

Рак пищевода

Издано при поддержке



Доступно онлайн-на странице NCCN.org/patients

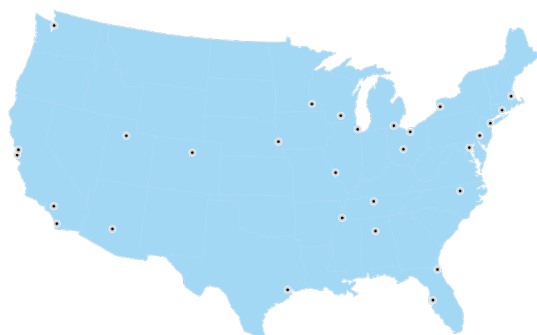


ИЗВЕСТИЕ о том, что у вас обнаружен рак, может оказаться шокирующим.

Мы надеемся, что информация, которая содержится в этой брошюре, поможет вам получить наилучшую медицинскую помощь. Из нее вы узнаете, какие методы диагностики и лечения рекомендуют эксперты при раке пищевода.

Национальная всеобщая онкологическая сеть (National Comprehensive Cancer Network®, NCCN®) представляет собой некоммерческую организацию, объединяющую 27 ведущих онкологических центров. Эксперты NCCN составили клинические рекомендации для врачей, занимающихся лечением рака пищевода. В клинических рекомендациях описаны передовые методы лечения этого вида рака. Информация, приведенная в этом издании для пациентов, основана на клинических рекомендациях, написанных для врачей.

Предлагаемая вашему вниманию брошюра посвящена лечению рака пищевода у взрослых. Основные вопросы, обсуждаемые в этом издании, обобщены в соответствующем кратком руководстве [NCCN Quick Guide™](#). На веб-сайте NCCN имеются также брошюры для пациентов по раку легкого, меланоме и многим другим видам онкологических заболеваний. На странице [NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients) можно найти целую подборку публикаций для пациентов — брошюры, обзоры и другие полезные материалы



Руководства для пациентов, посвященные медицинской помощи при онкологических заболеваниях, издаются Национальной всеобщей онкологической сетью (NCCN®).

Миссия NCCN заключается в повышении уровня медицинской помощи для улучшения качества жизни пациентов. В основе деятельности NCCN лежат издаваемые этой организацией клинические рекомендации в области онкологии (NCCN Guidelines®). Информация, которая содержится в клинических рекомендациях NCCN, помогает медицинским работникам организовать оказание максимально эффективной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. В этих рекомендациях перечислены варианты лечения, которые с наибольшей вероятностью могут дать хорошие результаты. В руководствах NCCN для пациентов информация из клинических рекомендаций представлена в максимально простой форме.

В создании клинических рекомендаций NCCN принимают участие группы экспертов. Большинство из этих экспертов работают в организациях, являющихся членами NCCN. Члены экспертных групп специализируются в самых разных областях. В состав многих групп входят также представители организаций, защищающих права пациентов. Протоколы лечения, приведенные в рекомендациях NCCN, основаны на результатах клинических исследований и на практическом опыте, накопленном специалистами. Клинические рекомендации NCCN обновляются не реже одного раза в год. При наличии финансирования обновляются и брошюры для пациентов, чтобы они отражали содержание самых последних изданий для врачей.

Дополнительную информацию о клинических рекомендациях NCCN можно найти на странице [NCCN.org/clinical.asp](https://www.nccn.org/clinical.asp).

Дороти А. Шед,
магистр наук,
директор отдела
информации для
пациентов

Лаура Дж. Ханиш,
доктор психологии,
медицинский писатель /
специалист отдела
информации для
пациентов

Эрин Видич,
магистр искусств,
медицинский писатель

Рейчел Кларк,
координатор содержания
и оформления руководства

Алисия Корриган,
медицинский писатель



Для сбора средств на просветительскую работу среди пациентов на основе клинических рекомендаций NCCN был создан специальный фонд — NCCN Foundation. NCCN Foundation предлагает людям с онкологическими заболеваниями и всем, кто за ними ухаживает, те рекомендации, которые понадобятся им на каждом этапе борьбы с недугом. Для этого фонд распространяет наиболее важную информацию, предоставляемую ведущими специалистами в этой области. Именно эта информация приведена в серии руководств для пациентов и в других образовательных ресурсах NCCN. Кроме того, NCCN Foundation считает своим долгом содействовать совершенствованию методов лечения рака путем спонсорской поддержки перспективных специалистов, целенаправленно занимающихся исследованиями рака, просветительской деятельностью и разработкой новых методов лечения.

Дополнительную информацию о фонде NCCN Foundation можно найти на сайте [NCCNFoundation.org](https://www.NCCNFoundation.org).

© 2018 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Составлено на основе клинических рекомендаций NCCN (NCCN Guidelines®) по раку пищевода (редакция 2.2018). Публикация от 11.07.2018.

Все права защищены. Запрещается в любой форме и в любых целях воспроизводить руководство NCCN для пациентов (NCCN Guidelines for Patients®) и содержащиеся в нем иллюстрации без письменного разрешения NCCN. Никому, в том числе врачам и пациентам, не разрешается использовать это руководство NCCN ни в каких коммерческих целях, и никто не имеет права заявлять, представлять или давать основания полагать, что измененная любым образом версия этого руководства берет свое начало от официального издания руководства NCCN для пациентов, составлена на его основе, связана с ним или проистекает из него. Работа над руководствами NCCN не прекращается, и их содержание обновляется по мере появления новых значимых данных. NCCN не дает никаких гарантий относительно содержания, использования или применения этого руководства и не несет никакой ответственности за последствия любых способов его применения или использования.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) • 275 Commerce Drive, Suite 300 • Fort Washington, PA 19034 • 215.690.0300

Издание руководства поддержали и частично профинансировали



Esophageal Cancer Awareness Association (ECAA) (Ассоциация информирования о раке пищевода)

ECAA решительно поддерживает усилия NCCN по предоставлению достоверной и простой для понимания информации всем людям, столкнувшимся с раком пищевода. Благодаря этому содержательному изданию пациентам, членам их семьи и друзьям будет проще понять, что это за болезнь и что можно сделать, чтобы ее победить www.ecaware.org.

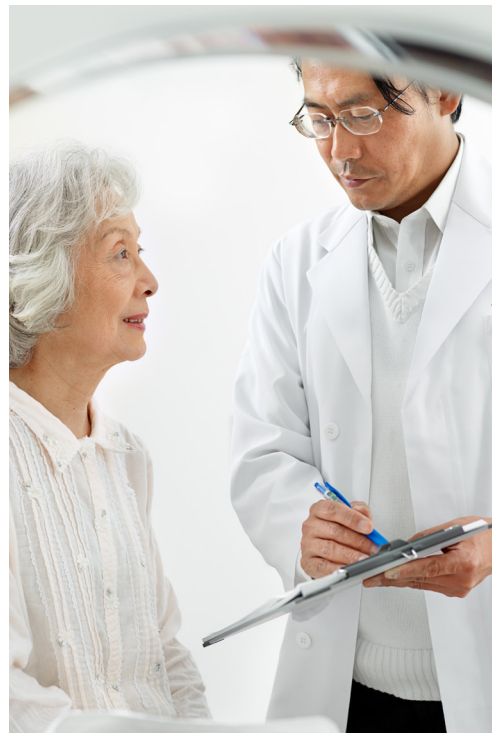
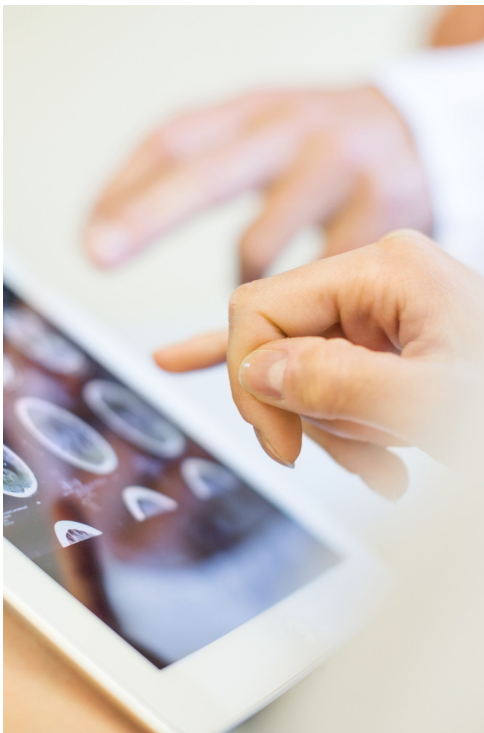
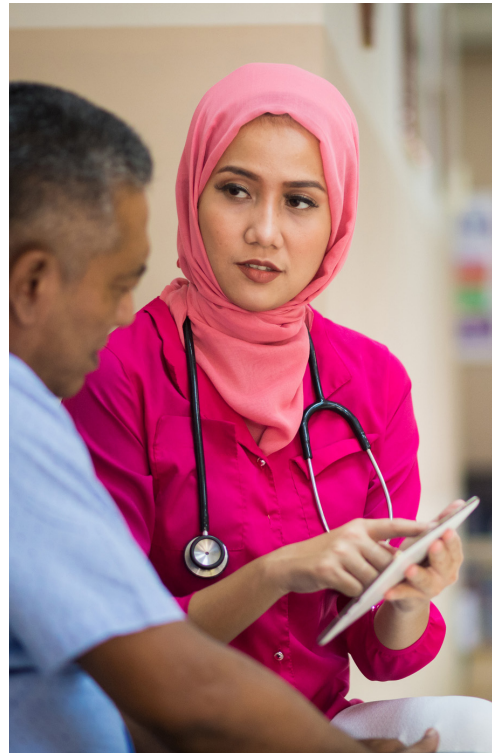
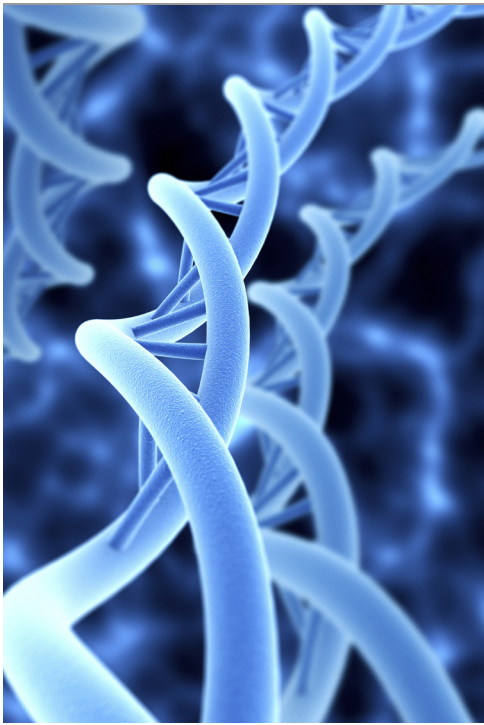
Издание руководства поддержали

Esophageal Cancer Action Network, Inc. (ECAN)

ECAN гордится возможностью выразить свою поддержку в адрес этого руководства NCCN для пациентов. Мы понимаем, как важно пациентам и их близким знать обо всех возможных вариантах лечения, когда им приходится принимать решения, от которых зависит жизнь, а это часто случается, когда речь идет о раке пищевода. В этом издании рассматриваются непростые вопросы, помогающие пациентам сделать правильный выбор в пользу лечения, сохраняющего жизнь www.ecan.org.

Щедрую поддержку оказали

Ян и Паула Бакнер
Достопочтенная Эллен О. Тошер
Марси Ридер в честь д-ра Лоренса А. Роджера



Содержание

6	Как пользоваться этой брошюрой	58	Раздел 6 Справочник по методам лечения: аденокарцинома Описание вариантов лечения этой формы рака пищевода
7	Раздел 1 Общие сведения о раке пищевода Информация о том, что такое рак и как он развивается в пищеводе	73	Раздел 7 Принятие решений о лечении Практические советы по выбору оптимального варианта лечения
11	Раздел 2 Стадирование рака Объяснение принципов, которыми руководствуются врачи при определении стадии рака пищевода	81	Словарь
24	Раздел 3 Начальный этап Описание первых шагов на пути к лечению рака	85	Сокращения
33	Раздел 4 Обзор методов лечения рака Общие сведения о методах, применяемых для излечения от рака пищевода и для контроля заболевания	86	Члены экспертной группы NCCN по раку пищевода
44	Раздел 5 Справочник по методам лечения: плоскоклеточный рак Описание вариантов лечения этой формы рака пищевода	87	Организации — члены NCCN
		88	Предметный указатель

Для кого предназначена эта брошюра?

В этой брошюре рассказано о лечении рака пищевода. Она может оказаться полезной не только для пациентов с этим диагнозом, но и для тех, кто находится рядом с ними, — членов семьи, друзей и других людей, помогающих в уходе. Содержащиеся здесь сведения помогут вам обсуждать свою болезнь с врачами и вместе выбирать оптимальные варианты лечения.

В каком порядке здесь представлена информация?

Начинать читать брошюру лучше с **раздела 1**. В этом разделе приведены общие сведения о раке пищевода. Из **раздела 2** вы узнаете о том, как устанавливают стадию этого заболевания. В **разделе 3** перечислены обследования, которые могут понадобиться для составления наиболее подходящего плана лечения. Основные методы, применяемые для лечения рака пищевода, описаны в **разделе 4**. Существуют две основные формы этого заболевания — плоскоклеточный рак и аденокарцинома. Рекомендации по лечению этих форм рака пищевода приведены в **разделах 5 и 6**. Брошюра заканчивается **разделом 7**. В нем содержатся полезные советы по принятию решений о лечении.

Все ли варианты лечения включены в эту брошюру?

В этой брошюре описаны варианты лечения, подходящие для большинства пациентов. Врачи, которые занимаются вашим лечением, объяснят, что из описанного здесь относится к вашему случаю. Они могут также сообщить вам дополнительные сведения. Во время чтения брошюры составьте список вопросов, которые хотели бы задать своим врачам.

Описанные здесь варианты лечения основаны на научных данных и на практическом опыте, который имеется у экспертов NCCN. Однако может оказаться, что в вашем случае эти рекомендации не подходят. Врачи могут предложить другие методы лечения с учетом вашего состояния здоровья и прочих факторов. Если вам предлагают другие варианты, не стесняйтесь спрашивать у своих врачей все, что вам непонятно.

Пояснение терминов

В этой брошюре вам встретится много медицинских терминов. Такие слова могут использовать врачи, обсуждая с вами вопросы лечения. Возможно, большинство этих терминов вы увидите впервые и вам придется узнать много нового.

Не переживайте, если у вас возникнут затруднения при чтении. Продолжайте читать и анализировать прочитанное. Задавайте вопросы врачам, которые занимаются вашим лечением, и просите их разъяснить непонятные слова и выражения.

Слова, которые вы можете не знать, поясняются в тексте руководства и в разделе *Словарь*. Аббревиатуры также поясняются в том месте текста, где они встречаются впервые, и в разделе *Сокращения*. Аббревиатуры — это короткие слова, состоящие из первых букв нескольких слов. Пример аббревиатуры — сокращение ДНК, обозначающее дезоксирибонуклеиновую кислоту.

1

Общие сведения о раке пищевода

-
- 8 Пищевод

 - 9 Как развивается рак

 - 10 Краткое содержание



Вы узнали, что у вас рак пищевода. В такой ситуации вполне естественно испытывать шок и смятение. В этом разделе приведена общая информация о том, что такое рак и как он развивается в пищеводе. Полученные здесь первые сведения о раке помогут вам разобраться в сути последующих этапов лечения.

Пищевод

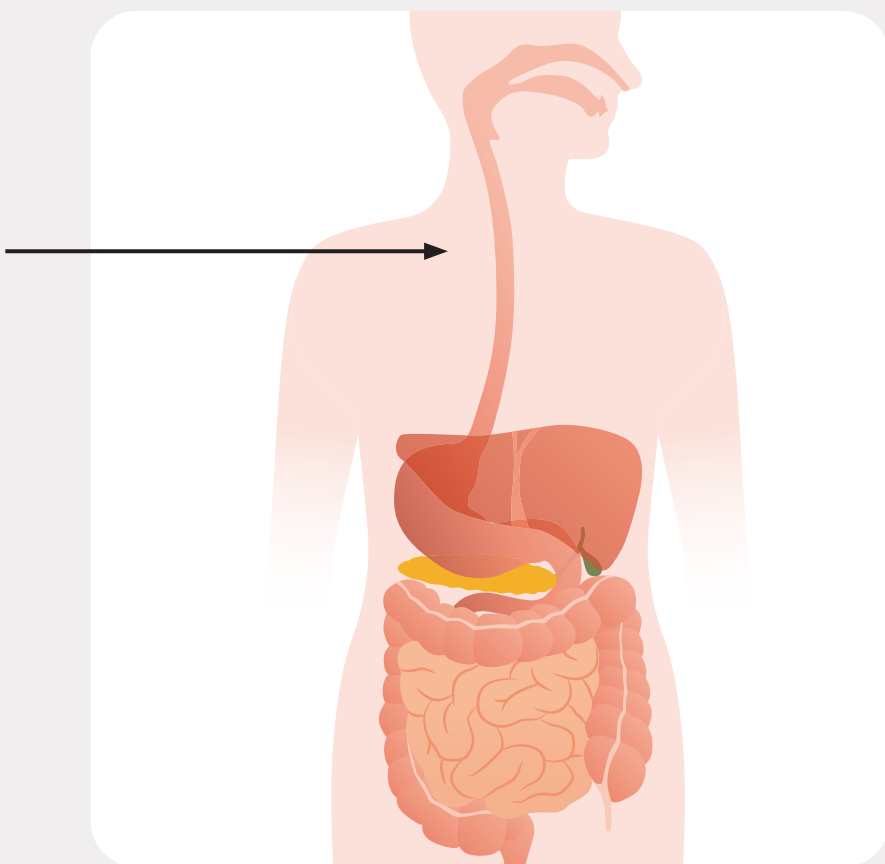
Пищевод — это часть пищеварительной системы. Он представляет собой полую мышечную трубку, по которой твердая пища и жидкости перемещаются из полости рта в желудок. Расположение пищевода в организме человека показано на **рисунке 1**.

Наиболее важные факты о раке пищевода указаны ниже.

- Стенка пищевода состоит из четырех слоев.
- Опухоль возникает внутри пищевода (в 1-м слое), а затем прорастает наружу через 2-й, 3-й и 4-й слои.
- Существуют две основные формы рака пищевода — плоскоклеточный рак и аденокарцинома.
- Плоскоклеточный рак чаще всего встречается в средней или верхней части пищевода.
- Аденокарцинома, как правило, развивается в нижней части пищевода ближе к желудку.

Рисунок 1. Пищевод

По пищеводу съеденная пища перемещается из полости рта в желудок. Опухоль возникает внутри и постепенно прорастает все четыре слоя стенки пищевода.



Как развивается рак

Наш организм состоит из более чем 30 триллионов клеток. Каждая клетка живет и функционирует, подчиняясь заложенным в нее инструкциям. Такие инструкции называются генами. Гены — это небольшие участки молекулы ДНК (дезоксирибонуклеиновой кислоты). Из-за нежелательных изменений в генах, называемых мутациями, здоровые клетки могут превращаться в опухолевые.

Опухолевые клетки ведут себя не так, как нормальные (см. рисунок 2). Существует три основных признака, отличающие опухолевые клетки.

- **Нормальные клетки** растут и делятся с образованием новых клеток, когда это необходимо организму, а старые и поврежденные клетки отмирают. **Опухолевые клетки** продолжают делиться, когда в этом нет необходимости, при этом не погибают при старении и повреждении. Со временем из постоянно делящихся клеток формируется масса, называемая опухолью.
- **Нормальные клетки** восприимчивы к сигналам соседних клеток, не дающим им слишком сильно сближаться. **Опухолевые клетки** на сигналы соседних клеток не реагируют и могут вторгаться в прилегающие ткани.
- **Нормальные клетки** всегда остаются в той части тела, к которой они принадлежат. Так, клетки тканей желудка никогда не выходят за пределы этого органа. **Опухолевые клетки** способны перемещаться в другие части тела. Этот процесс называется метастазированием. Попад в другие органы и ткани, злокачественные клетки могут образовывать там новые опухоли (метастазы).

Рисунок 2. Основные различия между нормальными и опухолевыми клетками



Нормальные клетки



Опухолевые клетки

- ✓ Появляются по мере необходимости, погибают при старении и повреждении.
- ✓ Останавливаются при чрезмерном сближении с другими клетками.
- ✓ Остаются в том органе, к которому принадлежат.

- ➔ Бесконтрольно делятся и со временем образуют опухоль.
- ➔ Не реагируют на сигналы других клеток и вторгаются в прилегающие ткани.
- ➔ Могут распространяться по организму и образовывать новые опухоли.

Краткое содержание

- По пищеводу съеденная пища перемещается из глотки в желудок.
- Стенка пищевода состоит из четырех слоев. Опухоль возникает внутри пищевода (в первом слое) и растет в направлении внешнего (четвертого) слоя.
- Плоскоклеточный рак чаще всего развивается в средней или верхней части пищевода.
- Аденокарцинома, как правило, образуется в нижней части пищевода ближе к желудку.
- Поскольку опухолевые клетки не погибают, как это происходит с нормальными клетками, из них постепенно формируется опухоль.
- Опухолевые клетки способны перемещаться в другие части тела и образовывать там метастазы.



Когда тебе или близкому человеку ставят диагноз «рак», это влияет на жизнь всей семьи. Нужно постараться собрать как можно больше информации и по возможности найти группы поддержки или сообщества в социальных сетях.

— Ронда,
жена пациента, перенесшего рак

2

Стадирование рака

- | | |
|----|------------------------------|
| 12 | Система TNM |
| 16 | Стадии плоскоклеточного рака |
| 20 | Стадии аденокарциномы |
| 23 | Краткое содержание |



Скорее всего, вы слышали слово «стадия», упоминаемое в разговорах о раке. Стадия показывает, насколько далеко зашел опухолевый процесс. Врачам нужно знать стадию рака, чтобы решить, какие методы диагностики и лечения подойдут вам лучше всего. В этом разделе описана система, применяемая для стадирования рака пищевода.

Система TNM

Для стадирования рака пищевода применяется система TMN, предложенная Американским объединенным комитетом по изучению рака (AJCC, **A**merican **J**oint **C**ommittee on **C**ancer). В этой системе для определения стадии рака используют три основных показателя.

