

саркоме — в 6 (18,0%) случаях и при мягкотканых саркомах — в 4 (15%) случаях.

Лечебная тактика при выявленном метастатическом поражении определялась как распространенностью первичной либо рецидивной опухоли и возможностью проведения радикального лечения, так и локализацией и характером метастатического процесса. В большинстве случаев возможно было проведение только паллиативного либо симптоматического лечения и только в 4 случаях (в 3 при метастазах в лимфатические узлы шеи и в 1 при солитарном метастазе остеогенной саркомы в легкие) выполнено радикальное оперативное лечение.

Таким образом, особенности локализации неэпителиальных злокачественных опухолей в челюстно-лицевой области и некоторые морфологические отличия определяют характер клинического течения с редким лимфогенным (10,4%) и гематогенным (12,1%) метастазированием и частым рецидивированием (46,2%).

Особенности клинического течения и низкая чувствительность большинства сарком челюстей к лучевому и лекарственному лечению обуславливают применение оперативного вмешательства в самостоятельном либо комбинированном плане как единственного средства радикальной помощи больному при первичных или рецидивных новообразованиях.

Рентгенологическое исследование позволяет дать точное заключение относительно гистологической формы опухоли в 18,8% случаев, цитологическое исследование — в 35% и гистологическое исследование биопсийного материала — в 60,7%. В клинически сложных ситуациях необходима выработка междисциплинарного диагноза.

Рентгеновская КТ в большинстве случаев позволяет оценить точную распространенность опухоли как в пределах самой челюсти, так и на окружающие челюсть органы и ткани.

Наибольшее влияние на прогноз оказывает степень распространенности первичной опухоли за пределы челюсти.

© Коллектив авторов, 1995
УДК 616.329-006.6-089

*М. И. Давыдов, Ф. Г. Ан, С. А. Башиева,
В. М. Кухаренко, Ж. К. Умаров, П. Б. Спивак,
Д. Г. Доляр*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ СТЕНОЗИРУЮЩИМ РАКОМ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА

НИИ клинической онкологии

Несмотря на несомненные успехи в диагностике рака пищевода, большинство больных (до 80%) поступают в специализированные пищеводные клиники с распространенным (III—IV стадия) опухолевым процессом [1—3, 5, 8].

Наиболее тяжелым симптомом у больных раком пищевода, осложненным стенозом, является невозмож-

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Бойков В. П. Особенности хирургической тактики при распространенных и рецидивных злокачественных опухолях верхней челюсти: Автореф... дис. канд. мед. наук. — М., 1976.
2. Воробьев Ю. И. Мегаультральная лучевая терапия злокачественных новообразований верхней челюсти: Автореф... дис. д-ра мед. наук. — М., 1972.
3. Колесов А. А. Новообразования лицевого скелета. — М., 1969.
4. Кондратьева Т. Т. Цитологические аспекты дифференциальной диагностики новообразований в области головы и шеи: Дис... д-ра мед. наук. — М., 1992.
5. Мельников Р. А. Клиника злокачественных опухолей верхней челюсти. — М., 1971.
6. Мусаев К. Д. Неэпителиальные опухоли верхней челюсти: (Клинико-морфологическое исследование): Автореф... дис. д-ра мед. наук. — Л., 1981.
7. Процьк В. С. Комбинированное лечение злокачественных опухолей верхней челюсти: Автореф... дис. д-ра мед. наук. — Киев, 1984.
8. Рахимов К. М. Клинические аспекты диагностики и лечения сарком верхней челюсти: Автореф... дис. канд. мед. наук. — М., 1984.
9. Трапезников Н. Н., Соловьев Ю. Н., Еремич Л. А., Амирасланов А. Т. Саркомы костей: (Клиника, диагностика, лечение). — Ташкент, 1983.
10. Batsakis J. B., Solomon A. R., Rice D. H. // Head and neck Surg. — 1980. — Vol. 3. — P. 43—47.
11. Clark J. L., Unni K. K., Dahlin D. C. et al. // Cancer (Philad.). — 1983. — Vol. 51. — P. 2311—2316.
12. Goepfert H., Raymond A. K., Spires J. R. et al. // The cancer bulletin. — 1990. — Vol. 42, N 5. — P. 347—354.
13. Parades J., Benjamin R. S., Lee Y. Y. et al. // Proc. ann. meet Am. clin. oncol. — 1988. — P. 1078.
14. Raymond A. K., Chawla S. P., Carrasco H. et al. // Semin. diagn. pathol. — 1987. — Vol. 4. — P. 212—236.
15. Robin R. // J. Pathol. — 1991. — Vol. 163, N 2. — P. 909—932.
16. Russ J. E., Jesse R. H. // Am. J. Surg. — 1980. — Vol. 140, N 4. — P. 570—576.
17. Taconis W. K., Van Rijssel T. G. // Skeletal. Radiol. — 1986. — Vol. 15. — P. 10—13.
18. Vener J., Rice D. N., Newman A. N. // Laryngoscope. — 1984. — Vol. 94. — P. 240—242.

