

Михаил Михайлович Давыдов¹, Игорь Николаевич Туркин²

СИНХРОННЫЙ РАК ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

¹ Аспирант, торакальное отделение, торакоабдоминальный отдел НИИ клинической онкологии
РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24)

² К. м. н., ведущий научный сотрудник, торакальное отделение, торакоабдоминальный отдел НИИ
клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24)

Адрес для переписки: 115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, НИИ клинической онкологии
РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, торакальное отделение, Давыдов Михаил Михайлович,
e-mail: dr.filatov@mail.ru

Синхронный рак пищевода и желудка — редкая патология, однако распространенность ее в настоящее время неуклонно увеличивается. В статье изложены основы тактики лечения больных с этой патологией, определены критерии отбора пациентов для хирургического лечения. Продемонстрированы возможности хирургических вмешательств при синхронном раке пищевода и желудка. Основное внимание уделено техническим аспектам выполнения расширенных и комбинированных операций, в том числе реконструктивно-пластическому этапу. Выполнен анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения.

Ключевые слова: синхронный рак желудка и пищевода, эзофагогастрэктомия.

По данным мировой статистики, частота выявления синхронного рака пищевода и желудка (СРПЖ) увеличилась за последние 50 лет более чем в 10 раз. Наибольшую частоту развития синхронной опухоли желудка у больных раком пищевода в доступной нам литературе представили Н. Akiyama и соавт. (1985) — 4,6% [1] и Н. Като и соавт. (1994) — 6,1% [2]. Распространенность этой патологии, по данным других авторов, примерно одинаковая и составляет в настоящее время от 3,8 до 4,3%. Многие авторы отмечают, что рак желудка является второй по частоте синхронной опухолью у больных раком пищевода, уступая лишь раку гортани. Увеличение удельного веса синхронной патологии можно объяснить успехами современной инструментальной диагностики.

Однако в последние 40 лет в мире отмечен также рост заболеваемости раком проксимального отдела желудка, соответствующий, по мнению W. C. Meyers и соавт. (1987), росту заболеваемости раком пищевода [3]. В странах Запада увеличение числа больных раком кардии стало особенно заметным в последние годы, при этом соотношение форм кардиальных карцином меняется в сторону увеличения доли опухолей диффузного типа. По мнению Y. Hamabe и соавт. (1998), это может быть обусловлено тем, что причиной развития как рака пищевода, так и рака кардиального отдела желудка являются

общие канцерогенные факторы, в том числе промышленные, особенности питания, а также вредные привычки [4]. Н. Като и соавт. (1994), в частности, указывают, что синхронный рак желудка у больных раком пищевода в Японии локализуется в проксимальном отделе значительно чаще, чем рак желудка без сочетанной опухоли [2]. Это напоминает ситуацию в странах Запада. Многие авторы считают, что рост частоты развития СРПЖ обусловлен не только перечисленными выше причинами, но и увеличением продолжительности жизни населения.

В структуре заболеваемости доминируют мужчины — 90—95% и более. По данным Н. Като и соавт. (1994) [2], Y. Hamabe и соавт. (1998) [4], синхронная опухоль располагается преимущественно в проксимальном отделе желудка. Результаты исследования S. Abo и соавт. (1980) [5], K. Miwa и соавт. (1996) [6] свидетельствуют о более частой локализации опухоли в теле и выходном отделе желудка. N. Koide и соавт. (1998) чаще находили синхронные карциномы в проксимальном отделе и теле желудка [7]. Многие авторы особо подчеркивают, что синхронный рак желудка может оказаться случайной находкой во время хирургических вмешательств, предпринятых по поводу стенозирующего рака пищевода. По данным Н. Като и соавт. (1981) [2], N. Koide и соавт. (1998) [7] и J. C. Souquet и соавт. (1989) [8], в 28—40% случаев синхронная опухоль желудка впервые обнаруживается при лапаротомии, что обязывает хирурга быть готовым в такой нестандартной ситуации к принятию от-

ответственного решения в отношении как объема хирургического вмешательства, так и выбора метода реконструкции.

Между тем публикации, посвященные радикальному хирургическому лечению — одномоментной гастрэктомии и субтотальной (тотальной) резекции пищевода при СРПЖ, единичны. Большинство авторов располагают опытом, насчитывающим не более десятка подобных операций, но чаще он представлен 1—2 наблюдениями. Большая часть работ опубликована японскими хирургами. Крайне редко об этом сообщали европейские онкологи, представляя наблюдения, как правило, в разделе «Описание клинического случая». Однако, как показал обзор литературы, в значительной степени это объясняется не столько редкостью заболеваний, при которых требуется выполнение одномоментной эзофагогастрэктомии, сколько высоким риском и технической сложностью вмешательства. Именно эти факторы определяют идеологию различных хирургических школ в вопросах отбора больных на операцию, хирургического доступа и вариантов пластики. Немаловажное значение имеют профессиональная подготовка и наличие у хирурга навыков уверенного оперирования в брюшной и грудной полостях.

