

ИДЕОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА

Кафедра онкологии Карагандинского государственного медицинского университета
(Караганда, Казахстан)

Рак пищевода занимает шестое место в структуре смертности среди злокачественных опухолей в мире и относится к одной из наиболее агрессивных локализации рака [26]. По сообщениям IARC (International Agency for Research on Cancer) на 2008 г. заболеваемость была 49,2 на 100 тыс. населения, смертность – 34,3 на 100 тыс., и среди всех онкологических заболеваний рак пищевода занимает 9 место в мире. Высокая заболеваемость раком пищевода отмечена в северных районах Китая, Ирана, Монголии, а среди стран СНГ – в Казахстане и Киргизии [11]. Также сохраняется высокая частота рака в некоторых странах Европы – Франции (провинция Бретань), Швейцарии, Финляндии.

По сообщениям [7, 9, 14] рак пищевода в России занимает 14 место с удельным весом 2-5, в структуре онкологической патологии составляет 6,7 на 100 тыс. населения.

Заболеваемость раком пищевода в Казахстане сохраняется на высоком уровне, составляя 7,7 на 100 тыс. населения, что в 1,2 раза больше, чем в Российской Федерации. Несмотря на то, что в РФ проживает населения в 10 раз больше, чем в Казахстане. Смертность от этой патологии в Казахстане занимает 4 место, составляя 5,8%. Заболеваемость раком пищевода в Карагандинской области равна 8,8 на 100 тыс. населения, что 1,3 выше, чем в Республике.

Ключевые слова: рак пищевода, метастазы, отдаленные результаты

Рак пищевода (РП) и кардиоэзофагеальной зоны являются наиболее агрессивными опухолями с крайне неблагоприятным прогнозом, так как при первичном обращении у 40-60% пациентов выявляются регионарные и/или отдаленные метастазы и уже не подлежат хирургическому лечению [10]. По данным [16] смертность до года после верификации диагноза остается самой высокой, средняя продолжительность жизни пациентов при III стадии опухолевого процесса без лечения не превышает 5-8 мес.

Основная причина высокой смертности до года с момента установления диагноза – позднее выявление запущенных форм рака пищевода, летальность составляет 65% [8]. Исследователи [1, 5] отмечают, что большинство пациентов к началу лечения имеют III-IV стадию опухолевого процесса в 65-75% случаев. Наличие распространенных форм РП к моменту лечения создает определенные трудности при выборе терапии. Многие большие оказываются неоперабельными из-за высокой степени распространенности опухолевого процесса, конкурирующей сопутствующей патологии. В 20% случаев после радикального лечения выявляются местные рецидивы опухоли в анастомозе [13].

Многoletний опыт клиники пищеводной онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена [7] позволил разработать следующую программу лечения РП. При I-II стадии и отсутствии метастазов предлагают органосохраняющее лечение: электро- и лазерную деструкцию опухоли с

введением препаратов «Фотогем» и «Фотосенс». При местнораспространенном РП, т. е. III стадии ввиду тяжести исходного состояния (значительной потере в весе, выраженной дисфагии, явления дегидратации), на первом этапе выполняют гастростомию по собственной методике с ревизией паракардиальных, парааортальных зон метастазирования и их удаление. По сообщениям [7], наложение гастростомы позволяет достичь адекватной реабилитации пациента и подготовить его к радикальной операции. При наличии декомпенсированного исходного состояния рекомендуют одномоментную резекцию пищевода с пластикой пищевода изоперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка. В сомнительных случаях, когда исходное состояние больного оценивается как тяжелое, то выполняют двухэтапную операцию Добромыслова – Торека. Отсроченную эзофагопластику применяют спустя 6 мес. после первой.

По мнению И. С. Стилиди и соавт. [1], хирургический метод лечения РП остается основным способом, несмотря на успехи химиолучевой терапии. Так, Р. Кубе и соавт. [15] считают сомнительными результаты 5-летней выживаемости при химиолучевой терапии рака пищевода. По мнению А. М. Щербакова и соавт. [13], при распространенных и запущенных формах РП паллиативные хирургические и эндоскопические методы необходимо дополнять лучевой терапией. В то же время В. И. Чиссов, С. Л. Дарьялова [16] считают, что химиотерапевтический и лучевой методы редко

Таблица 1 – Общая выживаемость больных в зависимости от количества пораженных лимфатических узлов

Количество пораженных лимфатических узлов	3-летняя выживаемость (%)	5-летняя выживаемость (%)
1-4	51,7	18,3
5-7	41,3	0
7 и более	0	0

дают регресс опухоли, а продолжительность жизни после нее не превышает 13 мес.

Другие исследователи [48], наоборот, отмечают, что неоадьювантная радиохимиотерапия является перспективным методом, и в 10-20% случаев удается добиться полного регресса. М. В. Orringer и соавт. [48] использовали комплексную методику терапии распространенных форм РП, и у 52% пациентов в послеоперационный период не отмечалось осложнений.

По мнению большинства исследователей [5, 7, 9, 11, 14, 16], перспективы применения лучевой и химиотерапевтической помощи больным с распространенными формами РП ограничены ввиду ее резистентности, и в основном эти виды лечения носят вспомогательный характер. Ведущим методом лечения РП является хирургический метод.

По сообщениям [23, 32, 43, 45], РП обладает высоким потенциалом лимфогенного метастазирования, и при поражении подслизистого слоя (Т1) метастазы в лимфоузлы выявляют в 40%, а при прорастании адвентиции – в 90%.

По данным I. Stiliadi et al. [43] в 20% случаев выявляются так называемые «прыгающие метастазы» в регионарные и отдаленные узлы, и при этом крайне сложно определить направление лимфооттока. Поэтому обязательным условием, т. е. стандартом при хирургическом лечении РП, следует считать расширенные 2-зональные лимфодиссекции; по классификации Н. Ide et al. – удаление лимфоузлов средостения до верхней апертуры и в брюшной полости – лимфодиссекция, как при раке желудка (D2). Поэтому адекватный выбор оперативного доступа является существенным моментом, влияющим на радикальность операции. Исследование оперативного доступа по Осаво-Гарлоку при резекции пищевода при раке не оправдано [43], поэтому в клинике торакальной онкологии РОНЦ РАМН РФ с 1996 г. резекция пищевода из данного доступа не применяется.