Поступила 27.09.94 / Submitted 27.09.94

*M. I. Davydov, F. G. An, S. A. Baisheva,
V. M. Kukharensko, J. K. Umarov, P. B. Spivak,
D. G. Dolyar*

SURGERY IN IRRESECTABLE STENOTIC CANCER OF ESOPHAGEAL LOWER THIRD

Research Institute of Clinical Oncology

In spite of the progress in diagnosis of esophageal cancer most of the patients (upto 80%) have advanced (stage III-IV) disease at admission to specialized esophageal clinics [1-3,5,8].

Impossibility of oral alimentation is the most severe symptom of esophageal cancer complicated with stenosis which leads to cachexia and death.

ность принимать пищу естественным путем, что довольно скоро приводит к истощению и смерти.

С целью облегчения состояния больного в большинстве случаев накладываются различные виды гастростом [9, 11—13, 16].

В последнее время многие хирурги в данной ситуации предпочитают производить реканализацию опухоли с помощью лазера, диатермо-, электрокоагуляции, фотодинамической терапии или применяют различные эндопротезы [4, 6, 7, 10, 14, 15].

Взросшее хирургическое мастерство, успехи анестезиологии и реанимации делают возможным принципиально по-другому подойти к решению проблемы непроходимости пищевода при нерезектабельном раке. Все более широкое применение находят так называемые шунтирующие (by-pass) операции, позволяющие эффективно восстанавливать естественный физиологичный пассаж пищи, в отличие от морально ущербных и физически тяжелых свищевых операций — гастростом.

Однако подобная точка зрения среди хирургов не является доминирующей из-за технической сложности, высокой частоты послеоперационных осложнений и летальности (от 27 до 46 и от 10 до 35% соответственно) после выполнения данных операций.

В отделении торакальной онкологии ОНЦ РАМН в период с 1985 по 1992 г. шунтирующие операции при нерезектабельном раке нижней трети пищевода, осложненного непроходимостью, выполнены у 27 больных, причем с 1989 по 1992 — у 23 больных. В зависимости от локализации первичной опухоли (табл. 1) нами выполнено 5 вариантов обходных анастомозов с формированием пищеводного соустья в правом (12) и левом (17) гемитораксе. При локализации опухоли в нижней трети пищевода с переходом на среднюю треть пищеводное соустье формировали в правой плевральной полости, в случае же локализации опухоли только в средней трети пищевода или при ее переходе на желудок — в левой. Из таблицы видно, что из 27 больных с шунтирующими операциями пищеводное соустье формировали с использованием целого желудка (11), антиперистальтического стебля из большой кривизны желудка (3), петли тонкой кишки (6), пересеченной петли тонкой кишки (5), сегмента толстой — поперечной ободочной кишки на сосудистой ножке (2).

Суть выполняемых шунтирующих операций сводится к «отключению» опухоли путем пересечения пищевода выше последней, ушиванию культи дистального конца пересеченного пищевода и формированию внутриплеврального пищеводного соустья.

Обходной пищеводно-желудочный анастомоз с использованием целого желудка был выполнен у больных, которым планировалась операция типа Льюиса, но во время торакального этапа операции выявлена нерезектабельность первичной опухоли из-за прорастания последней в аорту и область бифуркации трахеи.

