

**А. М. Букенов, М. С. Капезова, А. Б. Жумабекова, Ә. Т. Омар, А. К. Айдарбекова,  
Н. В. Баянова, Ю. Р. Касимова**

### **КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА СРЕДНЕ-ГРУДНОГО И НИЖНЕ-ГРУДНОГО ОТДЕЛОВ ПИЩЕВОДА**

Кафедра онкологии и лучевой диагностики Медицинского университета Караганды  
(Караганда, Республика Казахстан)

---

В статье анализированы результаты комбинированного лечения 366 больных раком средне-грудного и нижне-грудного отделов пищевода. Среди пациентов преобладали больные с Т3N0M0 (59,6%) и Т4aN0M0, Т3N1M0 (16,9%). Регионарные метастазы были выявлены в 25,7% случаев.

С учетом степени распространенности процесса проведены: хирургическое лечение (45,4%), радикальная лучевая терапия (41,5%), комбинированное лечение (13,1%). Анализ отдаленных результатов показал, что общая выживаемость в зависимости от способа лечения составила при хирургическом лечении 26,5%, при комбинированном лечении – 17,6%. Многофакторный анализ отдаленных результатов оказался достаточно высоким при хирургическом лечении ( $p < 0,05$ ).

*Ключевые слова:* рак пищевода, хирургическое лечение, метастазы

---

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 там проживает населения в 10 раз больше, чем в Казахстане. В структуре смертности эта патологии в Казахстане занимает 4 место, составляя 5,8%. Заболеваемость раком пищевода в Карагандинской области равна 8,8 на 100 тыс. населения, что в 1,3 выше, чем по республике.

Основная причина высокой смертности до года с момента установления диагноза – позднее выявление рака пищевода, летальность составляет 65% [2]. Многие исследователи [6, 7] отмечают, что большинство пациентов к началу лечения имеют III-IV стадию опухолевого процесса в 65-75% случаев. Наличие распространенных форм рака пищевода к моменту лечения создает определенные трудности при выборе терапии. Многие больные оказываются неоперабельными из-за высокой степени распространенности опухолевого процесса [9], конкурирующей сопутствующей патологии. В 20% случаев после радикального лечения выявляются местные рецидивы опухоли в анастомозе.

Многолетний опыт клиники пищеводной онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена [4] разработал следующую программу лечения рака пищевода. При I-II стадии и отсутствии метастазов предлагают органосохраняющее лечение: электро- и лазерную деструкцию опухоли с введением препаратов «Фотогем» и «Фотосенс», при местнораспространенном раке пищевода, т.е. при III стадии в виду тяжести исходного состояния (значительная потеря

в весе, выраженная дисфагия, явления дегидратации) на первом этапе выполняют гастростомию по собственной методике с ревизией паракардиальных, парааортальных зон метастазирования и их удалением. По сообщениям [4], наложение гастростомы позволяет провести адекватную реабилитацию пациента и подготовить 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, выполняют двухэтапную операцию Добромыслова-Торека. Отсроченную эзофагопластику применяют спустя 6 мес. после первой. По мнению И. С. Стилиди и соавт. [6], хирургический метод лечения рака пищевода остается основным способом, несмотря на успехи химиолучевой терапии. Так Р. Кубе и соавт. [3] считают сомнительными результаты 5-летней выживаемости при химиолучевой терапии рака пищевода. По мнению А. М. Щербакова и соавт. [9] при распространенных и запущенных формах рака пищевода паллиативные хирургические и эндоскопические методы необходимо дополнять лучевой терапией. В то же время В. И. Чиссов и С. Л. Дарьялова [8] считают, что химиотерапевтический и лучевой методы редко дают регресс опухоли, а продолжительность жизни после нее не превышает 13 мес.

Другие исследователи [18, 20], наоборот, отмечают, что неоадьювантная химиотерапия является перспективным методом и в 10-20% случаев удается добиться полного

регресса. М. В. Orringer [18] и соавт. использовали комплексную методику терапии распространенных форм рака пищевода и у 52% пациентов в послеоперационный период не отмечалось осложнений.

