

# КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА

А.С. Мамонтов

*Своевременная диагностика и широкое внедрение в практику существующих методик комбинированного и комплексного лечения рака пищевода, совершенствование и разработка их новых модификаций позволяют рассчитывать на улучшение отдаленных результатов лечения.*

Лечение рака пищевода остается актуальной проблемой современной онкологии, несмотря на определенные успехи, достигнутые за более чем столетнюю историю.

В нашей стране рак пищевода (РП) занимает 14-е место, составляя 2–5 % от всех злокачественных новообразований. Стандартизованный показатель заболеваемости составляет 6,7 на 100 000 населения [4].

Рак пищевода чаще возникает у мужчин в возрасте 50–60 лет. Однако в последние годы отмечается некоторая тенденция к омоложению контингента больных раком пищевода. Соотношение мужчин и женщин в разных возрастных группах различно и составляет в среднем 3:1.

## Клиническая анатомия

Пищевод – часть пищеварительного тракта между глоткой и желудком, представляющая собой полый трубчатый мышечный канал, начинающийся на уровне нижнего края VI шейного позвонка и заканчивающийся переходом в кардиальную часть желудка на уровне XI грудного позвонка.

Стенка пищевода состоит из нескольких слоев: слизистой оболочки, подслизистого слоя, мышечной оболочки и адвентиции; абдоминальный отдел пищевода иногда покрыт серозной оболочкой. Мышечная оболочка состоит из двух слоев: наружного продольного и внутреннего циркулярного.

У взрослого человека длина пищевода составляет в среднем 25 см. Принято делить пищевод на три отдела: шейный, грудной, брюшной (абдоминальный).

Шейный отдел пищевода имеет протяженность 5–6 см, он начинается на уровне VII шейного позвонка позади перстневидного хряща гортани и, находясь позади трахеи и спереди позвоночника, продолжается до уровня верхней апертуры грудной клетки. Справа и слева от пищевода расположены доли щитовидной железы.

Грудной отдел пищевода имеет протяженность 17–19 см, располагается в заднем средостении, сначала между трахеей и позвоночником, а затем между сердцем и грудной частью аорты, которая оттесняет его немного влево.

Брюшной отдел расположен на уровне XI–XII грудных позвонков. Его длина колеблется от 2 до 4 см. В зоне пищеводно-желудочного перехода (перехода в кардиальную часть желудка) просвет пищевода в норме закрыт и открывается только при прохождении пищи.

На протяжении пищевода имеется три сужения его просвета. Первое сужение связано с давлением перстневидного хряща и нижнего констриктора глотки, второе обусловлено давлением дуги аорты, которая прижимает пищевод к левому главному бронху. Это сужение располагается на уровне IV грудного позвонка. Третье сужение находится на уровне пищеводного отверстия диафрагмы.

**Кровоснабжение пищевода** в шейном отделе осуществляется ветвями нижней щитовидной артерии, в грудном отделе – 4–5 пищеводными ветвями грудного отдела аорты (собственными пищеводными артериями), в нижнем отделе (абдоминальном) – восходящей ветвью левой желудочной артерии и нижней диафрагмальной артерии. Отток крови от пищевода осуществляется в непарную и полунепарную вены. Основным коллектором венозной крови является подслизистое сплетение.

**Лимфатическая система** пищевода представлена сетью капилляров и сосудов, которые располагаются во всех слоях стенки пищевода: слизистой оболочке, подслизистом слое, мышечной оболочке, а также в адвентиции. Особенностью лимфатической системы пищевода являются продольные, довольно крупные лимфатические коллекторы, расположенные в подслизистом слое стенки по всей длине пищевода, связывающие лимфатические сети всех его слоев. Отводящие лимфатические сосуды выходят как на передней, так и на задней поверхности пищевода и имеют восходящее, нисходящее и поперечное направления. Весьма важной является топография регионарных лимфатических узлов пищевода. От шейного отдела пищевода отводящие сосуды направляются к глубоким шейным нижним и паратрахеальным лимфатическим узлам. Лимфатические сосуды от шейного и верхнегрудного отдела пищевода впадают также в паратрахеальные лимфатические узлы. Они располагаются цепочкой по обеим сторонам трахеи в борозде между пищеводом и трахеей, сопровождая возвратные нервы. Выносящие лимфатические сосуды от них идут к глубоким шейным лимфатическим узлам, средостенным, а также могут впадать в глубокие наружные лимфатические стволы, расположенные вдоль яремных вен, грудной лимфатический проток, правый лимфатический проток. Самым нижним из группы правых паратрахеальных лимфатических узлов является лимфатический узел дуги непарной вены.