В англоязычной литературе термин «esophagogastr-ectomy» объединяет весьма различные по объему хирургические вмешательства. Удаление всего желудка либо только его проксимальная резекция в сочетании с резекцией пищевода на любом уровне выше диафрагмы часто именуется «эзофагогастрэктомией». Мы придерживаемся русскоязычного значения этих терминов, которые определены более четко. Эзофагэктомия — хирургическое вмешательство, сопровождающееся субтотальной либо тотальной резекцией пищевода (на уровне трахеального сегмента или на шее), и гастрэктомия — удаление всего желудка либо его надпривратниковая резекция, после которой остается лишь пилорический канал для соединения с трансплантатом. Практически всеми хирургами такой объем операции расценивается как очень травматичный, связанный с высоким риском интра- и послеоперационных осложнений. Немало авторов, в связи с этим подвергают сомнению саму целесообразность столь обширной операции.

Критерии отбора больных для выполнения одномоментной эзофагогастрэктомии. Анализ доступной нам литературы показал, что критерии отбора пациентов для выполнения одномоментной эзофагогастрэктомии — одна из наиболее сложных, противоречивых, обсуждаемых проблем и подходы к ней многообразны из-за различий во мнениях относительно переносимости вмешательства, как правило, пожилыми и ослабленными пациентами, а также из-за неоднозначной оценки долгосрочного прогноза.

Большинству больных СРПЖ и в настоящее время оказывается лишь паллиативная помощь — выполняются симптоматические вмешательства, направленные, главным образом, на ликвидацию стенозов, и затем проводится консервативное лечение. W. F. C. Van Gelderen и соавт. (1995) сообщили, что ни одному из 6 больных СРПЖ не было выполнено даже паллиативное хирургическое вмешательство, несмотря на то что в 5 случаях

опухоли не были запущенными [9]. J. C. Souquet и соавт. (1989) считают, что неблагоприятный прогноз при раке пищевода и желудка создает проблемы хирургического лечения этих пациентов, требующего резекции пищевода и полной или частичной гастрэктомии [8]. Хотя это и было в некоторых случаях выполнено, но не является целесообразным у большинства больных из-за возраста, сопутствующей патологии и истощения. Хирургическое лечение должно использоваться только тогда, когда распространенность опухолей указывает на очень высокую вероятность радикальности операции.

F. A. M. Herbella и соавт. (2002) считают, что одномоментную субтотальную резекцию пищевода и гастрэктомию следует выполнять только у молодых больных с неотягощенным соматическим анамнезом при высокой вероятности выполнения радикальной операции [10].

Эзофагогастрэктомия, без сомнений, является травматичным вмешательством. Оценивая риск развития послеоперационных осложнений как слишком высокий, некоторые хирурги заняли промежуточную позицию, предлагая ограничиваться при местнораспространенных синхронных опухолях только хирургическим вмешательством на желудке, а рак пищевода лечить консервативно, используя при необходимости пищеводный стент или методы эндоскопической деструкции. Многие из них не рекомендуют выполнение обширных вмешательств у пожилых пациентов, а также у больных с выраженными сопутствующими заболеваниями, алиментарным истощением. Авторы считают, что в таких ситуациях должны быть рассмотрены альтернативные варианты лечения: лучевая терапия на пищевод после гастрэктомии либо химиотерапия без хирургического вмешательства. При неблагоприятном прогнозе, независимо от возраста, соматического состояния и других факторов, авторы однозначно рекомендуют только консервативное лечение.

При СРПЖ, а также кардиоэзофагальном раке ряд хирургов рассматривают в качестве альтернативного вариант использования оставшейся части желудка для пластического замещения пищевода. По их мнению, это менее травматичный объем операции по сравнению с эзофагогастрэктомией. Целая серия работ из Японии посвящена использованию желудка для пластического замещения пищевода в случаях, когда синхронная опухоль желудка представлена ранним раком. Авторы рекомендуют первым этапом выполнять эндоскопическую резекцию слизистой оболочки, если диаметр опухоли не более 2 см и определяется высокая степень дифференцировки, а вторым — радикальную резекцию пищевода.

M. Maeta и соавт. (1991) [11], H. Kato и соавт. (1994) [2], C. E. Domene и соавт. (1998) [12], Y. Hamabe и соавт. (1998) [4], K. Yano и соавт. (2002) [13] и др. считают, что при локализации ограниченного синхронного рака с уровнем инвазии более T1 в кардии (а в некоторых случаях даже в теле желудка) возможно выполнение операции посредством клиновидной резекции желудка вместе с ближайшими регионарными лимфатическими узлами и реконструкцией пищевода с использованием остающегося желудка.

Однако ряд хирургов расценивают такой щадящий объем вмешательства недостаточным для дости-

жения длительной ремиссии и придерживаются более агрессивной тактики при СРПЖ, считая, что одномоментная эзофагогастрэктомия более предпочтительна. М. И. Давыдов и соавт. (2007) в своем исследовании показали, что только выполнение симультанной операции у больных этой категории позволяет рассчитывать на долгосрочную выживаемость и удовлетворительное качество жизни, даже если хирургическое вмешательство выполняется с паллиативной целью [14]. Нам встретились также работы из Японии, в которых авторы считают целесообразным выполнять эзофагогастрэктомию не только при местнораспространенных опухолях, но и у больных с СРПЖ. Эта точка зрения базируется на том, что даже при строгом соблюдении всех показаний к эндоскопической резекции слизистой оболочки при раннем раке желудка частота нерадикальных резекций и рецидивов выше, чем после стандартных операций — 10—30% после мукозэктомии против 0—2% после стандартных вмешательств. По данным многоцентрового исследования, проведенного в Токио и включающего 655 пациентов, частота нерадикальных эндоскопических вмешательств при раннем раке желудка составила 19,5%.

