

## РАК СТРАВОХОДУ

### АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Рак стравоходу (РС) зустрічається в клінічній практиці лікаря відносно рідко. В структурі онкозахворюваності населення України в 2018 році рак стравоходу знаходився на 20 місці і досягав показника 1,0%. Захворюваність на 100 тис. населення склала 4,9 випадки (грубий показник). Частіше на рак стравоходу хворіють чоловіки (співвідношення із захворюваністю жінок складає 8,3:1, а нерідко і більше). Близько 75% хворих на рак стравоходу мають вік старший за 60 років, і «постаріння» пухлини триває. Пухлина належить до високо злоякісних новоутворень і важко піддається лікуванню.

У стравоході зустрічаються доброякісні і злоякісні пухлини.

Доброякісні пухлини стравоходу можуть бути епітеліального і неепітеліального характеру. До епітеліальних доброякісних пухлин належать поліпи й аденоми, неепітеліальні пухлини – фіброми, невриноми, лейоміоми, гемангіоми, лімфангіоми. Серед доброякісних пухлин найчастіше трапляються лейоміоми (близько 70 % усіх доброякісних пухлин). Загалом доброякісні пухлини стравоходу становлять 1–1,5 % всіх пухлин стравоходу.

Серед усіх захворювань стравоходу близько 90 % припадає на рак.

**Епідеміологія.** У структурі всіх злоякісних захворювань рак стравоходу становить 3 % і посідає шосте місце. Поширеність раку стравоходу серед населення світу нерівномірна. Максимальні показники захворюваності спостерігаються в Гренландії, Ісландії, Франції, Швейцарії, Монголії (до 40 на 100 000 населення). Високі показники реєструються в Туркменістані та Казахстані (від 11 до 27 на 100 000 населення); низькі – у Молдові та Білорусі (1,9 на 100 000 населення). Рак стравоходу в Китаї спостерігається у 20–30 разів частіше, ніж у США. Для України наприкінці ХХ ст. характерна низька захворюваність на рак стравоходу – 4,3 випадку на 100 000 населення. У чоловіків вона в багато разів вища, ніж у жінок (відповідно 7,8 та 1,2 на 100 000 населення). На рак стравоходу хворіють головним чином люди похилого віку (80 % – старші 60 років). Пік захворюваності на рак стравоходу припадає на вік 70–79 років, а ризик захворіти у віці до 40 років мінімальний. За 1999 р. у цьому віці в Україні не зареєстровано жодного випадку захворювання на рак стравоходу. Низькі показники захворюваності на рак стравоходу в Івано-Франківській області (2,6 на 100 000 населення), Закарпатській області (2,7 на 100 000 населення) і в м. Києві (2,5 на 100 000 населення). У Львівській області захворюваність на рак стравоходу становить 3,3 на 100 000 населення.

**Етіологія.** Певні закономірності поширення раку стравоходу вказують на роль деяких факторів у розвитку цієї патології. Висока захворюваність на рак стравоходу в районах узбережжя Північного Льодовитого океану (Гренландія, Ісландія, Якутія) може свідчити про роль навколишнього середовища. Відомо, що фунти в тих районах відрізняються високою солончаковістю, вмістом майже всіх мікроелементів. Мають значення також особливості харчування населення в цих районах (гарячий риб'ячий жир, струганина із замороженого м'яса, риби тощо), вживання міцних алкогольних напоїв, куріння. Особливо великий ризик захворіти в курців, які зловживають алкоголем. Усе це призводить до передпухлинних змін стравоходу (лейкоплакій, езофагіту), на фоні яких і виникає рак стравоходу. При раку стравоходу ознаки езофагіту виявляють у 40 % хворих, лейкоплакії – у 30 %. Доброякісні пухлини передують раку в 5 % хворих. До групи ризику належать також особи з ахалазією, аденоматозною метаплазією дистального відділу стравоходу (стравохід Баретта).

### **Передрак і фактори ризику**

Куріння та надмірне вживання алкоголю, особливо синергійна дія цих двох факторів.