- **T** — размеры опухоли.
- **N** — число пораженных опухолью лимфатических узлов (если такие есть).
- **M** — наличие отдаленных метастазов (новых опухолей в других частях тела).

T — опухоль (Tumor)

Сначала опухоли пищевода прорастают сквозь четыре слоя его стенки, а затем могут распространиться в другие части тела. Чтобы описать, насколько глубоко опухоль проросла в стенку пищевода, используют цифры от 1 до 4, а иногда и буквы. Чем больше цифра, тем больше опухоль. Выделяют следующие стадии рака пищевода в зависимости от размера опухоли:

- **Tis** — на внутренней поверхности пищевода обнаружены аномальные клетки. Из таких клеток может развиваться рак.
- **T1a** — внутри пищевода образовалась и начала расти масса опухолевых клеток (опухоль). Опухоль еще не проникла глубоко в стенку пищевода.
- **T1b** — опухоль проросла через первый слой стенки пищевода и проникла во второй слой.
- **T2** — опухоль проросла в третий слой стенки пищевода.
- **T3** — опухоль достигла последнего внешнего слоя стенки пищевода.
- **T4a** — опухоль проросла через всю стенку пищевода и распространилась на оболочку прилегающих органов и структур.
- **T4b** — опухоль проросла через всю стенку пищевода и распространилась на соседние жизненно важные органы.

На **рисунке 3** показаны этапы роста опухоли пищевода и соответствующие им стадии.

N — лимфатические узлы (Nodes)

В теле человека сотни лимфатических узлов. Они работают как фильтры, помогая бороться с инфекциями и удаляя из организма вредные микроорганизмы и чужеродные частицы. Врачам важно знать, распространился ли рак на какие-нибудь лимфатические узлы. Для обозначения количества пораженных лимфатических узлов используют цифры от 0 до 3. Чем больше цифра, тем больше таких лимфатических узлов. Если врачи не знают, распространился ли рак на лимфатические узлы, вместо цифры указывают X. Ниже перечислены возможные значения N и указано, что они означают.

- **NX** — количество пораженных лимфатических узлов неизвестно.
- **N0** — ни один из соседних лимфатических узлов не поражен опухолью.
- **N1** — поражены 1 или 2 лимфатических узла.
- **N2** — поражены от 3 до 6 лимфатических узлов.
- **N3** — поражены 7 или более лимфатических узлов.

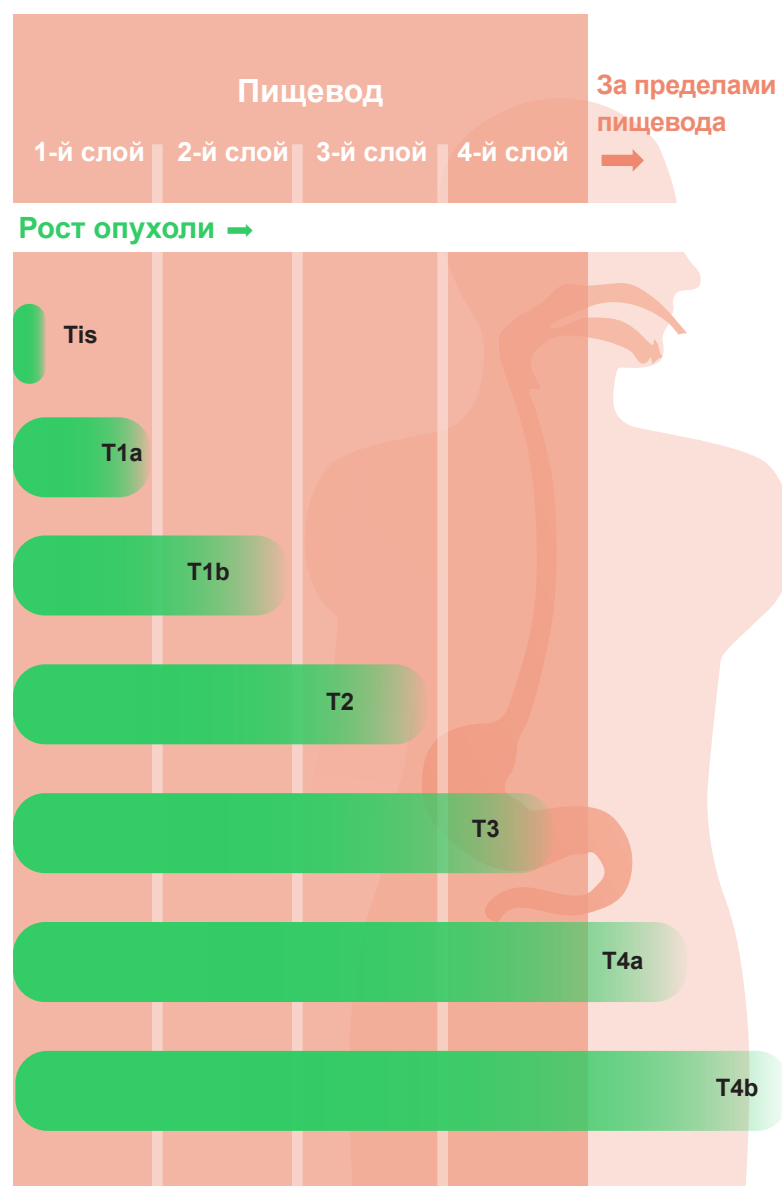
M — метастазы (Metastasis)

Опухоль может распространиться на другие части тела далеко от того места, где она возникла. Этот процесс называется метастазированием. Для выбора подходящего варианта лечения важно знать, есть ли у пациента отдаленные метастазы — опухоли в других частях тела. На наличие или отсутствие таких метастазов указывают цифры 0 или 1. Если врачи не знают, распространился ли рак на другие части тела, вместо 0 или 1 указывают X. Ниже описаны значения показателя M.

- **MX** — неизвестно, распространилась ли опухоль далеко от пищевода.
- **M0** — опухоль не распространилась далеко от пищевода.
- **M1** — опухолевые клетки с кровью попали в расположенные далеко от пищевода части тела и образовали там опухоли (есть отдаленные метастазы).

Рисунок 3. Схема роста опухоли пищевода

Опухоли пищевода сначала прорастают через четыре слоя стенки, а затем распространяются по организму. Чтобы показать, насколько глубоко проникла опухоль в стенку пищевода, используют цифры от 1 до 4, а иногда и буквы.



G — степень злокачественности (Grade)

Еще один показатель, используемый для стадирования рака, — это степень злокачественности опухоли. С помощью этого показателя оценивают вероятность быстрого роста и распространения опухоли. Степень злокачественности определяет врач-патоморфолог, изучая образец опухоли в лаборатории. Для этого он сравнивает опухолевые клетки с нормальными. Чем заметнее разница, тем больше вероятность быстрого распространения рака.

- **GX** — определить степень злокачественности невозможно. Так бывает, если образца недостаточно для исследования.
- **G1** — опухолевые клетки очень похожи на нормальные.
- **G2** — опухолевые клетки немного отличаются от нормальных.
- **G3** — опухолевые клетки совсем не похожи на нормальные.

Объединенная оценка

Итак, мы узнали, какие четыре главные вещи нужно знать врачам о вашем заболевании.

- Каков размер опухоли.
- Есть ли пораженные лимфатические узлы.
- Распространился ли рак на другие части тела.
- Какова вероятность быстрого роста опухоли.

Стадия рака определяется сочетанием этих четырех показателей (**см. рисунок 4**). При стадировании плоскоклеточного рака принимают во внимание также расположение опухоли в пищеводе (в верхней, средней или нижней части). Стадии обозначают римскими цифрами. Выделяют пять основных стадий (0, I, II, III и IV). Стадии от I до IV подразделяют еще на две или более подстадий. Подстадии обозначают буквами. Например, может быть плоскоклеточный рак стадии IIB или аденокарцинома стадии IC.

Важно понимать, что у двух пациентов с раком пищевода может быть одна и та же стадия, даже если у них не совсем одинаковые опухоли. Причина в том, что стадия определяется не одним показателем, а сразу несколькими. Например, если у вас плоскоклеточный рак и первичная опухоль проросла в третий слой стенки пищевода, при этом поражен только один соседний лимфатический узел — это стадия IIIA. Если у другого пациента опухоль проросла только во второй слой стенки (то есть она меньше, чем у вас), но поражены уже два соседних лимфатических узла, то это тоже стадия IIIA. Таким образом, разные сочетания физических характеристик могут давать одну и ту же стадию рака.

В целом, у пациентов с более ранними стадиями результаты лечения лучше, но это не всегда так. Важно знать, что у некоторых людей дела обстоят лучше, чем можно было ожидать, а у некоторых хуже.

Стадирование рака обычно проводят дважды. Первый раз стадию определяют до начала лечения. Такая стадия называется клинической или исходной. Если проводится операция, то стадию определяют повторно по ее результатам. Такую стадию называют патоморфологической.



Рисунок 4.
Стадирование рака
пищевода

Врачи принимают во внимание целый ряд важных характеристик опухолевого процесса, чтобы оценить стадию рака. Стадия показывает, насколько далеко зашел опухолевый процесс.



Иллюстрации © NCCN® (National Comprehensive Cancer Network®), 2018. Все права защищены.

Стадии плоскоклеточного рака

На следующих страницах описаны пять стадий плоскоклеточного рака пищевода. Самая ранняя — это стадия 0. Стадия 0 означает, что на внутренней поверхности пищевода обнаружены аномальные клетки. Из этих клеток может развиться опухоль, поэтому необходимо начать лечение. Иногда эту стадию называют «дисплазией высокой степени» (ДВС).

Стадии I, II, III и IV плоскоклеточного рака пищевода описаны в [справочных таблицах с 1 по 4](#).

Справочная таблица 1. Плоскоклеточный рак, стадия I

Стадия IA

Описание

- Опухоль не вышла за пределы первого слоя стенки пищевода, при этом
- Нет поражения соседних лимфатических узлов и отдаленных метастазов, при этом
- Установлена 1-я степень злокачественности опухоли или определить ее невозможно, при этом
- Опухоль расположена в верхней, средней или нижней части пищевода (любая локализация).

Стадия IB

Вариант 1	Вариант 2	Вариант 3
• Опухоль не вышла за пределы <u>первого</u> слоя стенки пищевода, при этом • Установлена 2-я или 3-я степень злокачественности опухоли, при этом	• Опухоль проросла во <u>второй</u> слой стенки пищевода, при этом • Установлена 1-я, 2-я или 3-я степень злокачественности опухоли или определить ее невозможно, при этом	• Опухоль проросла в <u>третий</u> слой стенки пищевода, при этом • Установлена 1-я степень злокачественности опухоли, при этом
• Нет поражения соседних лимфатических узлов и отдаленных метастазов, при этом • Опухоль расположена в верхней, средней или нижней части пищевода (любая локализация)		

Справочная таблица 2. Плоскоклеточный рак, стадия II

Стадия IIA

Вариант 1	Вариант 2	Вариант 3
- Опухоль проросла в <u>третий</u> слой стенки пищевода, при этом - Установлена 2-я или 3-я степень злокачественности опухоли или определить ее невозможно, при этом - Опухоль расположена в верхней, средней или нижней части пищевода (любая локализация), при этом	- Опухоль проросла в <u>четвертый</u> (внешний) слой стенки пищевода, при этом - Любая степень злокачественности опухоли, при этом - Опухоль расположена в <u>нижней части</u> пищевода, при этом	- Опухоль проросла в <u>четвертый</u> (внешний) слой стенки пищевода, при этом - Установлена 1-я степень злокачественности опухоли, при этом - Опухоль расположена в <u>верхней или средней части</u> пищевода, при этом
Нет поражения соседних лимфатических узлов и нет отдаленных метастазов		

Стадия IIB

Вариант 1	Вариант 2	Вариант 3	Вариант 4
- Опухоль проросла в <u>первый или второй</u> слой стенки пищевода, при этом - Поражен 1 из соседних лимфатических узлов, но нет отдаленных метастазов, при этом - Любая степень злокачественности опухоли, при этом - Опухоль расположена в верхней, средней или нижней части пищевода (любая локализация)	- Опухоль проросла в <u>четвертый</u> (внешний) слой стенки пищевода, при этом - Нет поражения соседних лимфатических узлов и нет отдаленных метастазов, при этом	- Степень злокачественности опухоли определить невозможно, при этом - Опухоль расположена в верхней, средней или нижней части пищевода (любая локализация)	- Любая степень злокачественности опухоли, при этом - Локализацию опухоли определить невозможно
	- Установлена 2-я или 3-я степень злокачественности опухоли, при этом - Опухоль расположена в <u>верхней или средней части</u> пищевода.		

Справочная таблица 3. Плоскоклеточный рак, стадия III

Стадия IIIA

Вариант 1	Вариант 2
- Опухоль проросла во <u>второй</u> слой стенки пищевода, при этом - Поражены 2 из соседних лимфатических узлов, но нет отдаленных метастазов, при этом	- Опухоль проросла в <u>третий</u> слой стенки пищевода, при этом - Поражен 1 из соседних лимфатических узлов, но нет отдаленных метастазов, при этом
- Любая степень злокачественности опухоли, при этом - Опухоль расположена в верхней, средней или нижней части пищевода (любая локализация)	

Стадия IIIB

Вариант 1	Вариант 2	Вариант 3
- Опухоль проросла в <u>третий</u> слой стенки пищевода, при этом - Поражены 2 из соседних лимфатических узлов, но нет отдаленных метастазов, при этом	- Опухоль проросла в <u>четвертый</u> внешний слой стенки пищевода, при этом - Поражены 1 или 2 из соседних лимфатических узлов, но нет отдаленных метастазов, при этом	- Опухоль проросла через всю стенку пищевода и распространилась на <u>оболочку</u> соседних органов или структур, при этом - Нет поражения соседних лимфатических узлов или поражен 1 из них, но нет отдаленных метастазов, при этом
- Любая степень злокачественности опухоли, при этом - Опухоль расположена в верхней, средней или нижней части пищевода (любая локализация)		

Справочная таблица 4. Плоскоклеточный рак, стадия IV

Стадия IVA

Вариант 1	Вариант 2	Вариант 3
- Опухоль проросла через всю стенку пищевода и распространилась на <u>оболочку</u> соседних органов или структур, при этом - Поражены 2 из соседних лимфатических узлов, но нет отдаленных метастазов, при этом	- Опухоль проросла через всю стенку пищевода и распространилась на <u>важные соседние органы или структуры</u>, при этом - Нет поражения соседних лимфатических узлов или поражены 1 или 2 из них, но нет отдаленных метастазов, при этом	- Опухоль любого размера, при этом - Поражены 3 из соседних лимфатических узлов, но нет отдаленных метастазов, при этом
- Любая степень злокачественности опухоли, при этом - Опухоль расположена в верхней, средней или нижней части пищевода (любая локализация)		

Стадия IVB

Описание

- Опухоль любого размера и любой локализации (в верхней, средней или нижней части пищевода), при этом
- Поражено любое количество лимфатических узлов, при этом
- Есть отдаленные метастазы (опухоль распространилась далеко от пищевода)**

Стадии аденокарциномы

На следующих страницах описаны пять стадий аденокарциномы пищевода. Самая ранняя — это стадия 0. Стадия 0 означает, что на внутренней поверхности пищевода обнаружены аномальные клетки. Из этих клеток может развиваться опухоль, поэтому необходимо начать

лечение. Иногда эту стадию называют «дисплазией высокой степени» (ДВС). Стадии I, II, III и IV описаны в [справочных таблицах с 5 по 8](#).

Справочная таблица 5. Аденокарцинома, стадия I

Стадия IA

Описание

- Опухоль не вышла за пределы первого слоя стенки пищевода, при этом
- Нет поражения соседних лимфатических узлов и отдаленных метастазов, при этом
- Установлена 1-я степень злокачественности опухоли или определить ее невозможно

Стадия IB

Вариант 1	Вариант 2
• Опухоль не вышла за пределы <u>первого</u> слоя стенки пищевода, при этом • Установлена 2-я степень злокачественности опухоли, при этом	• Опухоль проросла во <u>второй</u> слой стенки пищевода, при этом • Установлена 1-я или 2-я степень злокачественности опухоли или определить ее невозможно, при этом
• Нет поражения соседних лимфатических узлов и нет отдаленных метастазов	

Стадия IC

Вариант 1	Вариант 2
• Опухоль проросла в <u>первый или второй</u> слой стенки пищевода, при этом • Установлена 3-я степень злокачественности опухоли, при этом	• Опухоль проросла в <u>третий</u> слой стенки пищевода, при этом • Установлена 1-я или 2-я степень злокачественности опухоли, при этом
• Нет поражения соседних лимфатических узлов и нет отдаленных метастазов	

Справочная таблица 6. Аденокарцинома, стадия II

Стадия IIA

Описание

- Опухоль проросла в третий слой стенки пищевода, при этом
- Установлена 3-я степень злокачественности опухоли или определить ее невозможно, при этом
- Нет поражения соседних лимфатических узлов и нет отдаленных метастазов

Стадия IIB

Вариант 1

- Опухоль проросла в первый или второй слой стенки пищевода, при этом
- Поражен 1 из соседних лимфатических узлов, но нет отдаленных метастазов, при этом
- Любая степень злокачественности опухоли

Вариант 2

- Опухоль проросла в четвертый (внешний) слой стенки пищевода, при этом
- Нет поражения соседних лимфатических узлов и нет отдаленных метастазов, при этом
- Любая степень злокачественности опухоли

Справочная таблица 7. Аденокарцинома, стадия III

Стадия IIIA

Вариант 1	Вариант 2
- Опухоль проросла в <u>первый или второй</u> слой стенки пищевода, при этом - Поражены 2 из соседних лимфатических узлов, но нет отдаленных метастазов, при этом	- Опухоль проросла в <u>третий</u> слой стенки пищевода, при этом - Поражен 1 из соседних лимфатических узлов, но нет отдаленных метастазов, при этом
Любая степень злокачественности опухоли	

Стадия IIIB

Вариант 1	Вариант 2	Вариант 3
- Опухоль проросла в <u>третий</u> слой стенки пищевода, при этом - Поражены 2 из соседних лимфатических узлов, но нет отдаленных метастазов, при этом	- Опухоль проросла в <u>четвертый</u> (внешний) слой стенки пищевода, при этом - Поражены 1 или 2 из соседних лимфатических узлов, но нет отдаленных метастазов, при этом	- Опухоль проросла сквозь всю стенку пищевода и распространилась на <u>оболочку</u> соседних органов или структур, при этом - Нет поражения соседних лимфатических узлов или поражен только 1 из них, но нет отдаленных метастазов, при этом
Любая степень злокачественности опухоли.		

Справочная таблица 8. Аденокарцинома, стадия IV

Стадия IVA

Вариант 1	Вариант 2	Вариант 3
- Опухоль проросла через всю стенку пищевода и распространилась на <u>оболочку</u> соседних органов или структур, при этом - Поражены 2 из соседних лимфатических узлов, но нет отдаленных метастазов, при этом	- Опухоль проросла через всю стенку пищевода и распространилась на <u>важные соседние органы</u> или структуры, при этом - Нет поражения соседних лимфатических узлов или поражены 1 или 2 из них, но нет отдаленных метастазов, при этом	- Любой размер опухоли, при этом - Поражены 3 из соседних лимфатических узлов, но нет отдаленных метастазов, при этом
Любая степень злокачественности опухоли		

Стадия IVB

Описание
- Опухоль любого размера и любой локализации (в верхней, средней или нижней части пищевода), при этом - Поражено любое количество лимфатических узлов, при этом Есть отдаленные метастазы (опухоль распространилась далеко от пищевода)

Краткое содержание

- Для определения стадии рака врачи используют показатели TNM (tumor, node, metastasis — опухоль, лимфоузлы, метастазы) и степень злокачественности. При плоскоклеточном раке учитывают также расположение опухоли в пищеводе.
- Степень злокачественности отражает вероятность быстрого роста и распространения опухоли. Она зависит от того, насколько клетки опухоли отличаются от нормальных.
- Выделяют пять стадий рака пищевода: 0, I, II, III и IV.
- Стадирование рака обычно проводят дважды. Клиническую стадию рака определяют на основании обследований, проведенных до начала лечения. Патоморфологическую стадию устанавливают по результатам хирургической операции.
- У некоторых пациентов дела идут лучше, чем можно было ожидать для их стадии, а у некоторых хуже.

3

Начальный этап

- 25 Обследования перед началом лечения
- 30 Команда специалистов
- 31 Полноценное питание
- 32 Отказ от курения
- 32 Скрининг на дистресс
- 32 Краткое содержание



Врачи составляют индивидуальный план лечения для каждого пациента. Прежде всего, им нужно получить сведения об особенностях опухоли и общем состоянии здоровья. В этом разделе описаны обследования и другие процедуры, которые могут понадобиться для составления плана лечения.

Обследования перед началом лечения

Сбор анамнеза и физикальный осмотр

Врачам понадобятся подробные сведения о вашем прошлом и нынешнем состоянии здоровья, поэтому они могут задать вам следующие вопросы:

- Какие заболевания и хирургические операции вы перенесли? Какие у вас были нарушения здоровья?
- Какие лекарства вы принимаете (отпускаемые по рецепту и без рецепта)?
- Какой образ жизни вы ведете (режим питания, объем физической нагрузки, курение, употребление алкоголя)?
- Есть ли у вас симптомы, возможно, связанные с раком пищевода, в частности, боль в груди, изжога, затруднения при глотании и необъяснимая потеря веса?

Врач может также провести физикальный осмотр, который позволяет выявить общие признаки заболевания. Ниже перечислено, что обычно делает врач в ходе такого осмотра.

- Проверяет основные показатели жизнедеятельности (артериальное давление, частоту сердечных сокращений, частоту дыхания и температуру тела).
- Оценивает общий вид пациента.
- Прослушивает дыхание, чтобы проверить состояние легких.
- Осматривает голову и шею.



КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Пищевод Баррета

- ✓ Повреждение клеток, выстилающих стенки пищевода в его нижней части.
- ✓ Наиболее вероятная причина — регулярно повторяющийся заброс в пищевод кислого содержимого желудка, так называемый гастроэзофагеальный рефлюкс.
- ✓ Может со временем привести к аденокарциноме пищевода.
- ✓ Людям с пищеводом Баррета необходимо регулярно проходить обследования, чтобы не пропустить развитие рака.

- Прощупывает и (или) прослушивает органы брюшной полости, в том числе печень и желудок.