От *верхних отделов* пищевода лимфа оттекает также в верхние и нижние трахеобронхиальные лимфатические узлы. Верхние трахеобронхиальные лимфатические узлы располагаются между трахеей и главным бронхом. Нижние трахеобронхиальные (бифуркационные) лимфатические узлы располагаются под бифуркацией трахеи. Отток лимфы происходит в верхние трахеобронхиальные, паратрахеальные, заднемедиастинальные лимфатические узлы, а также непосредственно в грудной лимфатический проток.

От *средних отделов* пищевода лимфа оттекает также в заднемедиастинальные лимфатические узлы, которые располагаются около пищевода в заднем средостении. От них лимфа оттекает по отводящим сосудам в трахеобронхиальные лимфатические узлы, которые также могут впадать непосредственно в грудной лимфатический проток.

От *нижних отделов* пищевода лимфа оттекает в двух направлениях. По коротким отводящим сосудам она направляется в латеральные перикардиальные лимфатические узлы, расположенные позади перикарда у места вхождения диафрагмального нерва в диафрагму, верхние диафрагмальные лимфатические узлы, располагающиеся над диафрагмой позади мечевидного отростка грудины в средостении, околопищеводные, бронхопульмональные и нижние трахеобронхиальные лимфатические узлы. По длинным отводящим сосудам, которые спускаются вниз в брюшную полость по ходу правого и левого блуждающих нервов, лимфа впадает в цепочку левых желудочных

лимфатических узлов, расположенных вблизи малой кривизны желудка по ходу левой желудочной артерии и паракардиальные лимфатические узлы, располагающиеся в клетчатке около пищеводно-желудочного перехода. Самыми нижними из группы левых желудочных лимфатических узлов являются лимфатические узлы области развилки чревного ствола.

Необходимо отметить две особенности лимфатической системы пищевода. Первая – крупные лимфатические коллекторы расположены продольно вдоль всего пищевода в подслизистом слое. Вторая – нередко отводящие лимфатические сосуды, минуя регионарные лимфатические узлы, впадают в левые желудочные или паракардиальные лимфатические узлы, либо непосредственно в грудной лимфатический проток [1].

### Метастазирование

При раке пищевода бурное гематогенное метастазирование наблюдается редко. Для раковых опухолей пищевода, в первую очередь, характерно лимфогенное метастазирование. На вскрытиях отдаленные метастазы наблюдают примерно в 52–60% случаев. При раке пищевода метастазирование идет, в первую очередь, в околопищеводные лимфатические узлы. Может наблюдаться также ретроградное метастазирование в лимфатические узлы, расположенные ниже диафрагмы в паракардиальные, левые желудочные лимфатические узлы, а также лимфатические узлы области развилки чревного ствола и клетчатки забрюшинного пространства по ходу брюшного отдела аорты. Нередко встречается также внутристеночные метастазы, причем расположенные достаточно далеко от видимого края опухоли. Важное в практическом отношении значение имеет вопрос зональности лимфатических узлов для различных отделов пищевода.

Для *шейного отдела* пищевода регионарными являются глубокие шейные, надключичные, паратрахеальные лимфатические узлы. Бифуркационные и другие внутригрудные лимфатические узлы, не говоря уже о поддиафрагмальных, являются отдаленными. Для *верхнегрудного отдела* пищевода, кроме глубоких шейных и паратрахеальных, регионарными являются также бифуркационные лимфатические узлы, а более низко расположенные группы лимфатических узлов принято считать отдаленными. Для *среднегрудного отдела* пищевода регионарными принято считать паратрахеальные, позвоночные, бифуркационные, трахеобронхиальные и заднемедиастинальные (околопищеводные нижние), хотя, с учетом особенностей строения лимфатической системы пищевода, в ряде случаев наблюдается метастазирование сразу в паракардиальные или левые желудочные лимфатические узлы. Первые из них считают регионарными, а вторые отдаленными. Для *нижнегрудного отдела* пищевода регионарными лимфатическими узлами принято считать бифуркационные, заднесредостенные, паракардиальные и левые желудочные, а расположенные в развилке чревного ствола – отдаленными.