Дієта, багата на жири, але з низькою енергетичною цінністю (дефіцит білків та надмірний вміст нітрозамінів).

Ахалазія стравоходу.

Стравохід Баретта (аденоматозна метаплазія дистального відділу стравоходу).

Синдром Пламмера–Вінсона (залізодефіцитна анемія, дисфагія, атрофічний глосит).

Фокальна кератодерма (тайлозис) – генетично зумовлене захворювання у вигляді гіперкератозу долонь і стоп, що супроводжується папіломами стравоходу.

У регіонах із високою захворюваністю на рак стравоходу (Південно-Східна Азія) – вірус папіломи людини.

Поєднання раку стравоходу із пухлинами голови та шиї, раком легенів, що пов'язано з дією тих самих факторів ризику.

Опіки стравоходу основами та кислотами.

### Патологічна анатомія.

Анатомічні відділи стравоходу: шийний, грудний, черевний.

При загальній довжині стравоходу 23–26 см на шийний його відділ припадає 7–8 см, на грудний – 16–18 см і на черевний – 1–3 см.

Шийний відділ (C15.0) – до входу в грудну порожнину (18 см від лінії передніх різців).

Внутрішньогрудний відділ стравоходу:

а) верхній грудний відділ (C15.3) – від входу в грудну порожнину до рівня дуги аорти (близько 24 см від передніх різців);

б) середній грудний відділ (C15.4) – проксимальна половина відрізка стравоходу між біфуркацією трахеї і стравохідно-шлунковим з'єднанням (нижня межа близько 32 см від передніх різців);

в) нижній грудний відділ (C15.5) – дистальна частина внутрішньогрудного відрізка стравоходу між біфуркацією трахеї і стравохідним отвором діафрагми (нижня межа близько 36 см від передніх різців).

Черевний відділ (C16.0) – між діафрагмальним отвором і стравохідно-шлунковим з'єднанням, що розміщене на віддалі приблизно 40 см від передніх різців.

Частота ураження відділів стравоходу також різна, що показано на мал. 30.

### Макроскопічні форми росту пухлин:

1. Екзофітна форма – поліпоподібний рак, вузловий, бляшкоподібний.

2. Ендофітна форма – дифузний рак, інфільтративний рак (скір).

3. Мезофітна форма – поєднує ознаки обмеженого та інфільтративного росту (виразковий рак).

### Гістологічно розрізняють:

Плоскоклітинний рак (близько 30 % усіх випадків).

Аденокарциному (близько 65 %): а – папілярну; б – тубулярну; в – муцинозну; г – перснеподібноклітинний рак.

Недиференційований рак (5 %).

Регіонарні лімфатичні вузли. Метастазування відбувається головним чином за течією лімфи.

Регіонарними вузлами для шийного відділу стравоходу є шийні лімфатичні вузли (у тому числі надключичні), а для грудного відділу – лімфатичні вузли середостіння. Пухлини нижнього відділу метастазують під діафрагму в паракардіальні лімфатичні вузли. Віддалені метастази при раку стравоходу спостерігають рідко, головним чином у печінці. Хворі частіше помирають не від віддалених метастазів, а від ускладнень, спричинених пухлиною.

Поширення пухлини за межі стравоходу визначається за клінічними, рентгенологічними та ендоскопічними ознаками. Про це свідчать також ураження поворотного, діафрагмального або симпатичного нервів, утворення нориці, ураження трахеї, бронхів, здавлення порожнистої вени, специфічний плеврит

### КЛАСИФІКАЦІЯ РАКУ СТРАВОХОДУ (код МКХ-10 C15) за системою TNM-8 (2016)

TNM – клінічна класифікація

T – первинна пухлина

Tx	Не досить даних для оцінки первинної пухлини
T0	Первинна пухлина не визначається
Tis	Рак in situ/високодиференційована дисплазія

T1	Пухлина інфільтрує власну пластинку слизової оболонки, м'язову пластинку слизової оболонки або підслизовий шар
T1a	Пухлина інфільтрує власну пластинку слизової оболонки або м'язову пластинку слизової оболонки
T1b	Пухлина інфільтрує підслизовий шар
T2	Пухлина інфільтрує м'язовий шар