Таким образом, общей точки зрения относительно показаний и объема хирургического лечения при СРПЖ в настоящее время нет. Наряду со сторонниками агрессивного хирургического подхода немало онкологов, занимающих принципиальную консервативную позицию и отдающих предпочтение паллиативной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1985 по 2011 г. в торакоабдоминальном отделении РОНЦ РАМН (зав. — академик РАН и РАМН М. И. Давыдов) находились на лечении 30 больных СРПЖ. Паллиативное лечение получили 9 (30,0%) больных: 6 — в связи с нерезектабельностью и диссеминацией опухоли, 2 — из-за функциональной непереносимости хирургического вмешательства и один отказался от хирургического лечения. У 3 больных этой группы выполнена субтотальная дистальная резекция желудка и проведена лучевая терапия по поводу рака пищевода, у 2 проведены лучевая терапия по поводу рака пищевода и химиотерапия; по одному больному подверглись шунтирующей операции по поводу нерезектабельного рака выходного отдела желудка и эндоскопической реканализации пищевода, лучевой терапии по поводу рака пищевода и эндоскопической резекции слизистой оболочки желудка по поводу раннего рака и химиотерапии, эндоскопической реканализации пищевода и химиотерапии.

Хирургическое лечение в объеме одномоментной эзофагогастрэктомии проведено 21 (70%) больному — 19 мужчинам и 2 женщинам. Средний возраст этих больных был примерно таким же, как средний возраст пациентов, получивших только паллиативное лечение, и составил $65,2 \pm 7,1$ года. Жалобы на дисфагию предъявляли 71,4% пациентов. До начала лечения синхронная опухоль констатирована у 20 больных. У одного больного раком пищевода с полной дисфагией опухоль желудка была выявлена только во время лапаротомии.

Рак среднегрудного отдела пищевода выявлен у 12 (57,1%) пациентов и нижнегрудного — у 8 (38,1%). У одного (4,8%) больного опухоль распространялась на верх-

негрудной отдел пищевода (аортальный сегмент). Во всех случаях гистологическое строение опухоли пищевода соответствовало плоскоклеточному раку.

Рак желудка у всех больных был представлен аденокарциномой и локализовался у 9 (42,9%) в проксимальном отделе, у 7 (33,3%) — в теле, у 3 (14,3%) — в антральном отделе. У 2 (9,5%) больных опухоль субтотально поражала желудок, занимая проксимальный отдел и тело.

При планировании одномоментной эзофагогастрэктомии мы отдавали предпочтение изоперистальтической пластике левой половиной ободочной кишки. У одного больного использовали антиперистальтический трансплантат с питанием на средних ободочных сосудах. Во всех случаях нам удавалось выкроить достаточный по длине, хорошо кровоснабжаемый трансплантат.

В 17 случаях операцию выполняли из двух последовательных доступов — срединной лапаротомии и боковой торакотомии справа по V межреберью в положении больного на левом боку. У 4 больных вмешательство выполняли в 3 этапа, когда операцию начинали с торакотомии в связи с тем, что данные дооперационного обследования не позволяли окончательно оценить резектабельность опухоли пищевода.

Методология одномоментной чресплевральной эзофагогастрэктомии в РОНЦ РАМН

Абдоминальный этап. Типично выполняется экстирпация желудка либо надпривратниковая гастрэктомия с лимфодиссекцией D2. Надпривратниковая гастрэктомия как альтернатива экстирпации желудка выполняется при раке проксимального отдела локализованного типа, если субпилорические лимфатические узлы интактны, а отступ от края опухоли составляет не менее 10 см (рис. 1). Остающаяся часть желудка представлена только пилорическим каналом.

Частичная диафрагмотомия выполняется всегда — не только с целью иссечения внутридиафрагмальных и наддиафрагмальных лимфатических узлов, но и для предот-



Рисунок 1. Надпривратниковая гастрэктомия при раке проксимального отдела желудка с вращением в левую долю печени и синхронном раке грудного отдела пищевода.

вращения сдавливания толстокишечного трансплантата после перемещения его в плевральную полость.

После выполнения мобилизационного этапа пищевод в неизменном отделе (ниже или выше диафрагмы, в зависимости от локализации и распространенности опухоли в желудке и пищеводе) прошивают аппаратом (рис. 2). Желудок удаляют. Пищевод на уровне скрепок дополнительно прошивают двумя узловыми швами, не срезая их концов (рис. 3). При невозможности выполнить аппаратную резекцию пищевода в неизменном отделе желудок можно погрузить в непроницаемый контейнер, например в хирургическую перчатку (рис. 4), и удалить его в блоке с пищеводом на торакальном этапе.