## Диагностика

Диагностика рака пищевода должна быть комплексной и базироваться на данных клинического, инструментальных (рентгенологического, эндоскопического, ультразвукового, компьютерной томографии), морфологического методов исследований больного.

**Дифференциальный диагноз.** Рак пищевода дифференцируют с кардиоспазмом, рубцовым сужением пищевода, язвой пищевода и язвенным эзофагитом, доброкачественными опухолями пищевода, варикозным расширением вен пищевода, дивертикулами пищевода, сдавлением пищевода извне опухолями средостения, рубцами после перенесенного медиастинита, аномально расположенными сосудами в средостении и др. Ведущим в дифференциальной диагностике рака пищевода с другими заболеваниями является морфологический метод диагностики. Обнаружение в биоптате злокачественных клеток однозначно свидетельствует о наличии рака пищевода. Однако отсутствие злокачественных клеток в полученном материале еще не означает отсутствия рака пищевода. Только многократный отрицательный ответ наряду с динамическим наблюдением может позволить высказать относительно благоприятное суждение.

## Классификация

В практической работе при определении распространенности опухолевого процесса и его стадийности встречаются большие затруднения. Для более точной оценки основных характеристик опухолевого роста Международным Противораковым Союзом была предложена классификация, характеризующая первичный опухолевый очаг, состояние регионарных лимфатических узлов, а также наличие отдаленных метастазов по системе TNM, где символ Т характеризует первичную опухоль, N – регионарные лимфатические узлы, символ M – отдаленные метастазы.

С момента первой редакции эта классификация несколько раз пересматривалась и в настоящее время действует редакция от 2002 г. [6]. Согласно этому варианту классификации, выделяют шейный и внутригрудной отделы пищевода. Для шейного отдела регионарными лимфатическими узлами считают лестничные, наружные яремные, верхние и нижние шейные, параэзофагеальные, надключичные; для внутригрудного – верхние и нижние параэзофагеальные, медиастинальные, бифуркационные, перигастральные (за исключением лимфатических узлов развилки чревного ствола).

### Т – первичная опухоль

- TX – нет сведений о состоянии первичной опухоли
- T0 – первичная опухоль не определяется
- Tis – карцинома in situ
- T1 – опухоль прорастает слизистый и подслизистый слои стенки пищевода
- T2 – опухоль прорастает в мышечный слой стенки
- T3 – опухоль прорастает адвентицию пищевода
- T4 – опухоль прорастает в окружающие структуры

### N – регионарные метастазы

- NX – нет сведений о состоянии регионарных лимфатических узлов
- N0 – нет метастазов в регионарных лимфатических узлах
- N1 – есть метастазы в регионарных лимфатических узлах

### M – отдаленные метастазы

- MX – нет сведений о наличии отдаленных метастазов
- M0 – нет отдаленных метастазов
- M1 – имеются отдаленные метастазы

*Для опухолей нижнегрудного отдела пищевода*

- M1a – метастазы в лимфатические узлы развилки чревного ствола
- M1b – другие отдаленные метастазы

*Для опухолей верхнегрудного отдела пищевода*

- M1a – метастазы в шейные лимфатические узлы
- M1b – другие отдаленные метастазы

*Для опухолей среднегрудного отдела пищевода*

- M1a – не определены
- M1b – метастазы в нерезионарные лимфатические узлы или другие отдаленные метастазы

При рассмотрении этого варианта классификации обращает на себя внимание расплывчатость характеристики первичной опухоли, основанная только на уровне инвазии; отсутствует четкая характеристика зон регионарного метастазирования и т.д. В связи с этим многие онкологи используют другие варианты классификаций по распространенности опухолевого процесса.

Нам представляется более предпочтительной и удобной для практического применения классификация по системе TNM в модификации МНИОИ им. П.А. Герцена [5].