5-летняя выживаемость пациентов после профилактической лимфодиссекции достигает

30-47% [18, 28], а 10-летняя выживаемость после радикальной операции равна 19,3% по данным Н. Fujita et al. [41].

Одним из важных факторов прогноза, влияющим на продолжительность жизни, является частота поражения лимфатических узлов и их количества [18]. 3- и 5-летняя выживаемость при наличии N1 составила 47,7% и 12,9%, а при стадии N0 – 68,6% и 54,8% соответственно ($p < 0,05$). Немаловажное значение для прогноза имеет количество пораженных лимфоузлов. «Критическим» числом считается 7 пораженных лимфоузлов [14, 18]. По данным N. K. Altorki, D. Skinner [18], И. С. Стилиди и соавт. [14] ни один больной с 7 и более пораженными лимфоузлами не дожил до 3 лет (табл. 1).

Японские хирурги еще с 80-х гг. [28] использовали трехзональную лимфодиссекцию, мотивируя тем, что у 40% пациентов с плоскоклеточным РП после радикальных операций в отдаленные сроки выявляются метастазы в шейные лимфатические узлы. По сообщениям авторов [46], 5-летняя выживаемость после вышеуказанных операций составила 65% при плоскоклеточном раке и 46% при аденокарциноме. Эти же данные подтверждают N. Altorki et al. [46], которые доказали, что 25% больных пережили 5-летний срок наблюдения, несмотря на наличие шейных метастатических лимфоузлов.

В то же время многие исследователи [17, 22, 27] считают, что на данном этапе более адекватным лечением рака грудного отдела пищевода является комплексный вариант лечения, то есть неоадьювантная химиолучевая терапия. Рандомизированные исследования показали, что применение данной методики значительно улучшает выживаемость.

Одной из наиболее перспективных методик комбинированного лечения, по мнению М. И. Давыдова [3], является неоадьювантная химиотерапия, при которой повышается резектабельность и выживаемость пациентов. Эффективность неоадьювантной химиотерапии с последующей операцией автор оценивает в 45-70% случаев. При лучевой терапии в

суммарной дозе в 45-75 Грей у пациентов с небольшими опухолями 5-летняя выживаемость не превышает от 10 до 15%. Автор отмечает, что лучевая и химиотерапия носит паллиативный характер, поэтому применение вышеназванных методов в качестве самостоятельного способа лечения РП является альтернативным решением.

Таким образом, перспективы химиолучевой терапии при раке грудного отдела пищевода крайне ограничены, если они не дополняются хирургическим вмешательством.

Однако исследования, проведенные D. P. Kelsen et al. [20], показали, что у 440 больных плоскоклеточным раком и аденокарциномой пищевода, которым проводили «чисто» хирургическое лечение и в комбинации с неоадьювантной химиотерапией (3 курса цисплатин и инфузии 5-фторурацила) доказали, что медиана выживаемости незначительно ($p > 0,05$) выше в группе «чисто» хирургического лечения, составляя 16,1 мес., тогда как в группе с неоадьювантной полихимиотерапией – 14,5 мес. Трехлетняя выживаемость в двух группах была одинаковой – 26 мес. В отдаленные сроки также отмечено, что местные рецидивы рака составили в группах 32 и 31% соответственно. Авторы отмечают, столь низкие результаты были получены ввиду малоэффективности комбинации цисплатина и фторурацила при РП.

Рандомизированное исследование, проведенное группой химиотерапевтов и онкохирургов из Англии [35], которые изучили и обобщили результаты 802 больных РП. Пациенты были рандомизированы на 2 группы: хирургическое лечение и его комбинация с неоадьювантной полихимиотерапией (ПХТ). 75% пациентов были с аденокарциномой и им проводили ПХТ по схеме: 2 курса цисплатина+5-фторурацил+этопозид. Резектабельность (R0) в группах составила соответственно 84 и 71%. Медиана продолжительности жизни больных, по мнению авторов, оказалась выше в группе после комбинированного, чем после «чисто» хирургического лечения: 17,4 и 13,4 мес. Результаты 2-летней выживаемости независимо от гистологической формы опухоли составили 45 и 35% соответственно.

Учитывая разноречивые данные при анализе эффективности комбинированного (неоадьювантная ПХТ+операция) и оперативного лечения РП, R. Malthaner, D. Fenlon [33] провели мета-анализ 2 051 больного. Анализ показал, что объективный эффект среди больных с предоперационной ПХТ колебался от 15

до 60%. Полный регресс опухоли с морфологическим патоморфозом был отмечен у 4-7% больных с достоверным увеличением продолжительности жизни. Неоадьювантная ПХТ способствовала повышению резектабельности и улучшала 5-летнюю выживаемость на 6,4%, по сравнению с группой больных после «чисто» хирургического лечения. Авторы пришли к заключению, что современная неоадьювантная ПХТ резектабельного РП пока не способна существенным образом изменить прогноз отдаленного исхода пациентов и значительно улучшить результаты оперативного лечения.

В другом мета-анализе [49], основанном на результатах лечения 1 116 больных доказали, что проведение неоадьювантной химиолучевой терапии позволило добиться полной регрессии в 21% случаев, уменьшить риск развития местных рецидивов на 64%, а чистота прогрессирования опухолевого прогресса на 34% ниже, чем по сравнению с группой больных после «чисто» хирургического лечения. По мнению авторов, предоперационная химиолучевая терапия является одним из перспективных методов лечения резектабельного РП. В то же время они [49] отмечают, что неоадьювантная ПХТ умеренно повышает частоту резектабельности опухоли пищевода и послеоперационную летальность.