Некоторые нарушения здоровья передаются по наследству. Врачам важно знать, были ли в вашей семье случаи рака или других заболеваний, повышающих риск развития рака. Пищевод Барретта, синдром Блума, кератодермия ладоней и стоп, анемия Фанкони — все эти состояния тесно связаны с раком пищевода. Если у вас есть какое-нибудь из этих нарушений, врач, вероятно, направит вас на консультацию к врачу-генетику. Врач-генетик — это специалист по изменениям в генах (мутациям) и их связи с заболеваниями.

Анализ крови

Общий анализ крови (ОАК) — один из самых распространенных. Он дает важную информацию о количестве разных клеток крови, в том числе эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов.

Помимо ОАК проводят биохимический анализ крови. По результатам этого анализа оценивают содержание в крови некоторых веществ — метаболитов, электролитов, жиров и белков. Биохимический анализ дает важную информацию о том, хорошо ли работают почки, печень и другие органы.

КТ

Врач, вероятно, направит вас на КТ (компьютерную томографию) органов грудной клетки, брюшной полости и, возможно, малого таза. Для КТ-сканирования, как и для рентгена, используются рентгеновские лучи, но этот метод дает больше информации. В ходе сканирования томограф делает много снимков (изображений) под разными углами. Из этих снимков компьютер составляет подробную трехмерную картину исследуемой области, так называемое 3D-изображение (от английского **3-dimensional**, что означает трехмерный).

ПЭТ/КТ

Иногда КТ совмещают с другим методом лучевой диагностики — ПЭТ (позитронно-эмиссионной томографией). Если эти два метода применяются вместе, исследование называют ПЭТ/КТ. Метод ПЭТ основан на введении в организм небольшого количества вещества, называемого радиоактивной меткой. Сахаросодержащую радиоактивную метку вводят примерно за час до начала сканирования. Такая метка испускает небольшое количество энергии, которую обнаруживает томограф. На полученных изображениях злокачественные очаги выглядят более светлыми, так как опухолевые клетки перерабатывают сахар намного быстрее, чем нормальные.

Эндоскопия верхних отделов ЖКТ с биопсией

С помощью эндоскопии верхних отделов ЖКТ (желудочно-кишечного тракта) врачи могут осматривать пищевод и желудок изнутри, не делая никаких разрезов. Эндоскоп — это длинная тонкая трубка, на конце которой установлены лампочка и видеокамера. Эндоскоп вводят через рот и направляют вниз через горло в пищевод. Видеокамера передает изображение на монитор, и врач видит все, что она снимает (**см. рисунок 6**).



Чего можно ожидать: КТ-сканирование

- ✓ Во время сканирования вы будете лежать лицом вверх на процедурном столе,двигающемся внутри томографа (**см. рисунок 5**).
- ✓ Для получения более четких изображений используют контрастное вещество, часто называемое просто контрастом.
- ✓ Контраст вводят в вену и добавляют в жидкость, которую нужно выпить перед сканированием.
- ✓ Из-за контраста может возникнуть ощущение жара или появиться аллергическая сыпь.
- ✓ Кроме вас в помещении никого не будет, но лаборант будет находиться поблизости. Вы будете слышать, что он вам говорит, и сможете с ним разговаривать.
- ✓ В ходе сканирования томограф может издавать жужжание или пощелкивание.
- ✓ Скажите врачу, если вы боитесь замкнутых пространств.

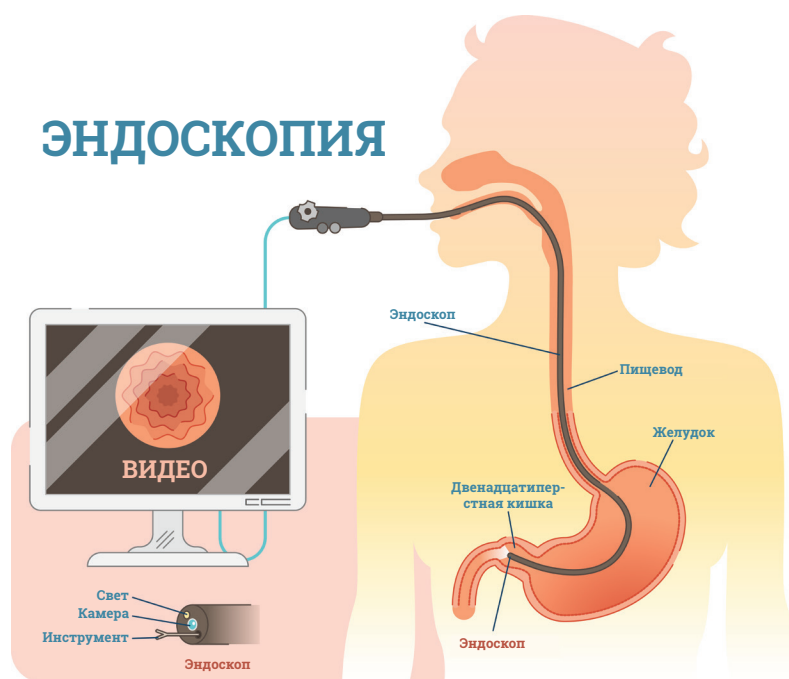
Рисунок 5.
Аппарат для КТ

Для КТ-сканирования, как и для рентгена, используются рентгеновские лучи, но этот метод дает больше информации. В ходе сканирования томограф делает много снимков (изображений) под разными углами. Из этих снимков компьютер составляет подробную трехмерную картину.



Рисунок 6.
Эндоскопия верхних отделов ЖКТ

Эндоскоп — это длинная тонкая трубка, на конце которой установлены лампочка и видеокамера. Видеокамера передает изображение на монитор, и врач может видеть, как выглядит пищевод изнутри.



В ходе исследования врач отмечает, где находится опухоль, какого она размера и насколько закрывает просвет пищевода. Кроме того, врач проверяет, нет ли у пациента признаков пищевода Барретта и участков, подозрительных на рак. Для проведения анализа отбирают небольшие кусочки (образцы) опухоли и тканей с подозрительных участков. Такая процедура называется биопсией. Для взятия образцов врач использует специальный инструмент, похожий на щипцы.

Эндоскопическая ультрасонография

Метод ЭУС (эндоскопической ультрасонографии), называемый также эндоскопическим УЗИ и эндосонографией, основан на использовании эндоскопа в сочетании с ультразвуковым датчиком и позволяет оценить глубину прорастания опухоли в стенку пищевода. Датчик испускает ультразвуковые волны, которые отражаются от внутренних структур организма и создают изображение. С помощью этого метода можно увидеть признаки рака в лимфатических узлах и соседних органах.

Как и эндоскопию, ЭУС чаще всего проводят в условиях седации. Эндоскоп с датчиком направляют вниз по пищеводу. Если наблюдаемая картина заставляет заподозрить распространение рака на соседние структуры, с помощью эндоскопа можно выполнить тонкоигольную аспирационную биопсию (ТАБ). Чтобы получить материал для анализа, через стенку пищевода вводят иглу в прилегающие ткани. Врач может отобрать образцы из лимфатических узлов или органов, расположенных рядом с пищеводом. При проведении ТАБ игла не должна проходить через первичную опухоль и крупные кровеносные сосуды.

После биопсии врач-эндоскопист сделает заключение о клинической стадии рака. В этом заключении будут указаны глубина прорастания опухоли (значение **T**) и наличие пораженных опухолью лимфатических узлов (значение **N**). На основании этих сведений ваш врач составит план наиболее подходящего лечения.

Бронхоскопия

Килем трахеи называется выступ из соединительной ткани, расположенный в основании дыхательного горла (трахеи). Если опухоль находится на уровне киле трахеи или над ним, с помощью бронхоскопии можно увидеть, проросла ли она в трахею и дыхательные пути (бронхи). Бронхоскопия во многом похожа на эндоскопию, но инструмент в этом случае направляют вниз по трахее.

Как и эндоскоп, бронхоскоп представляет собой полую трубку с лампочкой и видеокамерой на конце. Освещение



Чего можно ожидать: эндоскопия верхних отделов ЖКТ

- ✓ В большинстве случаев такую процедуру проводят в условиях седации. Это значит, что вы будете в сознании, но вам дадут лекарство, вызывающее состояние легкой сонливости и расслабленности.
- ✓ Понадобится некоторое время, чтобы это лекарство вывелось из организма, поэтому вы не сможете сразу сесть за руль. Возьмите с собой кого-нибудь, кто сможет отвезти вас домой.
- ✓ После исследования у вас может появиться небольшая отечность и охриплость голоса.

и видеокамера позволяют врачу направлять эту трубку в нужное место через нос или рот пациента и видеть все, что происходит внутри. Для взятия образцов ткани в открытый канал трубки вставляют небольшую щетку, иглу или щипцы. Иногда с помощью бронхоскопа в дыхательные пути распыляют жидкость, а затем всасывают ее обратно, получая таким образом материал для анализа. После биопсии может появиться небольшая отечность и охриплость голоса.

Лапароскопия

При обнаружении аденокарциномы, расположенной в месте соединения пищевода с желудком, врач может направить вас на лапароскопию. Лапароскопия — это хирургическое вмешательство, позволяющее выявлять заболевания в брюшной полости. Брюшной полостью называется область тела от грудной клетки до таза. С помощью лапароскопии можно обнаружить признаки рака, распространившегося на оболочку, выстилающую поверхность брюшной полости или печени.

Лапароскопию проводят под общей анестезией. Для этой процедуры используют лапароскоп, инструмент, очень похожий на эндоскоп. Трубку лапароскопа вводят в брюшную полость через маленький разрез на животе. Во время лапароскопии врач может осмотреть брюшную полость на наличие признаков рака и взять на анализ промывную жидкость, чтобы проверить, есть ли в ней опухолевые клетки.

Процедуру проводят в операционной, и она занимает около 30 минут. Примерно через час после завершения лапароскопии вас отпустят домой, а на следующий день вы сможете вернуться к работе. После этой операции вы можете почувствовать усталость и боль. После того как разрез заживет, на его месте может остаться небольшой шрам.

Исследование опухолевых маркеров

Возможно, ваш врач предполагает (или точно знает), что опухоль распространилась на другие части тела — метастазировала. Если это так, вам предложат пройти ряд исследований, чтобы узнать, могут ли в этом случае помочь некоторые более современные методы лечения.

У каждого пациента опухоль уникальна по своим характеристикам точно так же, как уникальна его ДНК. Поэтому лечение, помогающее одному человеку, может не принести такой же пользы другому. Чтобы узнать, могут ли помочь некоторые методы лечения конкретному пациенту, врачи иногда рекомендуют пройти исследование опухолевых маркеров. Их также называют биомаркерами (сокращение от термина «биологические маркеры») или онкомаркерами.

Опухолевыми маркерами могут быть вещества — белки и другие молекулы, образующиеся в организме из-за злокачественной опухоли. Кроме того, опухолевыми маркерами могут быть протекающие в организме процессы, например особенности функционирования ДНК. Чтобы узнать, есть ли у опухоли специфические маркеры, в лаборатории исследуют образцы, взятые при проведении биопсии, или ткани, удаленные в ходе операции. Ниже

описаны три основных опухолевых маркера, характерных для метастатической аденокарциномы.

HER2

Рецептор эпидермального фактора роста человека 2-го типа (HER2, **human epidermal growth factor receptor 2**) — это белок, расположенный на поверхности клеток. За его выработку в организме отвечает ген *HER2*. В некоторых случаях клетки аденокарциномы пищевода производят слишком много HER2, что заставляет опухоль быстрее расти и распространяться в организме. Если анализ покажет, что в вашем случае у аденокарциномы положительный HER2-статус (она вырабатывает избыточное количество HER2), то врач может добавить к вашему режиму химиотерапии еще один препарат — трастузумаб.

PD-L1

Один из важных элементов нашей иммунной системы — это Т-клетки (разновидность лимфоцитов). Их основная функция — уничтожать вредные микробиоты, такие как бактерии, вирусы и опухолевые клетки. Для выполнения этой функции Т-клетки используют расположенный на их поверхности белок PD-1, который называют белком программируемой клеточной гибели 1-го типа (англ. **programmed cell death-1**). У опухолевых клеток на поверхности есть другой белок, PD-L1 — лиганд белка программируемой клеточной гибели 1-го типа (англ. **programmed death-ligand 1**). Взаимодействие между молекулами PD-1 и PD-L1 называется иммунной контрольной точкой. В результате этого взаимодействия Т-клетка получает «приказ» оставить опухолевую клетку в покое, вместо того, чтобы ее атаковать.

Для определения PD-L1-статуса проводят специальный анализ. Он показывает, много ли белка PD-L1 вырабатывает опухоль. Располагая этими данными, врач может оценить вероятность успеха от применения препаратов из группы ингибиторов иммунных контрольных точек. Препараты этой группы препятствуют взаимодействию белков PD-1 и PD-L1. Если этого взаимодействия нет, ничто не мешает Т-клеткам выполнять свои функции и атаковать опухолевые клетки. Если у вас аденокарцинома с положительным статусом PD-L1, это еще не значит, что вам точно подойдет лечение ингибиторами иммунных контрольных точек. Есть и другие факторы, которые учитывают врачи, принимая решение о проведении такого лечения.

Микросателлитная нестабильность (нарушения в системе MMR)

У некоторых людей есть дефект в генах, из-за которого нарушается нормальный процесс восстановления поврежденных молекул ДНК. В здоровых клетках действует особый механизм исправления случайных ошибок, которые могут происходить при удвоении (копировании) ДНК. Этот механизм называют системой MMR (**mismatch repair**) или системой репарации ДНК. Если эта система дает сбой, ошибки накапливаются и структура ДНК становится нестабильной. Это явление называют **микросателлитной нестабильностью (MCH)**, при этом часто используют и английское название MSI (**microsatellite instability**).

Существуют два лабораторных метода для выявления этого генетического дефекта. Если у вас есть такой дефект, то анализ покажет или высокую микросателлитную нестабильность (MSI-H, **microsatellite instability high**) или нарушения в системе MMR (**dMMR, mismatch repair deficient**), в зависимости от выбранного метода. Оба результата означают одно и то же.

Как и в случае PD-L1-статуса, анализ на наличие этого опухолевого маркера нужен для того, чтобы оценить вероятность пользы от применения ингибиторов иммунных контрольных точек. Если у вас опухоль с MSI-H или dMMR, это еще не значит, что вам точно подойдет лечение препаратами этой группы. Есть и другие факторы, которые учитывают врачи, принимая решение о проведении такого лечения.

Команда специалистов

Лечением пациентов с раком пищевода занимается целая группа врачей и других специалистов. Важно, чтобы все они регулярно собирались и совместно принимали решения о дальнейшей тактике лечения. Эксперты NCCN рекомендуют проводить такие обсуждения раз в неделю или раз в две недели.

В состав группы врачей, которые будут заниматься вашим лечением, могут входить следующие специалисты:

- Врач-патоморфолог — специалист, который исследует биологические ткани, чтобы выявить заболевание.
- Рентгенолог — специалист по расшифровке изображений, полученных методами лучевой диагностики.
- Хирург-онколог — специалист по хирургическому лечению рака.
- Онколог — специалист по противоопухолевым лекарственным препаратам.
- Гастроэнтеролог — специалист по заболеваниям органов пищеварения.
- Радиотерапевт — специалист по лучевой терапии.
- Интервенционный радиолог — специалист по малоинвазивным методам диагностики и лечения рака.

В вашем лечении могут принимать участие и другие медицинские работники, а именно:

- Специалист по интегративной медицине (так называют комплексные методы воздействия на физическое и душевное состояние пациентов).
- Диетолог — специалист по лечебному питанию.
- Медицинская сестра — специалист по уходу за больными.
- Социальный работник — специалист, ответственный за удовлетворение социальных и эмоциональных потребностей пациентов.
- Специалист по симптоматической терапии — медицинский работник, задачей которого является улучшение качества жизни пациентов.

Полноценное питание

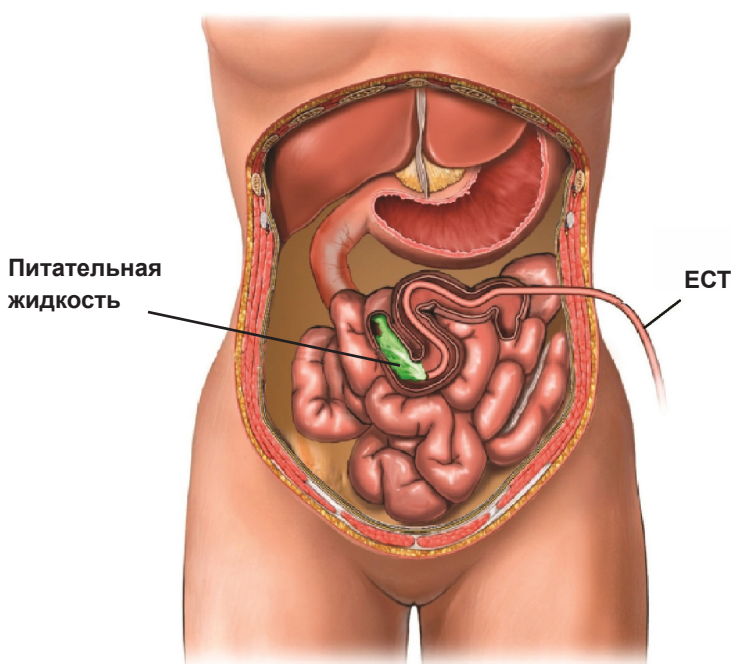
Из-за опухоли в пищеводе некоторым пациентам бывает трудно или больно проглатывать пищу. Это состояние называется дисфагией. Если вы будете ослаблены из-за недостаточного питания, хирургическая операция и другие виды лечения рака могут оказаться слишком опасными. Чтобы набрать хорошую физическую форму перед началом лечения, вам, вероятно, понадобится консультация диетолога. Диетолог может помочь в налаживании полноценного питания и потребления жидкостей.

Если вам не удастся получить достаточное количество питательных веществ естественным путем, вам может помочь установка зонда (трубки) для питания. Такие трубки бывают разных видов.

- **Еюностомическая трубка (ЕСТ)** — это мягкая пластиковая трубка, которую вводят через брюшную стенку в тонкую кишку. Если пациент с раком пищевода нуждается в питании через зонд, эксперты NCCN отдадут предпочтение именно ЕСТ (**см. рисунок 7**).
- Еще один вид зондов для питания — **назогастральный зонд**, который вводят через нос, а затем направляют по пищеводу в желудок.
- Третий вид — **гастростомическая трубка**, которую вводят через брюшную стенку прямо в желудок.

Рисунок 7. Еюностомическая трубка (ЕСТ)

Еюностомической называют мягкую пластиковую трубку, которую вводят через брюшную стенку в тонкую кишку. Через нее подают необходимые питательные вещества, если пациент не способен хорошо питаться самостоятельно.



Иллюстрации © Nucleus Medical Media, 2018. Все права защищены. www.nucleusinc.com

Отказ от курения

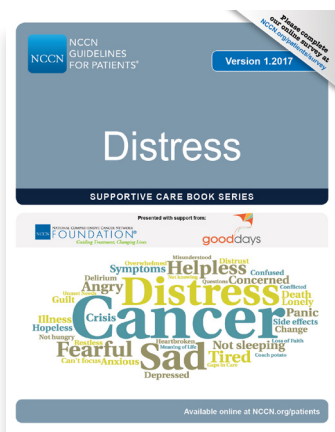
Если вы курите, постарайтесь отказаться от этой привычки. Бросить курить очень важно, потому что курение может снизить эффективность лечения. Кроме того, курение увеличивает вероятность побочных эффектов после операции.

Ваш врач может помочь вам найти способ бросить курить. Посоветуйтесь с ним по поводу методов и лекарственных препаратов, с помощью которых можно отказаться от курения. Сейчас для этого больше возможностей, чем когда-либо. Из-за стресса, который переживают люди, узнав о своем диагнозе, им иногда бывает еще труднее бросить курить, поэтому обращайтесь к врачу за помощью.

Скрининг на дистресс

Дистрессом называют неблагоприятные переживания психической, физической, социальной или эмоциональной природы. Такое состояние может влиять на ваше самочувствие, умственные способности и повседневную деятельность. Вы можете испытывать чувство уныния, страха, беспомощности, беспокойства, гнева, вины и тому подобные неприятные ощущения. Все люди с онкологическими заболеваниями в определенный момент переживают состояние дистресса, и это вполне естественно.

Иногда дистресс причиняет лишь небольшой дискомфорт, но может стать и серьезной проблемой. Дистресс может быть настолько глубоким, что человек уже не в силах справляться с обычными делами. Каким бы ни был уровень дистресса в вашем случае, врачам важно знать, как вы себя чувствуете. Они могут попросить вас заполнить скрининговый опросник, чтобы оценить ваш уровень дистресса. Дополнительно об этом можно прочесть в брошюре [NCCN Guidelines for Patients®: Distress](#) (Руководство NCCN для пациентов: дистресс).



Если понадобится, вы получите необходимую помощь. Помочь может участие в группах поддержки, психотерапия или прием лекарственных препаратов. Некоторым помогают занятия спортом, общение с близкими и упражнения для релаксации. Пользу могут принести и общественные ресурсы, например, сообщества пациентов и оздоровительные центры.

Краткое содержание

- Сначала вам придется пройти ряд обследований, чтобы врачи могли составить оптимальный план лечения.
- Если опухоль распространилась (метастазировала), врачи могут предложить вам пройти исследование опухолевых маркеров, чтобы узнать, могут ли вам помочь более новые методы лечения.
- Лечение пациентов с раком пищевода занимается целая группа специалистов.
- Важно, чтобы перед началом лечения вы полноценно питались.
- Очень важно бросить курить, чтобы лечение было максимально эффективным.

4

Обзор методов лечения рака

34	Эндоскопические вмешательства
34	Хирургическое лечение
37	Лучевая терапия
38	Химиотерапия
40	Таргетная терапия
41	Иммунотерапия
42	Клинические исследования
43	Краткое содержание



В этом разделе описаны основные методы, применяемые для лечения рака пищевода. Знание этих методов поможет разобраться в подходящих вам вариантах. Не всем пациентам нужны все перечисленные здесь методы лечения. Выбор вариантов во многом зависит от стадии заболевания.

Эндоскопические вмешательства

Эндоскопические методы применяются для удаления совсем маленьких опухолей пищевода и участков аномальной ткани, из которой может развиться рак. Два основных эндоскопических метода, применяемых для лечения ранних стадий рака пищевода, — это резекция и абляция. В обоих случаях используют эндоскоп и один или несколько инструментов, с помощью которых удаляют или уничтожают опухолевые клетки.