Подготовка толстокишечного трансплантата. Пластику левой половиной ободочной кишки на левых ободочных сосудах при выполнении эзофагогастрэктомии используют чаще всего.

Ободочную кишку мобилизуют на всем протяжении. Выделяют начальный отдел *a. et v. colica media*, лигируя и пересекая их у места отхождения (рис. 5).

Ободочную кишку и сосудистую аркаду пересекают в проксимальном направлении с таким расчетом, чтобы оральный конец трансплантата свободно достигал яремной вырезки грудины (рис. 6).

Дистально толстую кишку пересекают на границе нисходящего отдела и сигмовидной кишки, сохраняя аркаду и прямые сосуды. Питание трансплантата осуществляется за счет левых ободочных сосудов (рис. 7).

Антиперистальтическая пластика левой половиной ободочной кишки на средних ободочных сосудах предпочтительна в случае, если калибр левой ободочной артерии значительно уступает калибру средней (рис. 8).

Последовательно формируют толсто-толстокишечный, толсто-тонкокишечный анастомозы и анастомоз по Брауну (рис. 9).

Если выполнена надплевратниковая гастрэктомия, формируют желудочно-толстокишечный анастомоз конец в бок (рис. 10), после чего восстанавливают непрерывность толстой кишки.



Рисунок 2. Прошивание пищевода аппаратом и пересечение пищевода между аппаратом и зажимом.



Рисунок 3. Дополнительное прошивание пищевода двумя 8-образными швами на уровне скрепочного шва.

Нить на оральном конце толстокишечного трансплантата после завязывания кисетного шва связывают с лигатурой, фиксирующей аборальный конец пищевода (рис. 11).

Трансплантат укладывают, ориентируя его верхушку в диафрагмальном окне, таким образом, чтобы не допустить его перекута вокруг оси при перемещении в правую плевральную полость на торакальном этапе.

Торакальный этап. Выполняют боковую торакотомия по V межреберью в положении больного на левом



Рисунок 4. Погружение в контейнер и фиксирование к лигатуре кисетного шва толстокишечного трансплантата желудка после отсечения селезенки.

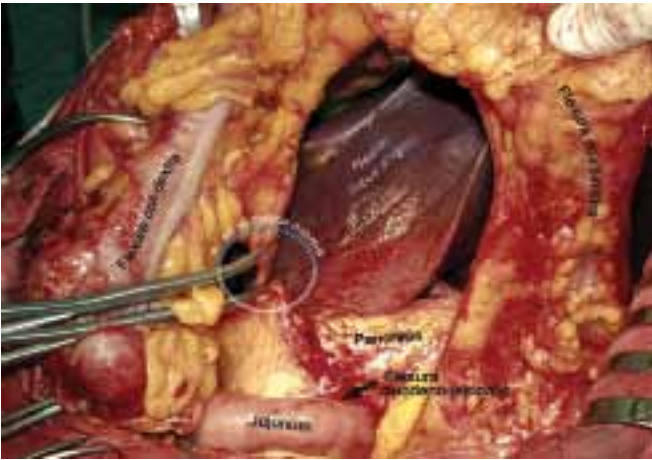


Рисунок 5. Выделение и пересечение средних ободочных сосудов.

боку. После мобилизации пищевода и медиастинальной лимфодиссекции рассекают пищеводно-диафрагмальную связку, после чего толстокишечный трансплантат за нить-проводник выводят в правую плевральную полость через окно диафрагмы, не допуская его перекрута по оси.

Пищевод пересекают на уровне трахеального сегмента, оставляя небольшой избыток слизистой оболочки. Окончательный вид операционного поля после типичной трансторакальной резекции грудного отдела пищевода представлен на рис. 12.

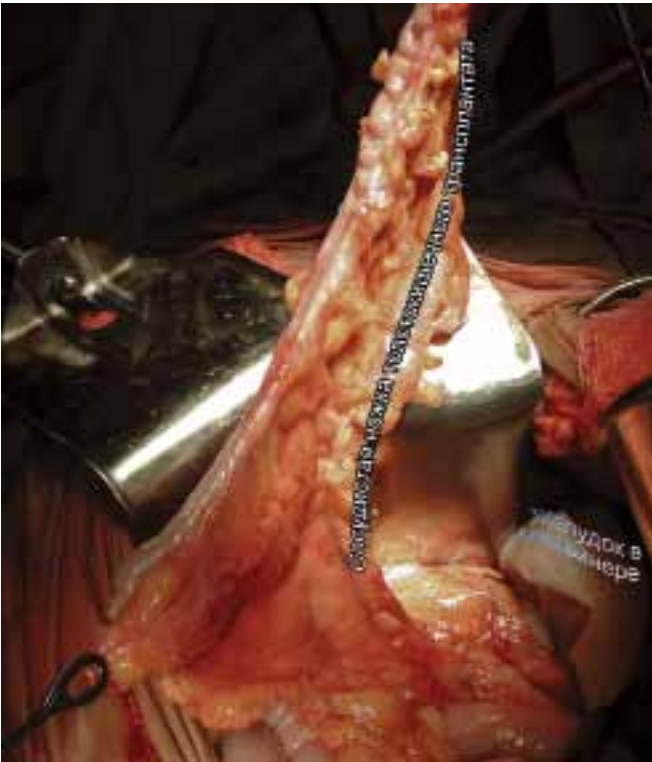


Рисунок 6. Пересечение ободочной кишки в проксимальном направлении.