По мнению большинства исследователей [2, 4, 5, 7, 9], перспективы применения лучевой и химиотерапевтической помощи больным с распространенными формами рака пищевода ограничены в виду ее резистентности и в основном эти виды лечения носят вспомогательный характер. Ведущим методом лечения рака пищевода является хирургический.

По сообщениям [13, 16, 19, 21] рак пищевода обладает высоким потенциалом лимфогенного метастазирования и при поражении подслизистого слоя, т. е. T1, метастазы в лимфоузлы выявляют в 40% случаев, а при прорастания адвентиции – в 90%.

По данным I. Stiliadi et al. [21] в 20% 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 рака пищевода следует считать расширенные 2-зональные лимфодиссекции.

5-летняя выживаемость после профилактической лимфодиссекции достигает 30-47% по сообщениям [17, 20], а 10-летняя выживаемость после радикальной операции равна 19,3% по данным S. Y. Dvoretzkiy [12].

Одним из важных факторов прогноза, влияющим на продолжительность жизни, является частота поражения лимфатических узлов и их количества [11]. 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 [4, 11]. По данным N. K. Altorki, D. Skinner [11], И. С. Стилиди и соавт. [6], ни один больной с 7 и более пораженными лимфоузлами не дожил до 3 лет.

Японские хирурги еще с 80-х гг. [15] использовали трехзональную лимфодиссекцию, мотивируя тем, что у 40% пациентов с плоскоклеточным раком пищевода после радикальных операций в отдаленные сроки выявляются метастазы в шейные лимфатические лимфоузлы. По сообщениям авторов [10], 5-летняя выживаемость после вышеуказанных операций составила 65% при плоскоклеточном раке и 46% при аденокарциноме. Эти же дан-

ные подтверждают N. Altorki et al. [10], который доказал, что 25% больных пережили 5-летний срок наблюдения, несмотря на наличие шейных метастатических лимфоузлов.

Одной из наиболее перспективных методик комбинированного лечения, при которых повышается резектабельность и выживаемость пациентов, по мнению М. И. Давыдова [1], является неоадьювантная химиотерапия. 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 10-15%. Автор отмечает, что лучевая и химиотерапия носит паллиативный характер, поэтому применения вышеуказанных методов в качестве самостоятельного способа лечения рака пищевода является альтернативным решением.

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

**Цель работы** – анализ методов лечения рака грудного отдела пищевода и прогнозирование результатов лечения в зависимости от факторов прогноза.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения рака грудного отдела пищевода за 10 лет (2010-2020 гг.) по материалам отделения опухолей головы и шеи с торакальной хирургией Многопрофильной больницы №3 г. Караганды. Изучены результаты лечения 366 больных раком грудного отдела пищевода. В анализируемом материале (рис. 1) преобладали мужчины, соотношение составило 1,6:1 ( $p \leq 0,05$ ).

Среди заболевших преобладали жители сельских районов – 257 (70,21±2,4%) пациентов, городские – 109 (29,78±2,4%) пациентов ( $p \leq 0,05$ ).

По этническому составу (рис. 2) большинство составили лица коренной национальности ( $p \leq 0,05$ ), т. е. казахи – 262 (71,58±2,36%), славяне – всего 71 (19,39±2,07%), тогда как другие национальности регистрировались в 33 (9,03±1,5%) случаях.