Из всего изложенного следует, что оперативное лечение рака грудного отдела пищевода остается основным способом радикальной терапии. В истории хирургии РП [2, 4] существуют различные способы резекции, и в основном удалялись местные метастазы. Однако в последние 20-30 лет показания к радикальным вмешательствам значительно расширились. Первоначально это касалось метастазов в забрюшинные лимфоузлы, то в этом случае выполняли операцию Льюиса с лимфодиссекцией верхнего этажа брюшной полости. На втором этапе, т. е. торакальном – выполняли резекцию пищевода с лимфодиссекцией заднего средостения до бифуркации трахеи. Отдаленные результаты лечения РП оставались малоутешительными, так как до года после радикальных операций возникали регионарные рецидивы в лимфоузлах верхнего средостения и шеи в 27-62% случаев [29]. По сообщениям K. Isono et al. [29], послеоперационная летальность равнялась 35%, а 5-летняя выживаемость не превышала 4-22%.

С внедрением операции расширенной лимфодиссекции по данным Токийского института гастроэнтерологии [44] отмечено значи-

Таблица 2 – 5-летняя выживаемость и послеоперационная летальность больных после операции с расширенной 2-зональной лимфодиссекцией

Автор	5-летняя выживаемость (%)					Послеоперационная летальность (%)
	I ст.	IIa ст.	IIb ст.	III ст.	IV ст.	
W. Adachi, 1996 (Shinshu gr.) (n=140)	80,7	37,9	16,7	16,9	-	4,6
W. Adachi, 1996 (Hebei gr.) (n=1164)	92,6	53,9	27,5	14,3	-	1,8
A. Visabal, 2001 (n=220)	94,4	36	14,3	10	0	1,4
N. Altorki, D. Skinner, 2001 (n=111)	78	72	0	39	27	5,4
J. M. Collard, 2001 (n=324)	73	58	36	30	-	5
J.Hagen, 2001 (n=100)	94,4	80	77,1	24,3	28,7	6
Данные РОНЦ (n=147)	-	59	39,5	26,7	0	6,1

Таблица 3 – Результаты 5-летней выживаемости больных после операций с 3-зональной лимфодиссекцией

Автор	Число больных	Послеоперационная летальность (%)	Общая 5-летняя выживаемость (%)
M. Bhansali, 1997	90	2	54
Y. Tachimori, 1998	63	1,6	26,7
Van de Ven C., 1999	17	0	-
Y. Tabira, 1999	40	-	42
W. Fang, 2001	441	4,1	41
H, Igaki, 2001	96 (рак нижнегрудного отдела)	3	59
N. Altorki, 2002	80	5	51
F. Fujita, 2003	176	5	49 (10 лет – 35%)
H. Igaki, 2003	139 (опухоли T1-2)	2	61
T. Lerut, 2004	174	1,2	41,9
M. Tachibana, 2005	141	6,4	48
Данные РОНЦ	25	4	-

тельное улучшение 5-летней выживаемости независимо от стадии опухолевого процесса до 35,9% и 26% – после стандартной операции. Японскими хирургами [44] была разработана классификация типов операции с учетом объема лимфодиссекции:

- стандартная 2-зональная операция (абдоминальная и медиастинальная лимфодиссекция до уровня бифуркации трахеи) – 2S;
- расширенная 2-зональная операция (абдоминальная медиастинальная лимфодиссекция до уровня верхней апертуры) – 2F (от англ. field – поле);
- 3-зональная операция (абдоминальная, билатеральная медиастинальная и шейная лимфодиссекция) – 3F.

По мнению японских онкологов [19, 30, 31, 34], независимо от стадии опухолевого процесса, при расширенной лимфодиссекции и

наличии верифицированных метастазов в удаленных лимфоузлах, удается добиться вполне удовлетворительных отдаленных результатов. 5-летняя выживаемость составляет 35%. По сводным данным М. И. Давыдова, И. С. Стилиди [2], после расширенной абдоминальной и медиастинальной лимфодиссекции добиваются значительных результатов 5-летней выживаемости при I-III стадии рака (табл. 2).

По сообщениям [47], частота рецидивов рака в средостения после стандартной операции отмечена в 25-60% случаев, а по данным Н. Fujita et al. [36] 13% возникает на шее и 15% – в верхнем средостении. Поэтому проведение 3-зональной лимфодиссекции при раке грудного отдела пищевода вполне оправдано. Проанализирована по сводным данным [2] 5-летняя выживаемость после 3-зональной операции колебалась от 26,7 до 54% (табл. 3).

Проанализировав все вышеуказанные данные и обобщив собственный опыт хирургического лечения рака грудного отдела пищевода, М. И. Давыдов, И. С. Стилиди [2] пришли к заключению, что показанием к 3-зональной лимфодиссекции является: рак средне-/верхнегрудного отделов пищевода; возраст пациентов до 70 лет; опухоли T1-3; отсутствие отдаленных гематогенных метастазов; метастазы не более, чем в 4 лимфоузлах, особенно при поражении узлов верхнего средостения и шейно-надключичной области, подтвержденные пред/либо интраоперационно при срочном морфологическом исследовании; выполнение радикальной резекции в брюшной полости и средостении.

Несмотря на обнадеживающие результаты лечения РП при расширенной лимфодиссекции, многие исследователи [25, 37, 38, 39] считают, что множественная метастатическая агрессия регионарных лимфоузлов должна расцениваться как диссеминированный опухолевый процесс. Поэтому лимфодиссекция не может улучшить продолжительность жизни пациентов, целесообразно более безопасное и эффективное вмешательство – транстиатальная резекция пищевода.

Преимуществом транстиатального доступа является снижение частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов [50]. Другие авторы считают [21, 40], наоборот, что трансторакальная резекция пищевода более безопасна, чем при транстиатальном доступе. При выполнении резекции из вышеуказанного доступа неадекватная визуализация опухоли верхне- и среднегрудного отделов пищевода высокая частота повреждения возвратного нерва и чрезвычайно высокий риск развития несостоятельности швов анастомоза.

