



Протоколы заседания МОМР

Протокол заседания секции абдоминальной радиологии Московского общества медицинских радиологов от 18 марта 2014 г.

The report from the Abdominal Radiology Session of Moscow Society of Radiologists on 18 March, 2014

КТ-диагностика опухолевых поражений пищевода

Колганова И.П., Кармазановский Г.Г., Бурякина С.А., Ручкин Д.В., Цинь Ян

ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского" Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

CT diagnosis of neoplastic lesions of the esophagus

Kolganova I.P., Karmazanovsky G.G., Buryakina S.A., Ruchkin D.V., Qin Yan

A.V. Vishnevsky Institute of Surgery, Moscow, Russia

По частоте встречаемости рак пищевода занимает 9-е место в мире среди всех онкологических заболеваний и находится в первой десятке опухолей с наибольшей летальностью: до 70% больных умирает в течение первого года после установления диагноза, а общая 5-летняя выживаемость составляет не более 10%. Самые распространенные морфологические формы рака пищевода – плоскоклеточный рак и аденокарцинома.

К факторам риска возникновения рака пищевода, кроме принадлежности к мужскому полу и проживанию в эндемичных очагах, относят преклонный возраст, курение, употребление больших доз крепкого алкоголя, особенности питания, ряд заболеваний пищевода, особенно пищевод Барретта, некоторые наследственные заболевания, ожирение.

Ведущей клинической жалобой является дисфагия, которая нарастает постепенно и приводит к невозможности приема даже жидкой пищи. Кроме того, больных беспокоит снижение массы тела, боли различного характера, гиперсаливация, поперхивание при наличии свищей, рвота, иногда одышка, приступы кашля, изменение тембра голоса и др.

К методам исследования при подозрении на рак пищевода относят: полипозиционное рентгенологическое и КТ-исследования органов грудной и брюшной полости (нативное и с контрастным усилением), эзофагогастродуоденоскопию с биопсией и бронхоскопией, УЗИ и эндоУЗИ, лапароскопию, позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ), сканирование костно-суставной системы.

Рентгенологический метод до последнего времени не потерял своей актуальности в силу доступ-

ности, неинвазивности и относительно низкой стоимости. Однако имеется четкая тенденция замены его на более современный рентгенологический метод исследования – МСКТ. Применение КТ-метода исследования вместе с болюсным внутривенным введением контрастного вещества является в настоящее время фактически основой предоперационного планирования лечения больных.

Однако в период своего становления КТ как метод диагностики заболеваний пищевода (конец 90-х годов прошлого века), а речь идет в основном о раке, претерпела периоды спада и взлета интереса. На начальных этапах весь интерес исследователей был направлен на возможности установления инвазии опухолью пищевода соседних органов средостения. Уже на ранних этапах изучения было замечено, что отсутствие жировых прослоек между измененной стенкой пищевода и расположенными рядом органами: аортой, воздухопроводящими путями, паренхимой легких, перикардом, а также инфильтративные изменения в прослойках могут свидетельствовать о наличии опухолевой инвазии. Но признаки были неоднозначными. Исчезновение жировых прослоек, девиация стенок органов могут быть также следствием выраженной кахексии, характерной для больных раком пищевода. Проведение КТ-исследований было тогда в основном направлено на изучение результатов неоадьювантной терапии. К этому периоду также относятся сомнения в возможности разграничения слоев стенки пищевода при проведении КТ-исследования, что значительно ограничивало определение локорегионарного стадирования. Возможности КТ в установлении прорастания рака



