

*М.Д.Тер-Ованесов<sup>1,2</sup>, А.В.Левицкий<sup>1,2</sup>, Э.Э.Леснидзе<sup>2</sup>, А.С.Габоян<sup>1,2</sup>,  
М.Ю.Кукош<sup>1,2</sup>, Д.Б.Маслянкин<sup>2</sup>, Г.А.Баксиян<sup>2</sup>*

## **Одномоментная эзофаго-гастрэктомия с толстокишечной пластикой при раке проксимального отдела желудка с высоким переходом на пищевод**

<sup>1</sup> Кафедра онкологии и гематологии ФПКМР ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»;  
<sup>2</sup> ГБУЗ ГКБ №40 ДЗМ, Москва

Хирургическое вмешательство в объеме одномоментной эзофагогастрэктомии с толстокишечной пластикой при раке проксимального отдела желудка с высоким переходом на пищевод является основным методом радикального лечения. Однако техническая сложность и высокий риск самого вмешательства являются факторами, определяющими различие взглядов на саму операцию, показания к ней, критерии отбора больных, выбор доступа и варианты формирования толстокишечного трансплантата. Отдаленные результаты оперативного вмешательства зависят прежде всего от распространенности опухолевого процесса, но явно превышают аналогичные показатели после консервативного лечения. В данной статье представлен краткий критический обзор основных аспектов проблемы применения одномоментной эзофагогастрэктомии в хирургии рака проксимального отдела желудка с высоким переходом на пищевод и случай успешного хирургического лечения больной, оперированной в торакальной клинике ГБУЗ ГКБ 40 города Москвы.

**Ключевые слова:** рак проксимального отдела желудка, хирургическое лечение рака желудка, рак ассоциированный с беременностью, одномоментная эзофаго-гастрэктомия с толстокишечной пластикой

В течение последних 40 лет в мире прослеживается тенденция неуклонного роста частоты рака проксимального отдела желудка на фоне снижения общей частоты заболеваемости раком желудка [18, 20, 24]. При этом среди кардинальных карцином наблюдается изменение соотношения в сторону преобладания диффузных форм, отличающихся высокой агрессивностью и неблагоприятным прогнозом, преимущественно у лиц молодого возраста вне зависимости от пола [17, 25, 26].

Переход рака проксимального отдела желудка на пищевод, и уровень поражения пи-

щевода многими авторами расценивается как независимый фактор прогноза и интегральный показатель изменения вектора лимфогенного метастазирования, когда происходит метастазирование не только в абдоминальные, но и в медиастинальные лимфоузлы, то есть опухоль приобретает помимо особенностей характерных для рака желудка онкологические характеристики рака пищевода [3, 4, 9, 10, 34]. При этом частота лимфогенного метастазирования в медиастинальные лимфоколлекторы достоверно коррелирует с уровнем инфильтрации пищевода: от 6,1% при инфильтрации абдоминального до 42,9% при инфильтрации ретроперикардального сегмента пищевода [4]. Закономерно меняется и уровень поражения лимфатических узлов — увеличивается частота метастазирования не только в наддиафрагмальные и нижние паразофагеальные, но и в бифуркационные и паратрахеальные лимфатические узлы [5]. Очевидно, что особенности лимфогенного метастазирования кардиоэзофагеального рака и особенности хирургической тактики с этим связанные, обусловили произошедшие изменения в классификации TNM международного противоракового союза 7 пересмотра, в которой рак проксимального отдела желудка с переходом на пищевод I и II типа по классификации Siewert, то есть опухоли с эпицентрами в пределах от 5 см орально и до 2 см аборально от Z-линии, отнесены в группу рака пищевода [7].