Эндоскопическая резекция

Существуют два способа резекции (удаления) маленьких опухолей пищевода. И в том, и в другом случае сначала под опухоль вводят жидкость. Жидкость играет роль прокладки и приподнимает опухоль, которую затем удаляют одним из двух способов.

- ЭРС (эндоскопическая резекция слизистой): опухолевую ткань удаляют с помощью специального инструмента с петлей на конце. Этот метод предпочтителен для удаления опухолей, не проросших в более глубокие слои стенки пищевода (см. рисунок 8).
- ЭПД (эндоскопическая подслизистая диссекция): для этой процедуры используют специальные ножи, чтобы отсечь опухоль от расположенных под ней здоровых тканей. Таким способом удается удалить всю опухоль единым блоком, а не по частям, что снижает вероятность ее повторного появления (рецидива). Этот метод предпочтителен для удаления опухолей, проросших в более глубокие слои стенки пищевода.

Эндоскопическая абляция

Еще один эндоскопический метод лечения, подходящий для очень маленьких опухолей пищевода, называется абляцией. Абляция основана на уничтожении опухолевых клеток за счет нагревания, замораживания или воздействия препаратов, активируемых светом. Существуют три основных вида абляции:

- РЧА (радиочастотная абляция) убивает опухолевые клетки за счет нагревания ткани с помощью электродов, вставленных в канал эндоскопа. Это самый распространенный вид абляции.
- Кριοабляция основана на разрушении опухолевой ткани путем замораживания жидким азотом, распыляемым через эндоскоп.
- ФДТ (фотодинамическая терапия) основана на уничтожении опухолевых клеток с помощью особых препаратов, которые становятся активными под действием лазерного излучения.

Хирургическое лечение

Один из главных методов лечения рака пищевода — хирургический. Основной тип выполняемой при этом операции называется эзофагэктомией. Цель такой операции — полностью удалить опухоль и некоторое количество здоровой с виду ткани вокруг нее. Удаленная вместе с опухолью внешне здоровая ткань называется краем резекции.

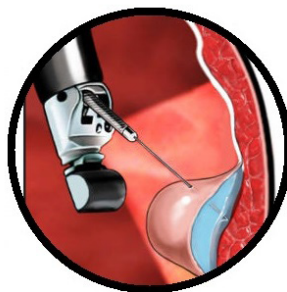
Эзофагэктомия

Эзофагэктомия — это операция по удалению части или всего пищевода и соседних лимфатических узлов (см. рисунок 9). Какую часть пищевода придется удалить, зависит от нескольких факторов, а именно:

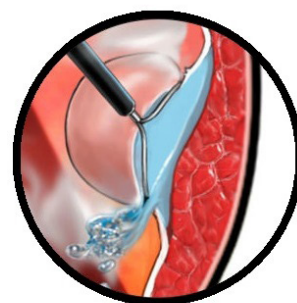
- от размера опухоли;
- от ее расположения в пищеводе;
- от того, проросла ли опухоль в желудок.

Рисунок 8. Эндоскопическая резекция

Если опухоль не проникла в более глубокие слои стенки пищевода, ее можно удалить путем эндоскопической резекции. Для этого используют специальные инструменты, вставленные в канал эндоскопа.



Вводят жидкость под опухоль

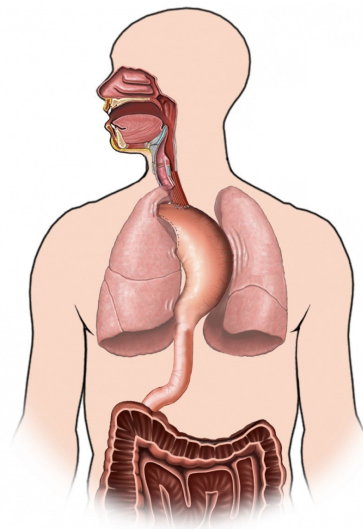
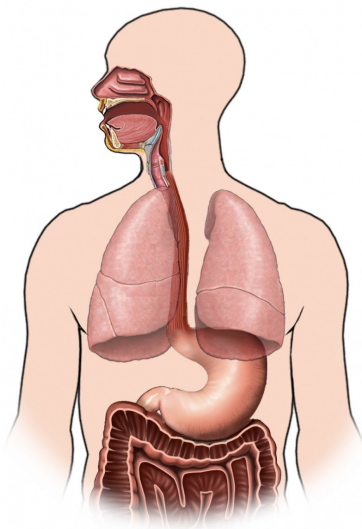


Удаляют опухоль режущим инструментом

Иллюстрации © Nucleus Medical Media, 2018. Все права защищены. www.nucleusinc.com.

Рисунок 9. До и после эзофагэктомии

Во время операции удаляют пораженную часть пищевода и соединяют оставшуюся его часть с желудком.



Иллюстрации © Nucleus Medical Media, 2018. Все права защищены. www.nucleusinc.com.

Если поражен только пищевод, но не желудок, то во время операции хирург удалит ту часть пищевода, где находится опухоль. Затем он подтянет желудок вверх в грудную полость и соединит его с сохраненной частью пищевода.

Если опухоль проросла в желудок, хирург удалит часть пищевода и верхнюю часть желудка. После этого он соединит оставшиеся части пищевода и желудка друг с другом. Такая операция называется эзофагогастрэктомией.

При обычной открытой эзофагэктомии ткани удаляют через большой разрез. Существуют два распространенных типа открытой операции. При проведении трансторакальной эзофагэктомии по методу Айвора Льюиса ткани удаляют через разрезы в грудной клетке и на животе. При проведении эзофагэктомии по методу Маккеона делают три разреза — в грудной клетке, на животе и на шее.

Малоинвазивная эзофагэктомия позволяет обойтись несколькими небольшими разрезами. При проведении таких операций разрезы для доступа делают по методу Айвора Льюиса или Маккеона. Лапароскоп вводят в брюшную полость через небольшой разрез на животе. Из этой точки хирург получает доступ к желудку. Через небольшой разрез между ребрами также вводят торакоскоп, который во многом похож на лапароскоп. Через этот разрез хирург может выполнить необходимые манипуляции в грудной полости.

После удаления пораженных тканей желудок необходимо соединить с оставшейся частью пищевода. Иногда желудок непосредственно подшивают к пищеводу, а иногда для соединения этих органов используют часть кишки. Во время восстановления после операции вы будете получать пищу через еюностомическую трубку, вставленную через брюшную стенку в тонкую кишку.



Чего можно ожидать: лучевая терапия

- ✓ Сначала вам проведут планировочный сеанс, так называемую симуляцию. Вас уложат в то положение, в котором вы будете находиться во время лечебных сеансов, и выполнят КТ-сканирование. Во время этой процедуры вам нужно будет лежать на спине и постараться не шевелиться. Иногда используют специальные крепления, которые помогают сохранять неподвижность во время сеансов облучения. На основании КТ-изображений врачи составляют индивидуальный план лучевой терапии. В этом плане указывают оптимальную дозу облучения и необходимое количество сеансов.
- ✓ После лучевой терапии у вас может появиться чувство сильной усталости. Могут также возникнуть неприятные ощущения или затруднения при глотании.

Лучевая терапия

Лучевая терапия основана на способности высокоэнергетического излучения, похожего на рентгеновское, убивать опухолевые клетки. Для лечения рака пищевода лучевую терапию обычно применяют вместе с химиотерапией. Такой комбинированный метод лечения называется химиолучевой терапией.

Чаще всего применяют метод дистанционного облучения, иногда обозначаемый сокращением ДЛТ (**дистанционная лучевая терапия**). При дистанционном облучении поток излучения, который генерирует мощная установка, направляют в ту часть тела, где находится опухоль. На пути к своей цели излучение проходит через кожу и другие ткани (**см. рисунок 10**).

Существует несколько видов ДЛТ. Для лечения рака пищевода обычно рекомендуется **трехмерная конформная лучевая терапия (3D-КЛТ)**. Установка для 3D-КЛТ создает пучок излучения, повторяющий форму опухоли, чтобы избежать повреждения окружающих ее здоровых тканей.

Бывает, что опухоль расположена очень близко к жизненно важным органам и это не позволяет применять 3D-КЛТ. К таким органам относятся сердце, легкие, печень и почки. В этом случае подойдет метод **лучевой терапии с модулированной интенсивностью (ЛТМИ)**. Этот метод точнее, и он более безопасен для расположенных рядом важных органов. Установка для ЛТМИ генерирует сразу несколько пучков излучения, направляемых к опухоли под разными углами. Благодаря этому поток излучения полностью воспроизводит форму опухоли, при этом интенсивность каждого пучка можно менять, чтобы точно сфокусировать излучение в пределах опухоли.

Рисунок 10. Пациент во время сеанса лучевой терапии

Мощная установка генерирует поток излучения и направляет его в ту часть тела, где находится опухоль. На пути к своей цели излучение проходит через кожу и другие ткани.



Химиотерапия

Химиотерапия или «химия», как ее сокращенно называют, — это лечение препаратами, убивающими опухолевые клетки. Химиотерапия может быть частью лечения рака пищевода на ранних или поздних стадиях. Для лечения рака пищевода химиотерапию обычно совмещают с лучевой терапией. Такой комбинированный метод лечения называется химиолучевой терапией.

Большинство препаратов для лечения рака пищевода представляют собой жидкости, которые медленно вводят в вену. С током крови лекарственные вещества разносятся по всему организму, воздействуя на опухолевые клетки. Применение препаратов, действующих на весь организм, называется системной терапией. Скорее всего, вам назначат комбинацию из двух или трех химиотерапевтических препаратов. Химиотерапия может проводиться в лечебных учреждениях разного типа. Многие пациенты получают такое лечение в онкологических центрах (**см. рисунок 11**).

Химиотерапию проводят циклами, во время которых за днями лечения следуют дни отдыха. Благодаря этому организм успевает восстановиться перед началом нового цикла. Иногда, например, препараты вводят каждый день в течение одной недели, после чего следуют три недели без лечения. Вместе эти четыре недели составляют один цикл. Продолжительность цикла зависит от применяемых препаратов. Обычно циклы длятся 14, 21 или 28 дней.

Химиотерапевтические и другие лекарственные препараты, применяемые для лечения рака пищевода, перечислены в [справочной таблице 9](#).

Рисунок 11. Кабинет амбулаторной химиотерапии

Химиотерапию часто проводят амбулаторно, в помещениях, где могут получать лечение сразу несколько человек.



Справочная таблица 9. Препараты для лечения рака пищевода

Химиотерапевтические препараты

Международное непатентованное название	Торговое название
Капецитабин	Кселода®
Карбоплатин	--
Цисплатин	--
Доцетаксел	Таксотер®
Эпирубицин	Элленс®
Этопозид	Этопифос®
Фторурацил (5-ФУ)	--
Иринотекан	Камптосар®
Оксалиплатин	Элоксатин®
Паклитаксел	Таксол®

Таргетные препараты

Международное непатентованное название	Торговое название
Рамуцирумаб	Цирамза®
Трастузумаб	Герцептин®, Огиври®

Иммунные препараты

Международное непатентованное название	Торговое название
Пембролизумаб	Китруда®



Чего можно ожидать: химиотерапия

- ✓ Побочные эффекты химиотерапии зависят от многих вещей и проявляются у всех по-разному.
- ✓ В перечень частых побочных эффектов химиотерапии входят тошнота, отсутствие аппетита, диарея, выпадение волос и появление язв во рту.
- ✓ Некоторые из этих препаратов могут также вызывать повреждение чувствительных нервных волокон. При этом появляются такие симптомы, как онемение, покалывание и боль в пальцах рук и ног. Кроме того, может появиться чувствительность к холоду и болезненность при легком прикосновении. У некоторых людей такие симптомы сохраняются надолго.

Таргетная терапия

В нашем организме есть очень маленькие частицы — молекулы. Некоторые из этих молекул помогают опухоли расти и распространяться. Таргетные препараты воздействуют на эти молекулы и не дают им участвовать в росте и распространении опухоли.

Не всем пациентам с раком пищевода проводят таргетную терапию. Есть два таргетных препарата, применяемых в ряде случаев для лечения распространенных опухолей, расположенных в месте соединения пищевода с желудком. Это место называется **пищеводно-желудочным переходом (ПЖП)**. Лечение таргетными препаратами начинают только в том случае, когда другие методы лечения оказались неэффективными.

Рамуцирумаб

Опухоли нужны новые кровеносные сосуды, чтобы она могла расти. В организме есть белок, стимулирующий образование новых сосудов — это фактор роста эндотелия сосудов (**vascular endothelial growth factor, VEGF**). У клеток некоторых опухолей имеются рецепторы к VEGF. Это значит, что у них на поверхности есть «посадочная площадка», на которую может «приземлиться» молекула VEGF и приступить к формированию новых сосудов для питания и роста опухоли.

Рамуцирумаб блокирует эту посадочную площадку, поэтому VEGF уже не может прикрепиться к клетке и новые кровеносные сосуды не образуются. Рамуцирумаб применяют отдельно или вместе с химиотерапевтическим препаратом, который называется паклитаксел.

Трастузумаб

Из раздела 2 мы узнали о HER2 (рецепторе эпидермального фактора роста человека 2-го типа). Напомним, что это белок, расположенный на поверхности клеток. В некоторых случаях клетки аденокарциномы пищевода вырабатывают слишком много белка HER2, что заставляет опухоль быстрее расти и распространяться в организме.

Трастузумаб помогает уничтожать опухолевые клетки с избыточным количеством HER2. Если анализ покажет, что у вас клетки аденокарциномы вырабатывают избыточное количество HER2, то врач может добавить трастузумаб к вашему режиму химиотерапии.



КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Таргетная терапия

- ✓ Терапия этого типа применяется для лечения некоторых распространенных опухолей, расположенных в месте перехода пищевода в желудок.
- ✓ Таргетные препараты, как и препараты для химиотерапии, применяют в виде инфузий. Инфузией называют введение лекарства в вену, откуда оно попадает в общий кровоток.
- ✓ Рамуцирумаб назначают как отдельно, так и в сочетании с химиотерапией, а трастузумаб — только вместе с химиотерапией.
- ✓ Среди частых побочных эффектов рамуцирумаба — высокое артериальное давление, кровотечения из носа и упадок сил.
- ✓ После первого введения трастузумаба могут появиться симптомы, напоминающие грипп. После второго и третьего введения препарата такая реакция встречается реже.

Иммунотерапия

Иммунная система — это природный механизм защиты организма от инфекций и других заболеваний. Препараты нового типа, применяемые для так называемой иммунотерапии, повышают активность иммунной системы. За счет этого улучшается способность организма находить и уничтожать опухолевые клетки.

Пембролизумаб

Один из важных элементов иммунной системы — это Т-клетки (разновидность лимфоцитов). Их основная функция — уничтожать вредные микроорганизмы, такие как бактерии, вирусы и опухолевые клетки. Для выполнения этой функции Т-клетки используют расположенный на их поверхности белок PD-1. На поверхности опухолевых клеток есть другой белок, обозначаемый сокращением PD-L1. Взаимодействие между PD-1 и PD-L1 называется иммунной контрольной точкой. В результате этого взаимодействия Т-клетка получает «приказ» оставить опухолевую клетку в покое вместо того, чтобы ее атаковать.

Препараты из группы ингибиторов иммунных контрольных точек не дают этим двум белкам встретиться. А это значит, что Т-клетки могут выполнять свои функции и атаковать опухолевые клетки. Пембролизумаб — один из препаратов этой группы. Если по результатам анализа опухоль окажется положительной в отношении некоторых опухолевых маркеров, вам могут предложить лечение пембролизумабом. Есть и другие факторы, которые будут учитывать врачи, принимая решение о том, подходит ли вам пембролизумаб.



Новость о моем диагнозе застала меня врасплох. Я совершенно не представляла, какими должны быть мои дальнейшие шаги. Первое, что я сделала — нашла превосходную команду врачей, с которыми мне было комфортно и которым я могла доверить свою жизнь. Поддержка семьи и друзей помогла мне вынести очень тяжелое лечение и операцию. Очень важно никогда не терять надежду! Жизнь после рака продолжается.

— Карен,
пациентка, перенесшая
рак пищевода

Клинические исследования

Новые методы диагностики и лечения начинают широко применять далеко не сразу. Сначала их тщательно изучают. Для этого проводят клинические исследования — так называют научные исследования с участием людей, направленные на изучение новых методов диагностики и лечения.

В ходе клинических исследований оценивают, насколько эти методы безопасны и полезны для пациентов. После подтверждения безопасности и эффективности они могут войти в повседневную медицинскую практику. Именно благодаря клиническим исследованиям врачи получили возможность широко применять описанные в этой брошюре методы диагностики и лечения рака пищевода.

Участие в клиническом исследовании может иметь как положительные, так и отрицательные стороны. На **рисунке 12** показаны некоторые плюсы и минусы, которые нужно иметь в виду, принимая решение об участии в клиническом исследовании. Нужно взвесить все «за» и «против» и решить, подходит вам это или нет.

Чтобы стать участником клинического исследования, вы должны соответствовать определенным требованиям. Обычно участников исследования подбирают так, чтобы у них были примерно одинаковые показатели заболевания и общее состояние здоровья. В этом случае будет понятно, что улучшение состояния объясняется лечением, а не исходными различиями между участниками.

Для участия в исследовании вам нужно будет прочесть и подписать документ, называемый формой информированного согласия. В этом документе описаны все подробности предстоящего исследования. В форме информированного согласия должны быть указаны все риски и преимущества участия в исследовании, в том числе не упомянутые выше.

Узнайте у врачей, которые занимаются вашим лечением, открыт ли в настоящее время набор в какое-нибудь клиническое исследование, в котором вы могли бы принять участие. Клинические исследования могут проводиться там, где вы лечитесь, или в других лечебных учреждениях. Вы можете сами найти подходящие клинические исследования на веб-сайтах, перечисленных в разделе 7.

Рисунок 12. Возможные плюсы и минусы участия в клиническом исследовании



Плюсы

- ✓ Вы получите доступ к самому современному противоопухолевому лечению.
- ✓ Исследуемое лечение может принести вам пользу.
- ✓ Вас будут вести специалисты экспертного уровня.
- ✓ Результаты исследования могут помочь другим пациентам с таким же заболеванием.



Минусы

- ✗ Лечение может сопровождаться побочными эффектами.
- ✗ Исследуемые препараты могут не принести вам никакой пользы.
- ✗ Вам придется заполнять дополнительные бумаги и чаще посещать клинику.
- ✗ Медицинская страховка может не покрыть все расходы.

Краткое содержание

- Эндоскопические методы применяются для лечения очень маленьких опухолей пищевода.
- Эзофагэктомия — это радикальная операция по удалению всего пищевода или его части, а также соседних лимфатических узлов.
- Для лучевой терапии применяют высокоэнергетическое излучение, способное убивать опухолевые клетки или останавливать процесс их деления.
- Химиотерапия — это лечение препаратами, убивающими опухолевые клетки. Большинство химиотерапевтических препаратов для лечения рака пищевода представляют собой жидкости, которые медленно вводят в вену.
- Таргетная терапия или иммунотерапия может быть подходящим вариантом для некоторых пациентов с метастатической аденокарциномой при расположении опухоли в месте перехода пищевода в желудок.
- Клинические исследования открывают доступ к новым методам диагностики и лечения, которые еще не вошли в обычную практику. Со временем эти методы могут получить официальное одобрение FDA.

5

Справочник по методам лечения: плоскоклеточный рак

45 Ранние стадии

48 Операция возможна

53 Рецидив

53 Метастатический рак

57 Краткое содержание



В этом разделе описаны варианты лечения плоскоклеточного рака пищевода. Варианты лечения сгруппированы по степени распространенности рака. Врачи могут предложить вам другие варианты, помимо перечисленных в этом разделе, с учетом вашего состояния здоровья и личных пожеланий.

Ранние стадии

Прежде всего врачи должны определить, возможно ли в вашем случае хирургическое лечение (операция). Для этого им нужно оценить состояние легких, сердца и уровень потребления питательных веществ (нутритивный статус). Перед началом любого лечения все члены врачебной команды должны высказать свое мнение о характере заболевания и о вариантах лечения. Если они сочтут, что вы слишком слабы для некоторых видов лечения, вам, возможно, придется получать питание через зонд. Это поможет вам набраться сил для дальнейшего лечения.

Операция возможна

В этом разделе представлены варианты лечения раннего плоскоклеточного рака у пациентов, которых можно оперировать. Перечисленные здесь варианты подходят для тех случаев, когда опухоль не проросла дальше второго слоя стенки пищевода и не распространилась на соседние лимфатические узлы. К этой категории относятся указанные ниже опухоли.

- Tis.
- T1a.
- Некоторые опухоли T1b.

Существуют два основных способа лечения опухолей Tis и T1a — эндоскопические вмешательства и хирургическое лечение. Эксперты NCCN считают, что в большинстве таких случаев предпочтительны эндоскопические методы. К эндоскопическим методам относятся резекция и абляция. В [справочной таблице 10](#) показаны принципы эндоскопического лечения этих ранних стадий заболевания.

Еще один вариант для некоторых пациентов с опухолями Tis или T1a — это хирургическое лечение (эзофагэктомия). Операция может быть оптимальным вариантом, если опухоль занимает большую площадь или если ваш



КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Плоскоклеточный рак пищевода

- ✓ Развивается из уплощенных тонких клеток, выстилающих внутреннюю поверхность пищевода.
- ✓ Чаще всего опухоль находится в средней или верхней части пищевода.
- ✓ Среди факторов риска — курение табака, потребление алкоголя и регулярное питье очень горячих напитков.

врач считает, что эндоскопические вмешательства не позволят достичь нужного результата. Хирургическое лечение опухолей Tis и T1a показано в [справочной таблице 11](#). Если у вас первичным лечением будет операция, вам могут назначить химиотерапию в сочетании с облучением (химиолучевую терапию), чтобы уничтожить все оставшиеся опухолевые клетки.

Если опухоль отнесена к категории T1b, это значит, что она проросла через первый слой стенки пищевода и проникла во второй ее слой. Лечение плоскоклеточного рака стадии T1b зависит от того, обнаружено ли опухолевое поражение соседних лимфатических узлов во время эндоскопического УЗИ. Если по результатам эндоскопического УЗИ не выявлено опухолевого поражения лимфатических узлов, рекомендуется хирургическое лечение (эзофагэктомия). Лечение опухолей T1b без поражения лимфатических узлов показано в справочной таблице 11. О лечении других случаев плоскоклеточного рака, относящихся к категории T1b, рассказано в следующем подразделе.