Мета-анализ, основанный на результатах лечения (5 500 больных за период с 1986 по 1996 г.) показал, что частота респираторных и сердечно-сосудистых заболеваний независимо от доступа была одинаковой [41]. Однако процент несостоятельности швов анастомоза и повреждения возвратного нерва был значительно выше в группе пациентов после транстиатальной резекции пищевода. Послеоперационная летальность после транстиатальной и трансторакальной операции составила соответственно 6,5 и 9,5%. 5-летняя продолжительность жизни оказалась одинаковой в обеих группах.

Hulsher et al. [24] также провел мета-анализ результатов лечения 7 527 пациентов,

включающий в себя 6 проспективных сравнительных исследований и 3 рандомизированных. Авторами ни в одном из трех исследований достоверной разницы в частоте осложнений, летальности и 5-летней выживаемости не было установлено. Единственным различием было увеличение процента частоты повреждения возвратного нерва после транстиатальной резекции пищевода.

Таким образом, вопросы комбинированной терапии или «чисто» хирургического лечения с расширенной лимфодиссекцией остаются дискуссионными. Результаты многоцентровых исследований по лечению рака грудного отдела пищевода, основанные на значительном клиническом материале, показывают разноречивые данные.

Д. Р. Собиров, анализируя результаты 378 больных раком грудного отдела пищевода, которым была выполнена операция Льюиса (19%), Мак-Кьюна (15,1%) и транстиатальная эзофагэктомия с использованием видеоассистирования, считает, что применение миниинвазивного метода с видеоассистированием позволяет выполнить лимфодиссекцию, снизить риск повреждения соседних органов и тканей [12].

Многофакторный анализ показал, что медиастинальная лимфодиссекция является достоверным фактором риска развития ишемического бронхита и пневмонии у 48,7 пациентов [6]. Также авторы отмечают, что системная артериальная гипотензия и уровень фибриногена повышают риск некроза трансплантата.

Отсюда следует, что выполнение миниинвазивной операции при раке грудного отдела пищевода и ограничение объема лимфодиссекции значительно улучшает непосредственные результаты хирургического лечения и снижает риск послеоперационных осложнений.

Анализ литературных данных показал, что существующие методы лечения рака грудного отдела пищевода, т. е. химиотерапия в самостоятельном варианте, малоэффективны и в основном они должны использоваться в сочетании с хирургическим способом лечения. Основным радиальным методом лечения рака грудного отдела пищевода является хирургический. Учитывая высокую метастатическую агрессию РП, оперативное лечение должно быть направлено не только на резекцию пищевода с удалением первичной опухоли, но и на удаление регионарных метастазов в лимфатических узлах. Подводя итоги мета-анализов, проведенных различными центрами, при кото-

рых получены разноречивые результаты лечения после 2- и 3-зональной лимфодиссекции, можно сделать вывод, что до сих пор нет единого мнения в выборе объема и уровня лимфодиссекции при хирургическом лечении рака грудного отдела пищевода.

Таким образом, изучение результатов хирургического и комбинированного лечения рака грудного отдела пищевода с учетом факторов прогноза является одной из актуальных проблем клинической онкологии.

ЛИТЕРАТУРА

1 Возможности улучшения качества жизни после одномоментной субтотальной резекции пластики пищевода по поводу рака /И. С. Стилиди, П. В. Кононец, С. В. Ширяев и др. // Рос. онкол. журн. – 2007. – №5. – С. 21-28.

2 Давыдов М. И. Рак пищевода /М. И. Давыдов, И. С., Стилиди.– М., 2007.– С. 177-181.

3 Давыдов М. И. Эволюция онкохирургии и ее перспективы. Рак пищевода //Пробл. клинич. медицины. – 2005. – №1. – С. 10-11.

4 Дмитриев Е. Т. Трансхиатальная эзофагэктомия против трансторакальной при раке пищевода (обзор зарубежной литературы) /Е. Т. Дмитриев, Н. В. Михайлов //Поволжский онкологический вестник.– 2013.– №1.–С.54-59.

5 Зависимость продолжительности жизни при раке пищевода от выбора лечения /С. Д. Фокеев, Я. Н. Шойхет, А. Ф. Лазарев и др. // Пробл. клинич. медицины. – 2006. – №3. – С. 50-53.

6 Ковайкин А. Г. При снижении фатальных осложнениях внутриплевральной эзофагопластики при раке пищевода и гастроэзофагальном раке /А. Г. Ковайкин, Д. А. Чичеватов //Ульяновский медико-биологический журнал. – 2014. – №4. – С. 31-36.

7 Мамонтов А. С. Комбинированное лечение рака пищевода //Практич. онкология. – 2003. – Т. 4, №2. – С. 76-82.

8 Мельников О. Р. Рак пищевода: клиническая картина и стадирование заболевания // Практич. онкология. – 2003. – Т. 4, №2. – С. 66-69.

9 Методы реконструкции пищевода /Л. Д. Роман, А. М. Карачун, К. Г. Шостка, И. П. Костюк //Практич. онкология. – 2003. – Т. 4, №2. – С. 99-108.

10 Промежуточные результаты применения предоперационной химиотерапии и расширенной субтотальной резекции пищевода при раке /М. И. Давыдов, И. С. Стилиди, В. Ю. Бохян и др. //Анналы хирургии. – 2005. – №3. – С. 27-32.

11 Рак пищевода: современные подходы

к диагностике и лечению /М. И. Давыдов, И. С. Стилиди, М. Д. Тер-Ованесов, Б. Е. Полоцкий //Рус. мед. журн. – 2006. – №14. – С. 1006-1015.

12 Сабиров Д. Р. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных раком пищевода с использованием традиционного мини-инвазивного метода //Клинич. онкология. – 2015. – №1. – С. 11-14.

13 Современные тенденции паллиативного лечения больных раком пищевода /А. М. Щербатов, Н. Н. Симонов, С. В. Канаев и др. // Практич. онкология. – 2003. – Т. 4, №2. – С. 91-98.

14 Стилиди И. С. Результаты и перспективы хирургического лечения больных раком пищевода /И. С. Стилиди, В. Ю. Бохян, М. Д. Тер-Ованесов //Практич. онкология. – 2003. – Т. 4, №2. – С. 70-75.