К варианту выполнения обходного пищеводно-желудочного анастомоза с использованием антиперистальтического стебля из большой кривизны желудка пришлось прибегнуть в ситуациях, когда желудок был небольших размеров или малая кривизна желудка была фиксирована за счет метастатического поражения лим-

Таблица 1

Table 1

Варианты шунтирующих операций при нерезектабельном раке нижней трети пищевода со стенозом III—IV степени
By-pass variants in stage III-IV irresectable stenotic cancer of esophageal lower third

Локализация опухоли в пищевode	Вариант анастомоза					Итого
	желудком	антиперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка	петлей тонкой кишки	пересеченной петлей тонкой кишки	сегментом толстой кишки	
Нижняя треть с переходом на среднюю Lower third with involvement of the mid third	11	1	—	—	—	12
Нижняя треть Lower third	—	2	4	—	2	8
Нижняя треть с переходом на желудок Lower third with involvement of the stomach	—	—	2	5	—	7
Всего... Overall...	11	3	6	5	2	27
Tumor location in the esophagus	with the stomach	with an antiperistaltic flap from the greater curvature of the stomach	with the small intestinal loop	with the small intestinal crossed loop	with a colonic segment	Total
	By-pass variants					

Various gastrostomies are performed to make the patients' condition less poor [9,11-13,16].

Over the last years many surgeons preferred tumor recanalization by laser, diathermo-, electrocoagulation, photodynamic therapy or use various endoprotheses [4,6,7,10,14,15].

Recent developments in surgery, anesthesiology and reanimation have made possible another approach to the problem of esophageal obstruction in irresectable cancer such as by-pass which allows natural food passage as compared to morally detrimental and physically hard gastrostomy.

However, this methodology is not dominating due to its technical difficulty, high rate of postoperative morbidity and lethality (27-46% and 10-35%, respectively).

During 1985-1992 by-pass was performed in 27 (including 23 during 1989-1992) patients with irresectable cancer of esophageal lower third and esophageal ob-

фоузлов по ходу левой желудочной артерии и чревного ствола. При этом имелась короткая брыжейка тонкой кишки с неполноценными межсосудистыми аркадами, что не позволило использовать кишку для анастомозирования с проксимальным концом пересеченного пищевода.

При достаточной длине брыжейки тонкой кишки в случаях невозможности выполнить операцию типа Гэрлока из-за конгломерата лимфоузлов в области чревного ствола или при наличии неудаляемых регионарных и отдаленных метастазов мы выполняли пищеводно-тонкокишечный анастомоз с использованием целой петли тонкой кишки.

Нерезектабельность первичной опухоли при планировании операции типа Герлока или наличие неудаляемых регионарных или отдаленных метастазов при короткой брыжейке тонкой кишки, но с хорошо выраженными аркадами между ее кишечными сосудами позволило нам выполнить обходной пищеводно-тонкокишечный анастомоз с использованием пересеченной петли тонкой кишки.

У 2 больных был выполнен обходной анастомоз с использованием сегмента толстой (поперечной ободочной) кишки на сосудистой ножке. Это было обусловлено тем, что первичная опухоль на большом протяжении врастала в перикард, частично в сердце и аорту, имелись неудаляемые метастазы (конгломерат) в области чревного ствола, короткая брыжейка тонкой кишки и неполноценные аркады между концевыми ее сосудами.

У 7 (25,9%) из 27 больных возникли послеоперационные плевропульмональные осложнения, которые у 2 (7,4%) больных протекали с картиной абсцедирующей пневмонии и закончились летальным исходом. При этом следует отметить, что с 1989 по 1992 г. — период широкого внедрения шунтирующих операций в клиническую практику — показатели послеоперационных осложнений и летальности составили соответственно 21,7% (5 из 23) и 4,3% (1 из 23).

Все больные, перенесшие шунтирующие операции, начиная с 6-го дня послеоперационного периода и до последних дней своей жизни принимали пищу естественным путем. В зависимости от распространенности опухолевого процесса продолжительность их жизни колебалась от 6 до 18 мес.

Выводы. 1. Шунтирующие операции являются методом выбора при нерезектабельном раке нижней трети пищевода со стенозом III—IV степени.

2. При локализации нерезектабельной стенозирующей опухоли в нижней трети пищевода с переходом на среднюю показано формирование пищеводаного соустья в правой плевральной полости, в случае же локализации опухоли только в нижней трети пищевода или при ее переходе на желудок — в левой.

3. Обходные анастомозы максимально отвечают требованиям социальной и медицинской реабилитации, позволяют уже на 6-е сутки принимать пищу естественным путем, исключают физические и моральные неудобства, связанные с гастростомой.