T3	Пухлина інфільтрує адвентицію
T4	Пухлина поширюється на суміжні структури
T4a	Пухлина інфільтрує плевру, перикард або діафрагму
T4b	Пухлина інфільтрує інші суміжні структури, такі як аорта, тіло хребця чи трахею

N – Регіонарні лімфатичні вузли\*

NX	Не досить даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів
N0	Немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів
N1	Метастази у 1-2 регіонарних лімфатичних вузлах
N2	Метастази у 3-6 регіонарних лімфатичних вузлах
N3	Метастази у 7 і більше регіонарних лімфатичних вузлах

Примітка: \*регіонарними лімфатичними вузлами незалежно від локалізації первинної пухлини є лімфатичні вузли стравохідної ділянки включаючи черевні та параезофагальні вузли ший, але не надключичні вузли.

M – Віддалені метастази

MX	Не досить даних для визначення віддалених метастазів
M0	Віддалені метастази не визначаються
M1	Наявні віддалені метастази

pTNM Патоморфологічна класифікація

Категорії pT, pN та pM відповідають категоріям T, N та M.

pN0	Патогістологічна категорія pN0 виставляється при відсутності метастазів у 6 і більше лімфатичних вузлах, при умові що матеріал для гістологічного дослідження після середостінної лімфаденектомії повинен включати не менше 6 лімфатичних вузлів. Коли всі лімфатичні вузли при дослідженні є негативними, однак їх кількість недостатня – класифікувати як pN0.
-----	--

(G – гістопатологічна градація (див. розділ 4, с.66)

Групування за стадіями

Плоскоклітинний рак

Клінічне стадіювання

Стадія 0	Tis	No	Mo
Стадія I	T1	No, N1	Mo
Стадія II	T2	No, N1	Mo
	T3	No	Mo
Стадія III	T1,T2	N2	Mo
	T3	N1, N2	Mo
Стадія IVA	T4a,T4b	No, N1, N2	Mo
Стадія IVA	Будь-яке T	N3	Mo

Патогістологічне стадіювання

Стадія 0	Tis	No	M0
Стадія IA	T1a	No	M0
Стадія IB	T1b	No	M0

Стадія ІІА	T2	No	M0
Стадія ІІВ	T1	N1	M0
	T3	No	M0
Стадія ІІІА	T1	N2	M0
	T2	N1	M0
Стадія ІІІВ	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
	T4a	No, N1	M0
Стадія ІVА	T4a	N2	M0
	T4b	Будь-яке N	M0
	Будь-яке T	N3	M0
Стадія ІVВ	Будь-яке T	Будь-яке N	M1

Групування за прогностичними групами

Група	T	N	M	Ступінь	Локалізація
Група 0	Tis	N0	M0	N/A	Будь яка
Група ІА	T1a	N0	M0	1, X	Будь яка
Група ІВ	T1a	N0	M0	2-3	Будь яка
	T1b	N0	M0	Будь-який	Будь яка
	T2	N0	M0	1	Будь яка
Група ІІА	T2	N0	M0	2-3, X	Будь яка
	T3	N0	M0	Будь-який	Нижній,
	T3	N0	M0	i	Верхній, середній
Група ІІВ	T3	N0	M0	2-3	Верхній, середній
	T3	N0	M0	Будь-який	X
	T3	N0	M0	X	Будь яка
	T1	N1	M0	Будь-який	Будь яка
Група ІІІА	T1	N2	M0	Будь-яке	Будь яка
	T2	N1	M0	Будь-який	Будь яка
Група ІІІВ	T2	N2	M0	Будь-який	Будь яка
	T3	N1,N2	M0	Будь-який	Будь яка
	T4a	N0,N1	M0	Будь-який	Будь яка
Група ІVА	T4a	N2	M0	Будь-яке	Будь яка
	T4b	Будь-яке N	M0	Будь-яке	Будь яка
	Будь-	N3	M0	Будь-яке	Будь яка