15 Хирургическое лечение злокачественных новообразований пищевода /Р. Кубе, А. Реймер, Е. Клюге и др. //Хирургия. – 2009. – №9. – С. 50-54.

16 Чиссов В. И. Онкология /В. И. Чиссов, С. Л. Дарьялова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 560 с.

17 A Comparison Of Multimodal Therapy and Surgery For esophageal Adenocarcinoma /Th. Walsh, N. Noonan, D. Hollywood et al. //N. Engl. J. Med. – 1996. – V. 335. – P. 462-467.

18 Altorki N. K. Occult cervical nodal metastasis in esophageal cancer: preliminary results of three-field lymph node dissection /N. K. Altorki, D. Skinner //J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1997. – V. 113 (3). – P. 538-544.

19 Akiyama H. Radical lymph node dissection for cancer of the thoracic esophagus /H. Akiyama, M. Tsusumaru, H. Udagawa //Ann. Surg. – 1994. – V. 220 (3). – P. 364-373.

20 Chemotherapy followed by surgery compared with surgery alone for localized esophageal cancer /D. P. Kelsen, R. Ginsberg, T. F. Pajak et al. //N. Engl. J. Med. – 1998. – V. 339. – P. 1979-1983.

21 Definitive chemoradiotherapy for T4 and/or M1 lymph node squamous cell carcinoma of the esophagus /A. Ohtsu, N. Boku, K. Muro et al. //J. Clin. Oncol. – 1999. – V. 17. – P. 2915-2921.

22 Entwistle J. Multimodality Therapy for Resectable Cancer of the Thoracic esophagus /J. Entwistle, M. Goldberg //Ann. Thoracic Surg. – 2002. – V. 73. – P. 1009-1015.

23 Esophageal carcinoma: Depth of tumor invasion is prediction of regional lymph node status /Th. W. Rise, Gr. Zuccaro, D. J. Adelstein et

al. //Seventh World Congress of the international Society for Diseases of the Esophagus. – Montreal, 1998. – P. 96-98.

24 Extended Transthoracic Resection Compared With Limited Transhiatal Resection for Adenocarcinoma of the Esophagus /J. B. Hulscher, J. W. Van Sandick, A. G. De Boer et al. //N. Engl. J. Med. – 2002. – V. 347, №21. – P. 1662-1669.

25 Harrison J. E. Is esophageal cancer a surgical disease? //J. Surg. Oncol. – 2000. – V. 75. – P. 227-231.

26 Identification of genomic alterations in esophageal squamous cell cancer /Y. Song, L. Li, Y. Ou, Z. Gao et al. //Nature. – 2014. – V. 509. – P. 91-95.

27 Induction Chemo-Radiotherapy for Squamous cell Carcinoma of the Thoracic Esophagus: Long-Term results of a Phase II study /E. Laterza, G. de' Manzoni, P. Tedesco et al. //Ann. Surg. Oncol. – 1999. – V. 6/8. – P. 777-784.

28 Isono K. Recurrence of intrathoracic esophageal cancer /K. Isono, H. Onoda, K. Nakayama //Jpn. J. Clin. Oncol. – 1985. – V. 15. – P. 49-60.

29 Isono K. Results of nationwide study on three-field lymph node dissection of esophageal cancer /K. Isono, H. Sato, K. Nakayama //Oncology. – 1992. – V. 19. – P. 411-420.

30 Kitamura M. Optimal extent of lymph node dissection for thoracic esophageal cancer – is two-field node dissection acceptable /M. Kitamura, H. Suzuki, R. Saito //Materials of the VII World Congress of the international Society for diseases of the Esophagus. – NY, 1998. – P. 789-791.

31 Lymph Node Metastasis in Thoracic Esophageal Carcinoma /H. Kato, Y. Tachimori, H. Watanabe et al. //J. Surg. Oncol. – 1991. – V. 48. – P. 105-110.

32 Lymph Node Metastasis in Thoracic Esophageal Carcinoma /H. Kato, Y. Tachimori, H. Watanabe et al. //J. Surg. Oncol. – 1991. – V. 48. – P. 106-111.

33 Malthaner R. preoperative chemotherapy for resectable thoracic esophageal cancer (Cochrain review) /R. Malthaner, D. Fenlon //Cochrain library. – 2004. – Issue 3. – P. 456-463.

34 Matsubara T. Is cervical involvement a sign of incurable disease in cancer of the thoracic esophagus? //I. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1998. – V. 15. – P. 1224-1225.

35 Medical Research Council Oesophageal cancer working Group. Surgical resection with or without postoperative chemotherapy in esophageal cancer: a randomized controlled trial //Lancet. – 2002. – V. 359. – P. 1727-1733.

36 Optimal Lymphadenectomy for Squamous Cell Carcinoma in the Thoracic Esophagus: comparing the Short – and Long-Term Outcome among the Four Types of Lymphadenectomy /H. Fujita, S. Sweyosbi, T. Tanaka et al. //Word J. Surg. – 2003. – V. 27. – P. 571-579.

37 Orringer M. B. Eliminating The Cervical Esophagogastric Anastomotic Leak With A Side-To-Side Stapled Anastomosis /M. B. Orringer, B. Marshall, M. D. Lannetoni //I. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2000. – V. 119. – P. 277-288.

38 Orringer M. B. Partial median Sternotomy: Anterior approach to the upper Thoracic Esophagus //I. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1984. – V. 87. – P. 124-129.

39 Orringer M. B. Transhiatal Esophagectomy for Treatment of Benign and Malignant Esophageal Disease /M. B. Orringer, B. Marshall, M. D. Lannetoni //Word. I. Surg. – 2001. – V. 25. – P. 196-203.

40 Outcomes of radiotherapy for inoperable locally advanced (T4) esophageal cancer: retrospective analysis /Y. Stok, N. Fuwa, A. Matsumoto et al. //Radiat. Med. – 2001. – V. 19. – P. 231-235.