Стратегия хирургии рака желудка с переходом на пищевод зависит от объема поражения желудка и уровня инфильтрации пищевода, при этом выбор хирургического доступа в основном определен уровнем поражения пищевода и наличием внутривисцеральных отсеков. Очевидно, что при раке желудка с высоким переходом на пищевод (выше наддиафрагмального сегмента), а также при наличии внутривисцеральных отсеков выше определяемой границы опухоли, стандартные чрезбрюшинный абдомино-медиастиальный доступ, абдомино-торакальный по Осаве-Гэрлоку или лапаротомия + торакотомия слева

не обеспечивают должный радикализм вмешательства из-за ограничения возможности адекватного отступа по пищеводу в проксимальном направлении дугой аорты. Также они не обеспечивают анатомических условий для удаления лимфатических коллекторов верхнего средостения, вероятность поражения которых существует при высокой инфильтрации пищевода.

Операцией выбора с точки зрения онкологического радикализма при раке желудка с высоким распространением на пищевод является гастрэктомия с субтотальной резекцией пищевода или эзофагэктомией, терминологически определенная как одномоментная эзофагогастрэктомия, с толстокишечной эзофагопластикой, выполняемая из лапаротомного и правостороннего торакотомного доступа по Ivor Lewis [5].

Публикации, посвященные одномоментной эзофагогастрэктомии с колоэзофагопластикой, в литературе немногочисленны. Некоторые ограничены описанием отдельных клинических случаев. Это обусловлено, во-первых, редкостью самой патологии, во-вторых, технической сложностью и высоким риском обсуждаемого хирургического вмешательства. Данные факторы определяют различную идеологию хирургических школ в отборе больных на операцию, выборе доступа и путей проведения трансплантата, выборе пластического материала.

Одними из острых обсуждаемых вопросов является выбор доступа и пути проведения трансплантата (абдомино-цервикальный доступ vs. правосторонний торакотомный доступ) и возможность использования узкой желудочной трубки для пластики пищевода вместо толстой кишки.

Сторонники абдомино-цервикальных операций считают, что при переходе опухоли на пищевод выше диафрагмы необходимо выполнять эзофагэктомию с формированием анастомоза на шее [2, 11, 12, 15, 16, 20, 30, 35]. При этом следует отметить, что данная тактика обусловлена не столько прямыми онкологическими показаниями, сколько стремлением перевести пищеводное соединение на шею из-за опасения летальных осложнений в случае развития его несостоятельности.

Сомнения в рациональности транسخиатальных эзофагэктомий при кардио-эзофагеальном раке можно обосновать следующими аргументами:

во-первых, с точки зрения онкологического радикализма, отступ по пищеводу на расстоянии 8 см от видимой проксимальной границы опухоли является вполне достаточным, в связи с чем эзофагэктомия с анастомозом на шее онкологически обоснована лишь при опухолевом поражении пищевода выше аортального сегмента, чего при раке желудка практически не бывает;

во-вторых, шейные анастомозы уступают внутригрудным как по функциональности, так и по частоте непосредственных и отдаленных осложнений. Так частота несостоятельности шейных анастомозов превышает частоту несостоятельности внутригрудных анастомозов и составляет от 9 до 30% [2, 8, 16, 21, 29], но при этом в ряде случаев не приводит к летальным осложнениям, протекает как-бы субклинически и у большинства больных достаточным методом лечения является вскрытие и дренирование шейной раны [14]. В то же время частота реализации как первичных, так и вторичных стриктур шейных анастомозов, требующих лишь бужирования, достигает по разным данным 50%;

в-третьих, предпочтение использования сторонниками абдомино-цервикального доступа узкой желудочной трубки шириной 3,5 см на желудочно-сальниковых сосудах для пластики пищевода, сомнительно с точки зрения онкологического радикализма. Такой объем вполне допустим при кардиоэзофагеальном раке типа Siewert I, который исходно рассматривается как рак пищевода, но заслуживает критики при кардио-эзофагеальном раке типа Siewert II и тем более Siewert III, объем резекции желудка при которых должен заключаться в субтотальной проксимальной резекции или гастрэктомии [10]. Несмотря на приводимые авторами данные о низкой частоте рецидивов в узкой желудочной трубке, особенности и частота метастазирования рака проксимального отдела желудка типа Siewert II в лимфоузлы по ходу левой желудочно-сальниковой артерии, достигающая 16%, диктует необходимость удаления данных лимфоколлекторов при планировании больному радикальной операции с D2 лимфодиссекцией [33];

в-четвертых, ожидаемая меньшая частота послеоперационных осложнений как следствие меньшей травматичности операции за счет отсутствия торакотомии, являющаяся дополнительным аргументом стратегии абдомино-цервикальных вмешательств [28], не подтвердилась проведенными двумя мета-анализами и несколькими рандомизированными исследованиями [21, 22, 23, 27, 32].