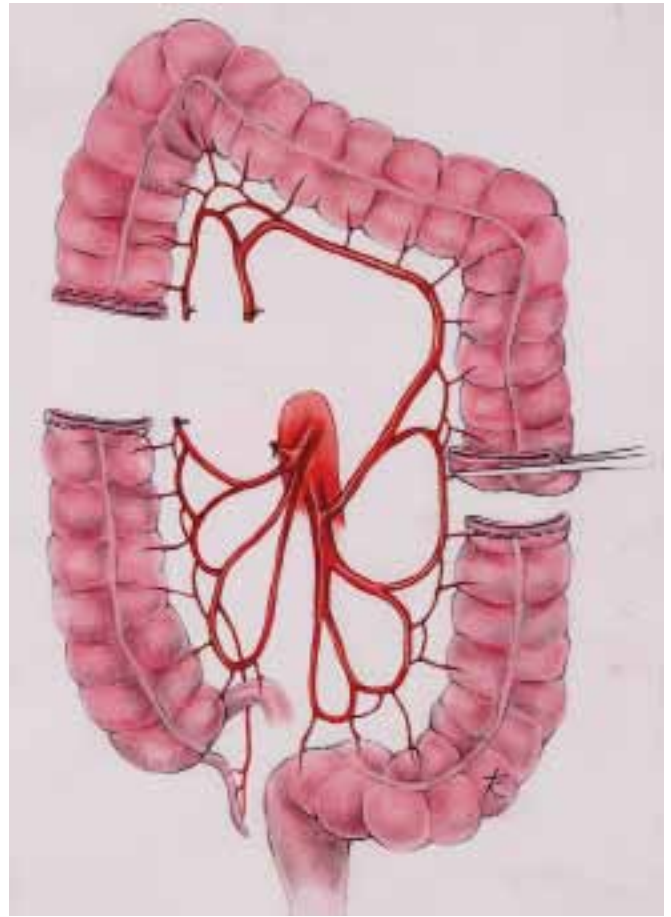


Рисунок 7. Схема выкраивания трансплантата из поперечно-ободочной кишки с питанием за счет левой ободочной артерии.

На рис. 13 представлен препарат после надплевратниковой гастрэктомии с резекцией грудного отдела пищевода, на рис. 14 — после тотальной гастрэктомии с резекцией грудного отдела пищевода.

Пищеводный погружной анастомоз формируют по методике акад. М. И. Давыдова, используя узловый прецизионный шов при формировании внутреннего ряда соустья. Этот анастомоз, по нашему убеждению, выгодно отличается от других известных вариантов простотой исполнения и минимальным числом швов, что обеспечивает его хорошее питание и антистриктурные свойства. Пероральное питание начинают на 7-й день после рентгеноконтрастного исследования. Окончательный вид операционного поля после формирования пищеводно-толстокишечного анастомоза в куполе правой плевральной полости и данные рентгенологического исследования анастомоза отражены на рис. 15 и 16.

В 5 случаях хирургические вмешательства носили комбинированный характер: в 3 — в связи с распространенной опухолью желудка (у 2 больных — корпорокаудальная резекция поджелудочной железы, у одного — анатомическая резекция S_{II-III} печени), в 2 — в связи с вращением опухоли пищевода в заднюю стенку перикарда и нижнюю долю правого легкого.