41 Pingani R. Transhiatal versus Ivor-Lewis oesophagectomy: is there a difference? /R. Pingani, C. L. Martin, M. R. Cox //Aust. N. Z. J. Surg. – 1999. – V. 69. – P. 187-194.

42 Prognostic factors in esophageal cancer: retrospective evaluation of extended radical lymphadenectomy and adjuvant therapy /H. Fujita, T. Kakegawa, H. Tanaka et al. //Diseases of the Esophagus. – 1995. – V. 22. – P. 167-172.

43 Subtotal Esophagectomy with extended 2-field lymph node dissection for thoracic esophageal cancer /I. Stilidi, M. Davydov, V. Bokhyan, E. Suleymanov //Europ. J. Cardio-thoracic. Surg. – 2003. – V. 23. – P. 415-420.

44 The radical operation of thoracic esophageal with cervical lymph node metastasis /H. Ide, R. Egucbi, T. Naramura et al. //Materials of the VII World Congress of the International Society for Diseases of the esophagus. – NY, 1998. – P. 678-684.

45 The Treatment of Lymph Node Metastasis from Esophageal Cancer by Extensive Lymphadenectomy /K. Isono, T. Ochiai, K. Okuyama, Sh. Onoda //Jpn. J. Surg. – 1990. – V. 20, №2. – P. 78-86.

46 Three-field lymph node dissection for squamous cell and adenocarcinoma of the esophagus /N. Altorki, M. Kent, C. Ferrara, J. Ann. Surg. – 2002. – V. 236, №2. – P. 177-183.

47 Treatment Outcomes of Resected Esophageal Cancer /W. Hosteller, S. G. Swisber

et al. //Ann. Surg. – 2002. – V. 236, №3. – P. 376-385.

48 Two Thousand Transhiatal Esophagectomies. Changign Trends, Lessons Learned /M. B. Orringer, B. Marshal, A. C. Chang et al. //Annals of Surgery. – 2007. – V. 246, №3. – P. 363-374.

49 Urschel J. D. A meta-analysis of randomized controlled trials that compared neoadjuvant chemoradiation and surgery alone for resectable esophageal cancer /J. D. Urschel, H. A. Vasan //Am. J. surg. – 2003. – V. 185. – P. 538-543.

50 Weekly docetaxel with concomitant radiotherapy in patients with inoperable oesophageal cancer /A. Font, A. Arellano, I. Fernandez-Llamazares et al. //Clin. Transl. Oncol. – 2007. – V. 9. – P. 177-182.

REFERENCES

1 Vozможности uluchsheniya kachestva zhizni posle odnomomentnoj subtotal'noj rezekcii plastiki pishhevoda po povodu raka /I. S. Stilidi, P. V. Kononec, S. V. Shirjaev i dr. //Ros. onkol. zhurn. – 2007. – №5. – S. 21-28.

2 Davydov M. I. Rak pishhevoda /M. I. Davydov, I. S., Stilidi. – M., 2007. – S. 177-181.

3 Davydov M. I. Jevoljucija onkohirurgii i ee perspektivy. Rak pishhevoda //Probl. klinich. mediciny. – 2005. – №1. – S. 10-11.

4 Dmitriev E. T. Transhiatal'naja jezofagjektomija protiv transtorakal'noj pri rake pishhevoda (obzor zarubezhnoj literatury) /E. T. Dmitriev, N. V. Mihajlov //Povolzhskij onkologicheskij vestnik. – 2013. – №1. – S. 54-59.

5 Zavisimost' prodolzhitel'nosti zhizni pri rake pishhevoda ot vybora lechenija /S. D. Fokeev, Ja. N. Shojhet, A. F. Lazarev i dr. //Probl. klinich. mediciny. – 2006. – №3. – S. 50-53.

6 Kovajkin A. G. Pri snizhenii fatal'nyh oslozhnenii vnutriplevral'noj jezofagoplastiki pri rake pishhevoda i gastrojezofageal'nom rake /A. G. Kovajkin, D. A. Chichevatov //Ul'janovskij mediko-biologicheskij zhurnal.– 2014.– №4.–S. 31-36.

7 Mamontov A. S. Kombinirovannoe lechenie raka pishhevoda //Praktich. onkologija. – 2003. – T. 4, №2. – S. 76-82.

8 Mel'nikov O. R. Rak pishhevoda: klinicheskaja kartina i stadirovanie zbolevanija //Praktich. onkologija.– 2003.– T. 4, №2.–S. 66-69.

9 Metody rekonstrukcii pishhevoda /L. D. Roman, A. M. Karachun, K. G. Shostka, I. P. Kostjuk //Praktich. onkologija. – 2003. – T. 4, №2. – S. 99-108.

10 Promezhutochnye rezultaty primeneniya predoperacionnoj himioterapii i rasshirennoj subtotal'noj rezekcii pishhevoda pri rake /M. I. Davydov, I. S. Stilidi, V. Ju. Bohjan i dr. //Annaly

hirurgii. – 2005. – №3. – S. 27-32.

11 Rak pishhevoda: sovremennye podhody k diagnostike i lecheniju /M. I. Davydov, I. S. Stilidi, M. D. Ter-Ovanesov, B. E. Polockij //Rus. med. zhurn. – 2006. – №14. – S. 1006-1015.

12 Sabirov D. R. Sravnitel'nyj analiz rezul'tatov hirurgicheskogo lechenija bol'nyh rakom pishhevoda s ispol'zovaniem tradicionnogo mini-invazivnogo metoda //Klinich. onkologija. – 2015. – №1. – S. 11-14.

13 Sovremennye tendencii palliativnogo lechenija bol'nyh rakom pishhevoda /A. M. Shherbakov, N. N. Simonov, S. V. Kanaev i dr. //Praktich. onkologija.–2003.– T. 4, №2.– S. 91-98.

14 Stilidi I. S. Rezul'taty i perspektivy hirurgicheskogo lechenija bol'nyh rakom pishhevoda /I. S. Stilidi, V. Ju. Bohjan, M. D. Ter-Ovanesov //Praktich. onkologija. – 2003. – T. 4, №2. – S. 70-75.

