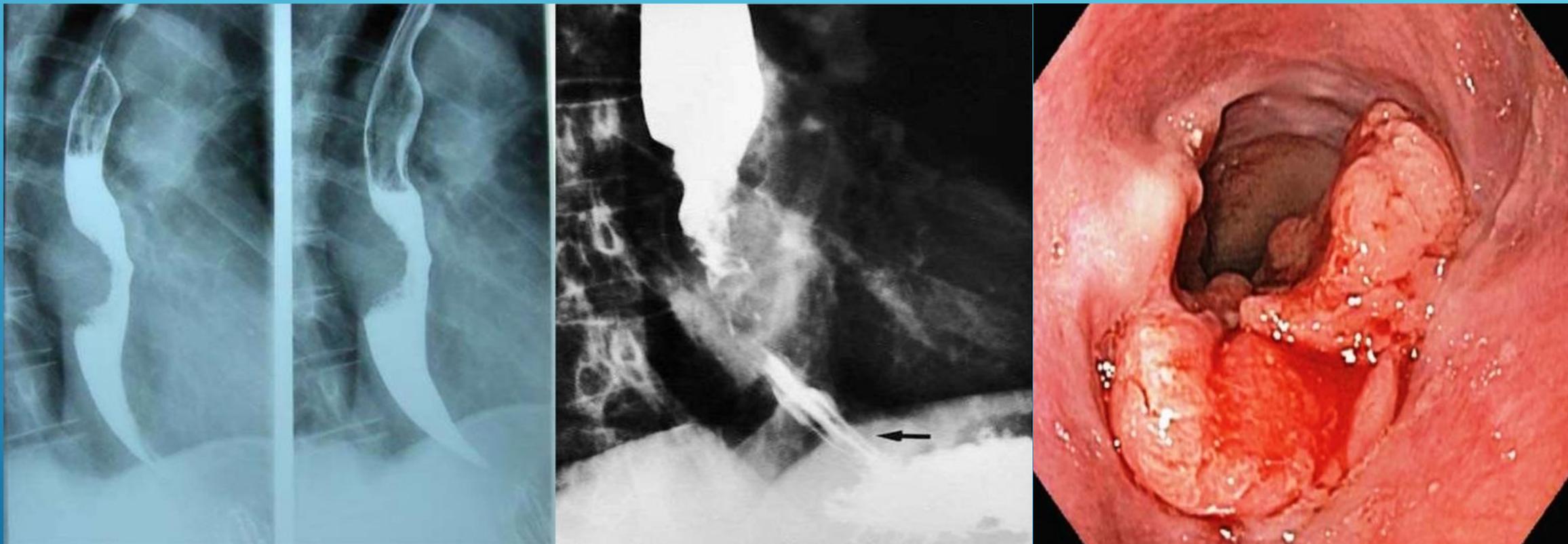


РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ПИЩЕВОДА

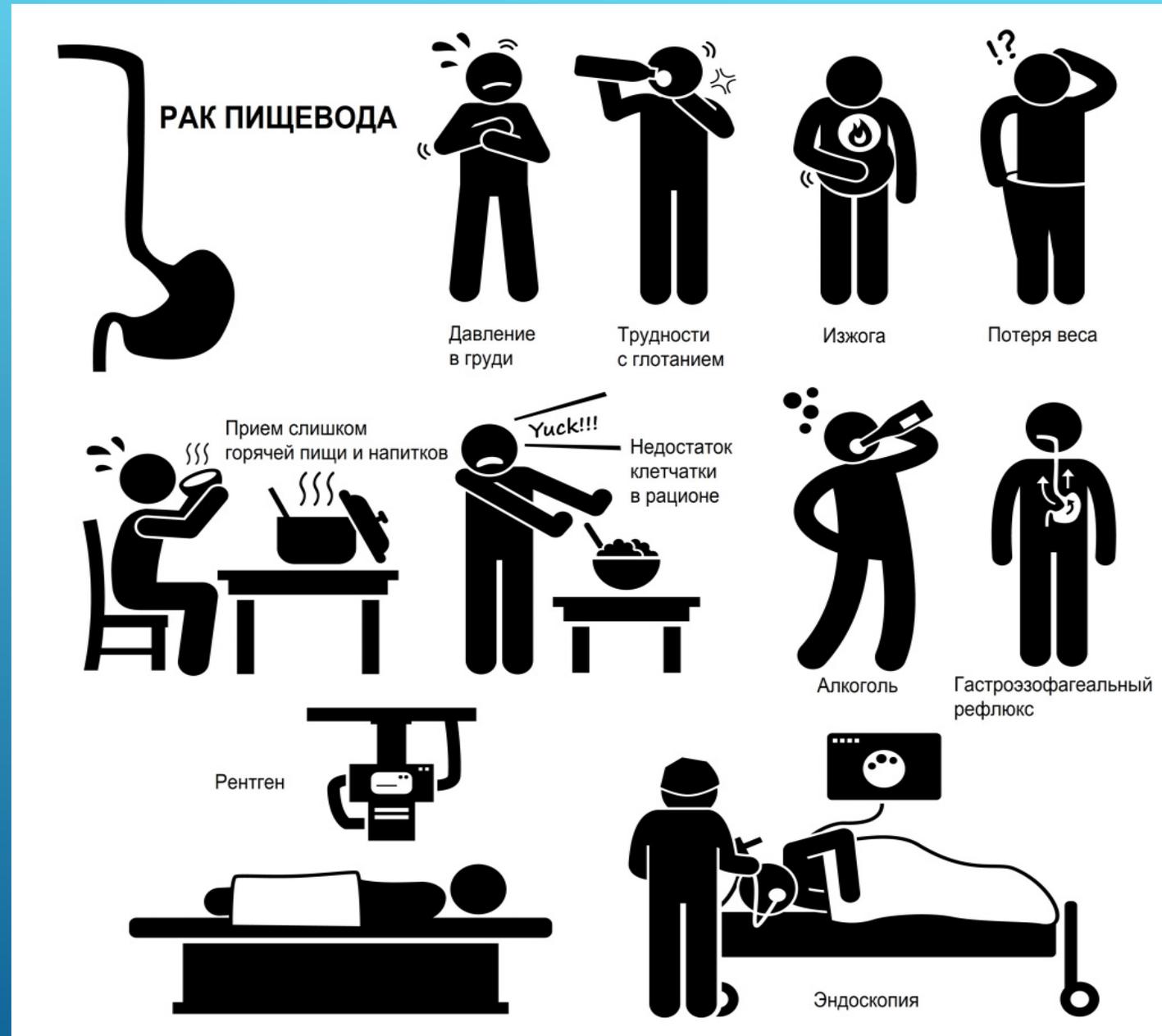


Белгородский областной
онкологический диспансер

Подготовил: врач-онколог отделения торакальной онкологии ОГБУЗ «БООД»
Нехтеримов Дмитрий Витальевич

ВВЕДЕНИЕ

- Рак пищевода является одним из самых агрессивных злокачественных новообразований и занимает восьмое место в структуре смертности в мире.
- По данным Международного агентства по изучению рака (International Agency for Research on Cancer, IARC) на 2014 г., заболеваемость составила 50,1 случая на 100 тыс. населения в год, смертность – 34,3.
- В России в 2018 г. было диагностировано 7750 новых случаев, из которых III и IV составили 33,6 и 30,9 % соответственно, а 1-годовая летальность – 59 %.
- Высокий уровень смертности в значительной степени определяется поздней диагностикой заболевания уже на III–IV стадии опухолевого процесса, в то время как лишь у 1/4 пациентов рак пищевода диагностируется на ранних этапах.



ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ТЕРРИТОРИЙ РОССИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Год: 2021

Локализация: Пищевод (С15)

Республика, край, область	Все население				Мужчины				Женщины			
	Абсол. число	Показатель на 100 тыс. населения			Абсол. число	Показатель на 100 тыс. населения			Абсол. число	Показатель на 100 тыс. населения		
		"гру-бый"	стандартизо-ванный	ошибка		"гру-бый"	стандартизо-ванный	ошибка		"гру-бый"	стандартизо-ванный	ошибка
РОССИЯ	7779	5,33	2,95	0,03	5974	8,82	5,72	0,07	1805	2,31	1,07	0,03
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ФО	1727	4,41	2,29	0,06	1372	7,61	4,55	0,12	355	1,68	0,74	0,04
Белгородская область	86	5,60	2,87	0,32	80	11,25	6,56	0,75	6	0,73	0,30	0,13
Брянская область	83	7,06	3,85	0,44	72	13,37	8,32	0,99	11	1,73	0,86	0,28
Владимирская область	94	7,05	3,58	0,39	80	13,19	8,08	0,91	14	1,93	0,78	0,24
Воронежская область	76	3,31	1,79	0,22	65	6,17	3,70	0,47	11	0,89	0,46	0,15
Ивановская область	73	7,43	4,07	0,49	51	11,44	7,42	1,05	22	4,10	1,99	0,46
Тверская область	77	6,22	3,11	0,37	60	10,61	6,30	0,82	17	2,53	1,18	0,32
Калужская область	69	6,85	3,69	0,46	55	11,74	7,38	1,01	14	2,60	1,11	0,33
Костромская область	54	8,65	4,01	0,57	41	14,26	8,19	1,30	13	3,86	1,18	0,36
Курская область	58	5,32	2,48	0,34	53	10,68	5,82	0,81	5	0,84	0,37	0,18
Липецкая область	54	4,82	2,49	0,35	47	9,16	5,27	0,78	7	1,15	0,62	0,25
г. Москва	320	2,53	1,26	0,07	222	3,80	2,18	0,15	98	1,44	0,58	0,06
Московская область	302	3,90	2,20	0,13	232	6,47	4,35	0,29	70	1,69	0,82	0,11
Орловская область	47	6,53	3,27	0,50	39	12,00	6,58	1,07	8	2,03	1,05	0,39
Рязанская область	57	5,22	2,36	0,33	44	8,80	4,93	0,75	13	2,20	0,79	0,26
Смоленская область	52	5,68	2,86	0,41	45	10,61	6,03	0,90	7	1,42	0,75	0,31
Тамбовская область	50	5,06	2,55	0,38	45	9,89	5,49	0,83	5	0,94	0,42	0,22
Тульская область	94	6,52	3,22	0,35	79	12,07	6,85	0,78	15	1,91	0,92	0,27
Ярославская область	81	6,56	3,56	0,42	62	11,16	7,15	0,92	19	2,80	1,11	0,29

- В период с 2011-2021 показатель заболеваемости раком пищевода среди населения в Российской Федерации остаётся на одном уровне, за исключением 2020, что связано с пандемией коронавирусной инфекции.
- Средняя величина заболеваемости раком пищевода среди населения РФ за 10 лет составила 5,3 случаев на 100 тыс.
- Среднегодовой темп прироста за период с 2011-2021 составляет 0,76%.
- В Белгородской области за 2021 год насчитывается 6,56 случаев среди мужчин и 0,30 среди женщин.

Динамика показателей заболеваемости населения России злокачественными новообразованиями в 2011-2021 гг.

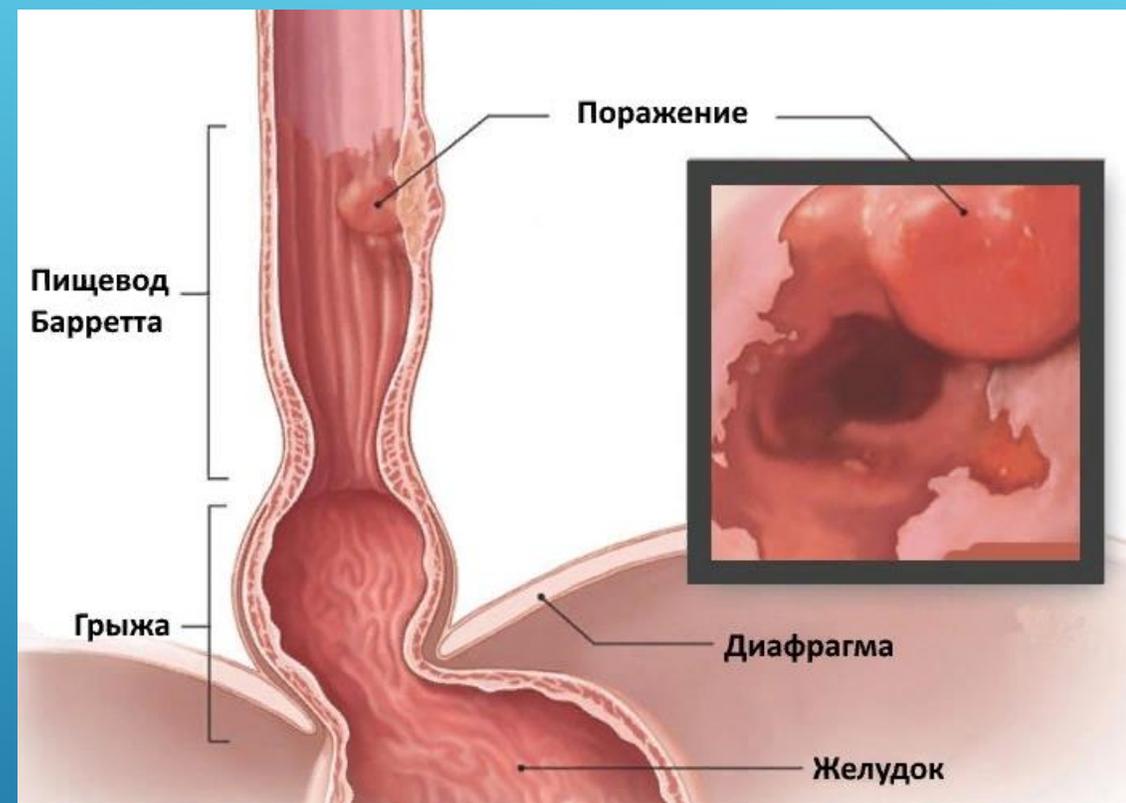
Локализация, нозологическая форма	Годы											Среднегодовой темп прироста, %	Прирост, %
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
ОБА ПОЛА («ГРУБЫЕ» ПОКАЗАТЕЛИ на 100 тыс. населения)													
Все новообразования	365,42	367,29	373,42	388,03	402,57	408,62	420,30	425,46	436,34	379,65	397,91	1,13	12,05
Губа	2,07	1,97	1,89	1,82	1,75	1,67	1,57	1,53	1,47	1,21	1,30	-4,88	-38,49
Полость рта	5,37	5,36	5,55	5,77	6,12	6,31	6,32	6,63	6,69	6,18	6,52	2,14	24,30
Глотка	3,07	3,25	3,28	3,44	3,69	3,70	3,76	3,96	4,07	3,73	3,84	2,32	26,66
Пищевод	5,17	5,10	5,16	5,18	5,46	5,50	5,60	5,63	5,67	5,38	5,33	0,76	7,92
Желудок	26,8	26,10	25,99	25,88	25,85	25,32	25,40	25,16	24,65	21,89	21,96	-1,71	-15,61
Ободочная кишка	23,6	23,91	24,24	25,59	26,70	27,42	28,66	29,47	30,85	27,21	28,21	2,22	25,34
Прямая кишка, ректосигмоидное соединение, анус	18,00	18,38	18,36	19,03	19,79	19,96	20,37	21,09	21,66	19,40	20,46	1,43	15,53
Печень и внутрипеч. желчные	4,56	4,39	4,73	4,96	5,52	5,67	5,99	6,00	6,35	6,12	6,42	3,89*	49,52*
Желчный пузырь и внепеченочные желчные протоки	2,32	2,23	2,30	2,38	2,37	2,49	2,65	2,53	2,63	2,42	2,25	0,75	7,77
Поджелудочная железа	10,43	10,61	10,69	11,44	12,10	12,62	12,79	13,05	13,58	12,98	13,10	2,65	31,08
Полость носа, среднее ухо, придаточные пазухи	0,66	0,66	0,67	0,69	0,69	0,70	0,70	0,67	0,68	0,65	0,63	-0,26*	-2,53*
Гортань	4,68	4,72	4,62	4,55	4,72	4,87	4,76	4,85	4,71	4,23	4,28	-0,60*	-5,79*
Трахея, бронхи, легкое	39,19	38,74	39,06	39,48	41,22	41,23	42,34	42,01	40,96	37,13	38,62	0,06*	0,59*
Кости и суставные хрящи	1,19	1,18	1,06	1,05	1,03	1,01	0,99	0,96	0,97	0,92	0,90	-2,65	-23,10
Меланома кожи	6,1	6,09	6,25	6,50	6,99	7,13	7,60	7,76	8,15	6,94	7,82	2,69	31,62
Кожа (без меланомы)	45,94	45,63	46,09	48,72	50,11	50,94	53,09	53,60	57,07	41,36	46,93	0,62	6,44
Соединительная и др. мягкие ткани	2,44	2,37	2,37	2,38	2,47	2,54	2,53	2,52	2,46	2,23	2,27	-0,30*	-2,96*
Почка	13,75	13,74	14,56	15,22	15,60	16,30	16,87	16,54	16,95	14,59	15,25	1,30*	13,97*
Мочевой пузырь	9,64	9,93	9,98	10,20	10,94	11,23	11,72	11,87	11,78	10,44	10,70	1,42	15,45
Головной мозг и др. отделы ЦНС	5,06	5,18	5,50	5,55	6,08	5,99	6,02	6,08	5,98	5,75	5,64	1,21	12,99
Щитовидная железа	6,74	6,86	6,79	7,09	7,72	8,31	8,49	9,02	9,53	9,80	8,60	2,98	35,64
Лимфатическая и кроветворная	17,02	17,01	17,30	17,87	18,85	19,58	19,91	20,20	21,14	19,01	18,22	1,52	16,54