### Т – первичная опухоль

- Tis – преинвазивная карцинома (carcinoma in situ)
- T1 – первичная опухоль протяженностью по пищеводу до 3 см
- T2 – опухоль, протяженностью от 3 до 5 см
- T3 – опухоль протяженностью от 5 до 8 см
- T4 – опухоль протяженностью более 8 см или переходящая на другой орган

### N – регионарные лимфатические узлы

- N0 – нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов
- N1 – одиночный метастаз в регионарный лимфатический узел
- N2 – множественные удалимые метастазы в регионарные лимфатические узлы
- N3 – множественные неудалимые метастазы в регионарные лимфатические узлы
  - a – регионарные лимфатические узлы средостения
  - b – регионарные лимфатические узлы брюшной полости

**М – отдаленные метастазы**

M0 – нет признаков отдаленных метастазов

M1 – имеются метастазы в отдаленных лимфатических узлах

a – удалимые

b – неудалимые

M2 – метастазы в другие органы

**Р – глубина инвазии опухоли**

P1 – опухоль прорастает слизистую оболочку

P2 – опухоль поражает подслизистый слой стенки пищевода

P3 – опухоль инфильтрирует мышечный слой стенки пищевода до адвентиции включительно

P4 – опухоль выходит за пределы стенки пищевода  
a – врастание (прорастание) в соседние органы

**Группировка по стадиям**

I стадия – T1N0M0P1–2

II стадия – T2N0M0P3

III стадия

a – T2–4N1–2M0P3; T3–4N0M0P3

b – T2–4N0–2M0P4

IV стадия – T2–4N0–3M1–2P3–4

T2–4N3M0–2P3–4

T2–4N0–3M0–2P4a.

**Лечение**

На основании многолетнего опыта клиника пищеводной онкологии МНИОИ им. П.А.Герцена предлагает следующую лечебную программу. При локализованном раке пищевода I–II стадии и отсутствии данных объективного обследования о наличии метастазов проводят органосохраняющее лечение: электро- и лазерную деструкцию опухоли на фоне введения препаратов фотогем и фотосенс. В этой клинической ситуации также оправдано лучевое лечение (дистанционное и сочетанное) по радикальной программе. Очевидно, что органосохраняющее лечение может быть рекомендовано к практическому применению лишь при возможности проведения динамического контроля за пролеченными больными. В случае, когда динамическое обследование больного представляется сомнительным, оправдано выполнение хирургического лечения в объеме резекции и пластики пищевода.

Большинство больных местнораспространенным раком пищевода (III стадия) поступают в клинику с дисфагией, потерей массы тела, явлениями дегидратации и гемоконцентрации. Эта клиническая симптоматика требует интенсивной коррекции белкового, водно-электролитного и кислотно-основного обмена, принятия незамедлительных мер по обеспечению адекватного питания, в первую очередь его энтерального компонента.

На первом этапе лечения (абдоминальный этап) выполняют гастростомию. Ее выполняют по принятой в институте методике, включающей в себя широкую ревизию зон метастазирования ниже диафрагмы (лимфатические узлы паракардиальной клетчатки, малого сальни-

ка, желудочно-поджелудочной связки, парааортальных коллекторов, ворот паренхимы печени), удаление лимфатических узлов и их групп с окружающей клетчаткой при подозрении на их опухолевое поражение, пункцию неудалимых конгломератов лимфатических узлов с последующим срочным и плановым морфологическим исследованием материала, определением индивидуальной чувствительности опухоли к химиопрепаратам, формирование стебельчатой гастростомы из передней стенки желудка.

Наложение гастростомы позволяет в короткие сроки (с 3–4-х суток) обеспечить адекватное энтеральное питание, нормализовать основные показатели обмена веществ, приступить к проведению интенсивной предоперационной подготовки.

При значительной потере массы тела, снижении функциональных резервов организма оправдано выполнение лапароскопической гастростомии.