Таким образом, если исходить из позиции онкологической адекватности, безопасности и функциональности при раке желудка с высоким переходом на пищевод, когда абдомино-медиастинальный оптимизированный доступ или абдомино-торакальный по Осаве-Гэрлоку не обеспечивают условий адекватной резекции пищевода и безопасного формирования анастомоза, очевидны преимущества доступа по Ivor Lewis, который обеспечивает возможность выполнить полноценный абдоминальный этап, моноблочную мобилизацию в пределах фас-

циальных футляров и субтотальную резекцию пищевода на торакальном этапе, выполнить визуально контролируемую билатеральную лимфодиссекцию средостения, и сформировать функционально выгодный анастомоз в куполе правой плевральной полости.

Весьма важным техническим аспектом проблемы, определяющим в конечном итоге успех операции и отдаленные функциональные результаты, является толстокишечная пластика. Вариантов пластик толстой кишкой известно довольно большое количество, причем как изоперистальтического, так и в антиперистальтическом расположении [13]. Унифицированного стандарта не существует. Выбор варианта пластики определяется идеологией и установками различных клиник.

Однако следует отметить, что большинство клиник, в том числе и наша, при планировании эзофагогастрэктомии отдают предпочтение изоперистальтической пластике левой половиной ободочной кишки на левых ободочных сосудах, показавшей хорошие функциональные результаты, или антиперистальтической пластике на средних ободочных сосудах (рис. 1,2).

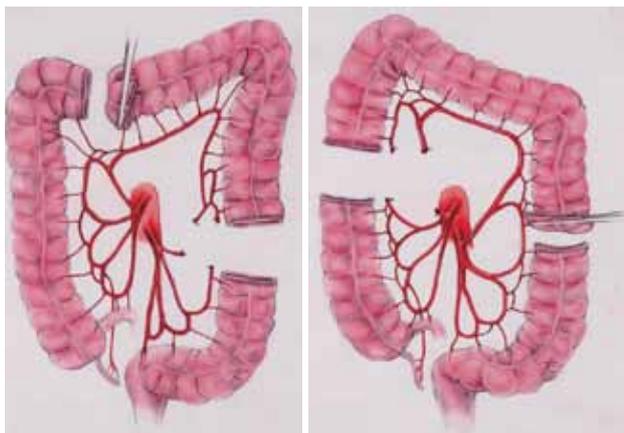


Рис. 1,2. Методика формирования изоперистальтического толстокишечного трансплантата из левой половины ободочной кишки на левой ободочной артерии и антиперистальтического трансплантата на средней ободочной артерии

Очевидные преимущества пластики левой половиной ободочной кишки перед правой заключаются в следующем:

- левая половина ободочной кишки длиннее правой и меньше по диаметру;
- тип кровоснабжения левой половины ободочной кишки магистральный, за счет риолановой дуги, а не аркадный как у правой половины;
- левая половина ободочной кишки менее важна для пищеварения;
- главное преимущество – возможность формирования трансплантата необходимой длины.