* различие статистически незначимо

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА

К предраковым заболеваниям относят:

- Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).
- Пищевод Барретта (ПБ).
- Язва пищевода.
- Полипы пищевода,
- Послеожоговые рубцы.
- Сидеропеническую дисфагию (синдром Пламмера-Винсона).
- Лейкоплакии.
- Рубцовая стриктура пищевода.
- Стеноз пищевода.
- Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
- Ахалазию кардии.
- Дивертикулы.





ДИАГНОСТИКА

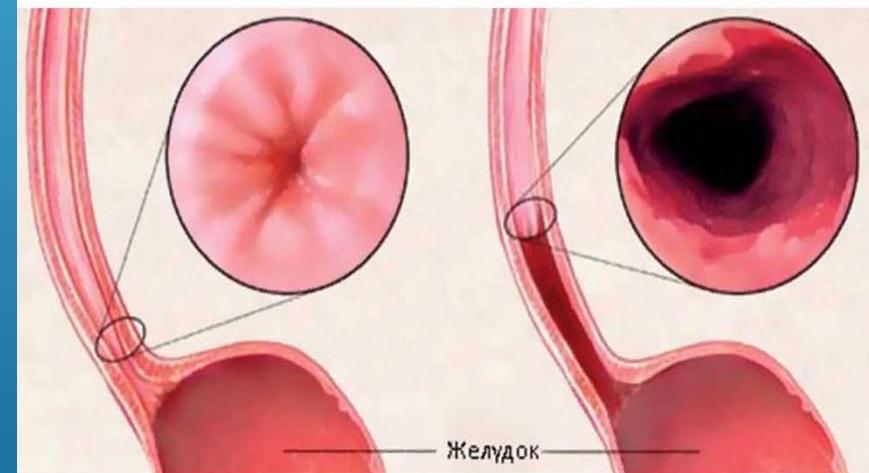
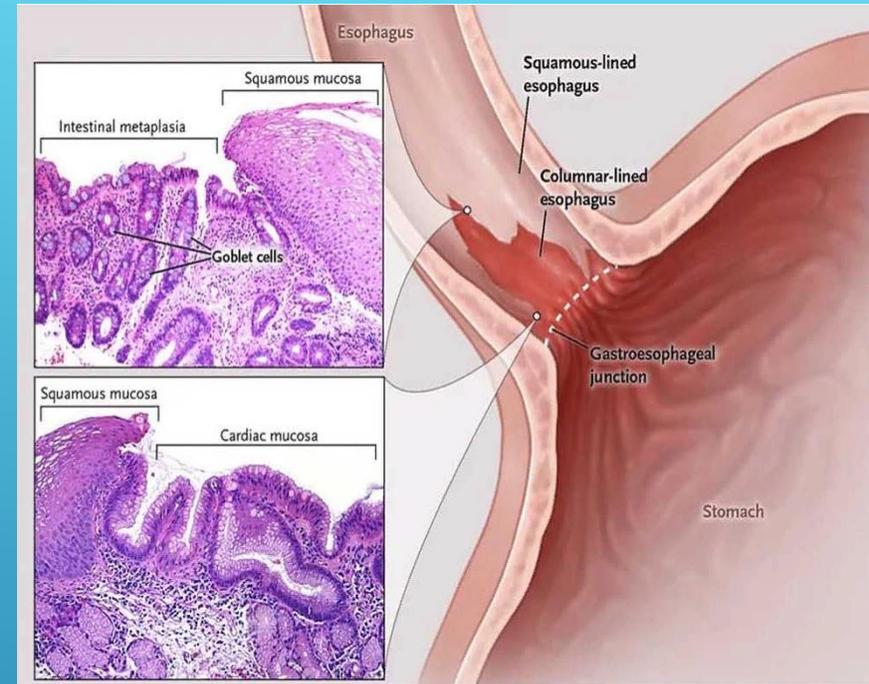
Представленный в презентации алгоритм, разделённый на 2е основные морфологические формы рака пищевода, поможет врачам первичного звена здравоохранения выявить злокачественные опухоли органов пищеварения на ранней стадии развития и улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения.

1. АДЕНОКАРЦИНОМА ПИЩЕВОДА

- 1.1. Факторы риска
- 1.2. Жалобы и данные анамнеза
- 1.3. Данные объективного обследования
- 1.4. Результаты лабораторных и инструментальных исследований
- 1.5. Алгоритм действий врача при подозрении на аденокарциному пищевода

2. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ПИЩЕВОДА

- 2.1. Факторы риска
- 2.2. Жалобы и данные анамнеза
- 2.3. Данные объективного обследования
- 2.4. Результаты лабораторных и инструментальных исследований
- 2.5. Алгоритм действий врача при подозрении на плоскоклеточный рак пищевода