4. Шунтирующие операции сложны в техническом выполнении, сопровождаются значительной летальностью, поэтому должны быть прерогативой специализированных клиник с опытом проведения таких вмешательств.

struction managed at the Department of Thoracic Oncology, CRC RAMS. Depending upon the primary site (see table 1) we performed 5 types of the procedure involving construction of esophageal anastomosis in the right (12) or left (17) hemithorax. In cases with tumor site in the esophageal lower third with involvement of the mid third anastomosis was made in the right pleural cavity, in patients with tumor in the esophageal mid third only or with involvement of the stomach anastomosis was constructed in the left pleural cavity. The table shows that by-pass procedures were performed utilizing the whole stomach in 11, an antiperistaltic flap from the stomach greater curvature in 3, the small intestinal crossed loop in 5, a transverse colonic segment on a vascular pedicle in 2 patients.

The by-pass procedure consisted of esophagus sectioning above the tumor, ligation of the sectioned esophageal distal stump and formation of an intrapleural esophageal anastomosis, as a result the tumor appeared as if "shut off".

The esophagogastric by-pass using the whole stomach was performed in cases first intended for Lewis procedure in whom the primary was found inoperable at the thoracic stage of the operation due to involvement of the aorta and tracheal bifurcation region.

Esophagogastric by-pass with an antiperistaltic flap from the stomach greater curvature was performed if either the stomach was small or the lesser curvature of the stomach was fixed due to lymph node metastases along the left gastric artery and celiac trunk. All these cases had a short mesentery with deficient intervacular arcades which prevented anastomosis with the esophageal sectioned edge.

In cases with a sufficiently long mesentery in which Garlock operation was impossible due to lymph node conglomerations in the celiac trunk region or irresectable regional and distant metastases we performed esophagoenteric anastomosis with the whole small intestinal loop.

Irresectability of the primary in cases intended for Garlock operation or the presence of irresectable regional or distant metastases in patients with a short mesentery but with sufficient arcades were considered indications for esophagoenteric by-pass with utilization of the small intestinal crossed loop.

Two patients underwent by-pass with a transverse colonic segment on a vascular pedicle. This type of surgery was chosen because the patients had vast tumor invasion of the pericardium, partial involvement of the heart and aorta, inoperable metastases (conglomeration) in the celiac trunk region, a short mesentery and deficient arcades between its end vessels.

Postoperative pleuropulmonary complications developed in 7 (25.9%) of the 27 patients, including 2 (7.4%) cases with fatal abscessed pneumonia. It should be mentioned that during 1989-1992 when by-pass procedures were implemented in the clinical practice the postoperative morbidity and lethality were 21.7% (5/23) and 4.3% (1/23), respectively.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Ажигалиев Н. А., Садыков С. С., Купирбаев С. К. // Мед. радиол. — 1988. — № 1. — С. 40—44.
2. Алимгазиев Ш. А. Сравнительная оценка методов консервативной терапии рака пищевода: Автореф. дис... канд. мед. наук. — Ташкент, 1983.
3. Давыдов М. И. Одномоментные операции в хирургическом и комбинированном лечении рака пищевода: Дис... д-ра мед. наук. — М., 1988.
4. Ефимов О. Н., Поддубный Б. К., Давыдов М. И. и др. // Современные вопросы хирургического лечения рака легкого, пищевода и кардии: Республиканская конф., 1-я, Материалы — Тбилиси, 1991. — С. 111.
5. Кочегаров А. А., Прокудина Т. Н. // Грудная хир. — 1984. — № 6. — С. 67—69.
6. Кочегаров А. А., Тухватуллин Р. К., Кочегарова Г. И. // Современные проблемы онкологии. — Ташкент, 1990. — С. 59—62.
7. Прозоров С. А. Рентгеноэндоэзофагеальное протезирование нитиновой спиралью: Дис... канд. мед. наук. — М., 1989.
8. Чиссов В. И., Мамонтов А. С., Кухаренко В. М. и др. // Хирургия. — 1991. — 1. — С. 43—47.
9. Dandapat M. C., Patro S. K., Rao K. R. R. M. // The Antiseptic. — 1990. — Vol. 87, N 5. — P. 242—244.
10. Drossel R., Schulz H.-J., Jacobash K.-H. // Z. klin. Med. — 1991. — Vol. 46, N 4. — P. 251—253.
11. Forni E., Meriggi F., Rossi G. et al. // Minerva med. — 1989. — Vol. 80, N 7. — P. 785—787.
12. Gossot D., Sarfati E., Celerier M. // Concours med. — 1987. — Vol. 109, N 4. — P. 318—320.
13. Hernandez Merlo F., Arguello de Andres J. M., Suarez Garcia A. et al. // Rev. esp. geriatr. y gerontol. — 1989. — Vol. 24, N 5. — P. 305—309.