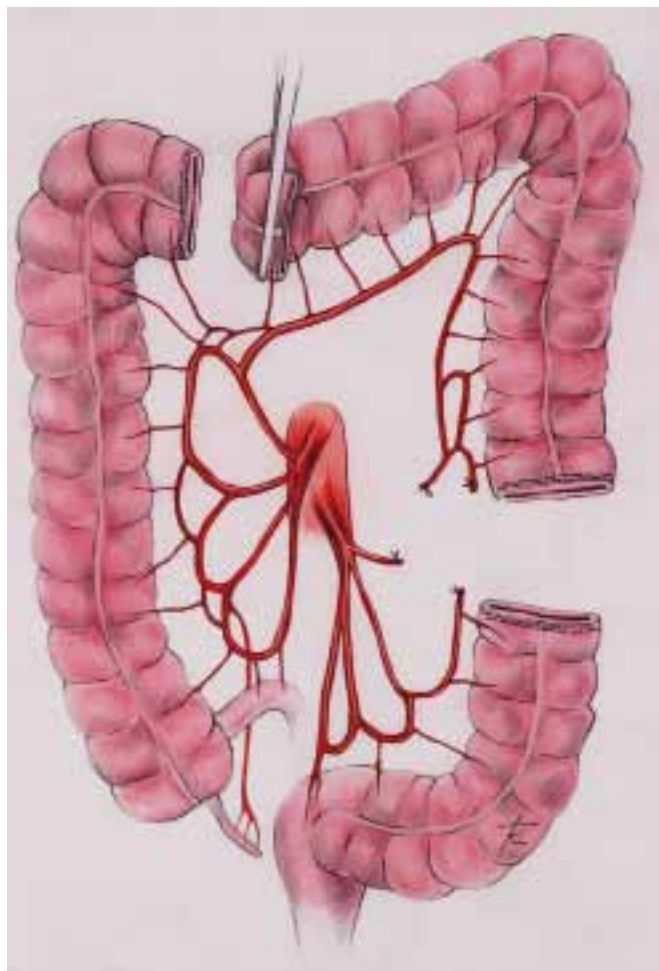


Рисунок 8. Схема выкраивания трансплантата из левой половины ободочной кишки с питанием за счет средней ободочной артерии.

Средняя продолжительность операции составила $311,2 \pm 94,4$ мин, средняя кровопотеря — $1,215 \pm 685$ мл.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Непосредственные результаты в группе паллиативного лечения. В группе паллиативного лечения (3 из 9 пациентов была выполнена субтотальная дистальная резекция желудка, в одном случае сформирован гастроэнтероанастомоз) после операции осложнений не было.

Частота развития послеоперационных осложнений в группе больных, которым выполнена одномоментная эзофагогастрэктомия, составила 38,1% (табл. 1).

В послеоперационном периоде умерли 2 (9,5%) больных: один — от гнойно-септических осложнений вследствие некроза толстокишечного трансплантата, другой — от острой печеночной недостаточности на фоне фульминантного гепатита с молниеносным течением.

Отдаленные результаты в группе паллиативного лечения. В группе пациентов, получивших паллиативное лечение, эффект в большинстве случаев оказался кратковременным: ни один из 9 больных не пережил 2 лет. В сроки 3—7 мес после лечения 6 (66,7%) пациентов умер-



Рисунок 9. Формирование толсто-тонкокишечного анастомоза конец в бок после толсто-толстокишечного.

ли от прогрессирования опухолевого процесса и его осложнений. У 3 больных удалось получить выраженный терапевтический эффект после лучевого лечения и химиотерапии, однако в сроки 15—24 мес они также умерли вследствие диссеминации опухоли.

Отдаленные результаты после одномоментной эзофагогастрэктомии. У всех 19 больных, перенесших одномоментную эзофагогастрэктомию, были получены хорошие функциональные результаты. Ни в одном из наблюдений мы не зафиксировали рецидива в пищеводно-толстокишечном анастомозе и его стриктуры.

В течение первого года после операции (в сроки от 8 до 12 мес) умерли 5 (26,3%) из 19 больных: 4 — от генерализации опухолевого процесса (перитонеальная диссеминация, множественные метастазы в печени, костях,

Таблица 1

Распространенность рака пищевода и рака желудка после гистологического исследования препарата

	Рак пищевода	Рак желудка
Глубина инвазии		
pT1	0	1 (5%)
pT2	7 (33%)	4 (19%)
pT3	12 (57%)	13 (62%)
pT4	2 (10%)	3 (14%)
Лимфогенное метастазирование		
N0	6 (29%)	8 (38%)
N+	15 (71%)	13 (62%)



Рисунок 10. Формирование толстокишечно-желудочного анастомоза после надпривратниковой гастрэктомии.

забрюшинных лимфатических узлах), один — от обширного инфаркта миокарда.

Через 19, 22, 26, 29 и 35 мес после лечения от рецидива (рак желудка в 3 случаях и рак пищевода в 2) умерли 5 (26,3%) пациентов.

Фактическая 5-летняя выживаемость составила 31,6% (6 из 19), один из пациентов жив без признаков прогрессирования 12 лет, 3 больных продолжают наблюдаться в сроки от 8 мес до 4 лет после операции.

ВЫВОДЫ

Несмотря на успехи химио- и лучевой терапии, только хирургический метод лечения как рака пищевода, так и рака желудка в радикальном объеме позволяет надеяться на полную ремиссию и, по убеждению ряда авторов,



Рисунок 11. Связывание нитей, фиксирующих толстокишечный трансплантат и пищевод (нити играют роль проводника при перемещении толстой кишки в плевральную полость).

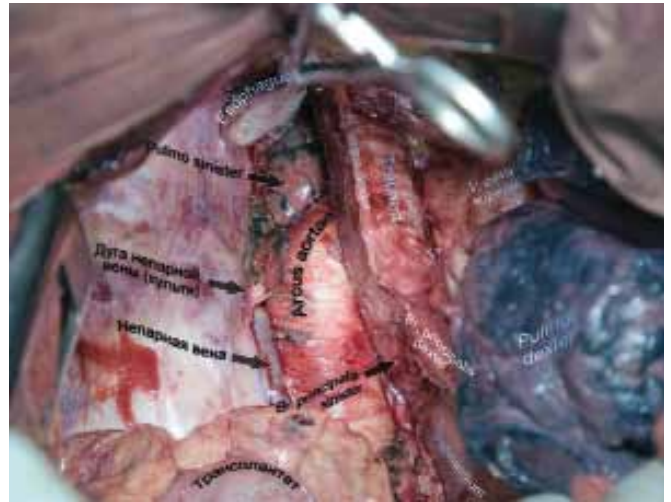


Рисунок 12. Вид операционного поля после резекции грудного отдела пищевода с билатеральной медиастинальной лимфодиссекцией.