Если позволяет общее состояние больных, следует произвести операцию одномоментной резекции и пластики пищевода изоперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка с формированием вне- или внутриполостного анастомоза. Последний вариант более предпочтителен с точки зрения функциональных возможностей. При выполнении торакального этапа тщательно ревизуют правое легкое для исключения рентгенонегативных метастазов, зоны параэзофагеальных, паратрахеальных, нижних трахеобронхиальных, парааортальных лимфатических коллекторов. Обязательным этапом резекции пищевода является широкая лимфодиссекция указанных областей единым блоком с клетчаткой. Как и при выполнении абдоминального этапа, широко применяют интраоперационное ультразвуковое исследование (УЗИ) для ревизии зон регионарного метастазирования и оценки местной распространенности опухоли.

В тех случаях, когда общее состояние больного, оцененное совместно с анестезиологами, вызывает сомнения в возможности проведения одномоментной операции, на первом этапе выполняют субтотальную резекцию пищевода по Добромыслову–Тореку. Такое сокращение объема оперативного вмешательства мы считаем оправданным при локализации опухоли в верхней трети и сомнительной возможности ее радикального удаления.

Через 6 мес после резекции при адекватном восстановлении физических сил пациента осуществляют отсроченную эзофагопластику. Как и при одномоментном, так и при отсроченном варианте эзофагопластики рекомендуем разработанную в нашем институте операцию формирования межсосудистых анастомозов между сосудами стебля искусственного пищевода и внутренними грудными сосудами (или сосудами шеи), что достоверно улучшает результаты пластического этапа.

Выполнение операции субтотальной проксимальной резекции желудка и нижней трети пищевода с формированием внутриплеврального анастомоза целесообразно при локализованном поражении дистальной части ретроперикардиального сегмента, наддиафрагмального и

абдоминального сегментов протяженностью до 5 см без признаков опухолевой инфильтрации адвентиции органа. При отсутствии метастазов и локализации опухоли не выше 3–5 см от кардио-эзофагеального перехода допустимо выполнение этой операции через комбинированный левосторонний абдоминалоракальный доступ. В других случаях необходимо выполнение правосторонней торакотомии с широкой ревизией средостения.

Локальное поражение нижней трети пищевода (верхняя граница опухоли – дистальнее бронхиального сегмента) без признаков метастазирования и выхода опухоли за пределы стенки органа делает в некоторых случаях оправданным выполнение экстирпации пищевода из абдоминоцервикального доступа, без торакотомии, с формированием эзофагогастроанастомоза на шее.

Пластический этап хирургического лечения может быть решен разными путями. При разнообразии методических и технических подходов к этому решению наш опыт позволяет рекомендовать два важных положения. В качестве трансплантата используют стебель из большой кривизны желудка, сегмента тонкой и толстой кишки [3]. При сомнениях в адекватном кровоснабжении трансплантата, особенно его проксимального сегмента, совершенно необходимо проводить операции по его реваскуляризации с использованием микрососудистой техники.

В течение последних десятилетий МНИОИ им. П.А. Герцена является ведущим разработчиком комбинированного метода лечения рака пищевода. В настоящее время широко применяют комбинированное лечение с пред- и послеоперационной лучевой терапией [2].

В качестве предоперационной лучевой терапии хорошо зарекомендовала себя схема иммунохимиолучевого лечения: имунофан 1г в течение первых 5 дней; 5-ФУ 750 мг в течение 5 дней; препараты платины СД 90–100 мг на фоне гипергидратации одновременно с подведением укрупненных фракций дистанционной лучевой терапии. Облучение осуществляют по схеме динамического фракционирования до СОД 40–45 Гр с обязательным включением в объем облучения шейно-надключичных зон. Через 10–14 дней после подведения указанной СОД проводится контрольное клиническое обследование, включающее в себя полипозиционную рентгенографию, эзофаго- и бронхоскопию. Оценивают состояние опухоли: изменение ее протяженности по длиннику пищевода, степень стенозирования просвета органа, появление или увеличение в размерах изъязвления и т.п. Отсутствие положительной динамики расцениваем как признак радиорезистентности опухоли, что является негативным прогностическим фактором.