Безусловно место эзофагогастрэктомии с колоэзофагопластикой в хирургии рака проксимального отдела желудка с переходом на пищевод определено прежде всего местной распространенностью процесса с широким поражением как желудка, так и пищевода. Строгость показаний и высокая частота послеоперационных осложнений, достигающая по мнению отдельных авторов 71-85% [1,16], ограничивают широкое накопление опыта в хирургической практике и обуславливают отсутствие единого мнения относительно методологии операции. В доступной нам литературе серии наблюдений эзофагогастрэктомий с толстокишечной пластикой в хирургии проксимального рака с переходом на пищевод составили от 1 до 43 случаев [1, 2, 6, 12, 15, 16, 20, 35]. При этом применяемые авторами тактические подходы весьма неравноценны из-за различий в доступах, объемах абдоминальной и медиастинальной лимфодиссекции, видах толстокишечной пластики, техники формирования пищеводно-толстокишечного анастомоза, послеоперационных осложнений. Наибольший опыт одномоментной эзофагогастрэктомии из доступа по I. Lewis с формированием анастомоза в куполе правой плевральной полости накопленный за 20 лет и составивший 44 наблюдения, представлен торакальной клиникой РОНЦ РАМН [6]. Из 44 больных по поводу рака желудка с высоким поражением пищевода оперировано 14, в то время как остальные по поводу синхронного рака пищевода и желудка. В противоположность авторам, приводившим весьма высокий процент послеоперационных осложнений [16] с частотой несостоятельности пищеводно-толстокишечного анастомоза на шее – 33,3%, в исследовании РОНЦ общая частота осложнений составила 47,7%, а случаев несостоятельности ручного внутригрудного пищеводно-толстокишечного соустья авторами не отмечено.

Отдаленные результаты эзофагогастрэктомии с толстокишечной эзофагопластикой при раке проксимального отдела желудка с переходом на пищевод безусловно сложно назвать удовлетворительными поскольку операции выполняются при заведомо большей распространенности процесса, являющейся в сочетании с типом опухоли по Siewert интегральной составляющей прогноза [10, 19, 31, 33]. В среднем 5-летняя выживаемость после эзофагогастрэктомии составляет от 15 до 21% [6, 35], что соответствует отдаленным результатам лечения рака проксимального отдела желудка. Некоторые авторы приводят более высокие данные: 5-летняя выживаемость 39,6% при медиане 20 месяцев [16]. В любом случае приводимые цифры превышают аналогичные показатели после консервативного лечения, при лучшем качестве

жизни и явно подчеркивают целесообразность агрессивной тактики в лечении данной категории больных.

### Клиническое наблюдение

Больная Ш., 40 лет. Впервые обратилась в клинику торакальной онкологии ГБУЗ ГКБ № 40 в мае 2015 года. При обращении предъявляла жалобы на затруднения при проглатывании твердой пищи. Анамнез заболевания с декабря 2014 года, когда начала отмечаться слабость, постепенное нарастание анемии. При проведенном обследовании в мае 2015 года была выявлена stenoziruyushchaya опухоль нижнегрудного отдела пищевода. Больная была направлена в клинику торакальной онкологии ГБУЗ ГКБ №40.

Клинически отмечалась дисфагия 1 степени, без признаков алиментарной гипотрофии, хроническая железодефицитная анемия 2 степени. Уровень сывороточного гемоглобина на момент диагностики 95 г/л.

По данным эзофагогастроскопии на расстоянии 33 см от резцов выявлена инфильтративно-язвенная циркулярная опухоль, распространяющаяся в дистальном направлении на кардиальный и субкардиальный отдел желудка. При гистологическом исследовании биопсийного материала диагностирована умереннодифференцированная аденокарцинома. Местная распространенность опухоли дополнительно уточнялась при рентгенконтрастном полипозиционном исследовании пищевода и желудка, а также КТ органов грудной клетки и брюшной полости. По данным методов лучевой диагностики распространение на пищевод соответствовало верхней половине ретроперикардиального сегмента, со стенозированием просвета пищевода на 1/3 без ангуляции и без формирования свищей (рис 3-7).

При уточняющей диагностике, включающей КТ органов грудной клетки, КТ с внутривенным контрастированием органов брюшной полости, а также диагностическую лапароскопию отдаленных метастазов выявлено не было.