	яке Т				
Група IVB	Будь-яке Т	Будь-яке N	МІ	Будь-яке	Будь яка

Аденокарцинома  
Клінічне стадіювання

	T	N	M
Стадія 0	Tis	N0	M0
Стадія I	T1	N0	M0
Стадія ІА	T1	N1	M0
Стадія ІВ	T2	N0	M0
Стадія ІІІ	T2	N1	M0
	T3, T4a	N0, N1	M0
Стадія ІVА	T1-T4a	N2	M0
	T4b	N0, N1, N2	M0
	Будь-яке Т	N3	M0
Стадія ІVВ	Будь-яке Т	Будь-яке N	M1

Патогістологічне стадіювання

	T	N	M
Стадія 0	Tis	N0	M0
Стадія ІА	T1a	N0	M0
Стадія ІВ	T1b	N0	M0
Стадія ІІА	T2	N0	M0
Стадія ІІВ	T1	N1	M0
	T3	N0	M0
Стадія ІІІА	T1	N2	M0
	T2	N1	M0
Стадія ІІІВ	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
	T4a	N0, N1	M0
Стадія ІVА	T4a	N2	M0
	T4b	Будь-яке N	M0
	Будь-яке Т	N3	M0
Стадія ІVВ	Будь-яке Т	Будь-яке N	M1

**Клініка.** Часто першим, однак не раннім, симптомом раку стравоходу є дисфагія – порушення проходження їжі при ковтанні. Слід розрізняти функціональну та органічну дисфагію. Функціональна дисфагія з'являється раніше. На наявність невеликої пухлини стравоходу (вузол, виразка) без ознак стенозу здорова стінка відповідає спазмом (поперхування їжею). Пізніше настає органічна дисфагія, тобто стійке порушення проходження їжі при кожному ковтанні.

Органічна дисфагія свідчить про циркулярне ураження стравоходу і є пізньою ознакою процесу. Спочатку погано проходить тверда їжа, потім, із розвитком стенозу, – і рідка. Порушення нормального харчування спричинює виснаження хворих. У деяких хворих з'являються загруднинний біль, а також біль при проходженні їжі через стравохід, слинотеча.

Ці симптоми є пізніми і часто пов'язані із супутнім езофагітом або проростанням пухлини в суміжні органи.

**Діагностика.** Наявність навіть функціональної дисфагії в осіб похилого віку дає підстави запідозрити насамперед рак стравоходу. Деякі захворювання можуть також супроводжуватися дисфагією, але це спостерігається рідко (близько 15 %); характер дисфагії тоді інший і тривалість її довша. Це стосується дисфагії при доброякісних пухлинах, ахалазії стравоходу і кардії (кардіоспазм), при змінах аорти в осіб старшого віку. Рубцеві звуження стравоходу як причину дисфагії визначають на основі анамнезу, хоча на фоні рубцевих змін може виявитись і пухлина. Анамнестично також можна встановити діагноз локального рубцевого медіастиніту (хвороба Гантера), що може бути наслідком пневмонії.

Основними методами діагностики є рентгенологічний та ендоскопічний. При рентгеноскопії виявляється звуження стравоходу з ригідними стінками, перистальтика на рівні ураження відсутня. Часто наявне супрастенотичне розширення стравоходу. Рентгенологічна картина залежить від форми росту пухлини. При виразковій формі росту можна виявити депо барію в стінці стравоходу. Часто протяжність ураження можна визначити тільки рентгенологічно.

Езофагоскопічно можна побачити власне пухлину або її непрямі ознаки. При цьому видно лише звуження стравоходу, через яке пройти неможливо, але ригідність стінки під час дослідження ендоскопом, відсутність розправлення складок при роздуванні свідчать про пухлинну патологію. У кожному випадку потрібна біопсія пухлини або ексфолюативне цитологічне дослідження для верифікації діагнозу.