Справочная таблица 10. Эндоскопическое лечение раннего плоскоклеточного рака

Опухоль	Варианты эндоскопического лечения		Дальнейшие действия
Tis		Только эндоскопическая резекция или Абляция или Эндоскопическая резекция с последующей абляцией	Наблюдение для выявления возможного рецидива. - Сбор анамнеза и физикальный осмотр каждые 3–6 месяцев в течение 1–2 лет, затем каждые 6–12 месяцев в течение 3–5 лет, а затем один раз в год. - Эндоскопия верхних отделов ЖКТ каждые 3 месяца в течение первого года, затем каждые 6 месяцев в течение второго года, а затем один раз в год. - Анализы крови по мере необходимости
T1a		Только эндоскопическая резекция или Эндоскопическая резекция с последующей абляцией	

Справочная таблица 11. Хирургическое лечение раннего плоскоклеточного рака
Опухоли Tis, T1a и T1b без поражения лимфатических узлов

Результаты операции	Следующий этап лечения			Дальнейшие действия
Опухоль удалена полностью				Последующее наблюдение
Небольшая часть опухоли осталась		Химиолучевая терапия		Последующее наблюдение
Значительная часть опухоли осталась или опухоль далеко распространилась		Химиолучевая терапия или		Последующее наблюдение
		Симптоматическая терапия		См. подраздел <i>Метастатический рак</i>

Операция невозможна

Для лечения тех пациентов с ранними стадиями рака, которых нельзя оперировать, применяют эндоскопические методы. В любом случае при выборе варианта лечения опухолей Tis и T1a эксперты NCCN отдают предпочтение эндоскопическим методам по сравнению с операцией у большинства пациентов. В [справочной таблице 12](#) приведены варианты лечения для пациентов, которых нельзя оперировать.

Справочная таблица 12. Лечение раннего плоскоклеточного рака у пациентов, которых нельзя оперировать

Опухоль	Вид эндоскопического вмешательства	Дальнейшие действия
Tis	 Только эндоскопическая резекция или Абляция или Эндоскопическая резекция с последующей абляцией	 Последующее наблюдение
T1a	 Только эндоскопическая резекция или Эндоскопическая резекция с последующей абляцией	 Последующее наблюдение
T1b без поражения лимфатических узлов	 Только эндоскопическая резекция или Эндоскопическая резекция с последующей абляцией	 Последующее наблюдение или Химиолучевая терапия (для некоторых пациентов)

Операция возможна

Операция возможна

В этом подразделе представлены варианты лечения опухолей T1b, T2, T3 и T4a в тех случаях, когда подтверждено или предполагается поражение соседних лимфатических узлов. Есть несколько вариантов лечения таких опухолей у пациентов, состояние которых позволяет их оперировать. Эти варианты перечислены ниже.

- **Химиолучевая терапия, затем операция (если будет возможна).** При этом подходе сначала проводят химиолучевую терапию, чтобы уменьшить размеры опухоли перед операцией. Такая химиолучевая терапия называется предоперационной. Затем, если операция будет возможна, хирургическим путем удаляют ту часть пищевода, где находится опухоль. Такой вариант лечения подходит для опухолей, которые не расположены близко к шее. См. описание этого варианта лечения в [справочной таблице 13](#).
- **Операция (эзофагэктомия).** Хирургическая операция может быть одним из вариантов первичного лечения для некоторых опухолей T1b и T2. Есть несколько условий, от которых зависит возможность проведения операции в качестве первичного лечения (см. ниже). Хирургическое лечение опухолей T1b и T2 представлено в [справочной таблице 14](#).
 - Опухоль T1b или T2 должна быть очень маленькой и не должна располагаться близко к шее.
 - Опухолевые клетки не должны сильно отличаться от нормальных клеток (это говорит о том, что опухоль, скорее всего, будет расти и распространяться медленно).
 - Не должно быть поражения лимфатических узлов.
- **Только химиолучевая терапия.** Химиолучевая терапия, применяемая в качестве самостоятельного метода с целью полного излечения от опухоли, называется радикальной.

Радикальная химиотерапия может быть оптимальным вариантом лечения в следующих случаях:

- если опухоль расположена в области шеи;
- если состояние пациента позволяет его оперировать, но он не согласен на операцию.

К категории T4b относятся самые крупные опухоли пищевода. Это опухоли, которые проросли через все 4 слоя стенки пищевода и распространились на соседние важные органы, например, на трахею или аорту. Для лечения опухолей T4b в большинстве случаев применяют радикальную химиолучевую терапию. В зависимости от результатов химиолучевой терапии принимают решение о проведении операции.

Если опухоль распространилась на трахею, сердце или крупные сосуды, по которым кровь поступает в сердце или выходит из него, то более подходящим вариантом может быть химиотерапия без облучения. В каждом конкретном случае врач будет решать, какой вариант лечения подойдет лучше — радикальная химиолучевая терапия или только химиотерапия. Лечение плоскоклеточного рака в случае опухоли T4b представлено в [справочной таблице 15](#).

Операция невозможна

Если врачи считают, что по состоянию здоровья вы не сможете выдержать операцию, существуют другие варианты лечения. Если ваше состояние позволяет провести химиолучевую терапию, то этот вариант будет наилучшим. После этого можно будет перейти к программе наблюдения.

Если химиолучевая терапия вам не по силам, скорее всего, вам назначат симптоматическую терапию. Еще один вариант — лучевая терапия в качестве самостоятельного метода лечения перед началом симптоматической терапии. Лучевую терапию, которая проводится на этой стадии, врачи называют паллиативной. Цель такой лучевой терапии не излечение от опухоли, а облегчение или предотвращение вызываемых опухолью симптомов. Такая терапия может улучшить качество жизни.

Справочная таблица 13. Предоперационная химиолучевая терапия при инвазивном плоскоклеточном раке

Опухоли T1b, T2, T3 и T4a

Результат химиолучевой терапии	Следующий этап лечения	Результат операции	Дальнейшие действия
Нет признаков рака	Операция	Опухоль удалена полностью	Последующее наблюдение
		Небольшая часть опухоли осталась	Последующее наблюдение ИЛИ Симптоматическая терапия
		Значительная часть опухоли осталась или опухоль далеко распространилась	Последующее наблюдение ИЛИ Симптоматическая терапия
	Последующее наблюдение		Последующее наблюдение
Опухоль осталась на том же месте	Хирургическое лечение (предпочтительный вариант по мнению NCCN)	Опухоль удалена полностью	Последующее наблюдение
		Небольшая часть опухоли осталась	Последующее наблюдение ИЛИ Симптоматическая терапия
		Значительная часть опухоли осталась или опухоль далеко распространилась	Последующее наблюдение ИЛИ Симптоматическая терапия
	Симптоматическая терапия		См. подраздел <i>Метастатический рак</i>
Опухоль нельзя удалить хирургическим путем ИЛИ она далеко распространилась	Симптоматическая терапия		См. подраздел <i>Метастатический рак</i>

Справочная таблица 14. Хирургическое лечение отдельных случаев плоскоклеточного рака T1b/T2

Вид лечения	Результат операции	Следующий этап лечения	Дальнейшие действия
Операция (эзофагэктомия)	Опухоль удалена полностью	→	Последующее наблюдение
	Небольшая часть опухоли осталась	→ Химиолучевая терапия	→ Последующее наблюдение
	Значительная часть опухоли осталась или опухоль далеко распространилась	→ Химиолучевая терапия	→ Последующее наблюдение
		или → Симптоматическая терапия	→ См. подраздел <i>Метастатический рак</i>

Справочная таблица 15. Лечение плоскоклеточного рака в случае опухоли T4b

Вид лечения	Результат химиолучевой терапии	Следующий этап лечения	Дальнейшие действия
Радикальная химиолучевая терапия	Нет признаков рака	→	Последующее наблюдение
	Опухоль осталась на месте	→ Хирургическое лечение	→ Последующее наблюдение
		→ Симптоматическая терапия	→ См. подраздел <i>Метастатический рак</i>
	Опухоль далеко распространилась	→ Симптоматическая терапия	→ См. подраздел <i>Метастатический рак</i>
Химиотерапия (для некоторых пациентов)	→	→ Симптоматическая терапия	→ См. подраздел <i>Метастатический рак</i>

Последующее наблюдение после завершения лечения

Период последующего наблюдения начинается после того, как в результате лечения в организме не останется признаков рака. В [справочной таблице 16](#) перечислены контрольные обследования и процедуры в период наблюдения после лечения инвазивного плоскоклеточного рака пищевода. Необходимость в обследовании методами лучевой диагностики зависит от стадии рака и от предшествующего лечения. Во всех случаях инвазивного рака необходимо регулярное обновление анамнеза и проведение физикального осмотра.

Анализ крови выполняют только при необходимости. Иногда в результате проведенной операции и лучевой терапии происходит сужение пищевода. Из-за этого могут возникнуть затруднения при глотании. В таких случаях проводят процедуру по расширению просвета пищевода с помощью небольшого надувного баллона или трубки, которые вводят в пищевод до места сужения. После завершения лечения полезно также проконсультироваться

с врачом-диетологом, чтобы проверить, полноценный ли у вас рацион и достаточно ли в нем здоровой пищи.

Контроль отсроченных последствий

Рак пищевода и проведенное лечение могут иметь последствия, которые проявляются далеко не сразу. Такие отсроченные побочные эффекты могут быть просто неприятными (например, изжога), а могут быть и очень серьезными (например, повреждение сердца в результате химиотерапии). Важно, чтобы вы знали о возможных побочных эффектах и могли обсудить их со своим врачом. В [справочной таблице 17](#) перечислены возможные побочные эффекты и способы, которыми вы или ваш врач можете их контролировать.

После перенесенного онкологического заболевания очень важно постараться поддерживать как можно более высокий уровень здоровья. Ваш врач расскажет вам о том, что вы можете сделать для своего оздоровления и сохранения этого состояния надолго.

Справочная таблица 16. Последующее наблюдение при инвазивном плоскоклеточном раке

Размер опухоли	Полученное лечение	Контрольные обследования и процедуры
• T2 • T3 • T4a • T4b	Химиотерапия и лучевая терапия БЕЗ операции	• Сбор анамнеза и физикальный осмотр каждые 3–6 месяцев в течение 1–2 лет, затем каждые 6–12 месяцев в течение 3–5 лет, а затем один раз в год. • Эндоскопия верхних отделов ЖКТ каждые 3–6 месяцев в течение первых 2 лет, затем каждые 6 месяцев в течение третьего года, а затем по мере необходимости. • Возможно также проведение КТ каждые 6 месяцев в течение первых 2 лет. • Расширение пищевода (при необходимости). • Анализ крови по мере необходимости. • Исследования для проверки полноценности питания
• T2 • T3 • T4a • T4b	Химиотерапия, лучевая терапия и операция	• Сбор анамнеза и физикальный осмотр каждые 3–6 месяцев в течение 1–2 лет, затем каждые 6–12 месяцев в течение 3–5 лет, а затем один раз в год. • Возможно проведение КТ каждые 6 месяцев в течение первых 2 лет. • Расширение пищевода (при необходимости). • Анализ крови по мере необходимости. • Исследования для проверки полноценности питания

Справочная таблица 17. Контроль отсроченных последствий после лечения инвазивного плоскоклеточного рака

Возможные проблемы или побочные эффекты	Что можете сделать вы или ваш врач
Слишком большая потеря веса или недостаточное поступление питательных веществ	В первые 6 месяцев после операции часто наблюдается потеря веса из-за недостаточного питания. Это значит, что вы, возможно, не получаете достаточно питательных веществ. Ниже указано, что может сделать ваш врач. • Следить за вашим весом и питанием. • Назначить анализы для проверки уровней витамина В, фолиевой кислоты, витамина D и кальция. • Направить вас к врачу-диетологу. • Расспросить вас о других аспектах вашего физического и эмоционального состояния, которые могут влиять на ваше питание
Пища недостаточно быстро проходит в кишечник (замедленное опорожнение желудка)	• Попробуйте принимать пищу 5 раз в день <u>маленькими</u> порциями. • Старайтесь не есть много пищи, богатой клетчаткой и жирами. • Если эти симптомы повторяются снова и снова, врач может направить вас к специалисту по нарушениям пищеварения
Пища слишком быстро проходит в кишечник (демпинг-синдром)	• Принимайте пищу 5 раз в день <u>маленькими</u> порциями. • Старайтесь включать в свой рацион больше белка и клетчатки. Не ешьте много сладкого — кондитерских изделий, печенья, сладких хлопьев. • Старайтесь не пить ничего во время приема пищи
Симптомы гастроэзофагеального рефлюкса (изжога)	• Старайтесь не лежать после еды. • Для сна используйте клиновидную (треугольную) подушку из вспененного материала и старайтесь не спать в положении, когда все тело находится в одной плоскости. • Некоторым пациентам помогают избавиться от изжоги препараты из группы ингибиторов протонной помпы
Затруднения при глотании после операции	Сообщите своему врачу, если у вас есть затруднения при глотании. Врач постарается выяснить, в чем причина этой проблемы. Возможно, есть способы ее устранить
Сахарный диабет или высокое артериальное давление	• В течение нескольких месяцев после операции артериальное давление и содержание сахара в крови могут снижаться из-за потери веса. Поэтому врачи будут наблюдать за вашими показателями, чтобы при необходимости изменить режим приема ваших обычных препаратов или отменить их совсем
Повреждение сердца из-за облучения	• Врач-онколог и врач общей практики должны действовать сообща, чтобы контролировать риск нарушений со стороны сердца и принимать необходимые меры. Артериальная гипертензия, сахарный диабет, высокий уровень холестерина и ожирение могут повысить риск заболеваний сердца. • Вас могут направить к кардиологу
Повреждение нервов из-за химиотерапии	Последствиями химиотерапии могут быть боль, онемение, покалывание или повышенная чувствительность кистей и стоп. При сильной невралгии может помочь препарат под названием дулоксетин
Упадок сил	• Старайтесь заниматься физическими упражнениями, когда у вас есть силы, и отдыхать, когда вы чувствуете в этом потребность. • Врач может расспросить вас о других аспектах вашего физического и эмоционального состояния, которые могут вызывать усталость

Самые важные шаги, которые помогут вам жить здоровой жизнью, указаны ниже.

- Будьте активны! Старайтесь заниматься физическими упражнениями не реже 4 раз в неделю.
- Ешьте здоровую пищу, включайте в свой рацион побольше фруктов и овощей.
- Чем меньше вы будете пить алкогольных напитков, тем лучше.
- Если вы курите, постарайтесь отказаться от этой привычки!

Правильное питание и физическая активность помогут вам сохранять нормальный вес, который очень важен для общего здоровья. Некоторые из нарушений, перечисленных в справочной таблице 17, могут помешать вам быть настолько активным или настолько здоровым, как вам хотелось бы. Врач расскажет вам о том, как действовать, чтобы справиться с побочными эффектами, которые могли у вас появиться.

Когда ваше лечение закончится, важную роль в поддержании здоровья на протяжении всей дальнейшей жизни будет играть ваш врач общей практики. Врачи-онкологи, которые занимались вашим лечением, и ваш врач общей практики будут действовать сообща, чтобы все аспекты вашего здоровья были под контролем. Вам будут оказывать не только онкологическую, но и другую медицинскую помощь. Все ваши врачи знают, что вам необходимо постоянно проходить скрининг на другие виды рака, часто встречающиеся у взрослых, такие как рак легкого, рак предстательной железы, рак ободочной кишки и рак молочной железы.

Рецидив

Возвращение заболевания после периода, когда признаки рака отсутствовали, называется рецидивом. В [справочной таблице 18](#) перечислены варианты лечения рака в случае рецидива в период последующего наблюдения. Выбор варианта лечения вновь появившейся опухоли зависит от двух вещей:

- от места, где вновь появилась опухоль;
- от того, какое лечение уже проводилось.

Если опухоль вновь появилась в области пищевода, рецидив называют местно-распространенным. Порядок лечения такого рецидива представлен в справочной таблице 18.

Если вновь появившаяся опухоль находится в другой части тела далеко от пищевода, рецидив называют метастатическим. Об этом типе рецидива рассказано ниже в подразделе *Метастатический рак*.

Метастатический рак

Если никакие методы лечения не позволяют добиться полного излечения и опухоль распространилась на другие части тела, рак называется метастатическим. При выборе варианта лечения при такой форме заболевания учитывают общее состояние пациента, то есть его способность к повседневной деятельности. Общее состояние пациентов врачи оценивают по одной из двух шкал.

Шкала ECOG, составленная Восточной объединенной онкологической группой (англ. **E**astern **C**ooperative **O**ncology **G**roup):

- «0 баллов» — пациент полностью активен.
- «1 балл» — пациент полностью справляется с самообслуживанием, но ему трудно выполнять тяжелую физическую работу.
- «2 балла» — пациент способен к самообслуживанию и большую часть времени бодрствования проводит не в постели, но никакую работу выполнять не может.
- «3 балла» — пациент не способен полностью справиться с самообслуживанием, не может выполнять никакую работу и большую часть времени бодрствования проводит в постели.
- «4 балла» — пациент полностью зависит от посторонней помощи.

Шкала Карновского:

- Индекс от 0 до 49 % — пациент не способен себя обслуживать.
- Индекс от 50 до 79 % — пациент не может работать и частично нуждается в помощи.

- Индекс от 80 до 100 % — у пациента сохраняется нормальная активность.

Основные варианты лечения метастатического рака — это симптоматическая терапия, называемая также паллиативной помощью, и химиотерапия. Выбор варианта определяется общим состоянием пациента (способностью к повседневной деятельности). Симптоматическая терапия подходит всем пациентам с метастатическим раком. Если состояние здоровья не накладывает серьезных

ограничений на повседневную деятельность, подходящим вариантом также может быть химиотерапия, направленная на замедление роста опухоли (см. [справочную таблицу 19](#)). Химиотерапия и симптоматическая терапия при метастатических формах рака описаны ниже.

Справочная таблица 18. Рецидив плоскоклеточного рака в области пищевода

Предшествующее лечение		Варианты дальнейшего лечения			Что дальше?	
Операция без химиолучевой терапии			Химиолучевая терапия		КТ-сканирование	Последующее наблюдение. В случае рецидива — переход к симптоматической терапии
			или			
			Операция			
			или			
			Только химиотерапия			
			или			
			Симптоматическая терапия			
Химиолучевая терапия без операции	Операция возможна		Операция		КТ-сканирование	Последующее наблюдение. В случае рецидива — переход к симптоматической терапии
	Операция невозможна		Симптоматическая терапия			См. <i>Метастатический рак</i>

Справочная таблица 19. Лечение при метастатическом плоскоклеточном раке

Общее состояние	Варианты лечения
Индекс Карновского 60 % и выше или 0, 1 или 2 балла по шкале ECOG	• Химиотерапия для замедления роста опухоли • Симптоматическая терапия • Клинические исследования
Индекс Карновского от 0 до 59 % или 3 или 4 балла по шкале ECOG	• Симптоматическая терапия • Клинические исследования

Химиотерапия при метастатическом раке

Если состояние здоровья не накладывает серьезных ограничений на повседневную деятельность, вариантом выбора может быть химиотерапия, направленная на замедление роста опухоли. Ваш врач выберет подходящий режим химиотерапии с учетом вашего состояния здоровья и возможных побочных эффектов такого лечения. Режимы, состоящие из двух препаратов, как правило, дают менее тяжелые побочные эффекты, чем трехкомпонентные. Если вы получаете 5-ФУ, вам могут дополнительно назначить лейковорин для ослабления побочных эффектов этого препарата. Врачи будут регулярно оценивать проявления побочных эффектов независимо от выбранного режима химиотерапии.

Если опухоль не отвечает на терапию первой линии, врач может назначить другой режим лечения. Какой режим будет для вас оптимальным, зависит от предшествующего лечения и вашего состояния здоровья. Большинство режимов, считающихся предпочтительными, в ходе клинических исследований лучше сдерживали рост опухоли, чем другие сочетания препаратов.

Симптоматическая терапия

Поскольку опухоль на этой стадии не поддается излечению, цель симптоматической терапии — уменьшить неприятные ощущения и постараться сдержать прогрессирование заболевания. Симптоматическая терапия помогает продлить жизнь, наладить питание и улучшить общее самочувствие. Если речь идет о метастатическом раке, симптоматическую терапию часто называют паллиативной помощью.

Пациенты с более ранними стадиями тоже получают симптоматическую терапию. Некоторые возможности симптоматической терапии, такие как ослабление и предотвращение симптомов, полезны людям с любой стадией рака пищевода. О мерах по контролю симптомов подробнее рассказано ниже.

Только симптоматическая терапия (без химиотерапии) — вариант для пациентов с 3 и более баллами по шкале ECOG и индексом Карновского меньше 60 %. Вы можете получить и другие виды помощи, направленной на улучшение качества жизни. Читайте ниже о том, как можно справляться с симптомами.

Помощь при наличии симптомов

Само онкологическое заболевание и применяемые для его лечения методы могут вызывать неприятные, а иногда и опасные симптомы. Один из наиболее частых симптомов при раке пищевода — проблемы с прохождением пищи в желудок. Такое состояние называется дисфагией. Ваш врач расспросит, какую пищу вы можете проглатывать, а какую нет, и постарается выяснить причину дисфагии.

Часто дисфагия возникает из-за того, что опухоль перекрывает просвет пищевода и препятствует прохождению пищи. Но иногда причиной дисфагии бывает воздействие опухоли на мышцы пищевода или образование рубцов в результате облучения. Лечение дисфагии зависит от ее причины. Возможные варианты в случае перекрытия просвета пищевода опухолью описаны в следующем подразделе.

Кровотечение — еще один распространенный симптом, встречающийся, однако, не так часто, как дисфагия. Причинами кровотечения могут быть как сама опухоль, так и противоопухолевое лечение. Остановить кровотечение из поверхностных слоев опухоли можно с помощью эндоскопических методов, основанных на воздействии высоких и низких температур, лазерного излучения или инъекций. Дистанционная лучевая терапия позволяет остановить постоянную кровопотерю.

К числу других симптомов, связанных с раком пищевода, относятся боль и тошнота, которая может сопровождаться рвотой. Причиной появления этих симптомов тоже может быть перекрытие опухолью просвета пищевода. Возможные варианты лечения в такой ситуации описаны в следующем подразделе. Для ослабления боли можно применять лучевую терапию, химиотерапию и обезболивающие средства. Устранить тошноту и рвоту можно с помощью лекарственных средств и других методов.