На основании предоперационного обследования был выставлен клинический диагноз рака проксимального отдела желудка с высоким переходом на пищевод, T4aN1M0 IIIc стадии, 3 типа по классификации Siewert, осложненного дисфагией I степени и хронической железодефицитной анемией. Принято решение о выполнении одномоментной эзофагогастрэктомии с толстокишечной интраплевральной эзофагопластикой. Для исключения органической патологии толстой кишки была выполнена фиброколоноскопия.

Пациентка оперирована в плановом порядке 29.06.2015 в объеме комбинированной одномоментной эзофагогастрэктомии с резекцией диа-

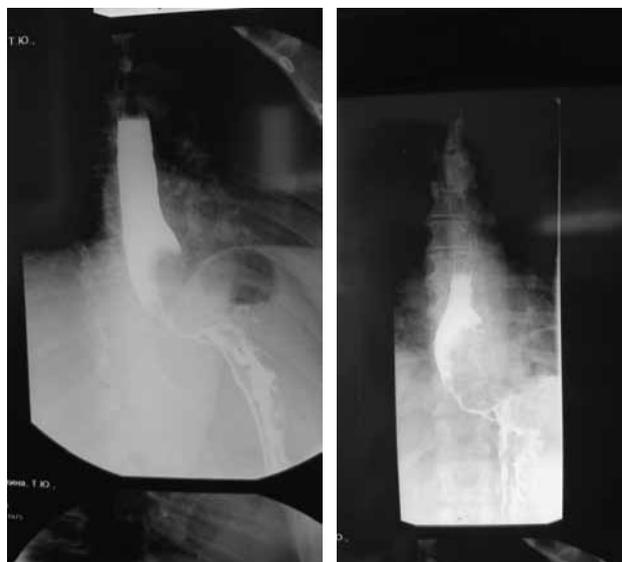


Рис. 3,4. Полипозиционное рентгенконтрастное исследование пищевода и желудка: инфильтративно-язвенный рак проксимального отдела желудка с переходом на ретроперикардиальный сегмент пищевода

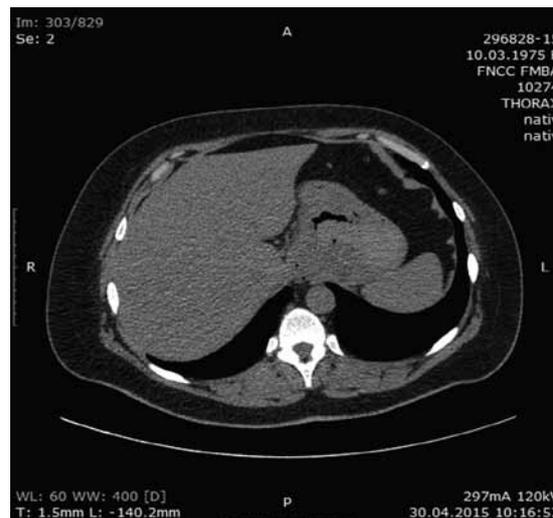
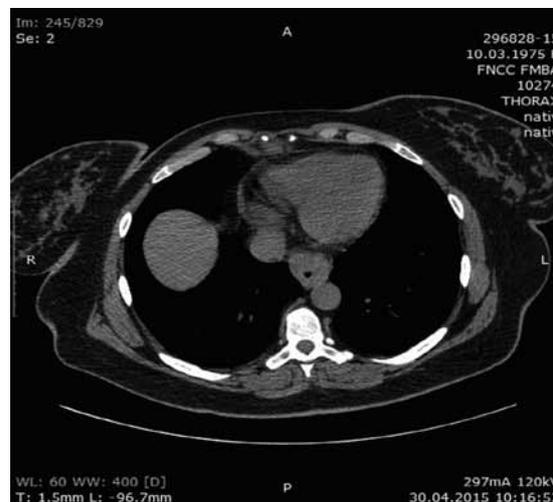


Рис. 5-6. КТ органов грудной клетки и брюшной полости: Циркулярный рак проксимального отдела желудка с переходом на верхнюю половину ретроперикардиального сегмента пищевода. Увеличения регионарных и отдаленных лимфатических узлов, отдаленных метастазов нет

фрагмы, капсулы поджелудочной железы, спленэктомии, холецистэктомии, парааортальной и двухзональной медиастинальной лимфодиссекции, вентриплевральной изоперистальтической пластикой левой половиной ободочной кишки. Операция выполнена из лапаротомного и правостороннего торакотомного доступа по Ivor Lewis.