**Лікування.** При раку стравоходу застосовують хірургічне і променево лікування. Хіміотерапія недостатньо ефективна. Останнім часом проводять пошуки як нових препаратів, так і схем їхнього введення з метою підвищення ефективності цитостатичного лікування. Вибір методу лікування залежить від локалізації процесу, стадії та біологічних особливостей пухлини і хворого.

При локалізації пухлини в шийному відділі основним видом лікування є променева терапія. Розширені операції, при яких видаляють стравохід, гортань, накладають фарингофісору та гастростому (типу операції Габріеля), виконують дуже рідко. Якщо рак грудного відділу розташований вище від дуги аорти, то променева терапія також є методом вибору. Коли пухлина розташована на рівні дуги аорти або нижче, то застосовують комбіноване лікування – ад'ювантну променево терапію й операцію. Завдяки успіхам хірургічної техніки та анестезіології нині стали можливими одномоментні операції при будь-якій локалізації пухлини в стравоході. Оптимальною вважається чсрезплевральна резекція стравоходу з внутрішньоплевральною пластикою за Льюїсом. Ця операція має переваги над іншими як з онкологічної, так і з функціональної позиції. Операцію Добромислова–Торека, яка передбачає екстирпацію стравоходу з наступним (другий етап) відновленням його безперервності, виконують також рідко і це пов'язано з певними технічними передумовами (недостатня довжина шлункового трансплантата, порушення його кровопостачання тощо).

При локалізації пухлини безпосередньо в наддіафрагмальній частині стравоходу або в черевному відділі Оптимальною є операція типу Гарлока, що здійснюється через лівий торакоабдомінальний доступ.

З хірургічної точки зору проблему лікування раку стравоходу розглядають разом з проблемою раку кардіального відділу шлунка з переходом на стравохід. Ефективним методом лікування цієї локалізації раку є хірургічний. Операцію виконують тільки з торакоабдомінального доступу. Типовою операцією при кардіоезофагальному раку є проксимальна резекція шлунка з резекцією нижньої частини стравоходу. Стравохід перетинають на віддалі не менше ніж 4 см від верхнього краю пухлини. При гастроезофагеальному раку виконують гастректомію з резекцією нижньої частини стравоходу. Дані операції нерідко розширюють за рахунок додаткових резекцій суміжних органів (печінки, підшлункової залози, діафрагми, надниркової залози, поперечної ободової кишки, легенів, перикарда, селезінки).

Резектабельність становить близько 50 %. У нерезектабельних випадках можливі симптоматичні операції для забезпечення можливостей харчування: гостро -і єюностомія, обхідні анастомози, реканалізація стравоходу лазерними променями.



При раку середньої та нижньої третин грудного відділу стравоходу часто застосовується самостійне променеве, поєднанопроменеве та хіміопроменеве лікування. Дистанційне опромінення проводиться методом дрібного фракціонування дозою 2 Гр (5 разів на тиждень) при сумарній дозі 50–60 Гр. Внутрішньопорожнинне опромінення здійснюється за допомогою шлангових апаратів типу Селектрон, Агат ВУ методом післявведення до сумарної дози 20–30 Гр. Іноді перед опроміненням для харчування хворого накладають гастростому.

Низька ефективність лікування раку стравоходу вимагає внесення змін у тактику лікування. Надії пов'язуються, зокрема, з проведенням неоад'ювантної хіміотерапії (особливо комбінаціями, що включають цисплатин та 5-фторурацил).