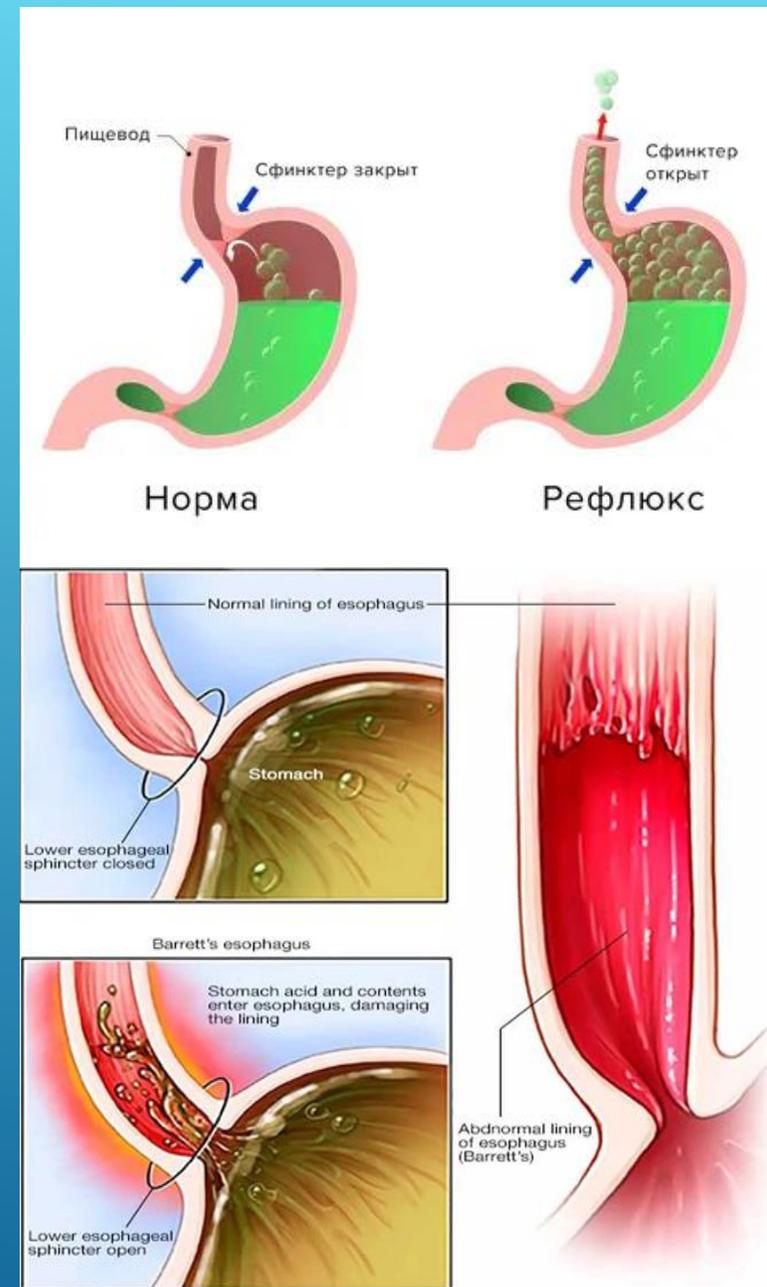




АДЕНОКАРЦИНОМА ПИЩЕВОДА (АКП) 1.1. ФАКТОРЫ РИСКА

Основным фактором риска АКП являются:

- Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), которая может привести к формированию кишечной метаплазии слизистой оболочки пищевода — пищеводу Барретта (ПБ). АКП развивается на фоне ПБ, который повышает риск возникновения опухоли в 30–125 раз по сравнению с общей популяцией.
- Доказанными факторами риска развития АКП являются мужской пол, возраст, табакокурение, ожирение, а также генетические факторы.
- У мужчин риск возникновения АКП в 6 раз выше по сравнению с женщинами.
- Курение увеличивает риск АКП в 2,18 раза.
- Убедительные данные демонстрируют, что ожирение является достоверным фактором риска АКП. У пациентов с индексом массы тела (ИМТ) 30–34,9 кг/м² риск развития АКП в 2,39 раза выше по сравнению с лицами с нормальным ИМТ.
- Кроме того, доказано, что абдоминальное ожирение вне зависимости от ИМТ также ассоциировано с высоким риском возникновения ПБ и АКП.





АДЕНОКАРЦИНОМА ПИЩЕВОДА (АКП) 1.2. ЖАЛОБЫ И ДАННЫЕ АНАМНЕЗА

На ранних стадиях заболевания заподозрить АКП очень сложно, так как ее клинические симптомы отсутствуют или являются неспецифическими (общая слабость, быстрая утомляемость, падение работоспособности, снижение аппетита).

В группу **высокого риска развития АКП** входят курящие мужчины с ПБ старше 50 лет с повышенным ИМТ и/или абдоминальным ожирением.

При беседе с пациентом, длительно страдающим ГЭРБ и/или ПБ, следует обращать внимание на **изменение характера длительно существующей изжоги** (уменьшение интенсивности, частоты возникновения). Это должно вызывать особую настороженность и требует проведения эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) с биопсией.

Примерно в 40 % случаев ранний рак пищевода протекает бессимптомно. Симптомом, позволяющим заподозрить у пациента АКП, является **дисфагия**, возникающая вначале при приеме твердой пищи, а затем и жидкой. 50 % заболевших раком пищевода предъявляют жалобы на **боли при глотании, затруднение прохождения пищи**.

Быстро прогрессирующая дисфагия и уменьшение массы тела, как правило, наблюдаются уже на поздних стадиях заболевания. Такие симптомы, как **регургитация, боль за грудиной, в подложечной области, между лопатками, гнилостный запах изо рта, рвота** являются **вспомогательными симптомами** и также **характерны для поздних стадий**.



АДЕНОКАРЦИНОМА ПИЩЕВОДА (АКП) 1.3. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

При объективном осмотре пациентов с АКП могут обращать на себя внимание такие признаки как:

- бледность кожных покровов
- падение тургора кожи
- уменьшение блеска глаз
- кахексия
- обложенность языка
- иногда у пациентов с кахексией и значительной анемией могут наблюдаться отеки
- также у некоторых пациентов обнаруживается повышение температуры тела

Однако эти признаки не являются специфичными и могут встречаться у пациентов со злокачественными заболеваниями других локализаций.



АДЕНОКАРЦИНОМА ПИЩЕВОДА (АКП) 1.4. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

У пациентов с изжогой, дисфагией, болью за грудиной, лиц с длительной рефрактерной ГЭРБ, установленным диагнозом ПБ возможно заподозрить АКП при выявлении в клиническом анализе крови:

- признаков анемии
- повышения скорости оседания эритроцитов (СОЭ)

Однако эти признаки наблюдаются далеко не всегда.

При проведении рентгеноскопии пищевода с сульфатом бария, выявление дефектов наполнения с неровными контурами, деформации и сужения просвета пищевода требует исключения АКП и проведения ЭГДС с биопсией.

Любые полиповидные образования, участки гиперплазии и изъязвления в пределах сегмента ПБ — достоверные признаки его малигнизации.



АДЕНОКАРЦИНОМА ПИЩЕВОДА (АКП) 1.5. АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АДЕНОКАРЦИНОМУ ПИЩЕВОДА



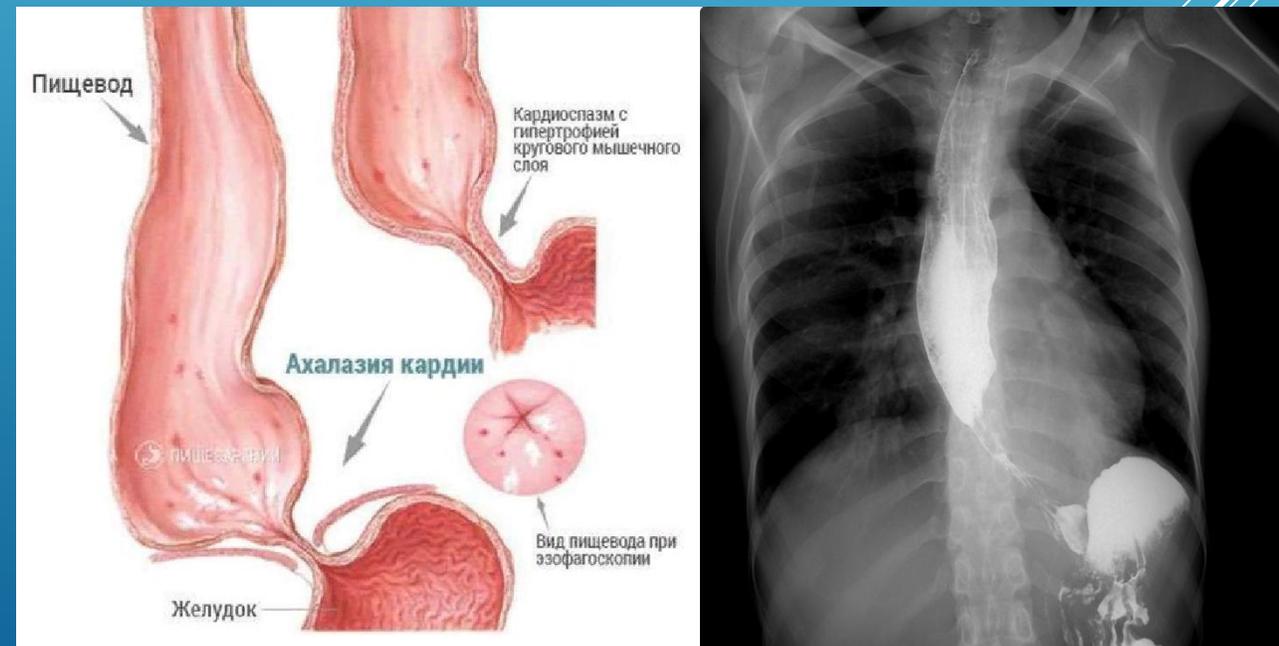
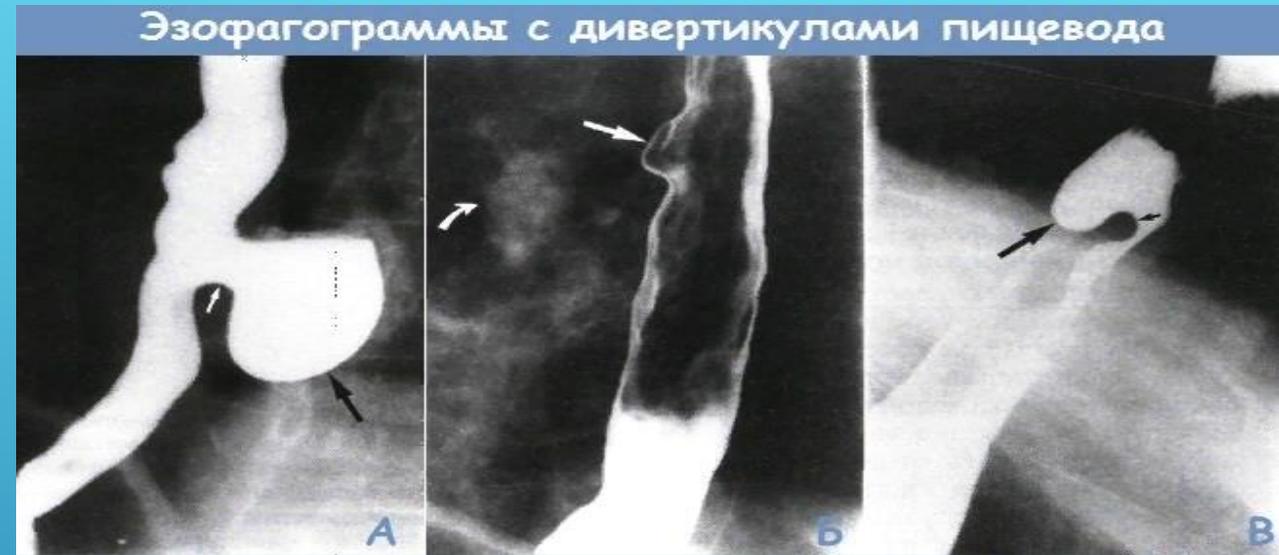
(*ИПП - ингибиторы протонной помпы)