пищевода оценивали в достаточно широком интервале – 49–95% (Седых С.А. и др., 2001). Уже на первых этапах изучения было отмечено разнообразие проявлений поражения пищевода, выявляемых при КТ: локальное утолщение стенки, диффузное ее утолщение с признаками стенозирования просвета, наличие внутриспросветных разрастаний в сочетании с изменением толщины стенки или без, но в основном достаточно устойчивое мнение сложилось именно об использовании КТ для выявления характера внепищеводного распространения рака. Изучение состояния внутренней поверхности опухоли и ее внутрстеночной протяженности рекомендовали исследовать при проведении традиционного рентгенологического исследования и эндоскопии (Китаев В.М. и др., 2009). К сожалению, в ряде случаев невозможность изучения зон стеноза и постстенотических участков пищевода была серьезным ограничением применения эндоскопического метода исследования. В то же время методические приемы, позволяющие повысить информативность КТ-исследования, были предложены довольно своевременно. Это относится к методике исследования “на контрастном глотке” и к исследованию при болюсном внутривенном контрастировании. В дальнейшем расширение технических возможностей КТ, появление МСКТ, обязательное применение методических приемов, повышающих качество обследования (КТ-гидро- и КТ-пневмоэзофагографии, сагиттальные и фронтальные МРР, применение виртуальной эндоскопии), позволили приблизиться к довольно высокой точности Т-стадирования – 83,3% (Plukker J.Th.M. et al., 2006). Частота совпадений заключений локорегионарного стадирования при раке пищевода по эндоУЗИ и виртуальной эндоскопии составляет 81,5% (Onbas O. et al., 2006). В настоящее время эндоУЗИ считается самым достоверным методом исследования при определении Т-стадирования с информативностью до 85–90% (Plukker J.Th.M. et al., 2006). Особенно это касается ранних стадий – T1 и T2.

Роль КТ-исследования остается достаточно высокой и при изучении лимфогенного и гематогенного метастазирования при раке пищевода. Несмотря на то что оценка измененного лимфатического узла стандартно происходит при КТ-исследовании в основном с учетом его размеров (до 10 мм минимально при измерении в аксиальной проекции), применение других проекций оказывается оптимальным для таких групп, как бифуркационные и поддиафрагмальные узлы. Общая точность выявления метастатических лимфатических узлов варьирует в пределах от 66 до 83% (Plukker J.Th.M. et al., 2006) и даже до 90% по данным Rad.

Soc. N. Am. (2013). Специфичность, к сожалению, остается ниже.

В настоящее время считается, что, несмотря на ограничения в точности установления T и N при раке пищевода, роль КТ-исследования особенно высока при первичном выявлении отдаленных метастазов (M) (Kim T.J. et al., 2009). При выявлении отдаленных метастазов чувствительность КТ при образованиях в печени более 10 мм составляет свыше 90% (Kuszyk R.J. et al., 1998). Однако сложности могут возникать при более мелких образованиях в печени или одиночных – в легких.

Таким образом, несмотря на ограничения в T- и N-стадировании, значительные возможности при выявлении отдаленных метастазов, достаточно широкое распространение и постоянное техническое усовершенствование аппаратуры и методических приемов исследования, применение болюсного внутривенного введения контрастного неионного вещества в обязательном порядке позволили уже сейчас поставить КТ в ряд наиболее информативных методов исследования при раке пищевода, дающих возможность в подавляющем большинстве случаев дать достаточно информативный ответ при решении вопроса о проведении дальнейшего лечения.

Аппараты, предусматривающие объединение ПЭТ и КТ, позволяют получить более высокую чувствительность, специфичность и общую точность при установлении TMN-критериев опухоли, чем их раздельное применение (Kim T.J. et al., 2009).

Хирургический метод лечения является ведущим в лечении рака пищевода. Современную тенденцию развития хирургии рака пищевода определяет, с одной стороны, увеличение радикализма вмешательств за счет выполнения широких комбинированных резекций и лимфодиссекции, с другой – стремление к удовлетворительным функциональным результатам, обеспечивающим качество жизни больных посредством разработки более физиологичных методик эзофагопластики. Выбор метода оперативного вмешательства обычно производится с учетом локализации образования и данных МСКТ и фибробронхоскопии в предоперационном периоде.

К ранним послеоперационным осложнениям относят: несостоятельность эзофагогастроанастомоза на шее, бронхолегочные осложнения, в том числе аспирационную пневмонию, острую сердечно-сосудистую недостаточность, нарушение сердечного ритма, тромбоэмболию легочной артерии и респираторный дистресс-синдром, к поздним – рубцовое сужение эзофагогастроанастомоза, рецидив рака в области оперативного вмешательства.