1. По локализации опухолевого процесса выделяют следующие формы рака пищевода:

I. Пищеводно-глоточный. 2. Шейный. 3. Верхнегрудной. 4. Ретро-бифуркационный. 5. Субаортальный. 6. Среднегрудной. 7. Наддиафрагмальный. 8. Диафрагмальный. 9. Абдоминальный.

II. Макроскопически рак пищевода можно разделить на три основные формы роста:

1. Инфильтративный рак (склерозирующий, стенозирующий,

скиррозный, десмопластический).

2. Язвенный рак (блюдцеобразный, кратерообразующий).

3. Узловой рак (грибовидный или фунгозный, папиломатозный, полипозный).

III. Для микроскопической классификации рака пищевода

пользуйтесь международной гистологической классификацией (Женева, 1979).

IV. Классификация рака пищевода по стадиям заболевания:

Стадия I — четко отграниченная небольшая опухоль, прорастающая только слизистый и подслизистый слои. Опухоль суживает просвет пищевода и мало затрудняет прохождение пищи. Метастазы отсутствуют.

Стадия II—опухоль или язва, прорастающая мышечный слой пищевода, но не выходящая за его пределы. Опухоль значительно нарушает проходимость пищевода. Имеются единичные метастазы в регионарные лимфатические узлы.

Стадия III—опухоль или язва, занимающая больше полуокружности пищевода и циркулярно охватывающая ее, прорастающая всю стенку пищевода и окружающую клетчатку, спаянная с соседними органами. Проходимость пищевода нарушена значительно или полностью. Имеются множественные метастазы в регионарные лимфатические узлы.

Стадия IV—опухоль, прорастающая пищевод циркулярно; выходит за пределы органа, вызывает прободение в ближайшие органы. Имеются конгломераты неподвижных регионарных метастатических лимфатических узлов и метастазы в отдаленные органы.

V. Классификация рака пищевода по системе TNM.

Т—первичная опухоль.

ТО—нет проявлений первичной опухоли.

Tl—опухоль поражает не менее 5 см длины пищевода, не вызывает сужения просвета, не охватывает пищевода циркулярно и не распространяется за пределы органа.

Т2 — опухоль поражает более 5 см пищевода, распространяется циркулярно или вызывает сужение просвета. За пределы органа опухоль не прорастает.

ТЗ—опухоль любого размера, распространяющаяся на сосед ние образования: поражение диафрагмального, возвратного или симпатического нервов; образование пищеводно-трахеального или бронхиального свищей; прорастание трахеи или бронхов, крупных сосудов плевральный выпот.

N — регионаркые лимфатические узлы.

N0—регионарные лимфатические узлы не поражены.

N1—признаки поражения регионарных лимфатических узлов

М—отдаленные метастазы. -

МО—отдаленных метастазов нет.

Ml—признаки поражения отдаленных органов метастазами

VI. Жалобы больного.

В клинической картине рака пищевода симптомы, обусловлен ные непосредственно самой опухолью тесно переплетаются с симп томами закономерно сопутствующими раку осложнений. В началь ных стадиях рака эти симтпомы по интенсивности проявления могут выйти на первое место и затемнить истинную природу рака Симптоматика рака пищевода на различных стадиях развитя опухоли различна.

Специфические симптомы заболевания пищевода. 1. Дисфагия. 2. Повышенная саливация. 3. Боли при глотании особенно твердой и вязкой пищи. 4. Чувство неопределенного «ца рапания» за грудиной. 5. Запах изо рта, неприятный вкус во рту 6. Тошнота, «пустая» отрыжка, срыгивание и пищеводная рвота 7. Регургитация.

VII. Анамнез заболевания.

Способ приготовления пищи и ее состав, привычки к неразумной системе питания целесообразно иметь ввиду в развитии рака пищевода. Содержание в пище специфических канцерогенов, упот-ребление крепкого алкоголя, очень горячей пищи. Бытовые привычки приготовления пищи; попадание углекислоты, ароматических смол, табачного дыма.

Наличие предраковых заболеваний пищевода: хронические неспецифические эзофагиты, рубцы, доброкачественные опухоли пищевода, полипы пищевода, дивертикулы.

VIII. Общий осмотр больного.

В ранних стадиях болезни объективные симптомы отсутствуют; заболевший имеет здоровый вид. Поздние симптомы отмечаются

III—IV стадии рака, когда опухоль прорастает всю стенку пищевода, а иногда циркулярно поражает его и вызывает обтурацию. Дисфагия в этот период становится мучительной. Больной питается толь ко жидкой пищей, в связи с голоданием быстро худеет, принятую пищу часто срыгивает. Вследствии распада опухоли, застоя и раз ложения пищи в растянутом пищеводе появляется неприятный за пах изо рта. Нередко из-за распада опухоли повышается темпера тура, в это время вследствии распада улучшается проходимость пищи по пищеводу. В некоторых случаях при обширных опухолям пищевода резкого похудания может и не быть, в этом случае и дисфагия может быть выражена нерезко. Опухоль, прорастающая в перибронхиальную клетчатку или стенку бронха, вызывает болевые ощущения и кашель, иногда с откашливанием пищевых масс. Анамнез у больного раком пищевода обычно короткий—от нескольких месяцев до года. Симптомы неуклонно нарастают. Кожа сухая и дряблая, подкожно жировой слой часто отсутствует, глазные яблоки запавшие, иногда отмечается выбухание одной из надключичных ямок. Метастазы могут определяться в лимфатических узлах над ключицей и на шее.

IX. Диагностика рака пищевода.

В диагностику рака пищевода входят следующие основные моменты:

1. Установление факта внутрипищеводного или внепищеводного заболевания, сдавливающего пищевод.