является приоритетным в настоящее время. J. F. Huang и соавт. (2008) [15] на основании анализа результатов раз-



Рисунок 13. Препарат «en bloc» после надпривратниковой гастрэктомии.

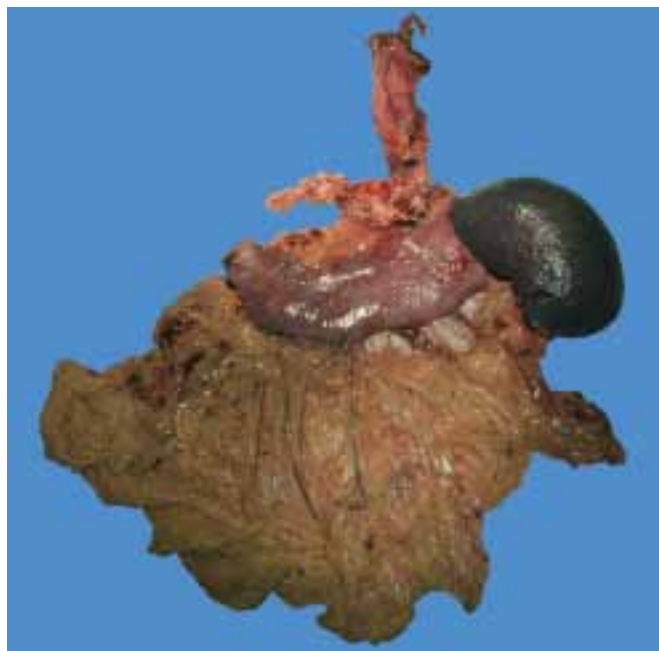


Рисунок 14. Препарат «en bloc» после экстирпации желудка с резекцией грудного отдела пищевода из доступа по Льюису.

личных комбинаций лечения больных СРПЖ показали, что радикальная операции — главный независимый фактор прогноза, определяющий продолжительность жизни больных. Наши данные также подтверждают, что у больных СРПЖ одномоментная эзофагогастрэктомия с полноценной абдоминальной и медиастиальной лимфодиссекцией позволяет добиться не только значительно лучших, чем при различных вариантах паллиативными лечения, функциональных результатов, но и приемлемых показателей выживаемости в этой группе больных. Авторы, придерживающиеся активной хирургической позиции,



Рисунок 15. Вид после формирования пищеводно-толстокишечного анастомоза в куполе правой плевральной полости.

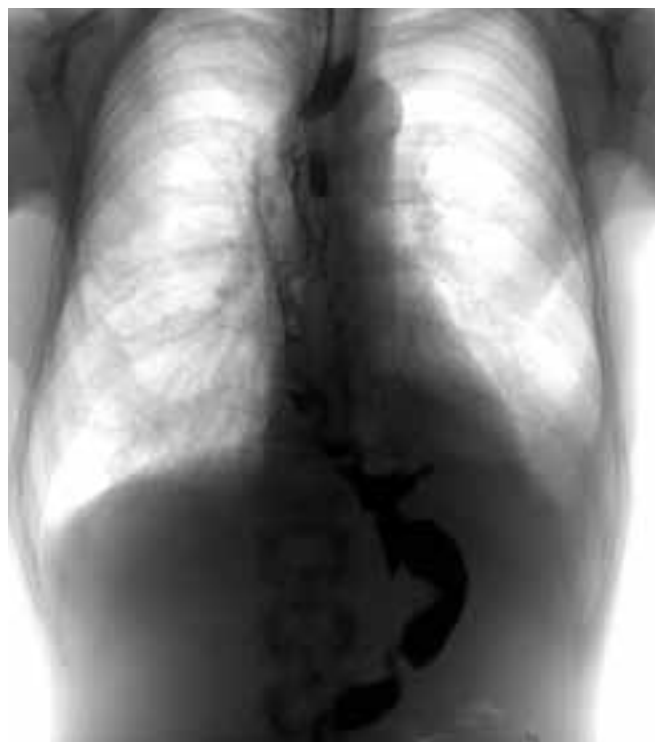


Рисунок 16. Данные рентгенографии с контрастированием на 7-е сутки после операции.

считают также, что возраст и алиментарный статус не могут выступать в качестве абсолютных противопоказаний к операции, поскольку характерны для этой патологии.