Чаще опухоли локализовались в средне-грудном отделе пищевода – у 215 (58,74%) пациентов, чем в нижне-грудном – у 125 (34,15) пациентов. По степени распространенности опухолевого процесса (табл. 1) пациенты распределились согласно международной классификации стадийности (TNM, 2011 г.) следующим образом, IIa стадия, T3N0M0 – 218

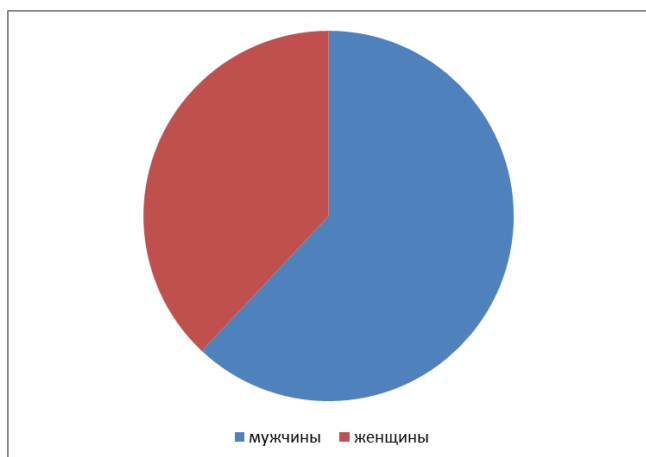


Рисунок 1 – Половой состав пациентов

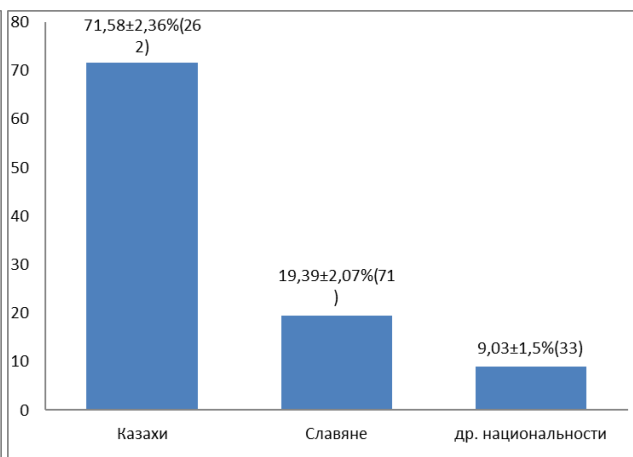


Рисунок 2 – Этнический состав пациентов

Таблица 1 – Стадийность рака грудного отдела пищевода

Стадия процесса	Стадия по TNM	абс.	%	m
Ia	T1N0M0	4	1,09	0,54
Ib	T2N0M0	39	10,65	1,61
IIa	T3N0M0	218	59,56	2,57
IIb	T1-2N1M0	9	2,46	0,81
IIIa	T4aN0M0 T3N1M0 T1-2N2M0	62	16,94	1,96
IIIb	T3N2M0	30	8,20	1,43
IIIc	T4aN1-2M0 T4bN1-3M0 T1-4N3M0	4	1,10	0,54

(59,56%) пациентов, затем – IIIa стадия, T4aN0M0 – 62 (16,93%) пациента, Ib стадия T2N0M0 – у 39 (10,65%) пациентов ( $p < 0,05$ ).

Среди гистологических форм преобладали плоскоклеточный рак без ороговения с ороговением соответственно – у 239 (65,30%) пациентов и 99 (27,05%) пациентов. Редкие формы, такие как аденокарцинома и недифференцированный рак не превысили соответственно 5,46% (20 пациентов) и 2,19% случаев (8 пациентов) ( $p < 0,05$ ).

Регионарные метастазы были выявлены в параэзофагеальных лимфоузлах у 48 (13,11%) пациентов, паракардиальные – у 46 (12,57%) пациентов. Без метастазов были 129 (35,25%) пациентов и не верифицированы метастазы у 143 (39,07) пациентов, у которых на основании рентгенданных и компьютерной томографии были выявлены увеличенные лимфоузлы, и они были подвергнуты лучевой терапии.