При подозрении на АКП, особенно на ранней стадии, наиболее информативным методом является ЭГДС с прицельной биопсией. ЭГДС позволяет оценить характер поражения, локализацию, размеры опухоли. Наибольшим преимуществом обладает применение ЭГДС с высоким разрешением в комбинации с узкоспектральной эндоскопией (NBI). При проведении ЭГДС необходима прицельная биопсия с последующим морфологическим исследованием. На рисунке представлен алгоритм действий врача при обследовании пациентов с ПБ и подозрением на АКП. Для подтверждения ранней стадии АКП рекомендуется проведение эндоскопической биопсии пищевода, так как с ее помощью можно выявить эндометриально растущую опухоль, оценить глубину инвазии опухоли в стенку пищевода, состояние регионарных лимфатических узлов. Также целесообразно провести рентгеноскопию пищевода с сульфатом бария, позволяющую выявить экзофитно растущие опухоли, оценить степень сужения пищевода и наличие опухолевых свищей. Для оценки состояния регионарных лимфатических узлов и исключения отдаленных метастазов рекомендована компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки с внутривенным контрастированием.



ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ПИЩЕВОДА(ПРП) 2.1. ФАКТОРЫ РИСКА

- К предраковым заболеваниям, приводящим к развитию ПРП, относятся: ахалазия кардии, дивертикулы пищевода, опухоли головы или шеи, химические и термические ожоги пищевода, ожирение.
- У 1–2 % пациентов с плоскоклеточным раком органов головы и шеи при более тщательном обследовании выявляют также рак пищевода.
- Развитию ПРП предшествует хроническое раздражение и воспаление слизистой оболочки стенки пищевода.
- ПРП является быстро прогрессирующим онкологическим заболеванием.





ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ПИЩЕВОДА(ПРП) 2.2. ЖАЛОБЫ И ДАННЫЕ АНАМНЕЗА

- У пациентов с ранними стадиями ПРП какие-либо клинические проявления (в частности, дисфагия) отсутствуют.
- Первые симптомы ПРП могут включать в себя общую слабость, снижение массы тела, повышение температуры тела.
- Жалобы на дисфагию могут появляться только на III–IV стадиях онкологического процесса (36,4 % пациентов). Вначале затрудняется прохождение твердой пищи, затем — полужидкой и в конце концов — жидкости и слюны.
- Одной из жалоб является боль в грудной клетке, обычно иррадиирующая в спину.
- Также возможны диспепсические жалобы, такие как тошнота, рвота, изжога.

При появлении метастазов и/или увеличении размеров новообразования возможно сдавление возвратного гортанного нерва, что приводит к парезу голосовых связок и осиплости голоса.

Плевральный выпот злокачественной природы и метастатическое поражение легких способны вызывать одышку.

Также могут наблюдаться признаки сдавления верхней полой вены, асцит опухолевой этиологии, боли в костях, обусловленные их метастатическим поражением.

Тщательный сбор жалоб и анамнеза заболевания позволяет на стадии обследования пациента отнести его в группу **высокого** или **низкого** риска развития ПРП.

В **группу высокого риска** развития ПРП включаются мужчины в возрасте от 45 до 70 лет, имеющие наследственную отягощенность по раку пищевода, предъявляющие диспепсические жалобы, особенно сопровождающиеся дисфагией, имеющие в анамнезе злоупотребление алкоголем, курение, перенесшие раньше (10–15 лет назад) термический ожог пищевода, а также пациенты с диагностированными ранее предраковыми заболеваниями (ахалазия кардии и др.), пациенты с анемией и повышением СОЭ.

В **группу низкого риска** ПРП включаются пациенты моложе 45 лет, без наследственной предрасположенности, имеющие диспепсические жалобы, не сопровождающиеся дисфагией.