У вас могут появиться и другие симптомы, которые здесь не описаны. Обсудите свои симптомы с врачами, которые занимаются вашим лечением. Возможно, есть способы улучшить ваше самочувствие.

Перекрытие просвета пищевода

Опухоль может препятствовать прохождению по пищеводу твердой пищи и жидкостей. Лечение в этом случае зависит от того, насколько перекрыт просвет пищевода.

При **полной непроходимости** пищевода через него не проходят ни пища, ни жидкости. Возможные варианты лечения в такой ситуации — эндоскопические вмешательства, лучевая терапия, химиотерапия и в некоторых случаях операция. Два эндоскопических метода — балонная дилатация и стентирование — описаны ниже. Если проводят облучение, то это обычно дистанционная лучевая терапия, хотя в некоторых случаях возможна и брахитерапия (внутреннее облучение). Кроме того, возможна установка зонда для питания, обеспечивающего поступление достаточного количества питательных веществ.

При **значительном перекрытии просвета** через пищевод может проходить только жидкость. Один из вариантов лечения этого состояния — расширение просвета пищевода (балонная дилатация). Для этого используют небольшой надувной баллон или трубку, которые вводят через глотку в пищевод до места сужения.

Еще один вариант лечения в такой ситуации — установка стента (стентирование). Стент представляет собой тонкую металлическую или пластиковую трубку. Его вводят в пищевод с помощью эндоскопических инструментов, пока пациент находится под действием седативных препаратов. Установленный стент расширяет просвет пищевода и остается на месте, чтобы пища могла свободно проходить через этот участок. Стентирование не проводят, если пациенту можно провести хирургическое лечение рака.

Другие варианты лечения при значительном сужении пищевода аналогичны применяемым в случае полной непроходимости. Дистанционная и внутренняя лучевая терапия эффективно устраняют перекрытие просвета пищевода. Облегчение симптомов при облучении происходит медленнее, зато эффект сохраняется дольше, чем в случае эндоскопических вмешательств.

При **частичном перекрытии просвета** через пищевод проходят жидкости и полутвердая пища, например яблочное пюре и мягкий творог. Варианты лечения при частичном перекрытии просвета аналогичны применяемым в случае полной непроходимости пищевода или значительном его сужении.

Клинические исследования

Клинические исследования — это научные исследования с участием людей, направленные на изучение новых методов диагностики и лечения. Эксперты NCCN считают, что именно в ходе клинических исследований онкологические пациенты могут получить максимально эффективное лечение. Узнайте у врачей, которые занимаются вашим лечением, открыт ли в настоящее время набор в какое-нибудь клиническое исследование, в котором вы могли бы принять участие. Более подробно клинические исследования обсуждаются в конце раздела 4. Вы можете воспользоваться списком веб-сайтов в разделе 7, чтобы найти подходящие клинические исследования, которые проводятся поблизости.

Краткое содержание

- По мнению экспертов NCCN, в большинстве случаев при опухолях Tis и T1a предпочтительны эндоскопические вмешательства, а не операция. Операцию можно рассматривать в качестве варианта, если опухоль Tis или T1a занимает большую площадь или если врач не считает, что эндоскопическое вмешательство будет эффективным.
- Если нет поражения соседних лимфатических узлов, для лечения опухолей T1b рекомендуется операция. После операции вам могут назначить химиотерапию в сочетании с облучением (химиолучевую терапию), чтобы уничтожить все оставшиеся опухолевые клетки.
- Основные методы лечения инвазивного плоскоклеточного рака при локализации не в области шеи — химиолучевая терапия, а затем операция. Только химиолучевая терапия без операции подходит тем пациентам, у которых опухоль расположена в области шеи, а также тем, кого нельзя оперировать или кто не согласен на операцию.
- В большинстве случаев при опухолях T4b проводят химиолучевую терапию, направленную на полное излечение. Только химиотерапия без облучения может быть подходящим вариантом для некоторых пациентов в случае распространения опухоли на важные органы.
- Если опухоль расположена в области шеи, лечение нельзя начинать с операции. В таких случаях проводят радикальную химиолучевую терапию, направленную на полное излечение от опухоли.
- После того как в результате лечения в организме не останется никаких признаков рака, начинается период последующего наблюдения. Помимо прочего, в этот период проводят контрольные обследования для своевременного выявления рецидива.
- Если рецидив появляется в области пищевода или в том месте, где пищевод находился до операции, есть вероятность полного излечения с помощью новой операции или химиолучевой терапии.
- Если опухоль не поддается лечению, состояние можно улучшить за счет симптоматической терапии. Кроме того, некоторым пациентам с метастатическим плоскоклеточным раком можно проводить химиотерапию для замедления роста опухоли. Еще один вариант — участие в клинических исследованиях, которое настоятельно рекомендует NCCN.

6

Справочник по методам лечения: аденокарцинома

59	Ранние стадии
62	Инвазивный рак
69	Рецидив
69	Метастатический рак
72	Краткое содержание



В этом разделе последовательно представлены варианты лечения аденокарциномы пищевода. Все варианты сгруппированы по степени распространенности рака. Врачи могут предложить вам другие варианты, помимо перечисленных, с учетом вашего состояния здоровья и личных пожеланий.

Ранние стадии

Прежде всего врачи должны определить, возможно ли в вашем случае хирургическое лечение (операция). Для этого им нужно оценить состояние легких, сердца и уровень потребления питательных веществ (нутритивный статус). Перед началом любого лечения все члены врачебной команды должны высказать свое мнение о характере заболевания и о вариантах лечения. Если они сочтут, что вы слишком слабы для некоторых видов лечения, вам, возможно, придется получать питание через зонд. Это поможет вам набраться сил для дальнейшего лечения.

Операция возможна

В этом разделе представлены варианты лечения ранних стадий аденокарциномы пищевода у пациентов, которых можно оперировать. Перечисленные здесь варианты подходят для тех случаев, когда опухоль не проросла дальше второго слоя стенки пищевода и не распространилась на соседние лимфатические узлы. К этой категории относятся указанные ниже опухоли.

- Tis (измененные клетки, из которых может развиваться рак).
- T1a.
- T1b (поверхностные опухоли).
- T1b (опухоли без поражения лимфатических узлов).

Опухоли Tis и T1a

Эксперты NCCN считают, что в большинстве таких случаев предпочтительны эндоскопические вмешательства. К эндоскопическим вмешательствам относятся эндоскопическая резекция (ЭПД и ЭРС) и абляция. Эндоскопическое лечение опухолей Tis и T1a представлено в [справочной таблице 22](#).



КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Аденокарцинома пищевода

- ✓ Наиболее часто встречающийся тип рака пищевода в США.
- ✓ Обычно опухоль находится в нижней части пищевода рядом с желудком.
- ✓ Чаще встречается у мужчин, чем у женщин.
- ✓ К факторам риска относятся ожирение, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и пищевод Баррета.

Некоторым пациентам показано хирургическое лечение (эзофагэктомия). Операция может быть оптимальным вариантом, если опухоль Tis или T1a занимает большую площадь или если врачи предполагают, что эндоскопические вмешательства не позволят достичь нужного результата. В [справочной таблице 23](#) показаны принципы хирургического лечения ранних стадий аденокарциномы.

Справочная таблица 20. Эндоскопическое лечение ранних стадий аденокарциномы

Опухоль	Варианты эндоскопического лечения	Что дальше?
Tis	 - Только эндоскопическая резекция ИЛИ - Абляция ИЛИ - Эндоскопическая резекция с последующей абляцией	 - Наблюдение для выявления возможного рецидива. - Сбор анамнеза и физикальный осмотр каждые 3–6 месяцев в течение 1–2 лет, затем каждые 6–12 месяцев в течение 3–5 лет, а затем один раз в год. - Эндоскопия верхних отделов ЖКТ каждые 3 месяца в течение первого года, затем каждые 6 месяцев в течение второго года, а затем один раз в год. - Анализы крови по мере необходимости
T1a	 - Только эндоскопическая резекция ИЛИ - Эндоскопическая резекция с последующей абляцией	
T1b (поверхностные опухоли)	 Эндоскопическая резекция с последующей абляцией	 - Наблюдение для выявления возможного рецидива. - Эндоскопия верхних отделов ЖКТ каждые 3 месяца в течение первого года, затем каждые 4–6 месяцев в течение второго года, а затем один раз в год. - Эндоскопическое УЗИ можно выполнять вместе с эндоскопией верхних отделов ЖКТ. - Кроме того, некоторым пациентам проводят КТ-сканирование один раз в год в течение 3 лет, а затем по мере необходимости. - Анализы крови по мере необходимости

Опухоли T1b

Выбор варианта лечения опухоли T1b зависит от нескольких вещей:

- от того, насколько глубоко проникла опухоль во второй слой стенки пищевода;
- от того, выявило ли эндоскопическое УЗИ опухолевое поражение соседних лимфатических узлов.

Если опухоль совсем чуть-чуть вросла во второй слой стенки, ее называют поверхностной опухолью T1b. Поверхностные опухоли T1b лечат так же, как опухоли Tis и T1a. Подходящим вариантом в этом случае может быть эндоскопическое вмешательство ([справочная таблица 20](#)) или операция ([справочная таблица 21](#)).

Опухоли T1b, которые нельзя отнести к поверхностным, лечат по-другому. Основное отличие состоит в том, что эндоскопические методы в этом случае не подходят. Если эндоскопическое УЗИ не выявило метастазов в лимфатических узлах, рекомендуется хирургическое лечение. Лечение опухолей T1b без поражения лимфатических узлов показано в [справочной таблице 22](#).

Операция невозможна

Для лечения тех пациентов с ранними стадиями рака, которых нельзя оперировать, применяют эндоскопические методы. В любом случае при выборе варианта лечения опухолей Tis и T1a эксперты NCCN отдадут предпочтение эндоскопическим методам по сравнению с операцией у большинства пациентов. В справочной таблице 20 приведены варианты лечения для пациентов, которых нельзя оперировать.

Справочная таблица 21. Хирургическое лечение ранних стадий аденокарциномы
Опухоли Tis, T1a и поверхностные опухоли T1b

Результаты операции	Следующий этап лечения			Что дальше?
Опухоль удалена полностью, не обнаружено поражения лимфатических узлов	→			Последующее наблюдение
Опухоль удалена полностью, обнаружено поражение лимфатических узлов	↩	Химиолучевая терапия ИЛИ Только химиотерапия	→	Последующее наблюдение
Небольшая часть опухоли осталась	→	Химиолучевая терапия	→	Последующее наблюдение
Значительная часть опухоли осталась или опухоль далеко распространилась	↩	Химиолучевая терапия ИЛИ Симптоматическая терапия	→	Последующее наблюдение
				См. подраздел <i>Метастатический рак</i>

Справочная таблица 22. Лечение аденокарциномы T1b без поражения
лимфатических узлов

Лечение	Результаты операции		Следующий этап лечения		Что дальше?
Операция	↩	Нет пораже- ния лимфати- ческих узлов	→		Последующее наблюдение
		Поражение лимфатиче- ских узлов	↩	Химиолучевая терапия Химиотерапия	→ → Последующее наблюдение
	↩	Небольшая часть опухоли осталась	→	Химиолучевая терапия	→ Последующее наблюдение
	↩	Значительная часть опухоли осталась или опухоль далеко распространилась	↩	Химиолучевая терапия Симптоматическая терапия	→ → Последующее наблюдение См. подраздел <i>Метастатический рак</i>

Инвазивный рак

Операция возможна

Опухоли T1b, T2, T3 и T4a

В этом подразделе представлены варианты лечения опухолей T1b, T2, T3 и T4a в тех случаях, когда подтверждено или предполагается поражение соседних лимфатических узлов. Есть несколько вариантов первичного лечения инвазивной аденокарциномы у пациентов, которых можно оперировать по состоянию здоровья.

- **Химиолучевая терапия, затем операция (если будет возможна).** Эксперты NCCN отдают предпочтение этому варианту. Его описание приведено в [справочной таблице 23](#).
- **Химиотерапия, затем операция и снова химиотерапия.** Еще один вариант — химиотерапия до и после операции. Такой режим лечения называется периоперационной химиотерапией. Последовательность шагов при таком варианте лечения показана в справочной таблице 24.
- **Химиотерапия, затем операция.** Возможен вариант, когда химиотерапию проводят только перед операцией, а не до и после нее. Такой режим лечения называется предоперационной химиотерапией. Этот вариант также описан в [справочной таблице 24](#).
- **Операция (эзофагэктомия).** Хирургическая операция может быть одним из вариантов первичного лечения при некоторых опухолях T1b и T2. Есть несколько условий, от которых зависит возможность проведения операции в качестве первичного лечения (см. ниже). Последовательность шагов при таком варианте лечения показана в [справочной таблице 25](#).
 - Опухоль T1b или T2 должна быть очень маленькой.
 - Опухолевые клетки не должны сильно отличаться от нормальных клеток (признак того, что опухоль, скорее всего, будет расти и распространяться медленно).
 - Не должно быть поражения лимфатических узлов.

- **Только химиолучевая терапия (без операции).** Химиолучевая терапия, применяемая в качестве самостоятельного метода для полного излечения от опухоли, называется радикальной. Такой вариант подходит для пациентов, которых можно оперировать по состоянию здоровья, но они не согласны на операцию.

Опухоли T4b

К категории T4b относятся самые крупные опухоли пищевода. Это опухоли, которые проросли через все 4 слоя стенки пищевода и распространились на соседние важные органы, например, на трахею или аорту. В большинстве случаев при опухолях T4b проводят радикальную химиолучевую терапию, направленную на полное излечение. В зависимости от результатов химиолучевой терапии принимают решение о проведении операции.

Если опухоль распространилась на трахею, сердце или крупные сосуды, по которым кровь поступает в сердце или выходит из него, то более подходящим вариантом может быть химиотерапия без облучения. В каждом конкретном случае врач будет решать, какой вариант лечения подойдет лучше — радикальная химиолучевая терапия или только химиотерапия.

Лечение опухолей T4b у пациентов, которых можно оперировать по состоянию здоровья, рассматривается в [справочной таблице 26](#).

Справочная таблица 23. Предоперационная химиолучевая терапия инвазивных аденокарцином

Опухоли T1b, T2, T3 и T4a

Результат химиолучевой терапии	Следующий этап лечения	Результат операции	Что дальше?
Нет признаков рака	Операция (предпочтительный вариант по мнению NCCN)	Опухоль удалена полностью	Последующее наблюдение
		Небольшая часть опухоли осталась	Последующее наблюдение ИЛИ Возможна еще одна операция
		Значительная часть опухоли осталась ИЛИ опухоль далеко распространилась	Симптоматическая терапия (см. подраздел <i>Метастатический рак</i>)
	Последующее наблюдение		Последующее наблюдение
Опухоль осталась на том же месте	Операция (предпочтительный вариант по мнению NCCN)	Опухоль удалена полностью	Последующее наблюдение
		Небольшая часть опухоли осталась	Последующее наблюдение ИЛИ Возможна еще одна операция
		Значительная часть опухоли осталась ИЛИ опухоль далеко распространилась	Симптоматическая терапия (см. подраздел <i>Метастатический рак</i>)
	Симптоматическая терапия		См. <i>Метастатический рак</i>
Опухоль нельзя удалить хирургическим путем ИЛИ она далеко распространилась	Симптоматическая терапия		См. <i>Метастатический рак</i>

Справочная таблица 24. Лечение инвазивного рака с помощью химиотерапии с последующей операцией

Первичное лечение	Результат операции	Следующий этап лечения	Что дальше?
Химиотерапия, затем операция	Опухоль удалена полностью, не обнаружено поражения лимфатических узлов	Наблюдение	Последующее наблюдение
		Химиотерапия (если применяется в периперационном режиме)	
	Опухоль удалена полностью, обнаружено поражение лимфатических узлов	Наблюдение	Последующее наблюдение
		Химиолучевая терапия	
		Химиотерапия (если применяется в периперационном режиме)	
	Небольшая часть опухоли осталась	Химиолучевая терапия	Последующее наблюдение
	Значительная часть опухоли осталась или опухоль далеко распространилась	Химиолучевая терапия	Последующее наблюдение
		ИЛИ Симптоматическая терапия	См. <i>Метастатический рак</i>

Справочная таблица 25. Хирургическое лечение отдельных случаев аденокарцином T1b/T2

Метод лечения	Результат операции		Следующий этап лечения	Что дальше?	
Операция (эзофагэктомия)		Опухоль удалена полностью, не обнаружено поражения лимфатических узлов	→	Опухоли T1b: наблюдение	Последующее наблюдение
			→	Опухоли T2: наблюдение ИЛИ химиолучевая терапия в некоторых случаях	
		Опухоль удалена полностью, обнаружено поражение лимфатических узлов		Химиолучевая терапия	Последующее наблюдение
		Химиотерапия			
		Небольшая часть опухоли осталась	→	Химиолучевая терапия	Последующее наблюдение
		Значительная часть опухоли осталась или опухоль далеко распространилась		Химиолучевая терапия	Последующее наблюдение
Симптоматическая терапия	См. подраздел <i>Метастатический рак</i>				

Справочная таблица 26. Лечение аденокарцином T4b

Метод лечения	Результат химиолучевой терапии		Следующий этап лечения	Что дальше?
Радикальная химиолучевая терапия		Нет признаков рака	→	Последующее наблюдение
		Опухоль осталась на том же месте		Последующее наблюдение
		Опухоль далеко распространилась	→ Симптоматическая терапия	См. <i>Метастатический рак</i>
Химиотерапия (для некоторых пациентов)	→		Симптоматическая терапия	См. <i>Метастатический рак</i>

Операция невозможна

Если врачи считают, что по состоянию здоровья вы не сможете выдержать операцию, существуют другие варианты лечения. Если ваше состояние позволяет провести химиолучевую терапию, то этот вариант будет наилучшим. После этого можно будет перейти к программе наблюдения.

Если химиолучевая терапия вам не по силам, скорее всего, вам назначат симптоматическую терапию. Еще один вариант — лучевая терапия в качестве самостоятельного метода лечения перед началом симптоматической терапии. Лучевую терапию, которая проводится на этой стадии, врачи называют паллиативной. Цель такой лучевой терапии — не излечение от опухоли, а облегчение или предотвращение вызываемых опухолью симптомов. Такая терапия может улучшить качество жизни.

Последующее наблюдение после завершения лечения

Период последующего наблюдения начинается после того, как в результате лечения в организме не останется признаков рака. В [справочной таблице 27](#) перечислены контрольные обследования и процедуры в период последующего наблюдения после лечения инвазивной аденокарциномы пищевода. Необходимость в обследовании методами лучевой диагностики зависит от стадии рака и от предшествующего лечения. Во всех случаях инвазивного рака необходимо регулярное обновление анамнеза и проведение физикального осмотра.

Анализ крови выполняют только при необходимости. Иногда в результате проведенной операции и лучевой терапии происходит сужение пищевода. Из-за этого могут возникнуть затруднения при глотании. В таких случаях проводят процедуру по расширению просвета пищевода с помощью небольшого надувного баллона или трубки, которые вводят в пищевод до места сужения. После завершения лечения полезно также проконсультироваться с врачом-диетологом, чтобы проверить, полноценный ли у вас рацион и достаточно ли в нем здоровой пищи.

Контроль отсроченных последствий

Рак пищевода и проведенное лечение могут иметь последствия, которые проявляются далеко не сразу. Такие отсроченные побочные эффекты могут быть просто неприятными (например, изжога), а могут быть и очень серьезными (например, повреждение сердца из-за химиотерапии). Важно, чтобы вы знали о возможных побочных эффектах и могли обсудить их со своим врачом. В [справочной таблице 28](#) перечислены проблемы со здоровьем, которые могут у вас появиться, а также способы, которыми вы или ваш врач можете с ними справиться.

После перенесенного онкологического заболевания очень важно постараться поддерживать как можно более высокий уровень здоровья. Ваш врач расскажет вам о том, что вы можете сделать для своего оздоровления и сохранения этого состояния надолго. Самые важные шаги, которые помогут вам жить здоровой жизнью, указаны ниже.

- Будьте активны! Старайтесь заниматься физическими упражнениями не реже 4 раз в неделю.
- Ешьте здоровую пищу, включайте в свой рацион побольше фруктов и овощей.
- Чем меньше вы будете пить алкогольных напитков, тем лучше.
- Если вы курите, постарайтесь отказаться от этой привычки!

Правильное питание и физическая активность помогут вам сохранять нормальный вес, который очень важен для общего здоровья. Некоторые из нарушений, перечисленных в справочной таблице 28, могут помешать вам быть настолько активным или настолько здоровым, как вам хотелось бы. Врач расскажет вам о том, что как действовать, чтобы справиться с побочными эффектами, которые могли у вас появиться.

Когда ваше лечение закончится, важную роль в поддержании вашего здоровья на протяжении всей дальнейшей жизни будет играть ваш врач общей практики. Врачи-онкологи, которые занимались вашим лечением, и ваш врач общей практики будут действовать сообща, чтобы все аспекты вашего здоровья были под контролем. Вам будут оказывать не только онкологическую, но и другую медицинскую помощь. Все ваши врачи знают, что вам необходимо постоянно проходить скрининг на другие виды рака, которые могут у вас развиться со средней вероятностью.