Все пациенты были распределены согласно плану лечения с учетом факторов прогноза на 3 группы: I группа – хирургическое

лечение 166 (45,36%) пациентов; II группа – радикальная лучевая терапия 152 (41,53%) пациентов; III группа – комбинированный способ (предоперационный курс лучевой терапии+операция) 48 (13,11%) пациентов.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Хирургическое вмешательство проводилось двумя способами: субтотальная резекция средне-грудного отдела пищевода с двухзональной лимфодиссекцией – операция по Льюису – 170 (46,45%) пациентов, операция Гарлока – резекция ниже-грудного отдела пищевода с резекцией проксимального отдела желудка с двухзональной лимфодиссекцией – 44 (12,02%) пациента.

При традиционной методике операции по способу Льюиса после лапаротомии, мобилизации желудка с пересечением правой ножки диафрагмы с сохранением правой желудочно-сальниковой артерии совершается поворот на левый бок. Правосторонняя торакотомия в V межреберье и после ревизии плевральной полости, уточнения степени распространенности опухолевого процесса, пищевод мобилизу-

ется выше дуги аорты с пересечением и перевязкой непарной вены. При этом проводится лимфодиссекция, удаляются все медиастинальные лимфоузлы до кардиодиафрагмального угла. После чего желудок вместе с пищеводом протягивают в плевральную полость. После скелетирования малой кривизны желудка осуществляется проксимальная резекция желудка с помощью аппаратов УО-60, УО-40. Механический шов укрывается серо-серозными швами. После резекции пищевода проксимальнее опухоли на 5 см накладывается пищеводно-желудочный погружной анастомоз. В виду высокой резекции пищевода со значительной его мобилизацией, натяжением трансплантата, расширенной лимфодиссекцией отмечено 7 (3,27%±1,312) случаев несостоятельности пищеводных соустьев на 214 радикальных операции и в 2 (0,937±0,192%) случаях – некроз трансплантата. В связи с чем решили усовершенствовать методику наложения пищеводных анастомозов.

Начиная с 2012 г. стали осуществлять пластику пищевода при раке «цельным» желудком (предпатент комитета по правам интеллектуальной собственности МЮ РК №1449905 от 24.04.2017 г. – «Способ пластики пищевода при раке «цельным» желудком при резекции грудного отдела пищевода»).

После правосторонней торакотомии при операции по типу Льюиса, протягивании пищевода с желудком в плевральную полость, резецируют пищевод выше опухоли на 6 см. Затем резецируют только кардиальный отдел желудка сразу ниже кардиального жома, частично резецируют небольшую часть дна желудка, отступя 5 см от крайней короткой фундальной артерии. Резекция желудка выполняется с помощью аппарата УО-60, УО-40. Механический шов укрывается серо-серозными швами с погружением угла культи желудка в полукисетные швы, которые в последствии, после наложения пищеводного анастомоза, выполняют роль кардиального жома. Затем формируется пищеводно-желудочный погружной анастомоз по типу конец в бок. Данным способом выполнены 113 операций, 2 (1,76±1,23%) случая, которые закончились летальным исходом, были с осложнениями – в 1 (0,88±0,87%) случае отмечена недостаточность пищеводного соустья и в 1 (0,88±0,87%) случае – некроз трансплантата.

Превалирующим осложнением в послеоперационный период была застойная пневмония, которая была отмечена в 6,55% (24 пациента) случаев. Послеоперационная леталь-

ность составила 6,54% (14 пациента) на 214 операции, из них в 7 (50,0%) случаях регистрировалась недостаточность пищеводного соустья, в 5 (35,71%) – сердечно-сосудистые нарушения, в 2 (14,29%) – сердечно-легочная недостаточность ( $p < 0,05$ ).

Проведен многофакторный анализ по 19 градациям, которые влияют на прогноз заболевания. Анализ кумулятивной выживаемости показал, что наилучшая и 5-летняя выживаемость оказалась среди больных I группы, которая составила 26,53% (из 147 пролеченных, 5 лет прожили 39). Медиана выживаемости равна 19 мес.

Пациенты, подвергнутые комбинированному лечению, 5 лет прожили в 17,65% (из 34 леченных, 5 лет прожили 6) случаев. В то же время, следует отметить, что медиана выживаемости оказалась одинаковой с группой хирургического лечения, и составила 19 мес.