15 Hirurgicheskoe lechenie zlokachestvennyh novoobrazovaniy pishhevoda /R. Kube, A. Rejmer, E. Kljuge i dr. //Hirurgija. – 2009. – №9. – S. 50-54.

16 Chissov V. I. Onkologija /V. I. Chissov, S. L. Dar'jalova. – M.: GJeOTAR-Media, 2007. – 560 s.

17 A Comparison Of Multimodal Therapy and Surgery For esophageal Adenocarcinoma /Th. Walsh, N. Noonan, D. Hollywood et al. //N. Engl. J. Med. – 1996. – V. 335. – P. 462-467.

18 Altorki N. K. Occult cervical nodal metastasis in esophageal cancer: preliminary results of three-field lymph node dissection /N. K. Altorki, D. Skinner //J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1997. – V. 113 (3). – P. 538-544.

19 Akiyama H. Radical lymph node dissection for cancer of the thoracic esophagus /H. Akiyama, M. Tsusumaru, H. Udagawa //Ann. Surg. – 1994. – V. 220 (3). – P. 364-373.

20 Chemotherapy followed by surgery compared with surgery alone for localized esophageal cancer /D. P. Kelsen, R. Ginsberg, T. F. Pajak et al. //N. Engl. J. Med. – 1998. – V. 339. – P. 1979-1983.

21 Definitive chemoradiotherapy for T4 and/or M1 lymph node squamous cell carcinoma of the esophagus /A. Ohtsu, N. Boku, K. Muro et al. //J. Clin. Oncol. – 1999. – V. 17. – P. 2915-2921.

22 Entwistle J. Multimodality Therapy for Resectable Cancer of the Thoracic esophagus /J. Entwistle, M. Goldberg //Ann. Thoracic Surg. – 2002. – V. 73. – P. 1009-1015.

23 Esophageal carcinoma: Depth of tumor invasion is prediction of regional lymph node status /Th. W. Rise, Gr. Zuccaro, D. J. Adelstein et

al. //Seventh World Congress of the international Society for Diseases of the Esophagus. – Montreal, 1998. – P. 96-98.

24 Extended Transthoracic Resection Compared With Limited Transhiatal Resection for Adenocarcinoma of the Esophagus /J. B. Hulscher, J. W. Van Sandick, A. G. De Boer et al. //N. Engl. J. Med. – 2002. – V. 347, №21. – P. 1662-1669.

25 Harrison J. E. Is esophageal cancer a surgical disease? //J. Surg. Oncol. – 2000. – V. 75. – P. 227-231.

26 Identification of genomic alterations in esophageal squamous cell cancer /Y. Song, L. Li, Y. Ou, Z. Gao et al. //Nature. – 2014. – V. 509. – P. 91-95.

27 Induction Chemo-Radiotherapy for Squamous cell Carcinoma of the Thoracic Esophagus: Long-Term results of a Phase II study /E. Laterza, G. de' Manzoni, P. Tedesco et al. //Ann. Surg. Oncol. – 1999. – V. 6/8. – P. 777-784.

28 Isono K. Recurrence of intrathoracic esophageal cancer /K. Isono, H. Onoda, K. Nakayama //Jpn. J. Clin. Oncol. – 1985. – V. 15. – P. 49-60.

29 Isono K. Results of nationwide study on three-field lymph node dissection of esophageal cancer /K. Isono, H. Sato, K. Nakayama //Oncology. – 1992. – V. 19. – P. 411-420.

30 Kitamura M. Optimal extent of lymph node dissection for thoracic esophageal cancer – is two-field node dissection acceptable /M. Kitamura, H. Suzuki, R. Saito //Materials of the VII World Congress of the international Society for diseases of the Esophagus. – NY, 1998. – P. 789-791.

31 Lymph Node Metastasis in Thoracic Esophageal Carcinoma /H. Kato, Y. Tachimori, H. Watanabe et al. //J. Surg. Oncol. – 1991. – V. 48. – P. 105-110.

32 Lymph Node Metastasis in Thoracic Esophageal Carcinoma /H. Kato, Y. Tachimori, H. Watanabe et al. //J. Surg. Oncol. – 1991. – V. 48. – P. 106-111.

33 Malthaner R. preoperative chemotherapy for resectable thoracic esophageal cancer (Cochrain review) /R. Malthaner, D. Fenlon //Cochrain library. – 2004. – Issue 3. – P. 456-463.

34 Matsubara T. Is cervical involvement a sign of incurable disease in cancer of the thoracic esophagus? //I. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1998. – V. 15. – P. 1224-1225.

35 Medical Research Council Oesophageal cancer working Group. Surgical resection with or without postoperative chemotherapy in esophageal cancer: a randomized controlled trial //Lancet. – 2002. – V. 359. – P. 1727-1733.

36 Optimal Lymphadenectomy for Squamous Cell Carcinoma in the Thoracic Esophagus: comparing the Short – and Long-Term Outcome among the Four Types of Lymphadenectomy /H. Fujita, S. Sweyosbi, T. Tanaka et al. //World J. Surg. – 2003. – V. 27. – P. 571-579.

37 Orringer M. B. Eliminating The Cervical Esophagogastric Anastomotic Leak With A Side-To-Side Stapled Anastomosis /M. B. Orringer, B. Marshall, M. D. Lannetoni //I. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2000. – V. 119. – P. 277-288.

38 Orringer M. B. Partial median Sternotomy: Anterior approach to the upper Thoracic Esophagus //I. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1984. – V. 87. – P. 124-129.

39 Orringer M. B. Transhiatal Esophagectomy for Treatment of Benign and Malignant Esophageal Disease /M. B. Orringer, B. Marshall, M. D. Lannetoni //World. I. Surg. – 2001. – V. 25. – P. 196-203.

40 Outcomes of radiotherapy for inoperable locally advanced (T4) esophageal cancer: retrospective analysis /Y. Stok, N. Fuwa, A. Matsu-moto et al. //Radiat. Med. – 2001. – V. 19. – P. 231-235.