Таблица 2

Структура осложнений после одномоментной эзофагогастрэктомии

Осложнения	Число наблюдений	
	абс.	%
Некроз трансплантата	1	4,8
Пневмония	2	9,5
Острый респираторный дистресс-синдром	1	4,8
Панкреатит	1	4,8
Нагноение послеоперационной раны	1	4,8
Острая печеночная недостаточность	1	4,8
Спаечная непроходимость	1	4,8
Всего	8	38,1

ЛИТЕРАТУРА

1. Akiyama H., Tsurumaru M. Esophageal reconstruction for gastric lesions. Non-serial // *Esophageal Disorders: Pathophysiology and Therapy*. T. R. DeMeester, D. B. Skinner (eds.). — New York: Raven Press, 1985. — P. 409—411.
2. Kato H., Tachimori Y., Watanabe H. // *Esophageal carcinomas simultaneously associated with gastric carcinomas: Analysis of clinicopathologic features and treatments* / *J. Surg. Oncol.* — 1994. — Vol. 56. — P. 122—127.
3. Adenocarcinoma of the stomach: Changing patterns over the last 4 decades / Meyers W. C., Damiano R. J. Jr., Rotolo F. S., Postlethwait R. W. // *Ann. Surg.* — 1987. — Vol. 205. — P. 1—8.
4. Clinicopathological features of esophageal cancer simultaneously associated with gastric cancer / Hamabe Y., Ikuta H., Nakamura Y., Kawasaki K., Yamamoto M. // *J. Surg. Oncol.* — 1998. — Vol. 68, N 3. — P. 179—182.
5. Abo H., Miura H., Kudo T. Concurrent cancer of the esophagus and the other organ in Japan // *Jpn. J. Gastroenterol. Surg.* — 1980. — Vol. 13, N 3. — P. 77—81.
6. Miwa K. (ed.). *The Report of Treatment Results of Stomach Carcinoma in Japan*. — Tokyo: Japanese Research Society for Gastric Cancer, 1996. — P. 20.
7. Synchronous gastric tumors associated with esophageal cancer: a retrospective study of twenty-four patients // Koide N., Adachi W., Koike S., Watanabe H., Yazawa K., Amano J. // *Am. J. Gastroenterol.* 1998. — Vol. 93, N 5. — P. 758—762.
8. Esophageal Squamous Cell Carcinoma Associated With Gastric Adenocarcinoma / Souquet J.-C., Berger F., Bonvoisin S., Parten-

- sky C., Boulez J., Descos F., Lambert R. // *Cancer*. — 1989. — Vol. 63. — P. 786—790.
9. Van Gelderen W. F. C. Simultaneous detection of esophageal and gastric carcinomas // *Abdom. Imaging*. — 1995. — Vol. 20. — P. 299—301.
10. Synchronous advanced gastric adenocarcinoma and advanced esophageal squamous cell carcinoma / Herbella F. A. M., Lourenço L. G., Del Grande J. C., Possik R., Haddad C. M. // *Sao Paulo Med. J.* — 2002. — Vol. 120, N 1. — P. 28—29.
11. Maeta M., Koga S., Kimura A. Simultaneous superficial squamous cell carcinoma of the esophagus and early gastric adenocarcinoma // *Hepatol. Gastroenterol.* — 1991. — Vol. 38. — P. 554—556.
12. Domene C. E., Volpe P., Pinotti A., Santo M. A., Onari P., Cecconello I., Pinotti H. W. / Synchronous esophageal and stomach neoplasm: importance of diagnosis and treatment // *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Sao Paulo*. — 1998. — Vol. 53, N 5. — P. 263—266.
13. Two cases of synchronous superficial double cancers in the esophagus and stomach / Yano K., Yamashita T., Chishiki M., Osaki T., Sugio K., Yasumoto K. // *J. UOEH*. 2002. — Vol. 24, N 2. — P. 225—232.
14. Хирургическое лечение больных с синхронным раком пищевода и раком желудка / Давыдов М. И., Стилиди И. С., Герасимов С. С., Полоцкий Б. Е., Бохан В. Ю. // *Анн. хирург.* — 2007. — № 4. — С. 28—32.
15. Huang J. F., He J. Clinical characteristics and prognostic factors of synchronous gastric carcinoma associated with esophageal carcinoma // *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*. — 2008. — Vol. 46, N 9. — P. 674—676.

Поступила 03.10.2011

Mikhail Mikhailovich Davydov¹, Igor Nikolayevich Turkin²

SIMULTANEOUS CANCER OF THE ESOPHAGUS AND STOMACH: EPIDEMIOLOGY, CLINICOANATOMICAL CHARACTERIZATION, CHOICE OF TREATMENT

¹ *Postgraduate Student, Thoracic Department, Clinical Oncology Research Institute,
N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoe sh., Moscow, 115478, RF)*

² *MD, PhD, Leading Researcher, Thoracic Department, Clinical Oncology Research Institute,
N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoe sh., Moscow, 115478, RF)*

Address for correspondence: Davydov Mikhail Mikhailovich, Thoracic Department, Clinical Oncology
Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS, 24, Kashirskoe sh., Moscow, 115478, RF;
e-mail: dr.filatov@mail.ru

Simultaneous cancer of the esophagus and stomach is a rare lesion though demonstrating an increasing prevalence. The paper describes main treatment policies, defines criteria for selection of candidates for surgical treatment. Potentials of surgical interventions in cases with simultaneous cancer of the esophagus and stomach are demonstrated. Focus is made on technical aspects of wide and combined procedures including reconstruction and plasty stage. Immediate and follow-up results are analyzed.

Key words: simultaneous cancer of the esophagus and stomach, esophagogastrectomy.