**Прогноз.** П'ятирічне виживання хворих при хірургічному лікуванні становить близько 30 %, при променевому – лише 5 %.

## Рекомендована література

### Основна

- 1 Вашакмадзе Л.А., Мамонов А.С., Шляпов С.Л. Рак пищевода. Онкология. Национальное руководство. – М.: Геотар-Медиа, 2008. – С. 621-63.
- 2 Шевченко А.І., Попович О.Ю., Колесник О.П. Онкологія. (Електронний підручник). - Запоріжжя: ЗДМУ. 2009. – 309 с.
- 3 Онкологія: підручник / Ю. В. Думанський, А. І. Шевченко, І. Й. Галайчук, ...та ін. ; за ред. Г. В. Бондаря, А. І. Шевченка, І. Й. Галайчука. — 2-е вид., переробл. та допов. — К. : ВСВ «Медицина», 2019. — 520 с. <http://kingmed.info/media/book/5/4093.pdf>
- 4 Атлас онкологических операций Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса. ГЭОТАР-Медиа, 2008 – 624 с. [https://www.studmed.ru/chissov-vitrahtenberg-ah-paches-ai-red-atlas-onkologicheskikh-operaciy\\_e41164afda7.html](https://www.studmed.ru/chissov-vitrahtenberg-ah-paches-ai-red-atlas-onkologicheskikh-operaciy_e41164afda7.html)
- 5 Бондар Г. В., Попович О. Ю., Думанський Ю. В., Яковець Ю. І. та ін. Лекції з клінічної онкології. Том 1; Том 2. – Донецьк, 2006-7. – 442 с.
- 6 Онкологія: Підручник – 3-те видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак, О. О. Галай та ін.; За ред. Б. Т. Білінського – К. Здоров'я, 2004, 2007 – 528 с. <http://booksshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=bilinskiy-bt&book=2004>
- 7 Онкологія: підручник / Ю. В. Думанський, А. І. Шевченко, І. Й. Галайчук, ...та ін. ; за ред. Г. В. Бондаря, А. І. Шевченка, І. Й. Галайчука. — 2-е вид., переробл. та допов. — К. : ВСВ «Медицина», 2019. — 520 с. <http://kingmed.info/media/book/5/4093.pdf>

### Додаткова

- 1 Ганул В.Л., Киркилевский С.И. – Рак пищевода. – Киев: Книга плюс. – 2003. – 200 с.
- 2 Радіологія (Променева діагностика та променева терапія.) / За заг. ред. М. М. Ткаченка. К.: Книга плюс, 2011. – 719 с.
- 3 Рак в Україні: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / За ред. С. О. Шалімова. Бюлетень національного канцер-реєстру України. ( дивитися щорічні №№ 20-21 бюлетенів )

## Матеріали для самоконтролю

Теоретичні Запитання для заняття

Захворюваність на РС в Україні та світі.

Етіологія і патогенез РС, передракові захворювання.

Макроскопічні форми РС.

Мікроскопічні форми РС та гістологічна класифікація.

Шляхи росту та метастазування ракової пухлини стравоходу.

Класифікація TNM та групування за стадіями РС.

Методи обстеження хворих на РС.

Типова клінічна картина РС: скарги та об'єктивні дані.

Диференціальна діагностика РС.

Ускладнення РС.

Діагностична програма обстеження хворих з підозрою на РС.

Лікувальна тактика.

Показання до оперативних втручань.

Характер радикальних оперативних втручань при РС.

Характер симптоматичних оперативних втручань.

Променева терапія.

Комбіноване лікування РС.

Симптоматична терапія розповсюджених форм РС.

Прогноз. Профілактика. Моніторинг.

### Тестові завдання

Тест № 1 ( $\alpha=2$ ). Виділіть апудоми в гістологічній класифікації РС.

Аденокарцинома. Б. Дрібноклітинний рак.

Плоскоклітинний рак. Г. Аденоакантома. Д. Карциноїд. Е. Недиференційований рак.

Тест № 2 ( $\alpha=2$ ). Назвіть основні симптоми, характерні для РС.

А. Біль за грудиною з іррадіацією в лопатку. Б. Порушення апетиту. В. Дисфагія. Г. Гіперсалівація.

Д. Безпричинна анемія. Е. Схуднення.

Тест № 3 ( $\alpha=2$ ). Які радикальні оперативні втручання проводяться при РС?

Операція Добромислова-Торека. Б. Гастростомія.

Операція Дюкена. Г. Стентування.

Д. Операція Гарлока. Е. Езофагогастроєюностомія.

Тест № 4 ( $\alpha=2$ ). Визначте передракові стани стравоходу з великою потенцією до малігнізації:

Хронічна кальозна виразка. Б. Хронічний езофагіт.