Однако, сравнительный анализ кумулятивных выживаемости по Каплан-Мейер показал, что наилучшая выживаемость достоверно отмечена при хирургическом лечении ( $p < 0,05$ ), чем при лучевом и комбинированном лечении, медиана выживаемости – 13,5 мес.

Ведущей причиной отказа в хирургическом лечении был пожилой возраст старше 70 лет (составили 46,7±4,05%) и сердечно-легочная недостаточность (11,84±2,62%). Тогда как, в I группе преобладали пациенты в возрасте 51-60 лет (46,38±3,87%) с сердечно-легочной патологией (5,42±1,76%) случаев. В группе больных после комбинированного лечения преобладали пациенты в возрасте 51-60 лет (33,33±6,8% случаев) с сердечно-легочной патологией (6,25±3,49%) ( $p < 0,05$ ).

Математическая модель оценки риска смерти при раке пищевода показала, что риск смертности увеличивается в первые 2 года и усиливается спустя 4 года после лечения независимо от метода лечения рака грудного отдела пищевода.

Полученные данные подтверждают корреляционный анализ по Спирмену, проведенный попарно с каждой группой больных в зависимости от способа лечения и наличия факторов прогноза.

Согласно полученным данным, на исход лечения рака пищевода влияют такие факторы, как локализация опухоли ( $r_s = -0,089776$ ), гистологическая форма ( $r_s = -0,055125$ ), регионарные метастазы в лимфоузлы ( $r_s = -0,0342697$ ), протяженность опухоли пищевода ( $r_s = -0,248513$ ) с доверительным интервалом 95%. Все перечисленные факторы относятся к

понятию стадия заболевания. Однако среди всех факторов прогноза наибольшее значение для выбора лечения и прогноза отдаленного исхода играет роль наличие регионарных метастазов. Для пациентов до 60 лет с регионарными метастазами определяют отдаленный исход комбинированная степень ( $rs=0,277693$ ), а так же локализация опухоли в бронхиальном и ретрокардиальном сегменте ( $rs=0,243261$ ), гистологический тип плоскоклеточного рака с ороговением ( $rs=0,164874$ ), протяженность опухоли не более 3 см ( $rs=0,311595$ ), инвазия опухоли мышечного слоя ( $rs=0,320403$ ). Кроме того, продолжительность жизни в отдаленные сроки зависит от факторов возникновения рецидива рака и прогрессирования процесса. Их связь составила  $rs=-0,139073$  и  $rs=0,144985$  соответственно.

Таким образом, прогноз отдаленного исхода лечения распространенного рака грудного отдела пищевода зависит от стадии заболевания, локализации опухоли и наличия регионарных метастазов. При догоспитальной диагностике локализации рака в среднегрудном отделе пищевода с протяженностью процесса более 3 см и наличием регионарных метастазов в возрасте до 65 лет необходимо планировать комбинированное лечение (неоадьювантная лучевая терапия+ операция). Лучевая терапия при распространенном раке грудного отдела пищевода носит паллиативный характер и в основном должна применяться у пациентов старше 70 лет с сопутствующими заболеваниями в стадии декомпенсации.

### ВЫВОДЫ

1. Радикальным видом лечения рака средне- и нижегрудного отдела пищевода является хирургический, при котором медиана кумулятивной выживаемости равна 19 мес. Традиционная лучевая терапия должна применяться ограниченно, так как носит паллиативный характер, медиана выживаемости не превышает 9 мес.

2. При наличии регионарных метастазов при раке грудного отдела пищевода целесообразно использовать комбинированный метод (неоадьювантная лучевая терапия+операция Льюиса с 2-зональной лимфодиссекцией), медиана выживаемости равна 19 мес.

3. Ведущим фактором прогноза при раке грудного отдела является наличие регионарных метастазов, от которого зависит выбор метода лечения.