При планировании послеоперационной лучевой терапии важно оценить характер операции. Многолетний опыт позволяет рассматривать выполненные резекции паллиативными в тех случаях, когда оставлен не удалимый технически фрагмент опухоли или метастаз, либо имеются признаки опухолевого роста по краю резекции. Однако, помимо этих ситуаций, по совокупности прогностически неблагоприятных факторов, к паллиатив-

ным можно отнести резекции, при которых выявлены: множественные метастазы (удаленные) в 3 и более коллекторах или выше и ниже диафрагмы, или в сочетании с внутривенными метастазами; инвазия опухоли всей толщи стенки органа с выходом на адвентицию; наличие выраженной эмболии опухолевыми клетками кровеносных и/или лимфатических сосудов или врастающие опухоли в крупный кровеносный сосуд.

Объем облучения формируют на основании данных о распространенности и топографии опухолевого процесса с учетом локорегионарных путей лимфооттока. В этот объем, помимо ложа пищевода от грудино-ключичного сочленения до диафрагмы и параэзофагеального лимфатического коллектора, включают паракардиальную область и шейно-надключичные зоны с подведением СОД 40–45 Гр в режиме классического фракционирования или укрупненного с дневным дроблением дозы.

Если в связи с ограниченными техническими возможностями хирургического этапа комбинированного лечения в средостении оставлен визуально и морфологически определяемый фрагмент опухолевой ткани (участок опухоли, не удалимый технически локорегионарный метастаз и т.п.), мы используем схему динамического фракционирования дозы и двухобъемную методику облучения с прицельным подведением на оставленный участок опухоли СОД 60–65 Гр с обязательным включением в объем облучения, помимо ложа пищевода, областей шейно-надключичных и паракардиальных лимфатических коллекторов, где очаговые дозы достигают уровня 45–50 Гр в режиме укрупненного или классического фракционирования.

Когда операция расценена как паллиативная, но при этом нет оставленного фрагмента опухоли в средостении, проведение послеоперационной лучевой терапии наиболее целесообразно в режиме классического фракционирования или суперфракционирования дозы. В объем облучения входят ложе пищевода, области шейно-надключичных и паракардиальных лимфатических коллекторов. На ложе пищевода подводят до 50 Гр, на зоны регионарного метастазирования – 40–45 Гр.

При наличии удаленных в ходе операции метастазов в верхние перигастральные лимфатические коллекторы, по возможности, увеличивают подводимые к этой зоне дозы до 40–50 Гр.

При радикальном характере операции в объем облучения, помимо ложа пищевода от грудино-ключичного сочленения до диафрагмы и параэзофагеального лимфатического коллектора, включаем паракардиальную область и шейно-надключичные зоны с подведением СОД 40–45 Гр в режиме классического фракционирования или укрупненного с дневным дроблением дозы.

Всем больным с местнораспространенными формами рака пищевода комплексное лечение завершают 3–5 курсами адьювантной полихимиотерапии препаратами платины, блеомицина, метотрексата, циклофосфана, этопозида.

При латентном течении рака пищевода на ранних стадиях заболевания, поздней обращаемости и пожи-

лом возрасте значительной части больных проведение радикального лечения не всегда возможно. Поэтому большое практическое значение имеют методики паллиативного лечения рака пищевода. В известной мере, к паллиативным лечебным вмешательствам можно отнести гастростомию. Однако успехи современной медицины позволяют значительно расширить спектр выполняемых воздействий, направленных на купирование дисфагии и обеспечение адекватного питания. К таким методам относится формирование обходного анастомоза между пищеводом и желудком. Однако этот метод не свободен от всех присущих оперативным вмешательствам недостатков: являясь обширной хирургической операцией, он чреват развитием послеоперационных осложнений и сопутствующих им в ряде случаев летальных исходов. Планирование таких операций нецелесообразно, а выполнение оправдано лишь в качестве вынужденной альтернативы при выполнении пробной торакотомии. Хорошо зарекомендовала себя эндоскопическая реканализация просвета пищевода при опухолевых стенозах. Ее осуществляют с помощью лазерной и электрокоагуляции опухоли. В ряде случаев проводится интубация просвета пищевода с использованием протезов, выполненных из различных материалов.

### Прогноз

Рак пищевода в большинстве случаев прогрессирует достаточно медленно. По степени злокачественности он находится между самыми злокачественно текущими заболеваниями и теми, которые текут относительно доброкачественно.

Нелеченный рак пищевода всегда имеет плохой прогноз. Средняя продолжительность жизни таких больных не превышает 5–8 мес с момента появления признаков болезни. Хотя при ранней диагностике зарегистрированы случаи продолжительности жизни до 6 лет без какого-либо лечения.