На лапаротомном этапе выполнялась мобилизация желудка с лимфодиссекцией D2, мобилизация и подготовка толстокишечного трансплантата, формирование межишечных анастомозов: толсто-тонкокишечного, брауновского, толсто-толстокишечного. В конце этапа пищевод пересекался с помощью линейного степлера выше определяемого визуально и пальпаторно края опухоли. На торакальном этапе выполнялась резекция пищевода до субтотального уровня, с полной медиастинальной лимфодиссекцией, позиционирование трансплантата в средостении, формирование пищевода анастомоза.

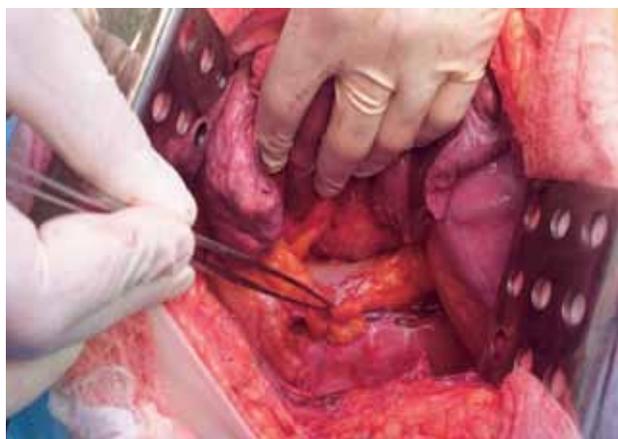
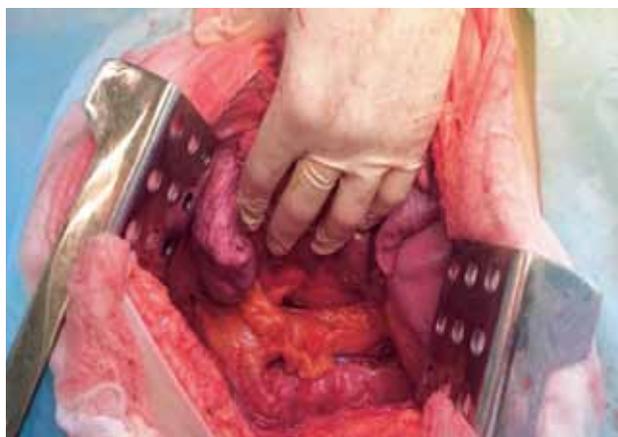


Рис. 7,8. Перемещенный толстокишечный трансплантат

Послеоперационный период протекал гладко. Длительность продленной ИВЛ составила 14 часов. Объем гемотрансфузии составил 250 мл. Длительность пребывания в реанимации 3 суток. На 7 сутки выполнено контрастирование пищевода-толстокишечного анастомоза и пере-