Коллектив авторов, 1995
УДК 618.19-006.6:577.175.62

Н. Е. Хотченкова, Н. Е. Кушлинский,
В. Г. Дегтярь, Л. Е. Денисов, В. П. Лetyagin

**ЭНДОГЕННЫЕ СТЕРОИДЫ В ТКАНЯХ
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ
В ПОСТМЕНОПАУЗЕ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ**

Центральная клиническая больница Медицинского центра при
Правительстве России, НИИ клинической онкологии

Интенсивные исследования последних десятилетий позволили достичь значительных успехов в лечении рака молочной железы (РМЖ). Однако по-прежнему проблема адекватной оценки гормональной чувствительности РМЖ остается актуальной, поскольку от этой оценки зависит использование определенных методов лечения. Среди этих проблем достаточно важным, на наш взгляд, является изучение роли эндогенных стероидов при РМЖ у женщин в постменопаузе. Это связано не только с увеличенным риском возникновения РМЖ у таких женщин, но и со значительными изменениями в эндокринном статусе после менопаузы [1, 7, 9, 17], что еще больше осложняет проблему. В силу целого ряда обстоятельств традиционно наиболее подробно изучались влияние эстрогенов на нормальные и опухолевые клетки молочных желез (МЖ) и их роль

All patients undergoing by-pass could eat in the normal way beginning from postoperative day 6 and till the end of their lives. The patients' life time was 6 to 18 months depending upon disease advance.

Conclusions. 1. By-pass is operation of choice in stage III-IV irresectable cancer of esophageal lower third with stenosis.

2. If the irresectable stenotic tumor is located in the esophagus lower third with involvement of the mid third we recommend esophageal anastomosis in the right pleural cavity, while in cases with tumors involving the esophageal lower third only or invading the stomach anastomosis in the left pleural cavity is indicated.

3. By-pass procedure complies with requirements of social and medical rehabilitation and allows oral alimentation from postoperative day 6, is free from physical and moral disadvantages of gastrostomy.

4. By-pass is a technically difficult procedure with a considerable rate of lethality, and may therefore be performed in specialized esophageal clinics by surgeons having much experience in such surgery.

14. Jimenez F. J., Urtasun F., Munoz M. et al. // Endoscopy. — 1993. — Vol. 25, N 5. — P. 330.
15. Okunaka T., Kato H., Conaka C. et al. // Surg. Endosc. — 1990. — Vol. 4, N 3. — P. 150—153.
16. Wills J. S., Oglesby J. T. // Radiology. — 1988. — Vol. 167, N 1. — P. 41—43.

Поступила 01.02.95 / Submitted 01.02.95

N. E. Khotchenkova, N. E. Kushlinsky, W. G. Degtiar,
L. E. Denisov, V. P. Letyagin

**ENDOGENOUS STEROIDS
IN BREAST TISSUE
OF MENOPAUSAL PATIENTS
WITH BREAST CANCER**

Central Clinical Hospital, Russian Government Medical Center,
Research Institute of Clinical Oncology

Intensive research carried out over the last decades has led to a significant progress in management of breast cancer (BC). However, there still is the urgent problem of adequate evaluation of BC hormonal sensibility since such evaluation determines the application of certain treatment strategies. Of much importance is the study of the role of endogenous steroids in postmenopausal BC patients due to the increased risk of BC and considerable changes in hormonal status of women in menopause [1,7,9,17]. The studies have traditionally focussed on estrogen effect on normal and neoplastic breast cells and on estrogen role in BC pathogenesis. Most investigators believe that mechanisms regulating steroidogenesis, steroid accumulation and interaction with tumor cells may be different from regulatory mechanisms of normal cells of the same target tissue, in particular of