Справочная таблица 27. Последующее наблюдение после лечения инвазивной аденокарциномы

Размер опухоли	Полученное лечение	Контрольные обследования и процедуры
• T2 • T3 • T4a • T4b	Химиолучевая терапия БЕЗ операции	• Сбор анамнеза и физикальный осмотр каждые 3–6 месяцев в течение 1–2 лет, затем каждые 6–12 месяцев в течение 3–5 лет, а затем один раз в год. • Эндоскопия верхних отделов ЖКТ каждые 3–6 месяцев в течение первых 2 лет, затем каждые 6 месяцев в течение третьего года, а затем по мере необходимости. • Возможно также проведение КТ каждые 6 месяцев в течение первых 2 лет. • Расширение пищевода (при необходимости). • Анализы крови по мере необходимости. • Исследования для проверки полноценности питания
• T2 • T3 • T4a • T4b	Химиолучевая терапия И операция	• Сбор анамнеза и физикальный осмотр каждые 3–6 месяцев в течение 1–2 лет, затем каждые 6–12 месяцев в течение 3–5 лет, а затем один раз в год. • Возможно проведение КТ каждые 6 месяцев в течение первых 2 лет. • Расширение пищевода (при необходимости). • Анализы крови по мере необходимости. • Исследования для проверки полноценности питания

Справочная таблица 28. Контроль отсроченных последствий после лечения инвазивной аденокарциномы

Возможные проблемы или побочные эффекты	Что можете сделать вы или ваш врач
Слишком большая потеря веса или недостаточное поступление питательных веществ	В первые 6 месяцев после операции часто наблюдается потеря веса из-за недостаточного питания. Это значит, что вы, возможно, не получаете достаточно питательных веществ. Далее указано, что может сделать ваш врач. • Следить за вашим весом и питанием. • Назначить анализы для проверки уровней витамина В, фолиевой кислоты, витамина D и кальция. • Направить вас к врачу-диетологу. • Расспросить вас о других аспектах вашего физического и эмоционального состояния, которые могут влиять на ваше питание
Пища недостаточно быстро проходит в кишечник (замедленное опорожнение желудка)	• Попробуйте принимать пищу 5 раз в день <u>маленькими</u> порциями. • Старайтесь не есть много пищи богатой клетчаткой и жирами. • Если эти симптомы повторяются снова и снова, врач может направить вас к специалисту по нарушениям пищеварения
Пища слишком быстро проходит в кишечник (демпинг-синдром)	• Принимайте пищу 5 раз в день <u>маленькими</u> порциями. • Старайтесь включать в свой рацион больше белка и клетчатки. Не ешьте много сладкого — кондитерских изделий, печенья, сладких хлопьев. • Старайтесь не пить ничего во время приема пищи
Симптомы гастроэзофагеального рефлюкса (изжога)	• Старайтесь не лежать после еды. • Для сна используйте клиновидную (треугольную) подушку из вспененного материала и старайтесь не спать в положении, когда все тело находится в одной плоскости. • Некоторым пациентам помогают избавиться от изжоги препараты из группы ингибиторов протонной помпы
Затруднения при глотании после операции	Сообщите своему врачу, если у вас есть затруднения при глотании. Врач постарается выяснить, в чем причина этой проблемы. Возможно, есть способы ее устранить
Сахарный диабет или высокое артериальное давление	• В течение нескольких месяцев после операции артериальное давление и содержание сахара в крови могут снижаться из-за потери веса. Поэтому врачи будут наблюдать за вашими показателями, чтобы при необходимости изменить режим приема ваших обычных препаратов или отменить их совсем
Повреждение сердца из-за облучения	• Врач-онколог и врач общей практики должны действовать сообща, чтобы контролировать риск нарушений со стороны сердца и принимать необходимые меры. Артериальная гипертензия, сахарный диабет, высокий уровень холестерина и ожирение могут повысить риск заболеваний сердца. • Вас могут направить к кардиологу
Повреждение нервов из-за химиотерапии	Последствиями химиотерапии могут быть боль, онемение, покалывание или повышенная чувствительность кистей и стоп. При сильной невралгии может помочь препарат под названием дулоксетин
Упадок сил	• Старайтесь заниматься физическими упражнениями, когда у вас есть силы, и отдыхать, когда вы чувствуете в этом потребность. • Врач может расспросить вас о других аспектах вашего физического и эмоционального состояния, которые могут вызывать усталость

Рецидив

Возвращение заболевания после периода, когда признаки рака отсутствовали, называется рецидивом. Выбор варианта лечения вновь появившейся опухоли зависит от двух вещей:

- от места, где вновь появилась опухоль;
- от того, какое лечение уже проводилось.

Если опухоль вновь появилась в области пищевода, рецидив называют местно-распространенным. Порядок лечения такого рецидива представлен в [справочной таблице 29](#). Если вновь появившаяся опухоль находится в другой части тела далеко от пищевода, рецидив называют метастатическим. Лечение метастатического рака рассматривается ниже в подразделе *Метастатический рак*.

Метастатический рак

Если никакие методы лечения не позволяют добиться полного излечения и опухоль распространилась на другие части тела, рак называется метастатическим. При выборе варианта лечения при такой форме заболевания учитывают общее состояние пациента, то есть его способность к повседневной деятельности. Общее состояние пациентов врачи оценивают по одной из двух шкал.

Шкала ECOG, составленная Восточной объединенной онкологической группой (англ. **E**astern **C**ooperative **O**ncology **G**roup):

- «0 баллов» — пациент полностью активен.
- «1 балл» — пациент полностью справляется с самообслуживанием, но ему трудно выполнять тяжелую физическую работу.
- «2 балла» — пациент способен к самообслуживанию и большую часть времени бодрствования проводит не в постели, но никакую работу выполнять не может.
- «3 балла» — пациент не способен полностью справиться с самообслуживанием, не может выполнять никакую работу и большую часть времени бодрствования проводит в постели.
- «4 балла» — пациент полностью зависит от посторонней помощи.

Шкала Карновского:

- Индекс от 0 до 49 % — пациент не способен себя обслуживать.
- Индекс от 50 до 79 % — пациент не может работать и частично нуждается в помощи.
- Индекс от 80 до 100 % — у пациента сохраняется нормальная активность.

Основные варианты лечения метастатического рака — это симптоматическая терапия, называемая также паллиативной помощью, и химиотерапия. Выбор варианта определяется общим состоянием пациента (способностью к повседневной деятельности). Симптоматическая терапия подходит всем пациентам с метастатическим раком. Если состояние здоровья не накладывает серьезных ограничений на повседневную деятельность, вариантом выбора может быть системная терапия, направленная на замедление роста опухоли (см. [справочную таблицу 30](#)). Применяемая в таких случаях системная и симптоматическая терапия описаны ниже.

Системная терапия

Противоопухолевые препараты, воздействующие на весь организм, врачи называют препаратами «системного действия». Химиотерапия — вид системной терапии, чаще всего используемый для лечения метастатического рака пищевода. Если состояние здоровья не накладывает серьезных ограничений на повседневную деятельность, вариантом выбора может быть химиотерапия, направленная на замедление роста опухоли.

Ваш врач выберет подходящий режим химиотерапии с учетом вашего состояния здоровья и возможных побочных эффектов лекарственных препаратов. Режимы, состоящие из двух препаратов, как правило, дают менее тяжелые побочные эффекты, чем трехкомпонентные. Если вы получаете 5-ФУ, вам могут дополнительно назначить лейковорин для ослабления побочных эффектов химиотерапии. Врачи будут регулярно оценивать проявления побочных эффектов независимо от выбранного режима химиотерапии. Если опухоль не отвечает на терапию первой линии, врач может назначить другой режим лечения. Какой режим будет для вас оптимальным, зависит от предшествующего лечения и вашего состояния здоровья.

Справочная таблица 29. Рецидив аденокарциномы в области пищевода

Предшествующее лечение		Варианты дальнейшего лечения			Что дальше?	
Операция без химиолучевой терапии			Химиолучевая терапия		КТ-сканирование	Последующее наблюдение. В случае рецидива — переход к симптоматической терапии
			или			
			Операция			
			или			
			Только химиотерапия			
			или			
			Симптоматическая терапия			
Химиолучевая терапия без операции	Операция возможна		Операция		КТ-сканирование	Последующее наблюдение. В случае рецидива — переход к симптоматической терапии
	Операция невозможна		Симптоматическая терапия			См. подраздел <i>Метастатический рак</i>

Справочная таблица 30. Лечение метастатической аденокарциномы

Общее состояние	Варианты лечения
Индекс Карновского 60 % и выше или 0, 1 или 2 балла по шкале ECOG	- Химиотерапия для замедления роста опухоли. - Симптоматическая терапия. - Клинические исследования
Индекс Карновского от 0 до 59 % или 3 или 4 балла по шкале ECOG	- Симптоматическая терапия - Клинические исследования

Как уже говорилось в предыдущих разделах, в некоторых случаях клетки аденокарциномы пищевода вырабатывают слишком много белка HER2, что заставляет опухоль расти и распространяться в организме быстрее обычного. Если до этого ваш HER2-статус еще не определяли и врач думает, что опухоль метастазировала, можно его определить на этом этапе. Важно определить HER2-статус, чтобы знать, может ли вам помочь таргетная терапия. Таргетная терапия заключается в применении особых лекарственных препаратов, которые могут принести пользу при метастатических формах аденокарциномы. К числу таргетных препаратов относится трастузумаб. Его назначают вместе с препаратами первой линии химиотерапии, если клетки опухоли содержат избыточное количество HER2, за исключением тех случаев, когда для химиотерапии применяются антрациклины. Один из представителей группы антрациклинов — эпирубицин.

Симптоматическая терапия

Поскольку опухоль на этой стадии не поддается излечению, цель симптоматической терапии — уменьшить неприятные ощущения и сдержать дальнейшее прогрессирование. Кроме того, симптоматическая терапия помогает продлить жизнь, наладить питание и улучшить общее самочувствие. Если речь идет о далеко зашедшем заболевании, симптоматическую терапию обычно называют паллиативной помощью.

Пациенты с более ранними стадиями тоже получают симптоматическую терапию. Некоторые возможности симптоматической терапии, такие как ослабление и предотвращение симптомов, полезны людям с любой стадией рака пищевода. О мерах по контролю симптомов подробнее рассказано ниже.

Только симптоматическая терапия (без системной терапии) — вариант для пациентов с 3 и более баллами по шкале ECOG и индексом Карновского меньше 60 %. Вы можете получить и другие виды помощи, направленной на улучшение качества жизни. Читайте ниже о том, как можно справляться с симптомами.

Помощь при наличии симптомов

Само онкологическое заболевание и применяемые для его лечения методы могут вызывать неприятные, а иногда и опасные симптомы. Один из наиболее частых симптомов при раке пищевода — проблемы с прохождением пищи в желудок. Такое состояние называется дисфагией. Ваш врач расспросит, какую пищу вы можете проглатывать, а какую нет, и постарается выяснить причину дисфагии.

Часто дисфагия возникает из-за того, что опухоль перекрывает просвет пищевода и препятствует прохождению пищи. Но иногда причиной дисфагии бывает

воздействие опухоли на мышцы пищевода или образование рубцов в результате облучения. Лечение дисфагии зависит от ее причины. Возможные варианты лечения в такой ситуации описаны в следующем подразделе.

Кровотечение — еще один распространенный симптом, встречающийся, однако, не так часто, как дисфагия. Причиной кровотечения могут быть как сама опухоль, так и противоопухолевое лечение. Остановить кровотечение из поверхностных слоев опухоли можно с помощью эндоскопических методов, основанных на воздействии высоких и низких температур, лазерного излучения или инъекций. Дистанционная лучевая терапия позволяет остановить постоянную кровопотерю.

К числу других симптомов, связанных с раком пищевода, относятся боль и тошнота, которая может сопровождаться рвотой. Причиной появления этих симптомов тоже может быть перекрытие просвета пищевода опухолью. Возможные варианты лечения в такой ситуации описаны в следующем подразделе. Для ослабления боли можно применять лучевую терапию, химиотерапию и обезболивающие средства. Устранить тошноту и рвоту можно с помощью лекарственных средств и других методов.

У вас могут появиться и другие симптомы, которые здесь не описаны. Обсудите свои симптомы с врачами, которые занимаются вашим лечением. Возможно, есть способы улучшить ваше самочувствие.

Перекрытие просвета пищевода

Опухоль может препятствовать прохождению по пищеводу твердой пищи и жидкостей. Лечение в этом случае зависит от того, насколько перекрыт просвет пищевода.

При **полной непроходимости** пищевода через него не проходят ни пища, ни жидкости. Возможные варианты лечения в такой ситуации — эндоскопические вмешательства, лучевая терапия, химиотерапия и в некоторых случаях операция. Два эндоскопических метода — баллонная дилатация и стентирование — описаны ниже. Если проводят облучение, то это обычно дистанционная лучевая терапия, хотя в некоторых случаях возможна и брахитерапия (внутреннее облучение). Кроме того, возможна установка зонда для питания, обеспечивающего поступление достаточного количества питательных веществ.

При **значительном перекрытии просвета** через пищевод проходит только жидкость. Один из вариантов в такой ситуации — расширить просвет пищевода (дилатировать пищевод) с помощью небольшого надувного баллона или трубки, которые вводят в пищевод до места сужения.

Еще один вариант лечения в такой ситуации — установка стента (стентирование). Стент представляет собой тонкую металлическую или пластиковую трубку. Его вводят в пищевод с помощью эндоскопических инструментов, пока пациент находится под действием седативных препаратов. Установленный стент расширяет просвет пищевода и остается на месте, чтобы пища могла свободно проходить через этот участок. Стентирование не проводят, если пациенту можно провести хирургическое лечение рака.

Другие варианты лечения при значительном сужении пищевода аналогичны применяемым в случае полной непроходимости. Дистанционная и внутренняя лучевая терапия эффективно устраняют перекрытие просвета пищевода. Облегчение симптомов при облучении происходит медленнее, зато эффект сохраняется дольше, чем в случае эндоскопических вмешательств.

При **частичном перекрытии просвета** через пищевод проходят жидкости и полутвердая пища, например яблочное пюре и мягкий творог. Варианты лечения при частичном перекрытии просвета аналогичны применяемым в случае полной непроходимости пищевода или значительном его сужении.

Клинические исследования

Клинические исследования — это научные исследования с участием людей, направленные на изучение новых методов диагностики и лечения. Эксперты NCCN считают, что именно в ходе клинических исследований онкологические пациенты могут получить максимально эффективное лечение. Узнайте у врачей, которые занимаются вашим лечением, открыт ли в настоящее время набор в какое-нибудь клиническое исследование, в котором вы могли бы принять участие. Более подробно клинические исследования обсуждаются в конце раздела 4. Вы можете воспользоваться списком веб-сайтов в разделе 7, чтобы найти подходящие клинические исследования, которые проводятся поблизости.

Краткое содержание

- В большинстве случаев при аденокарциномах Tis и T1a предпочтительны эндоскопические вмешательства, а не операция. Операция может быть более подходящим вариантом, если опухоль Tis или T1a занимает большую площадь или если врач не считает, что эндоскопическое вмешательство будет эффективным.
- Если опухоль T1b проросла во второй слой стенки пищевода не очень глубоко, для лечения применяют эндоскопические методы или проводят операцию. Лечение всех остальных опухолей T1b зависит от того, поражены ли соседние лимфатические узлы. Если поражения нет, рекомендуется хирургическое лечение.
- Аденокарциномы T1b, T2, T3 и T4a, которые могли распространиться на соседние лимфатические узлы, обычно лечат с помощью химиолучевой терапии (химиотерапии в сочетании с облучением), после чего проводят операцию для полного удаления оставшейся опухоли. Есть и другие варианты лечения.
- После того как в результате лечения в организме не останется признаков рака, необходимо проводить контрольные обследования, чтобы не пропустить повторного появления опухоли. Рекомендуется регулярный сбор анамнеза и физикальный осмотр. Кроме того, иногда требуются анализы крови, лучевая диагностика и эндоскопические исследования.
- Если после применения локальных методов лечения рецидив появляется в области пищевода или в том месте, где пищевод находился до операции, есть вероятность полного излечения с помощью новой операции или химиолучевой терапии.
- Если опухоль не поддается лечению, состояние можно улучшить за счет проведения симптоматической терапии. Кроме того, некоторым пациентам с метастатической аденокарциномой можно проводить химиотерапию и (или) таргетную терапию. Еще один вариант — участие в клинических исследованиях, которое настоятельно рекомендует NCCN.

7

Принятие решений о лечении

74 Выбор за вами

74 Какие вопросы задать врачу

78 Взвешивая все «за»
и «против»

78 Веб-сайты

79 Краткое содержание



Онкологический диагноз всегда вызывает сильное потрясение. На вас обрушивается масса информации, а времени на раздумья может быть совсем мало. Цель этого раздела — помочь вам в принятии решений, соответствующих вашим убеждениям, предпочтениям и личным ценностям.

Выбор за вами

Люди по-разному представляют свою роль в выборе варианта лечения. Иногда бывает трудно принимать такие решения из-за недостатка знаний в этой области. Способность принимать правильные решения может снизиться из-за эмоционального напряжения, боли и воздействия лекарств, кроме того, вам просто может казаться, что ваш выбор вряд ли будет лучше того, который предложат врачи.

Иногда проще позволить другим решать, какой вариант подойдет вам лучше всего. Но кому бы вы хотели это поручить? Вы можете полностью доверить выбор правильных решений своим врачам. Однако если хороших вариантов больше одного, врачи не всегда могут сделать этот выбор за вас. Вы можете попросить помощи у своих близких. Они могут собрать нужную информацию, поговорить вместо вас с врачами и совместно с ними принять нужное решение. Даже если решение о выборе предстоящего лечения примут за вас другие, вы все равно должны будете выразить свое согласие, подписав специальную форму.

Вы можете пойти другим путем и сделать выбор самостоятельно или активно участвовать в процессе принятия решения. Большинство пациентов поступают именно так. При совместном принятии решения вы обмениваетесь информацией со своими врачами, взвешиваете разные варианты и согласовываете план лечения. Врачи знают, какие научные данные лежат в основе вашего плана лечения, зато вы лучше знаете о своих проблемах и целях. Принимая активное участие в составлении этого плана, вы, вероятно, сможете получить более качественную помощь и будете чувствовать большее удовлетворение. В этом случае велика вероятность, что вас будут лечить тем методом, который вы предпочитаете, в том лечебном учреждении, где вы хотите, и те врачи, которым вы больше доверяете.

Какие вопросы задать врачу

Скорее всего, в ходе лечения вам встретятся врачи, специализирующиеся в самых разных областях медицины. Постарайтесь поговорить с каждым из специалистов. Перед встречей с врачом подготовьте вопросы, а во время беседы спрашивайте, если то, что говорит врач, вам не совсем понятно. Вы можете записать вашу беседу и сделать копии своих медицинских документов. Возможно, вы извлечете больше пользы из таких визитов, если придете вместе с супругом, партнером или кем-нибудь из друзей. Они могут помочь вам задать нужные вопросы и запомнить все, что сказал врач. Ниже приведены примерные перечни вопросов, которые вы можете задать врачу.

Каков мой диагноз и прогноз?

Важно понимать, что существуют разные виды рака. Заболевание может быть очень разным по своим характеристикам, даже если опухоль у пациентов возникла в одном и том же органе. По результатам проведенных обследований врачи узнают, какой именно у вас вид рака, и расскажут вам об этом. Возможно, врач сообщит вам о предполагаемом прогнозе. Прогнозом в медицине называют предсказание вероятного развития и исхода заболевания. Знание прогноза может повлиять на ваш выбор варианта лечения.

1. Часто ли встречается этот вид рака?
2. Какая у меня стадия заболевания? Означает ли это, что рак сильно распространился?
3. Быстро развивается этот тип рака пищевода или медленно?
4. Какие еще результаты обследований важно получить?
5. Как часто эти обследования дают ошибочные результаты?
6. Дадите ли вы мне копию патоморфологического заключения и других результатов обследований?
7. Насколько вероятно, что лечение полностью избавит меня от рака?

Не существует единого принципа лечения, который идеально подходил бы всем пациентам. Часто имеется выбор между несколькими вариантами лечения, кроме того, возможно участие в клинических исследованиях. Ваш врач проанализирует результаты обследований и порекомендует подходящие варианты.

1. Что будет, если ничего не предпринимать?
2. Можно ли мне просто регулярно наблюдаться для контроля за состоянием опухоли?
3. Сверяетесь ли вы с рекомендациями NCCN, когда рассматриваете подходящие варианты лечения?
4. Отличаются ли варианты, которые вы предлагаете, от рекомендаций NCCN? Если да, то почему?

На чем основан выбор этих вариантов?

1. Есть ли клинические исследования среди тех вариантов, которые вы предлагаете? Если да, объясните, пожалуйста, почему.
2. Как влияют на выбор вариантов лечения мой возраст, состояние здоровья и другие факторы?
3. У какого из вариантов самая высокая доказанная эффективность?
4. Какие варианты пока недостаточно подтверждены научными данными?
5. Каковы преимущества каждого из вариантов? Есть ли среди них такие, которые позволяют рассчитывать на полное излечение? Есть ли среди этих вариантов такие, который дают мне больше шансов, хотя бы ненамного? Есть ли такие, которые потребуют меньше времени или меньше расходов?
6. Какие риски связаны с каждым из вариантов? Какие могут возникнуть осложнения? Какие возможны редкие и частые побочные эффекты? Быстро проходящие и долго сохраняющиеся? Серьезные и легкие? Есть ли другие риски?
7. Как можно предотвратить или облегчить побочные эффекты лечения?
8. Какова вероятность, что болезнь вернется?

Взвешивая все «за» и «против»

Иногда очень трудно решить, какой вариант лучше. У врачей разных специальностей могут быть разные мнения относительно того, какой вариант будет лучшим для вас. Это может привести в замешательство. Ваш супруг или партнер может не согласиться с тем вариантом, который предпочитаете вы. Это может вызвать стресс. В некоторых случаях нет убедительных научных данных о преимуществах одного варианта лечения перед другим. Несколько способов, помогающих сделать выбор в такой ситуации, описаны ниже.

Второе мнение

Вполне естественно, узнав о своем диагнозе, стремиться скорее начать лечение. Хотя рак, безусловно, нельзя игнорировать, всегда есть время показать результаты обследований другому врачу, чтобы он предложил вам свой план лечения. Такая процедура называется получением второго мнения и это обычная практика в онкологии.

Обращение за вторым мнением вовсе не означает, что вы не доверяете первому врачу. Когда сами врачи заболевают раком, большинство из них перед началом лечения обращаются к нескольким специалистам. Более того, некоторые программы медицинского страхования предусматривают получение второго мнения. Если в вашу программу страхования не включена стоимость получения второго мнения, вы можете оплатить его самостоятельно.

Если мнения обоих врачей совпадут, вы будете меньше волноваться о сделанном выборе. Если специалисты разойдутся во мнениях, стоит подумать о третьем мнении. Когда речь идет о раке, правильный выбор метода лечения особенно важен. От этого выбора может зависеть продолжительность и качество жизни.

Группы поддержки

Помимо разговора со специалистами, вам может помочь обсуждение этих вопросов с другими людьми, которые были в такой же ситуации. В группы поддержки обычно входят пациенты, находящиеся на разных этапах лечения. Некоторые из них только решают, какой вариант им выбрать, а у других лечение уже закончилось. В группах поддержки вы можете задать интересующие вас вопросы и узнать об опыте других пациентов с раком пищевода.