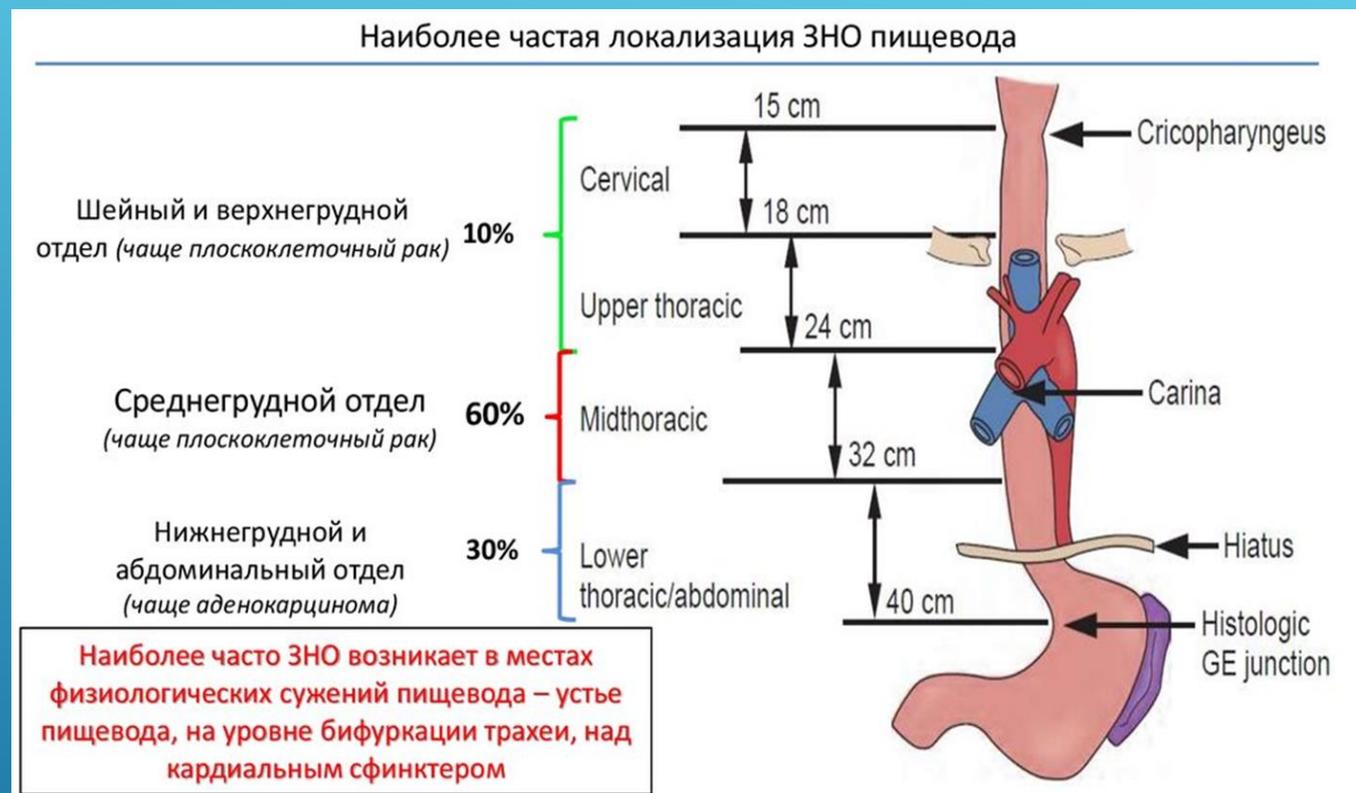


ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ПИЩЕВОДА(ПРП) 2.3. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

При проведении непосредственного обследования пациента с ранними стадиями ПРП никаких изменений выявить не удастся.

Обнаружение экзофитных разрастаний, блюдцеобразного очага или изъязвления с опухолевой инфильтрацией, стенозирующих просвет пищевода, свидетельствует обычно уже о III–IV стадиях опухолевого процесса.

Диагностика ранних форм рака пищевода представляет значительные трудности в связи с минимальными изменениями слизистой оболочки пищевода. Последние не определяются при стандартном исследовании с помощью оптического эндоскопа или трактуются как воспалительные. Для подтверждения диагноза необходимо морфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки пищевода.

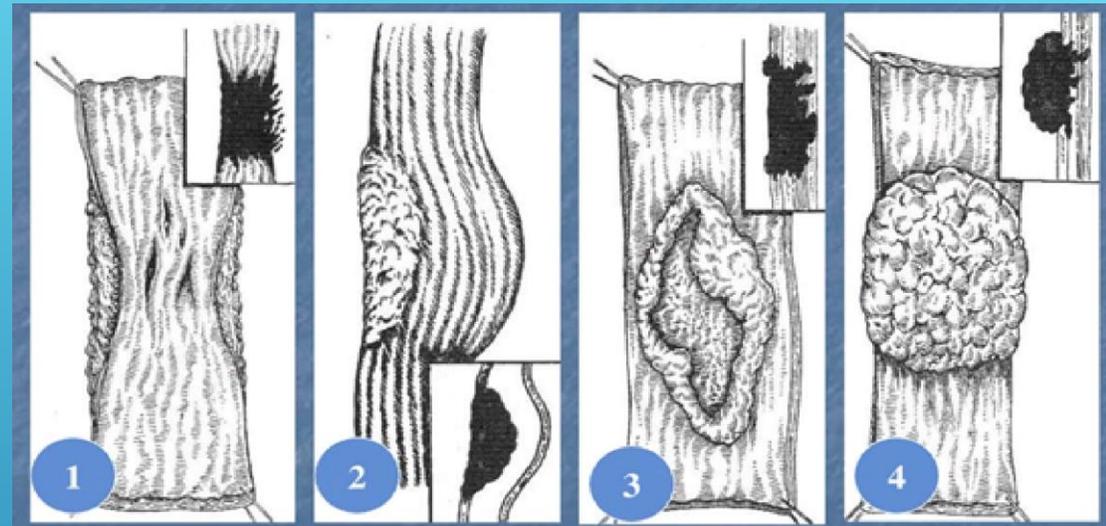




ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ПИЩЕВОДА(ПРП) 2.4. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ранняя диагностика ПРП предполагает прежде всего проведение — в рамках диспансеризации пациентов — клинического анализа крови. Следует быть настороженными в отношении возможности ПРП при обнаружении у пациентов с дисфагией анемии и повышения СОЭ.

У пациентов с факторами риска развития ПРП и предраковыми заболеваниями основным методом ранней диагностики рака пищевода является выполнение ЭГДС с биопсией пищевода, которая позволяет непосредственно визуализировать опухоль, определить ее размеры, локализацию, макроскопический тип, оценить угрозу осложнений (кровотечение, перфорация), а также получить материал для морфологического исследования.



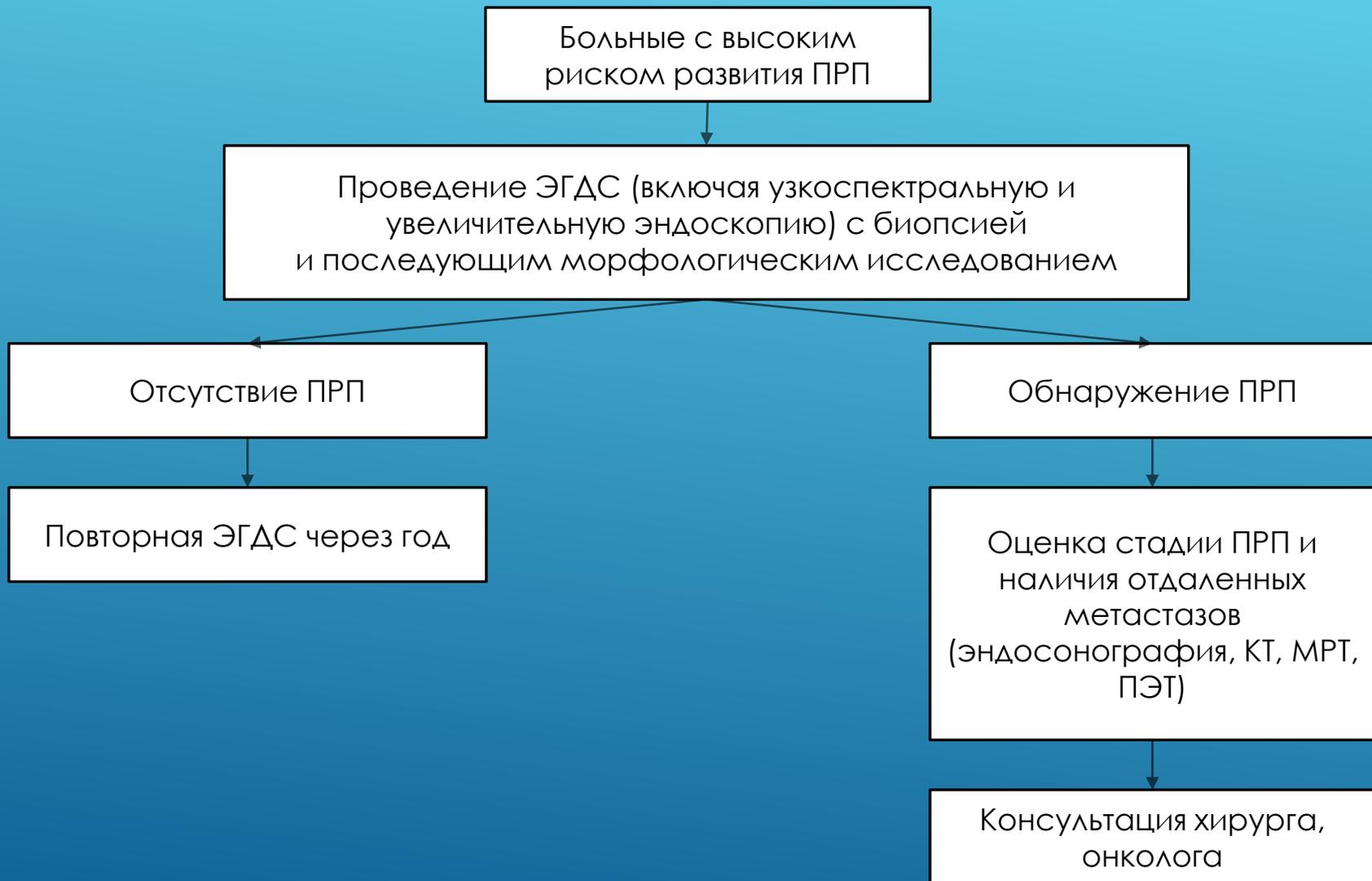
Также одним из основных методов диагностики рака пищевода является рентгенологическое исследование пищевода с взвесью сульфата бария при сужении просвета пищевода и сложности проведения эндоскопического исследования.