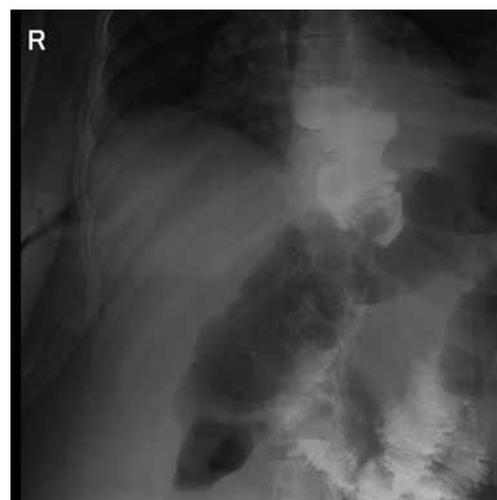
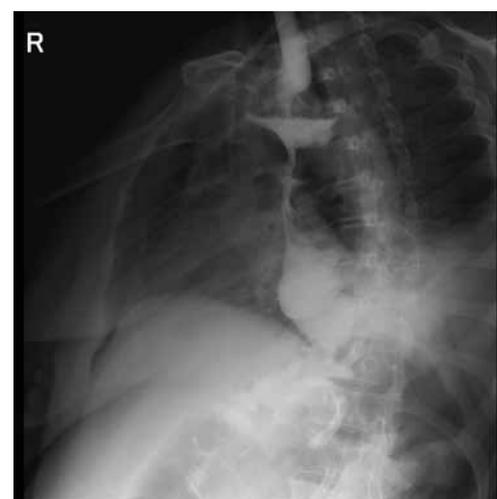


Рисунок 9-11. Контрастирование пищевода-толстокишечного анастомоза и перемещенного трансплантата

мещенного трансплантата с барием при котором констатирована состоятельность анастомоза и удовлетворительная эвакуация контраста по толстокишечному стеблю (рис. 10-12).

По результатам гистологического исследования операционного материала опухоль представ-

лена низкодифференцированной аденокарциномой, прорастающей все слои стенки желудка и пищевода, диффузного типа по классификации Lauren, с наличием лимфатической, венозной и периневральной инвазии, без метастазов в регионарных лимфатических узлах. Края резекции без признаков опухолевого роста.

Окончательная стадия по данным гистологического исследования определена как T4aN0M0 — IIIA (по 7 редакции классификации TNM международного противоракового союза). В послеоперационном периоде пациентке проведено 12 курсов адьювантной химиотерапии по схеме FOLFOX 4. В настоящее время пациентка наблюдается без признаков прогрессирования заболевания.