Розширення вен стравоходу. Г. Лейоміома стравоходу. Д. Масивні опікові рубці. Е. Поліпи стравоходу.

Тест № 5 ( $\alpha=1$ ). При яких захворюваннях на рентгенограмах стравоходу вісь його залишається незміненою:

Лейоміома стравоходу. Б. Рак стравоходу.

Поліп стравоходу. Г. Компресія стравоходу пухлиною середостіння.

### Ситуаційні задачі

Задача № 1 ( $\alpha=2$ ). Хворий, 62 роки, Скаржить на біль за грудиною, важке проходження страви, неприємний запах з рота, підвищене виділення слини, схуд на 15 кг за 2 місяці. Апетит збережений. Риси обличчя загострені. Шкіра бліда із землистим відтінком, тургор її знижений.

Завдання: визначіть патологію, яка обумовила таку клінічну картину. А. Лейкоплакія стравоходу. В. Кардіоспазм. С. Езофагіт. Д. Рак стравоходу. Е. Післяопікові рубці.

Задача № 2 ( $\alpha=2$ ). Хворому 55 років; після обстеження в онкодиспансері встановлено діагноз: рак кардіального відділу стравоходу. Показано хірургічне лікування.

Завдання: Визначте яку радикальну операцію слід здійснювати в даному випадку?

А. Операцію Дюкена. В. Операцію Торека. С. Операцію Льюїса. Д. Гастроентеростомію. Е. Операцію Гарлока.

Задача № 3 ( $\alpha=2$ ). Хворий, 40 років, 2 місяці тому з'явилася прогресуюча дисфагія. Він схуд, але апетит зберігається, ніяких змін в аналізі крові не виявлено. При рентгенологічному дослідженні в нижній частині стравоходу знайдений досить великий «дефект наповнення» з боку правої стінки стравоходу, але контури «дефекту» рівні, хоча перистальтика на цьому рівні відсутня.

Завдання: встановіть хворому діагноз: А. Лейоміома. В. Рак стравоходу. С. Пухлина середостіння. Д. Аневризма аорти. Е. Туберкульоз стравоходу.

Задача № 4 ( $\alpha=2$ ). У хворого 71 року три місяці назад з'явився постійний біль без іррадіації за грудиною, в ділянці серця та гіперсалівація. Лікувався самостійно та у дільничного лікаря «серцевими» ліками. Був тимчасовий та незначний ефект. Об'єктивним та електрокардіографічним обстеженням серця суттєвих відхилень від норми не виявлено.



Завдання: Визначте яке злоякісне новоутворення більш часто може викликати вказану вище симптоматику: А. Периферичний рак легені. В. Рак підшлункової залози. С. Рак кардії стравоходу. D. Рак печінки. Е. Колоректальний рак.

Задача № 5 ( $\alpha=3$ ). Хворому 58 років, скаржиться на утруднення при проходженні страви. Вперше дисфагічні явища помітив 4 місяці назад. За останні два місяці вони посилились. В момент затримки в стравоході твердої їжі виникає біль за грудиною. При огляді змін у внутрішніх органах не виявлено. Поверхневі лімфовузли не змінені. В аналізі крові: лейкоцитоз не спостерігається, ШОЕ 57 мм/г. В сечі – сліди білка. Під час рентгенологічного дослідження стравоходу у фазі «тугого наповнення» визначається звуження просвіту стравоходу в середній третині протягом 6 см. Контраст проходить з труднощами. На передній стінці дефект наповнення з нерівними контурами, перистальтика на цьому рівні відсутня. Верхня третина грудного відділу значно розширена, має чіткі контури. Нижня третина стравоходу не змінена.

Завдання 1: встановіть клініко-рентгенологічний діагноз: А. Рак стравоходу. В. Спазм стравоходу. С. Варикозне розширення вен стравоходу. D. Рубцеве звуження стравоходу. Е. Тракційний дивертикул.

Завдання 2: призначте необхідні методи обстеження.

Завдання 3: призначте необхідне лікування.