2. Проведение дифференциального диагноза между злокачественными процессами и доброкачественными новообразованиями или заболеваниями пищевода.

3. Выявление локализации новообразования, распространенности его как по длиннику пищевода, так и на его стенках (сторона поражения, циркулярное поражение), установление характера роста (экзофитный, эндофитный).

4. Установление степени и распространения сужения пищевода и степени его расширения над местом сужения.

5. Выявление состояния околопищеводной клетчатки, наличия или отсутствия поражения лимфатических узлов средостения, а также возможного прорастания опухоли в соседние органы: легкие, бронхи, аорту, перикард, диафрагму.

6. Установление стадии процесса и решение связанного с этим вопроса возможности радикальной операции.

Важное значение для постановки диагноза и определения стадии процесса имеют данные анамнеза, статус больного, материалы следующих диагностических методов исследования: рентгенодиагностики, эзофагоскопии, биопсии, торакоскопии, цитологического исследования мазков отпечатков или смывов со слизистой пищевода.

X. Дифференциальный диагноз.

Дифференциальный диагноз рака пищевода с другими злока чественпыми и доброкачественными образованиями заднего средостения не труден в III и IV стадиях заболевания, когда типичные для поражения пищевода раком симптомы выражены ярко и уже одно рентгенологическое исследование исключает возможность неточности диагноза.

Среди заболеваний пищевода рак, по данным различных статистик, составляет около 60—80%. Таким образом, другие заболевания пищевода, которые могут не только симулировать рак, но часто являются предраком, встречаются значительно реже. Среди них наиболее практическое значение имеют сужения просвета т щевода на почве Рубцовых изменений его вследствие ранее пере несенных ожогов, спазм пищевода, полипы, папилломы и бородав ки слизистой оболочки пищевода, ретенционные кисты, диверти кулы, аденомы, фибромы, нейрофибромы, миомы и лейомиомы пи щевода, эксфолиация слизистой оболочки пищевода, туберкуле: сифилис, актиномикоз пищевода, пристеночное расположение ино родных тел.

Только комбинированное исследование эзофагоскопия и рент генологическое исследование, биопсия с последующим цитологи ческим и гистологическим исследованием дает возможность рафи нировать диагноз.

Рак пищевода могут симулировать сужения, вызванные давле нием на его стенку извне за счет различных патологических про цессов в заднем средостении. Не только клиническая симптомати ка, но и обычное рентгенологическое исследование не всегда даю достаточно отправных точек для дифференциального диагноза. I некоторых случаях требуется длительное томографическое иссле дование, пневмомедиастинум и прицельные снимки, а также эзо фагоскопия.

XI. Лечение.

Рак пищевода лечат хирургическим и лучевым методами, ко торые имеют свои показания к применению. При раке нижне-груд ного отдела пищевода применяется преимущественно хирургичес кий метод. Лучевая терапия при низкой локализации опухоли пи щевода проводится только при противопоказаниях к хирургичес кому вмешательству. Операции при раке среднегрудного и осо бенно верхнегрудного отделов пищевода очень сложны и сопро вождаются высоким операционным риском, давая до 50% после операционной летальности. Поэтому в последние годы все шире стал применяться лучевой метод лечения. В случае отсутствия эф фекта при половинной дозе облучения может возникнуть вопрос о применении хирургических методов как единственных, дающих на дежду на излечение. При такой ситуации травматические риско ванные операции более оправданы. Оперативное лечение рака средне-грудного отдела пищевода сопровождается высоким опера ционным риском, может быть проведено небольшому числу лиц (10—20%) с начальными стадиями рака. Лучевая терапия имеет более широкую сферу применения, так как может проводиться при более распространенных процессах, когда оперативное лечение противопоказано.

В ранних стадиях показано удаление опухоли с частью пище вода или всего грудного пищевода. При опухолях брюшного и нижне-грудного отделов пищевода производится левосторонняя то ракотомия с резекцией пищевода и наложением пищеводно-желу дочного анастомоза под дугой аорты или впереди нее. При раке средне-грудного и верхне-грудного отделов пищевода показан;

операция Терека.

В III—IV стадиях заболевания, когда радикальная операция не может быть выполнена и у больных резко выражена дисфагия,. приводящая к истощению, показано наложение питательной гастростомы по одному из известных методов. Наиболее распространенными являются гастростомы по Топроверу, Витцелю, стебельчатая гастростома. Истощенному и ослабленному больному операции лучше производить под местной анестезией.

Лучевая терапия рака пищевода в настоящее время является методом выбора при локализации опухоли в верхней и средней третях пищевода и может быть проведена с благоприятным эффектом у неоперабельных больных раком нижней трети пищевода. Наилучшие результаты достигаются при облучении раковой опухоли средне-грудного отдела пищевода. При выборе метода облучения учитывается локализация процесса, протяженность поражения, характер роста и общее состояние больного. Существующие методы лучевого лечения рака пищевода можно разделить на две группы: 1) наружное (дистанционное облучение); 2) сочетанная лучевая терапия. Для наружного облучения в качестве источника облучения используют гамма-установки «Агат», «Рокус», линейные ускорители, бетатроны. Суммарная доза составляет 60—70 Грей. При ротационном подвижном облучении в качестве источников излучения используются дистанционные гамма-установки. При подвижных методах облучения применяются секторное (смещение источника по дуге 180°) и собственно ротационное (угол качания 270—360°) облучение. Суммарная доза облучения аналогична таковым при статическом облучении.

Указанные методы лучевой терапии могут быть использованы при I, II, III стадиях рака пищевода. Противопоказаниями к их применению следует считать перфорацию или предперфоративное состояние пищевода, отдаленные метастазы и выраженную кахексию.