41 Pingani R. Transhiatal versus Ivor-Lewis oesophagectomy: is there a difference? /R. Pingani, C. L. Martin, M. R. Cox //Aust. N. Z. J. Surg. – 1999. – V. 69. – P. 187-194.

42 Prognostic factors in esophageal cancer: retrospective evaluation of extended radical lymphadenectomy and adjuvant therapy /H. Fujita, T. Kakegawa, H. Tanaka et al. //Diseases of the Esophagus. – 1995. – V. 22. – P. 167-172.

43 Subtotal Esophagectomy with extended 2-field lymph node dissection for thoracic esophageal cancer /I. Stilidi, M. Davydov, V. Bokhyan, E. Suleymanov //Europ. J. Cardio-thoracic. Surg. – 2003. – V. 23. – P. 415-420.

44 The radical operation of thoracic esophageal with cervical lymph node metastasis /H. Ide, R. Egucbi, T. Naramura et al. //Materials of the VII World Congress of the International Society for Diseases of the esophagus. – NY, 1998. – P. 678-684.

45 The Treatment of Lymph Node Metastasis from Esophageal Cancer by Extensive Lymphadenectomy /K. Isono, T. Ochiai, K. Okuyama, Sh. Onoda //Jpn. J. Surg. – 1990. – V. 20, №2. – P. 78-86.

46 Three-field lymph node dissection for squamous cell and adenocarcinoma of the esophagus /N. Altorki, M. Kent, C. Ferrara, J. Ann. Surg. – 2002. – V. 236, №2. – P. 177-183.

47 Treatment Outcomes of Resected Esophageal Cancer /W. Hosteller, S. G. Swisher et

al. //Ann. Surg. – 2002. – V. 236, №3. – P. 376-385.

48 Two Thousand Transhiatal Esophagectomies. Changign Trends, Lessons Learned /M. B. Orringer, B. Marshal, A. C. Chang et al. //Annals of Surgery. – 2007. – V. 246, №3. – P. 363-374.

49 Urschel J. D. A meta-analysis of randomized controlled trials that compared neoadjuvant chemoradiation and surgery alone for resec-

table esophageal cancer /J. D. Urschel, H. A. Vasan //Am. J. surg. – 2003. – V. 185. – P. 538-543.

50 Weekly docetaxel with concomitant radiotherapy in patients with inoperable oesophageal cancer /A. Font, A. Arellano, I. Fernandez-Llamazares et al. //Clin. Transl. Oncol. – 2007. – V. 9. – P. 177-182.

Поступила 16.03.2018

*B. A. Orazbayev, K. Zh. Musulmanbekov, A. M. Bukenov
IDEOLOGY OF TREATMENT OF THE ESOPHAGEAL CANCER
Karaganda state medical university (Karaganda, Kazakhstan)*

Esophageal cancer ranks sixth in the structure of mortality among malignant tumors in the world and belongs to one of the most aggressive localizations of cancer. According to the IARC (International Agency for Research on Cancer) in 2008 the incidence was 49.2 per 100 thousand population, mortality – 34.3 per 100 thousand and is the 9th largest in the world among all cancers. A high incidence of esophageal cancer was noted in the northern regions of China, Iran, Mongolia, and among the CIS countries – Kazakhstan and Kyrgyzstan. There is also a high incidence of cancer in some European countries - France (the province of Brittany), Switzerland, Finland.

Esophageal cancer in Russia ranks 14th with a specific gravity of 2-5, in the structure of oncological pathology is 6.7 per 1000 thousand of the population.

The incidence of esophageal cancer in Kazakhstan remains at a high level, amounting to 7.7 per 100 thousand people, which is 1.2 times more than in the Russian Federation. Despite the fact that the population of the Russian Federation is 10 times more than in Kazakhstan. The mortality rate from this pathology in Kazakhstan ranks 4 th, accounting for 5.8%. The incidence of esophageal cancer in the Karaganda region is 8.8 per 100,000 population, 1.3 times higher than in the Republic.

Key words: esophageal cancer, metastases, long-term results, incidence, malignant tumor

*Б. А. Оразбаев, К. Ж. Мусулманбеков, А. М. Букенов
ӨҢЕШ ОБЫРЫНЫҢ ЕМІНДЕГІ ИДЕОЛОГИЯСЫ
Қарағанды мемлекеттік медицина университеті (Қарағанды, Қазақстан)*

Өңеш обыры әлемдегі қатерлі ісіктердің арасындағы өлім-жітім құрылымында алтыншы орында және ең агрессивті оқшаулау қатерлі ісігіне жатады. Обырды зерттеу халықаралық агенттігі (International Agency for Research on Cancer) хабарламалары бойынша 2008 жылға 100 мың халыққа 49,2 аурушандық болды, өлім-жітім саны – 100 мың халыққа 34,3 және әлемде онкологиялық аурулардың арасында 9-орынды алады. Өңеш обырының жоғары аурушандық көрсеткіштері Қытайдың солтүстік аудандарында, Иран, Моңғолияда, ТМД елдері арасында – Қазақстан мен Қырғызстанда. Сонымен қатар, обырдың жоғары жиілігі кейбір Еуропа елдерінде – Франция (Бретань провинциясы), Швейцария, Финляндияда сақталады.

Өңеш обыры Ресейде 2-5 үлес салмағымен 14-орынды алады және онкологиялық патология құрылымында 1000 мың халыққа 6,7-ні құрайды.

Қазақстан Республикасында өңеш обырының аурушандығы жоғары деңгейде сақталып отыр, 100 мың халыққа шаққанда 7,7 құрай отырып, Ресей Федерациясының 1,2 есе көп. Ресейдегі халықтың саны Қазақстаннан 10 есе артықтығына қарамастан. Қазақстанда осы патология бойынша өлім-жітім 5,8%-ды құрай отырып, 4-орында. Қарағанды облысындағы өңеш обырының аурушандық көрсеткіштері 100 мың халыққа 8,8 тең, бұл Республикаға қарағанда 1,3 есе жоғары.

Кілт сөздер: өңеш обыры, метастаздар, алыс нәтижелері, аурушандық қатерлі ісік