Сравните все преимущества и недостатки

У каждого варианта есть свои положительные и отрицательные стороны. Помните об этом, решая, какой вариант будет для вас самым лучшим. Обсуждение с другими людьми часто помогает увидеть те преимущества и недостатки, о которых вы даже не подозревали. Можно использовать систему баллов от 0 до 10, чтобы оценить каждый фактор, ведь некоторые из них могут быть для вас более важными, чем другие.

Веб-сайты

American Cancer Society

(Американское онкологическое общество)

www.cancer.org/cancer/esophaguscancer/index

Ассоциация информирования о раке пищевода

(Esophageal Cancer Awareness Association)

www.ecaware.org

Esophageal Cancer Action Network, Inc.

(Сеть действий по борьбе с раком пищевода)

www.ecan.org

National Coalition for Cancer Survivorship

(Объединение пациентов, перенесших рак)

www.canceradvocacy.org/toolbox

Национальный институт рака (National Cancer Institute)

www.cancer.gov/types/esophageal

NCCN

www.nccn.org/patients

База данных по клиническим исследованиям

Национальной медицинской библиотеки США (U.S.

National Library of Medicine Clinical Trials Database)

www.clinicaltrials.gov

Краткое содержание

- Совместное принятие решения — это процесс составления плана лечения, в котором вы участвуете вместе с врачами.
- Чрезвычайно важно задавать врачам вопросы. Так вы сможете получить необходимую информацию для принятия обоснованных решений.
- Обращение за вторым мнением, обсуждение в группах поддержки, сравнение преимуществ и недостатков — все это может помочь вам в выборе наилучшего варианта лечения.



После лечения рака пищевода 3-й стадии я благополучно живу уже три года и хочу сказать, что мне просто повезло встретить на своем пути такую организацию, как ЕСАА. Теперь из чувства признательности я работаю у них волонтером. Кроме того, я вхожу в Совет директоров ЕСАА. Никто не должен бороться с раком пищевода в одиночку — и вам тоже поможет ЕСАА!

—Мэри Джо,
пациентка, перенесшая
рак пищевода

Глоссарий

81 Словарь

85 Сокращения

Словарь

Абляция

Метод лечения, основанный на разрушении очень маленьких опухолей под действием высоких или низких температур, лазерного излучения или химических веществ. Другое название — абляционная терапия.

Аденокарцинома

Злокачественная опухоль, развившаяся из клеток, вырабатывающих жидкий секрет.

Анамнез

Сведения обо всех событиях, связанных со здоровьем, и обо всех применявшихся лекарственных препаратах.

Биопсия

Извлечение небольшого количества ткани или жидкости для проведения анализа на наличие заболевания.

Бронхи

Два дыхательных пути, расходящихся от трахеи к легким.

Бронхоскоп

Инструмент, который вводят через горло для манипуляций внутри дыхательных путей.

Бронхоскопия

Процедура с использованием инструмента, направляемого через горло для манипуляций внутри дыхательных путей.

Брюшная полость

Область живота между грудной клеткой и тазом.

Врач-генетик

Специалист по наследственным заболеваниям (передаваемым от родителей к детям).

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

Состояние, при котором содержимое желудка постоянно забрасывается обратно в пищевод.

Гастроэнтеролог

Врач, который специализируется на заболеваниях органов пищеварения.

Гены

Заложенные в клетках инструкции по строительству новых клеток и регулированию происходящих в них процессов.

Дезоксирибонуклеиновая кислота (ДНК)

Длинноцепочечные молекулы внутри клеток, содержащие закодированные инструкции по строительству новых клеток и регулированию их жизнедеятельности.

Диафрагма

Мышечный пласт, расположенный ниже ребер и участвующий в акте дыхания.

Диетолог

Медицинский работник, прошедший обучение по подбору и назначению питания в зависимости от состояния пациента.

Дисплазия высокой степени (ДВС)

Аномальные клетки, которые с большой вероятностью превратятся в опухолевые.

Дистанционная лучевая терапия (ДЛТ)

Лечение рака с помощью излучения, генерируемого установкой, расположенной вне тела пациента.

Дисфагия

Затруднение или боль при глотании.

Еюностомическая трубка (ЕСТ)

Зонд для питания, который вводят в тонкую кишку через разрез в стенке живота.

Жидкий азот

Азот, охлажденный до температуры, при которой он становится жидким.

Киль трахеи

Выступ из соединительной ткани в просвете трахеи в нижней ее части.

Кишечник

Орган, по которому проходит пища после переваривания в желудке.

Клиническая стадия

Показатель, описывающий размеры и распространенность опухоли до начала лечения.

Клиническое исследование

Исследования метода диагностики или лечения для оценки его безопасности и эффективности.

Компьютерная томография (КТ)

Метод диагностики, позволяющий получать изображения внутренних структур организма с помощью рентгеновских лучей, направляемых под разными углами.

Контраст

Красящее вещество, которое вводят пациенту во время диагностического исследования, чтобы получить более четкие изображения.

Край резекции

Участок здоровой ткани вокруг опухоли, удаленный вместе с ней во время операции.

Крапивница

Кожная сыпь, вызванная реакцией организма на инородное вещество, не представляющее опасности.

Криоабляция

Метод лечения, основанный на разрушении опухолевых клеток путем замораживания. Другие названия — криодеструкция и криохирургия.

Лимфа

Прозрачная жидкость, содержащая лейкоциты (в частности, лимфоциты).

Лимфатические узлы (лимфоузлы)

Небольшие органы иммунной системы, защищающие организм от инфекций, имеют форму боба.

Лучевая терапия

Лечение рака с помощью излучения с высокой энергией.

Лучевая терапия с модулированной интенсивностью (ЛТМИ)

Метод лечения с использованием небольших пучков излучения, имеющих разную интенсивность.

Малоинвазивная эзофагэктомия

Операция по удалению пищевода с помощью инструментов, которые вводят в тело пациента через небольшие разрезы.

Малый таз

Область живота между тазовыми костями.

Местная анестезия

Потеря чувствительности небольшого участка тела за счет действия лекарств.

Метастазирование

Распространение опухолевых клеток из первичной опухоли в другие части тела.

Наблюдение

Период без лечения, когда проводят только обследования для выявления изменений в состоянии опухоли.

Назогастральный зонд

Зонд для питания, который вводят в желудок через нос.

Нижняя легочная вена

Один из кровеносных сосудов, по которым кровь из легких возвращается в сердце.

Общая анестезия

Введение пациента в сонное состояние с помощью лекарств, чтобы сделать его нечувствительным к боли. Другое название — общий наркоз.

Общий анализ крови (ОАК)

Определение количества различных клеток крови.

Онколог

Специалист по применению противоопухолевых лекарственных препаратов.

Открытая эзофагэктомия

Стандартная операция по удалению пищевода через большие разрезы.

Патоморфолог

Врач, который занимается исследованием клеток, чтобы обнаружить признаки заболевания.

Патоморфологическая стадия

Показатель, описывающий размеры и распространенность опухоли на основании результатов обследований после лечения.

Первичная опухоль

Первое сформировавшееся скопление опухолевых клеток.

Пищевод

Трубчатый орган, соединяющий полость рта с желудком.

Пищеварительная система

Комплекс органов, в которых происходит расщепление съеденной пищи для усваивания организмом и выработки энергии.

Пищевод Барретта

Состояние, при котором на внутренних стенках пищевода присутствует желудочный эпителий (клетки, в норме выстилающие внутреннюю поверхность желудка).

Пищеводно-желудочный переход (ПЖП)

Место соединения пищевода с желудком.

Плоскоклеточный рак

Рак, развившийся из тонких плоских клеток, выстилающих поверхности внутренних органов.

Побочный эффект

Нежелательная или опасная для здоровья физическая или психоэмоциональная реакция на лечение.

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)

Метод диагностики, позволяющий увидеть форму и функционирование внутренних органов с помощью введенного радиоактивного вещества.

Позитронно-эмиссионная томография с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ)

Сочетание двух методов лучевой диагностики, позволяющее увидеть форму и функционирование тканевых структур.

Поверхностный рецептор

Белок на поверхности клеточной мембраны, к которому могут присоединяться другие молекулы.

Последующее наблюдение

Этап медицинской помощи, начинающийся после завершения лечения, когда в организме не осталось признаков рака.

Радиоактивная метка

Вещество, излучающее энергию, которую можно обнаружить в тканях с помощью специальной камеры.

Радиотерапевт

Специалист по применению излучения для лечения рака.

Радиочастотная абляция

Метод лечения, основанный на разрушении очень маленьких опухолей путем нагревания.

Рентгенолог

Специалист по лучевой диагностике.

Рецидив

Возвращение заболевания после периода, когда признаки рака отсутствовали.

Рецептор эпидермального фактора роста человека 2-го типа (HER2)

Белок на поверхности клетки, посылающий сигналы к началу роста и деления.

Седативное средство

Лекарство, помогающее успокоиться или заснуть.

Симптоматическая терапия

Медицинская помощь, направленная на облегчение симптомов, а не на лечение рака. Такую терапию называют также паллиативной.

Симуляция

Процедура, необходимая для подготовки к лучевой терапии.

Специалист по интегративной медицине

Специалист по методам воздействия на физическое и душевное состояние пациентов.

Стадия рака

Показатель, характеризующий размеры и распространенность опухоли.

Степень злокачественности опухоли

Показатель того, насколько опухолевые клетки отличаются от нормальных.

Таргетная терапия

Применение лекарств, останавливающих процессы роста, характерные для опухолевых клеток.

Тонкая кишка

Пищеварительный орган, в котором происходит всасывание питательных веществ из съеденной пищи.

Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ)

Отбор образцов ткани с помощью очень тонкой иглы.

Торакоскоп

Инструмент, который вводят через небольшой разрез между ребрами для манипуляций внутри грудной клетки.

Трахея

Участок дыхательных путей между глоткой и бронхами. Другое название — дыхательное горло.

Трехмерная конформная лучевая терапия (3D-КЛТ)

Лучевая терапия, в которой применяются пучки излучения, воспроизводящие форму опухоли.

Узел

Небольшое тканевое образование.

Фактор роста эндотелия сосудов (VEGF)

Белок, стимулирующий рост кровеносных сосудов.

Физикальный осмотр

Физическое обследование пациента медицинским работником для обнаружения признаков заболевания.

Фотодинамическая терапия

Лечение с помощью лазерного излучения, активирующего особый лекарственный препарат в клетках опухоли.

Химиотерапевтические препараты

Лекарства, прерывающие жизненный цикл клеток, в результате чего они перестают делиться.

Хирург-онколог

Специалист по хирургическому удалению опухолей.

Чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ)

Введение зонда для питания в желудок через небольшой разрез в стенке живота.

Шкала ECOG

Шкала для оценки способности к повседневной деятельности.

Шкала Карновского

Шкала для оценки способности к повседневной деятельности.

Эзофагогастрэктомия

Операция по удалению пищевода и части желудка.

Эзофагэктомия

Операция по удалению всего пищевода или его части.

Электрод

Небольшое устройство для проведения электрического тока.

Эндоскоп

Устройство, которое вводят через одно из естественных отверстий тела для манипуляций внутри организма.

Эндоскопическая подслизистая диссекция (ЭПД)

Удаление опухолей на ранних стадиях с помощью специального ножа на конце инструмента, который вводят внутрь через одно из естественных отверстий тела.

Эндоскопическая резекция слизистой (ЭРС)

Удаление опухолей на ранних стадиях с помощью колпачка или петли на конце инструмента, который вводят внутрь через одно из естественных отверстий тела.

Эндоскопическая резекция

Процедура удаления опухолей на ранних стадиях с помощью инструмента, который вводят внутрь через одно из естественных отверстий тела.

Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС)

Метод диагностики, основанный на получении изображений пищеварительного тракта и соседних тканей с помощью инструмента с ультразвуковым датчиком, который вводят внутрь через одно из естественных отверстий. Другие названия — эндоскопическое УЗИ и эндосонография.

Эндоскопия верхних отделов ЖКТ

Процедура с использованием инструмента, направляемого внутрь через горло для манипуляций в верхней части пищеварительного тракта. Другое название — эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС).

Эпителий

Ткань, выстилающая внутренние стенки пищеварительного тракта.

Сокращения

AJCC

Американский объединенный комитет по изучению рака

ECOG

Восточная объединенная онкологическая группа

FDA

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (США)

HER2

Рецептор эпидермального фактора роста человека 2-го типа

MMR

Система репарации ДНК

MSI

Микросателлитная нестабильность

PD-1

Белок программируемой клеточной гибели 1-го типа

PD-L1

Лиганд программируемой клеточной гибели 1-го типа

TNM

Система стадирования рака по показателям Т (опухоль), N (лимфатические узлы), M (метастазы)

VEGF

Фактор роста эндотелия сосудов

3D-КЛТ

Трехмерная конформная лучевая терапия

ГЭРБ

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

ДВС

Дисплазия высокой степени

ДНК

Дезоксирибонуклеиновая кислота

ДЛТ

Дистанционная лучевая терапия

ЕСТ

Еюностомическая трубка

ЖКТ

Желудочно-кишечный тракт

КТ

Компьютерная томография

ЛТМИ

Лучевая терапия с модулированной интенсивностью

МСН

Микросателлитная нестабильность

ОАК

Общий анализ крови

ПЖП

Пищеводно-желудочный переход

ПЭТ

Позитронно-эмиссионная томография

ПЭТ/КТ

Позитронно-эмиссионная томография с компьютерной томографией

РЧА

Радиочастотная абляция

ТАБ

Тонкоигольная аспирационная биопсия

ФДТ

Фотодинамическая терапия

ЧЭГ

Чрескожная эндоскопическая гастростомия

ЭРС

Эндоскопическая резекция слизистой

ЭПД

Эндоскопическая подслизистая диссекция

ЭУС

Эндоскопическая ультрасонография

Члены экспертной группы NCCN по раку пищевода

Jaffer A. Ajani, MD/Chair
*The University of Texas
MD Anderson Cancer Center*

Thomas A. D'Amico, MD/Vice Chair
Duke Cancer Institute

Maria Baggstrom, MD
*Siteman Cancer Center at Barnes-Jewish
Hospital and Washington University
School of Medicine*

David J. Bentrem, MD, MS
*Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University*

Joseph Chao, MD
City of Hope Comprehensive Cancer Center

Carlos Corvera, MD
*UCSF Helen Diller Family Comprehensive
Cancer Center*

Prajan Das, MD, MS, MPH
*The University of Texas
MD Anderson Cancer Center*

Crystal S. Denlinger, MD
Fox Chase Cancer Center

Peter C. Enzinger, MD
*Dana-Farber/Brigham and Women's
Cancer Center*

Paul Fanta, MD
UC San Diego Moores Cancer Center

Farhood Farjah, MD
*Fred Hutchinson Cancer Research Center/
Seattle Cancer Care Alliance*

Hans Gerdes, MD
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Robert E. Glasgow, M
*Huntsman Cancer Institute
at the University of Utah*

James A. Hayman, MD, MBA
*University of Michigan
Rogel Cancer Center*

Steven Hochwald, MD
Roswell Park Cancer Center

* Wayne L. Hofstetter, MD
*The University of Texas
MD Anderson Cancer Center*

David H. Ilson, MD, PhD
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dawn Jaroszewski, MD
Mayo Clinic Cancer Center

* Kimberly L. Johung, MD, PhD
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

Rajesh N. Keswani, MD
*Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University*

Lawrence R. Kleinberg, MD
*The Sidney Kimmel Comprehensive Cancer
Center at Johns Hopkins*

* Stephen Leong, MD
University of Colorado Cancer Center

Catherine Linn, MD
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Quan P. Ly
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Kristina A. Matkowskyj, MD, PhD
*University of Wisconsin
Carbone Cancer Center*

Mary F. Mulcahy, MD
*Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University*

Ravi K. Paluri, MD, MPH
*University of Alabama at Birmingham
Comprehensive Cancer Center*

Kyle Perry, MD
*The Ohio State University Comprehensive
Cancer Center - James Cancer Hospital and
Solove Research Institute*

Jose Pimiento, MD
Moffitt Cancer Center

George A. Poultsides, MD, MS
Stanford Cancer Institute

Vivian E. Strong, MD
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Mary Kay Washington, MD, PhD
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Benny Weksler, MD, MBA
*The University of Tennessee
Health Science Center*

Georgia Wiesner, MD
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Christopher G. Willett, MD
Duke Cancer Institute

Cameron D. Wright, MD
*Massachusetts General Hospital
Cancer Center*

Сотрудники NCCN

Lisa Gurski, PhD
Oncology Scientist/Medical Writer

Lenora Pluchino, PhD
Oncology Scientist/Medical Writer

Nicole McMillian, MS
Guidelines Coordinator

* Редактирование клинического содержания брошюры.

Порядок раскрытия информации описан на странице www.nccn.org/about/disclosure.aspx.

Организации — члены NCCN

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska
800.999.5465
nebraskamed.com/cancer

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer
Center and Cleveland Clinic Taussig
Cancer Institute
Cleveland, Ohio
800.641.2422 • UH Seidman Cancer Center
uhhospitals.org/seidman
866.223.8100 • CC Taussig Cancer Institute
my.clevelandclinic.org/services/cancer
216.844.8797 • Case CCC
case.edu/cancer

City of Hope Comprehensive
Cancer Center
Los Angeles, California
800.826.4673
cityofhope.org

Dana-Farber/Brigham and
Women's Cancer Center
Massachusetts General Hospital
Cancer Center
Boston, Massachusetts
877.332.4294
dfbwc.org
massgeneral.org/cancer

Duke Cancer Institute
Durham, North Carolina
888.275.3853
dukecancerinstitute.org

Fox Chase Cancer Center
Philadelphia, Pennsylvania
888.369.2427
foxchase.org

Huntsman Cancer Institute
at the University of Utah
Salt Lake City, Utah
877.585.0303
huntsmanccancer.org

Fred Hutchinson Cancer
Research Center/Seattle
Cancer Care Alliance
Seattle, Washington
206.288.7222 • seattlecca.org
206.667.5000 • fredhutch.org

The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center at Johns Hopkins
Baltimore, Maryland
410.955.8964
hopkinskimmelcancercenter.org

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University
Chicago, Illinois
866.587.4322
cancer.northwestern.edu

Mayo Clinic Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota
800.446.2279 • Arizona
904.953.0853 • Florida
507.538.3270 • Minnesota
www.mayoclinic.org/cancercenter

Memorial Sloan Kettering
Cancer Center
New York, New York
800.525.2225
mskcc.org

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida
800.456.3434
moffitt.org

The Ohio State University
Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital and
Solove Research Institute
Columbus, Ohio
800.293.5066
cancer.osu.edu

Roswell Park Comprehensive
Cancer Center
Buffalo, New York
877.275.7724
roswellpark.org

Siteman Cancer Center at Barnes-
Jewish Hospital and Washington
University School of Medicine
St. Louis, Missouri
800.600.3606
siteman.wustl.edu

St. Jude Children's Research Hospital
The University of Tennessee
Health Science Center
Memphis, Tennessee
888.226.4343 • stjude.org
901.683.0055 • westclinic.com

Stanford Cancer Institute
Stanford, California
877.668.7535
cancer.stanford.edu

University of Alabama at Birmingham
Comprehensive Cancer Center
Birmingham, Alabama
800.822.0933
www3.ccc.uab.edu

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California
858.657.7000
cancer.ucsd.edu

UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California
800.689.8273
cancer.ucsf.edu

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado
720.848.0300
coloradocancercenter.org

University of Michigan
Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan
800.865.1125
mcancer.org

The University of Texas
MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas
800.392.1611
mdanderson.org

University of Wisconsin
Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin
608.265.1700
uwhealth.org/cancer

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee
800.811.8480
vicc.org

Yale Cancer Center/
Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut
855.4.SMILOW
yalecancercenter.org

Предметный указатель

- HER2** 29, 40, 71
- PD-1/PD-L1** 29, 41
- Абляция** 34, 45–47, 59–60
- Аденокарцинома** 8, 10, 14, 20–23, 25, 29, 40, 43, 58–72
- Анамнез** 25, 51, 66, 72
- Биопсия** 26, 28–29
- Бронхоскопия** 28
- Второе мнение** 78
- Иммунотерапия** 41, 43
- Ингибиторы иммунных контрольных точек** 29–30, 41
- Исследование биомаркеров** 29, 32
- Исследование опухолевых маркеров** 29
- Клинические исследования** 42–43, 55, 57, 70, 72
- Компьютерная томография** 26–27, 36, 51, 54, 60, 67, 70
- Лапароскопия** 29
- Лучевая терапия** 36–38, 43, 48, 56, 66, 71–72
- Общее состояние** 53–55, 69–71
- Общий анализ крови** 26
- Организации — члены NCCN** 87
- Патоморфологическое заключение** 75
- Питание** 31, 45, 51–52, 59, 66, 68
- Плоскоклеточный рак** 8, 10, 14–19, 23, 44–57
- Позитронно-эмиссионная томография** 26
- Симптоматическая терапия** 30, 46, 48–50, 54–55, 57, 61, 63–66, 69–72
- Совместное принятие решений** 74, 79
- Степень злокачественности опухоли** 14–23
- Стадия рака** 12–14, 75
- Таргетная терапия** 39–40, 43, 71–72
- Физикальный осмотр** 25, 46, 51, 60, 66–67, 72
- Химиолучевая терапия** 37–38, 45, 48–50, 57, 62–66, 72
- Химиотерапия** 29, 37–40, 43, 45–52, 54–57, 61–72
- Члены экспертной группы NCCN** 86
- Эндоскопическая резекция** 34–35, 46–47, 59–60
- Эндоскопическая ультрасонография** 28
- Эзофагэктомия** 34–36, 45–50, 59, 62, 65
- Эндоскопия верхних отделов ЖКТ** 26, 46, 51, 60, 67





NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

Рак пищевода

2018

NCCN Foundation® выражает глубокую благодарность Ассоциации информирования о раке пищевода (Esophageal Cancer Awareness Association, ECAA), которая сделала возможной публикацию этого руководства для пациентов (NCCN Guidelines for Patients®). Разработку и распространение руководства для пациентов специалисты NCCN осуществляют самостоятельно. Поддержавшие нас организации не участвуют в разработке руководств NCCN для пациентов и не несут ответственности за содержание этого руководства и содержащиеся в нем рекомендации. Перевод выполнен при поддержке благотворительного фонда помощи взрослым «Живой» и Клиники амбулаторной онкологии и гематологии д-ра Ласкова.



National
Comprehensive
Cancer
Network®

275 Commerce Drive
Suite 300
Fort Washington, PA 19034
215.690.0300

NCCN.org/patients — для пациентов | NCCN.org — для врачей