Подозрение на рак пищевода возникает при выявлении сужения просвета пищевода по данным его рентгенологического или эндоскопического исследования.

Выделяются экзофитные(4), эндофитные(2) и смешанные формы роста рака пищевода. Среди последних прогностически неблагоприятное значение имеют язвенно-инфильтративная(3) и стенозирующая формы(1).



ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ПИЩЕВОДА(ПРП) 2.5. АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ПИЩЕВОДА



На рисунке представлен алгоритм действий врача при подозрении на ПРП. Прежде всего оценивается наличие у пациента факторов риска развития ПРП и предраковых заболеваний, на основании чего определяется, в какую группу риска (высокого или низкого) попадает пациент. Если пациент оказывается в группе высокого риска развития ПРП, ему в обязательном порядке выполняется ЭГДС. С целью диагностики ПРП на ранней (0-I) стадии опухолевого процесса выполняют узкоспектральную эндоскопию (NBI), хромоэндоскопию (ЭГДС с окрашиванием слизистой оболочки желудка индигокармином) и эндоскопию с увеличением. Морфологический материал, полученный при прицельной биопсии. Для более точной предоперационной оценки стадии опухолевого процесса и определения тактики лечения возможно выполнение пункционной биопсии медиастинальных лимфатических узлов. Для исключения регионарного и отдаленного метастазирования при ПРП проводится ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, КТ органов грудной клетки и брюшной полости с внутривенным контрастированием. КТ выполняется для оценки состояния регионарных лимфатических узлов и исключения отдаленных метастазов. Если при КТ метастазы не обнаруживаются, следует провести эндоскопическую ультрасонографию пищевода для определения глубины прорастания опухоли в стенку пищевода и степени вовлечения регионарных лимфоузлов. Выявленные изменения определяют схему лечения и прогноз болезни. При подозрении на метастазы по данным КТ или МРТ проводится позитронно-эмиссионная томография, которая необходима для планирования лучевой терапии, оценки результата лечения и выявления возможного рецидива заболевания. При отсутствии у пациента, отнесенного в группу высокого риска развития ПРП, изменений при ЭГДС повторные эндоскопические исследования выполняются ежегодно.

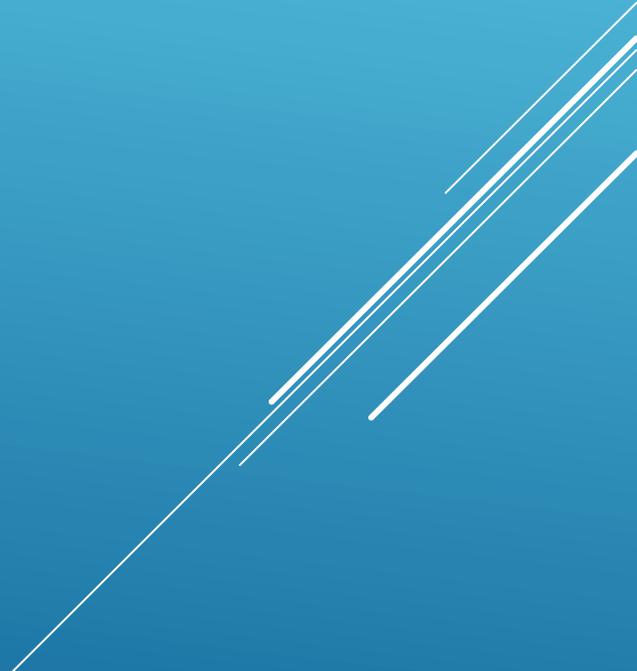
ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Во время еженедельного оперативного совещания 11 сентября министр здравоохранения региона **Андрей Александрович Иконников** озвучил итоги работы «Поездов здоровья» за первую половину 2023 года. Он отметил, что Белгородская область стала лидером в стране по выявлению онкозаболеваний.

Кроме того, в 2023 году в Белгородской области зафиксировали самую лучшую выявляемость онкозаболеваний по стране. В 2021 году Белгородская область занимала третье место по этому показателю, а в 2022 году — второе место.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

The image features a solid blue background with a gradient from light blue at the top to a darker blue at the bottom. In the lower right quadrant, there are several thin, white, parallel diagonal lines that create a sense of motion or a modern design element.



В.Т. Ивашкин¹, И.В. Маев², А.Д. Каприн³, М.Ю. Агапов⁴, Д. Н. Андреев², А.С. Водолеев⁵, М.Ю. Жаркова¹, М.П. Королёв⁶, Ю.А. Кучерявый², Т.А. Лапина¹, М.В. Маевская¹, А.В. Охлобыстин¹, Ч.С. Павлов¹, А.В. Параскевова¹, С.С. Пирогов⁵, Е.А. Полуэктова¹, Д.Е. Румянцева¹, А.С. Трухманов¹, П.В. Царьков¹, А.А. Шептулин¹*, О.С. Шифрин¹

¹ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет)

Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

² ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

³ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения

Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

⁴ ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁵ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ

«Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения

Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

⁶ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», Санкт-

Петербург, Российская Федерация

Литература / References

1. Rubenstein J.H., Shaheen N.J. Epidemiology, diagnosis, and management of esophageal adenocarcinoma. *Gastroenterology*. 2015;149(2):302–17.е1. 2. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2013 / N. Howlader, A.M. Noone, M.Krapcho et al. (Eds). — Bethesda, MD: Natl. Cancer Inst., 2016. 3. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2017;27(4):75–95 [Ivashkin V.T., Maev I.V., Trukhmanov A.S. et al. Clinical recommendations of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Rus. journal gastroenterol., hepatol., coloproctol.* 2017;27(4):75–95 (In Rus.)]. 4. Маев И.В., Андреев Д.Н., Кучерявый Ю.А., Щегланова М.П. Аденокарцинома пищевода: факторы риска и современные стратегии скрининга. *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2017;27(2):4–12 [Maev I.V., Andreev D.N., Kucheryavy Yu.A., Scheglanova M.P. Esophageal adenocarcinoma: risk factors and modern screening strategies. *Rus. journal gastroenterol., hepatol., coloproctol.* 2017;27(2):4–12 (In Rus.)]. 5. Ali R., Barnes I., Cairns B.J. et al. Incidence of gastrointestinal cancers by ethnic group in England, 2001–2007. *Gut*. 2013;62(12):1692–703. 6. Hoyo C., Cook M.B., Kamangar F. Body mass index in relation to oesophageal and oesophagogastric junction adenocarcinomas: a pooled analysis from the International BEACON Consortium. *Int. J. Epidemiol.* 2012;41:1706–18. 7. Singh S., Sharma A.N., Murad M.H. et al. Central adiposity is associated with increased risk of esophageal inflammation, metaplasia, and adenocarcinoma: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2013;11:1399–412. 8. Levine D.M., Ek W.E., Zhang R. et al. A genome-wide association study identifies new susceptibility loci for esophageal adenocarcinoma and Barrett's esophagus. *Nat. Genet.* 2013;45:1487–93. 9. Аллахвердиев А.К., Давыдов М.И., Давыдов М.М. и др. Рак пищевода. Клинические рекомендации Ассоциации онкологов России. 2018. 32 с. [Allakhverdiev A.K., Davydov M.I., Davydov M.M. et al. Esophageal cancer. Clinical recommendations of the Association of Oncologists of Russia. 2018. 32 p. (In Rus.)]. 10. Lao-Siriex P., Fitzgerald R.C. Screening for oesophageal cancer. *Nat. Rev. Clin. Oncol.* 2012;9:278–87. 11. May A., Günter E., Roth F. et al. Accuracy of staging in early oesophageal cancer using high resolution endoscopy and high resolution endosonography: a comparative, prospective, and blinded trial. *Gut*. 2004, May;53(5):634–40. 12. Zhang J., Tian D., Lin R. et al. Phase-contrast X-ray CT Imaging of esophagus and esophageal carcinoma. *Sci. Rep.* 2014;4:5332. 13. Ba-Ssalamah A., Zacherl J., Noebauer-Huhmann I.M. et al. Dedicated multi-detector CT of the esophagus: spectrum of diseases. *Abdom. Imaging*. 2009, Jan.–Feb;34(1):3–18.







КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА



Общие неспецифические симптомы: прогрессирующая потеря веса, субфебрильная температура, гипохромная анемия, потеря аппетита, слабость, недомогание.

Специфические симптомы:

- 1) Дисфагия (на ранних этапах заболевания, при проглатывании твердой пищи, пациентам приходится запивать водой каждый съеденный кусочек. На более запущенных стадиях процесса, при обтурации просвета пищевода, пациенты не в состоянии проглотить даже слюну).
- 2) Эзофагоспазм (боль, как правило, давящего характера, возникает при проглатывании слюны или пищи, обычно сопровождается иррадиацией в спину).
- 3) Гиперсаливация (рефлекторная реакция для улучшения прохождения пищи по пищеводу).
- 4) Регургитация ("пищеводная рвота", чаще появляется уже при полной обструкции просвета органа).

При поражении органов грудной полости: отмечаются боли в за грудиной области и спине, синдром верхней полой вены, влажный кашель - при образовании пищеводно-трахеальной фистулы, синдром Горнера (поражение симпатического нерва), парез диафрагмы (поражение диафрагмального нерва), плевральный выпот, массивная рвота кровью при образовании пищеводно-аортальной фистулы (абсолютно летальна).



синдром верхней полой вены



парез диафрагмы



синдром Горнера

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ



1. Жалобы и анамнез: 50 % заболевших раком пищевода предъявляют жалобы на боли при глотании, затрудненное прохождение пищи, значительную потерю веса, а также на общую симптоматику (слабость, недомогание).
2. Физикальное обследование: визуальное исследование, оценка общего состояния по шкале ECOG и расчет нутритивного статуса пациента по шкале NRS 2002, с целью определения тактики сопроводительной терапии и программы нутритивной поддержки (**нутритивная поддержка назначается из расчета поступления белка 1 г/кг/сут. и энергии 20-30 ккал/кг/сут.**).
3. Лабораторные исследования: общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ крови биохимический общетерапевтический (с целью определения адекватности функционирования органов и систем).

Балл	Характеристика состояния
0	Нормальная активность больного
1	Есть симптомы заболевания, но ближе к нормальному состоянию
2	Больше 50% дневного времени проводит не в постели, но иногда нуждается в отдыхе лежа
3	Нуждается в пребывании в постели более 50% дневного времени
4	Не способен обслуживать себя. Прикован к постели

Нарушение алиментарного статуса	Баллы	+	Серьезность заболевания	Баллы
Отсутствует	0		Отсутствует	0
Незначительное	1		Незначительная	1
Потеря веса > 5%/ 3 мес. <u>или</u> подача питания < 50-75% от потребности на предыдущей неделе			Напр., перелом шейки бедра, хронические заболевания, особенно с осложнениями: цирроз печени, хроническое обструктивное заболевание легких, хронический гемодиализ, диабет, раковое заболевание	
Умеренное	2		Умеренная	2
Потеря веса > 5%/ 2 мес. <u>или</u> ИМТ 18,5-20,5 кг/м ² <u>и</u> сниженный алиментарный статус <u>или</u> подача питания 25-50% от потребности на предыдущей неделе			Напр., значительная операция в брюшной полости, инсульт, серьезная пневмония, гематологическое раковое заболевание	
Значительная	3		Значительная	3
Потеря веса > 5% /1 мес. (> 15% / 3 Мо.) <u>или</u> ИМТ < 18,5 кг/м ² и сниженный алиментарный статус <u>или</u> подача питания 0-25% от потребности на предыдущей неделе			Напр., повреждение головы, трансплантация костного мозга, пациенты, проходящие интенсивную терапию (APACHE-II > 10)	

+

1 балл, если возраст ≥ 70 лет

≥ 3 баллов

Имеется риск недостаточного питания, необходимо создать план питания

< 3 баллов

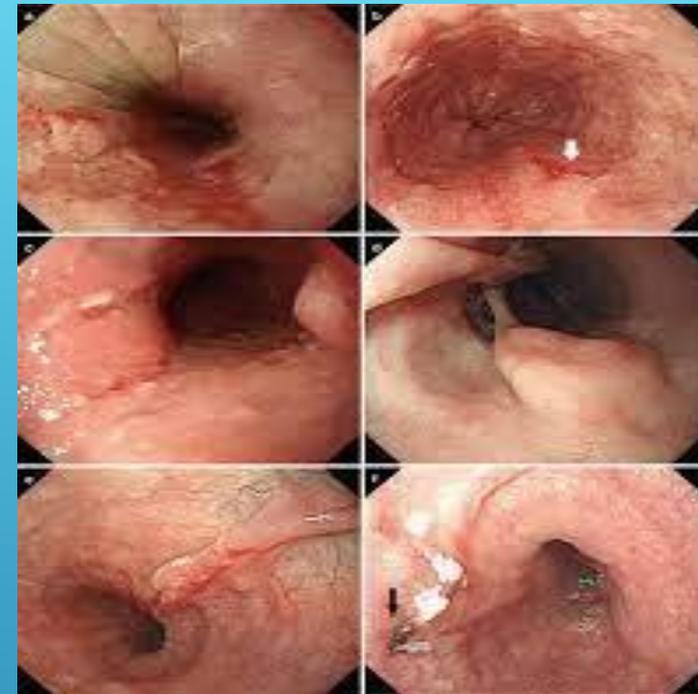
Еженедельный скрининг. Если, например, для пациента запланирована значительная операция, во избежание связанных с этим рисков, необходимо соблюдать план профилактического питания.

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ



4. Инструментальные исследования:

- **(ЭГДС) эзофагогастродуоденоскопия с мультифокальной биопсией** с целью определения распространенности опухолевого процесса и получения патолого-анатомической верификации.
- **(Rg-ОГК) рентген грудной клетки и пищевода с контрастным усилением**, с взвесью бария, для оценки пассажа пищи через зону опухолевого роста, при недостаточности данных ЭГДС (в случае стеноза, не позволяющего выполнить ЭГДС), а также для диагностики опухолевых свищей.
- **(КТ ОГК, ОБП) компьютерная томография органов грудной клетки и брюшной полости** с внутривенным контрастированием, для оценки состояния регионарных лимфоузлов и исключения отдаленных метастазов. Данные исследования могут быть, отчасти, заменены **УЗИ органов брюшной полости** и рентгенографией грудной клетки в двух проекциях в ситуациях, когда выявление метастазов не имеет клинического значения.
- **(УЗИ) ультразвуковое исследование шейно-надключичных лимфатических узлов** с целью определения распространенности опухолевого процесса и возможной пункционной биопсии.
- **(ФБС) бронхоскопия** для исключения инвазии в трахею и главные бронхи у пациентов с опухолями пищевода расположенными на уровне бифуркации или выше, а также при выявлении метастатически пораженных лимфоузлов области бифуркации трахеи и паратрахеальной зоны.



ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ



- **эндо-УЗИ** является наиболее информативным методом в оценке глубины инвазии опухоли в стенку пищевода, а также позволяет с высокой точностью оценить состояние регионарных лимфоколлекторов. Для более точного предоперационного стадирования и определения тактики лечения возможно выполнение пункционной биопсии медиастинальных лимфатических узлов.
- **дополнительные исследования:** эхокардиография, регистрация электрокардиограммы, холтеровское мониторирование сердечной деятельности, исследование функции внешнего дыхания, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов шеи и нижних конечностей.
- При подготовке пациента к хирургическому лечению, с целью оценки функционального статуса, по показаниям назначить консультации: врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-невролога и т.п.