4. При неадекватном выборе метода лечения в отдаленные сроки увеличивается ча-

стота рецидивов прогрессирования опухолевого процесса. Особенно велика смертность риска в первые 2 года после лечения независимо от способа терапии рака грудного отдела пищевода.

### ЛИТЕРАТУРА

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

2 Давыдов М. И. Рак пищевода: современные подходы к диагностике и лечению /М. И. Давыдов, И. С. Стилиди, М. Д. Тер-Ованесов //Рус. мед. журн. – 2006. – №14. – С. 1006-1015.

3 Кубе Р. Хирургическое лечение злокачественных новообразований пищевода /Р. Кубе, А. Реймер, Е. Ключе //Хирургия. – 2009. – №9. – С. 50-54.

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

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

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

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

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

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

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

11 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. – 2012. – V. 113 (3). – P. 538-544.

12 Dvoretzkiy S. Y. Modern strategy in

treatment of esophageal cancer //Vestn. Khir. Im. I. I. Grek. – 2016. – V. 175 (4). – P. 102-107.

13 Graf D. Multimodale Therapie des Ösophaguskarzinoms [Multimodal treatment of esophageal carcinoma] /D. Graf, D. Vallböhmer, W. T. Knoefel //Dtsch. Med. Wochenschr. – 2014. – V. 139(42). – P. 2141-2147.

14 Isono K. The Treatment of Lymph Node Metastasis from Esophageal Cancer by Extensive Lymphadenectomy II /K. Isono, T. Ochiai, K. Okuyama //Jpn. J. Surg. – 2010. – V. 20, №2. – P. 56-59.

15 Isono K. Recurrence of intrathoracic esophageal cancer /K. Isono, H. Onoda, K. Nakayama //Jpn. J. Clin. Oncol. – 2011. – V. 15. – P. 49-60.

16 Kato H. Lymph Node Metastasis in Thoracic Esophageal Carcinoma /H. Kato, Y. Tachimoro, H. Watanabe //J. Surg. Oncol. – 2013. – V. 48. – P. 106-111.

17 Lagergren J. Oesophageal cancer /J. Lagergren, E. Smyth, D. Cunningham //Lancet. – 2017. – V. 25. – P. 2383-2396.

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

19 Sanford N. N. A retrospective comparison of neoadjuvant chemoradiotherapy regimens for locally advanced esophageal cancer /N. N. Sanford, P. J. Catalano, P. C. Enzinger //Dis. Esophagus. – 2017. – V. 30 (7). – P. 1-8.

20 Stahl M. Multimodale Therapie des Ösophaguskarzinoms [Combined modality treatment of oesophageal cancer] /M. Stahl, T. Ruhstaller //Internist (Berl). – 2014. – V. 55(1). – P. 7-8.

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

#### REFERENCES

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

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

3 Kube R. Hirurgicheskoe lechenie zlo-kachestvennyh novoobrazovaniy pishhevoda /R. Kube, A. Rejmer, E. Kljuge //Hirurgija. – 2009. – №9. – S. 50-54.

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

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

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

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

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

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

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

11 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. – 2012. – V. 113 (3). – P. 538-544.

12 Dvoretzkiy S. Y. Modern strategy in treatment of esophageal cancer //Vestn. Khir. Im. I. I. Grek. – 2016. – V. 175 (4). – P. 102-107.

13 Graf D. Multimodale Therapie des Ösophaguskarzinoms [Multimodal treatment of esophageal carcinoma] /D. Graf, D. Vallböhmer, W. T. Knoefel //Dtsch. Med. Wochenschr. – 2014. – V. 139(42). – P. 2141-2147.

14 Isono K. The Treatment of Lymph Node Metastasis from Esophageal Cancer by Extensive Lymphadenectomy II /K. Isono, T. Ochiai, K. Okuyama //Jpn. J. Surg. – 2010. – V. 20, №2. – P. 56-59.