Прогноз заболевания при лучевой терапии зависит от формы роста опухоли. Наихудшими являются результаты при эндофитной форме роста. Трехлетняя выживаемость в этой группе составляет 6,0%, тогда как при экзофитном росте она достигает 27%.

Применение лучевой терапии по паллиативной программе позволяет 7–10,4% больных пережить более года. По-видимому, возможности лучевой терапии еще далеко не исчерпаны. Повышение ее эффективности, вероятно, будет связано с совершенствованием методик облучения, увеличением чувствительности опухоли к облучению за счет использования радиосенсибилизирующих препара-

тов и сочетания лучевой терапии с химиотерапией и иммуностимулирующим воздействием.

При хирургическом лечении в среднем 5-летний срок переживают 25–35% оперированных. При этом у перенесших радикальные операции этот показатель составляет 48,8%, у перенесших паллиативные операции – только 4,9%. При комбинированном лечении подобная закономерность сохраняется: 5 лет наблюдения переживают около 35–40% больных, в том числе 56,6% пациентов после радикальных операций и только 7% – после паллиативных. При комплексном лечении после радикальных операций более 5 лет живут 57,1% больных, после паллиативных операций выживаемость достигает 30,8%. Следует отметить, что в группе пациентов, которым проведено хирургическое лечение, распространенность заболевания соответствовала I–II стадии, а у пациентов, которым было проведено комбинированное лечение – III стадии.

На отдаленные результаты лечения существенно влияет степень распространенности опухолевого процесса. Наличие регионарных метастазов снижает 5-летнюю выживаемость с 40–45% (при их отсутствии) до 20–25% для обеих схем комбинированного лечения. При этом в группе хирургического лечения наличие регионарных метастазов снижает показатель 5-летней выживаемости до единичных наблюдений.

Выход опухоли за пределы стенки органа также крайне негативно сказывается на отдаленных результатах лечения. В этих клинических ситуациях после хирургического лечения до 5 лет не доживает ни один больной, после комбинированного лечения с послеоперационной лучевой терапией доживают единицы, после комбинированного лечения с предоперационной лучевой терапией – менее 10%.

Локализация опухоли в пищеводе значительно определяет прогноз заболевания. По данным МНИОИ им. П.А. Герцена, при поражении верхней трети органа после хирургического лечения больные не доживают до 5 лет, а при комбинированном – 5-летняя выживаемость достигает 15–20%; при локализации опухоли в средней трети в группах комбинированного лечения 5-летняя выживаемость равна 30–35%, а при хирургическом – менее 10%; комбинированное лечение при поражении нижних сегментов пищевода обеспечило 5-летнюю выживаемость у 35–45% пациентов, хирургическое – у 25% больных.

Своевременная диагностика и широкое внедрение в практику существующих методик комбинированного и комплексного лечения рака пищевода, совершенствование и разработка их новых модификаций позволяют рассчитывать на улучшение отдаленных результатов лечения.

### Литература

1. Выренков Ю.Е. Лимфатическая система пищевода. Атлас онкологических операций // Под ред. Б.Е. Петерсона и др. – М.: Медицина, 1987. – С. 250.
2. Киселева Е.С., Зымина Е.С. Выбор методики предоперационной лучевой терапии при комбинированном лечении больных раком пищевода // Сб. науч. тр. «Диагностика и лечение злокачественных опухолей пищеварительного тракта». – М., 1987 – С. 56–61.

3. Черноусов А.Ф. и др. Расширенная лимфаденэктомия в хирургическом лечении рака пищевода и желудка // Хирургия. – 1991. – № 9. – С. 35-39.
4. Чиссов В.И. и др. Основные показатели состояния специализированной онкологической помощи населению России в 2001 г. – М., 2002. – С. 168.
5. Петерсон Б.Е. и др. Критерии, определяющие хирургическую тактику при раке пищевода // Хирургия. – 1979. – № 2. – С. 69-72.
6. Sobin L.H., Ch.Witekind. TNM classification of malignant tumours. 6th ed. – 2002.

Поступила в редакцию 28.05.2003 г.