Sol. Polyamini 400,0 в/в капельно #Sol. Polyglucini 400,0 в/в капельно #Sol. Glucosi 5%-200,0 в/в капельно |
| 31.01.97. | 36,1 | 36,6 | Жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны, на слабость. Слстояние средней тяжести. Пульс 74 уд/мин АД 120/70 мм.рт.ст. Дыхание ослаблено. Живот мягкий, не вздут, умеренно болезненный в области послеоперационной раны. Повязка сухая. Перистальтика кишечника вялая. Диурез достаточный. | Назначения те же. |

# ЭПИКРИЗ

## Больной Смирнов Б.Н. 68 лет был переведен вклинику из Гатчинской ЦРБ для планового оперативного лечения по поводу рака нижней трети пищевода. При этом у больного были жалобы на тянущие, интенсивные боли в эпигастральной области, возникающие сразу после приема пищи, купирующиеся либо самопроизвольно через 30 минут после возникновения, либо после рвоты, на непроходимость плотной пищи, на резкое похудание (приблизительно на 20 килограммов за 4 месяца), на резкую слабость, которые развились с сентября 1996 года. Больной был обследован и ему проведены были следующие лабораторно-инструментальные исследования: клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи, рентгенография пищевода, эзофагоскопия с биопсией. При этом были выявлены средне-тяжелое состояние больного, сухость, серо-пепельный цвет кожи, бледность слизистых оболочек, снижение эластичности кожи и тургора тканей, уменьшение толщины подкожно-жировой клетчатки, анемия, лимфоцитоз, ускоренная СОЭ, на рентгенограмме - в нижней трети грудного отдела пищевода на уровне Th7-Th9 на протяжении 10 см дефект наполнения с обрывом складок слизистой, при фиброэзофагоскопии в нижней трети на протяжении 10 см бугристая масса покрытая сероватым налетом, при гистологическом исследовании биопсионного материала эпидермоидный рак, что позволило подтвердить диагноз эпидермоидного рака нижней трети пищевода. Больному была проведена предоперационная подготовка (коллоидными и солевыми растворами), после чего его самочувствие улучшилось. Планировалась операция Добромыслова-Торека, если при диагностической лапаротомии не будут обнаружены отдаленные метастазы. При ревизии органов брюшной полости были обнаружены метастазы в параоартальные, параэндофарингеальные лимфатические узлы и лимфоузлы по ходу левой желудочной артерии. Это позволило уточнить диагноз: "Эпидермоидный рак нижней трети пищевода. Т4N3M0." и показало неоперабельность опухоли. Послеоперационный период протекал без ослажнений. В дальнейшем больному показана лучевая терапия и лечение сопутствующих заболеваний, которые выявлены при консультации терапевта: ИБС аритмической формы, атеросклероза аорты и коронарных артерий сердца, эмфиземы легких и гипохромной анемии.

## Клинический диагноз: Основной: Эпидермоидный рак нижней трети пищевода. Т4N3M0.Сопутствующий: ИБС аритмическая форма. Атеросклероз аотры и коранарных артерий сердца. Эмфизема легких. Гипохромная анемия.

#  ЛИТЕРАТУРА

## М.И.Кузин. Хирургические болезни. М.:"Медицина",1987С.Л. Дарьялова, В.И. Чиссов. Рак пищевода. М.:"Медицина",1993 Ю.Е. Березов. Рак пищевода. М.:"Медицина",1979В.Х. Василенко. Болезни пищевода. М.:"Медицина",1971В.В. Реизов. Рак пищевода. Л.:"Медицина", 1973

# ПЕРЕЧЕНЬ ПРИОБРЕТЕННЫХ НАВЫКОВ

## Определение группы крови и резус-фактора.

## Участие в переливании крови и ее заменителей.

## Участие с анестезиологом в проведении наркоза.

## Промывание желудка в послеоперационном периоде.

## Катетеризация мочевого пузыря.

## Внутривенные вливания.

## Профилактика и лечение пролежней.

## Оформление медицинской документации хирургических больных.

##

## 31.01.1997. Подпись куратора