15 Isono K. Recurrence of intrathoracic esophageal cancer /K. Isono, H. Onoda, K. Nakayama //Jpn. J. Clin. Oncol. – 2011. – V. 15. – P. 49-60.

16 Kato H. Lymph Node Metastasis in Thoracic Esophageal Carcinoma /H. Kato, Y. Tachimoro, H. Watanabe //J. Surg. Oncol. – 2013. – V. 48. – P. 106-111.

17 Lagergren J. Oesophageal cancer /J. Lagergren, E. Smyth, D. Cunningham //Lancet. – 2017. – V. 25. – P. 2383-2396.

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

19 Sanford N. N. A retrospective comparison of neoadjuvant chemoradiotherapy regimens for locally advanced esophageal cancer /N. N. Sanford, P. J. Catalano, P. C. Enzinger //Dis.

Esophagus. – 2017. – V. 30 (7). – P. 1-8.

20 Stahl M. Multimodale Therapie des Ösophaguskarzinoms [Combined modality treatment of oesophageal cancer] /M. Stahl, T. Ruhstaller //Internist (Berl). – 2014. – V. 55(1). – P. 7-8.

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

Поступила 17.03.2021 г.

*A. M. Bukenov, M. S. Kapезова, A. B. Zhumabekova, A. T. Omar, A. K. Aidarbekova, N. V. Bayanova, Yu. R. Kasimova  
COMBINED TREATMENT OF MID-TECTORAL AND LOWER-TECTORAL OESOPHAGUS CANCER  
Department of oncology and radiation diagnostics of Karaganda medical university  
(Karaganda, Republic of Kazakhstan)*

The article analyzes the results of combined treatment of 366 patients with cancer of the middle thoracic and lower thoracic esophagus. Patients with T3N0M0 (59.6%) and T4aN0M0, T3N1M0 (16.9%) prevailed among the patients. Regional metastases were detected in 25.7% of cases.

Taking into account the extent of the process, the following were performed: surgical treatment (45.4%), radical radiation therapy (41.5%), combined treatment (13.1%). Analysis of long-term results showed that overall survival, depending on the method of treatment, was 26.5% with surgical treatment, and 17.6% with combined treatment. Multivariate analysis of long-term results was high enough for surgical treatment ( $p < 0.05$ ).

*Key words:* esophageal cancer, surgical treatment, metastases

*A. M. Букенов, М. С. Қапезова, А. Б. Жұмабекова, Ә. Т. Омар, А. К. Айдарбекова, Н. В. Баянова, Ю. Р. Касимова  
ЭСОФАГУДЫҢ ОРТА-ТЕКТОРЛЫҚ ЖӘНЕ ТӨМЕН-ТЕКТОРЛЫҚ ОҚЫҒЫРЫН ЕМДЕУ  
Қарағанды медициналық университетінің онкология және радиациялық диагностика кафедрасы  
(Қарағанды, Қазақстан Республикасы)*

Мақалада орта және төменгі кеуде өңешінің қатерлі ісігі бар 366 науқастың біріктірілген емдеу нәтижелері талданды. Пациенттер арасында Т3N0M0- 59,6% және Т4aN0M0, Т3N1M0 – 16,9%.- науқастар басым. Аймақтық метастаздар 25,7% науқаста анықталды.

Процестің таралу дәрежесін ескере отырып: хирургиялық емдеу 45,4%, радикалды сәулелік терапия 41,5%, аралас емдеу 13,1% науқаста жүргізілді. Алыс нәтижелерді талдау, емдеу тәсіліне байланысты зерттеу барысында жалпы өмір сүру ұзақтығы- хирургиялық емдеу кезінде 26,5%-ды, аралас емдеу кезінде 17,6%-ды құрады. Ұзақ мерзімді нәтижелерді көп факторлы талдау хирургиялық емдеу кезінде өте жоғары болды ( $p < 0,05$ ).

*Кілт сөздер:* өңештің қатерлі ісігі, хирургиялық емдеу, метастаздар