### Вывод

Одномоментная эзофагогастрэктомия с внутриплевральной толстокишечной пластикой является перспективным радикальным методом лечения больных раком проксимального отдела желудка с высоким переходом на пищевод, и при соответствующем отборе больных метод достоин тиражирования в онкологической практике.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Волков М.Ю. Оценка эффективности хирургического лечения и качества жизни больных кардиоэзофагеальным раком // Дисс. канд. мед. наук. – Томск. – 2014. – 180 С.
2. Вычужанин Д.В. Хирургическое лечение кардиоэзофагеального рака // Автореф. Дис... канд. мед. наук. – М, 2010. – 24 С.
3. Давыдов М.И., Мазурин В.С., Кузьмичев В.А. Хирургическое и комбинированное лечение местнораспространенного кардиоэзофагеального рака // Хирургия. – 1992. – №3. – С. 44-47.
4. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. Рак проксимального отдела желудка: современная классификация, тактика хирургического лечения, факторы прогноза // Русский медицинский журнал. – 2008. – №13. – С. 914-920.
5. Давыдов М.И., Туркин И.Н., Давыдов М.М. Энциклопедия хирургии рака желудка // М.:ЭКСМО. – 2011. – 530 С.
6. Давыдов М.М. Одномоментная эзофагогастрэктомия в онкологии // Автореф. Дис... канд. мед. наук. – М., 2012. – 22 С.
7. Каприн А.Д., Трахтенберг А.Х. Атлас по классификации стадий злокачественных опухолей — М: Практическая Медицина, 2014. — С. 285
8. Киладзе М.А. Современные аспекты хирургического лечения рака кардиоэзофагеальной области // Автореф. Дис... д-ра мед.наук. – М, 1992. – 36 С.
9. Левицкий А.В. Особенности распространения, лимфогенного метастазирования и результаты хирургического лечения больных ранним раком желудка // Дисс... канд. мед. наук. – М, 2009. – 181 С.
10. Тер-Ованесов М.Д. Факторы прогноза хирургического лечения рака проксимального отдела желудка // Дисс... д-ра мед. наук. – М. – 2007. – 367 С.
11. Черноусов А.Ф., Черноусов Ф.А., Хоробрых Т.В., Вычужанин Д.В.. Хирургическое лечение больных кардиоэзофагеальным раком // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2009. — №2. – С. 67-77.
12. Чернявский А.А., Лавров Н.А. Современные подходы к хирургическому лечению рака пищевода-желудочно-го перехода // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. – №2. – С. 13-23.
13. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта // Киев: Здоров'я, 1987. – С. 566.
14. Barreto JC, Posner MC. Transhiatal versus transthoracic esophagectomy for esophageal cancer // World J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 16(30). – P. 3804-3810.
15. Butte JM, Waugh E, Parada H, de la Fuente H. Combined total gastrectomy, total esophagectomy, and D2 lymph node dissection with transverse colonic interposition for adenocarcinoma of the gastroesophageal junction // Surg. Today. – 2011. – Vol. 41(9). – P.1319-1323.
16. Ceroni M., Norero E., Henriquez JP. et al. Total esophagectomy plus extended lymphadenectomy with transverse colon interposition: a treatment for extensive esophagogastric junction cancer // World J Hepatol. – 2015. – Vol. 7(22). – P. 2411-2417.
17. Correa P. Gastric cancer: two epidemics? // Dig Dis Sci. – 2011. – 56. – P. 1585-1586.
18. Dassen A., Lemmens V., van de Poll-Franse L. et al. Trends in incidence, treatment and survival of gastric adenocarcinoma between 1990 and 2007: a population-based study in the Netherlands // Eur J Cancer. – 2010. – Vol. 46. – P. 1101-1110.
19. De Manzoni G, Pedrazzani C, Pasini F. et al. Results of surgical treatment of adenocarcinoma of the gastric cardia// Ann Thorac Surg. – 2002. – Vol. 73(4). – P.1035-1040.
20. Feler A., Fehr M., Bardoni A. et al. Trends in incidence of esophageal and gastric cancer according to morphology and anatomical location, in Switzerland 1982-2011 // Swiss Med Wkly. – 2015. – Vol. 145 – P. 1-12.
21. Hulscher JB, Tijssen JG, Obertop H, van Lanschot JJ. Transthoracic versus transhiatal resection for carcinoma of the esophagus: a meta-analysis // Ann. Thorac. Surg. – 2001. – Vol. 72. – P. 306-313.
22. Hulscher JB, van Sandick JW, de Boer AG et al. Extended transthoracic resection compared with limited transhiatal resection for adenocarcinoma of the esophagus // N. Engl. J. Med.- 2002. – Vol. 347. – P. 1662-1669.
23. Jacobi CA., Zieren HU., Muller JM et al. Surgical therapy of esophageal carcinoma: the influence of surgical approach and esophageal resection on cardiopulmonary function // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 1997. – Vol. 11. – P. 32-37.
24. Lochead P., Omar E. Gastric Cancer // Brit. Med. Bull. – 2008. – Vol. 85. – P. 87-100.
25. Marrelli D., Pedrazzani C., Morgagni P., et al. Changing clinical and pathological features of gastric cancer over time // Br J Surg. – 2011. – Vol. 98. – P. 1273-1283.
26. Marrelli D., Polom C., de Manzoni G., Morgagni P. Multimodal treatment of gastric cancer in the West: Where are we going? // World J. of Gastroenterology. – 2015. – Vol. 21(26). – P. 7954-7969.

27. Omloo JM, Lagarde SM, Hulscher JB et al. Extended transthoracic resection compared with limited transhiatal resection for adenocarcinoma of the mid/distal esophagus: five-year survival of the randomized clinical trial // *Ann. Surg.* – 2007. – Vol. 246. – P. 992-1000.
28. Orringer MB, Sloan H. Esophagectomy without thoracotomy // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* - 1978. – Vol. 76. – P. 643-654.
29. Orringer M., Marshal B., Iannettoni M.D. Eliminating the Cervical Esophagogastric Anastomotic Leak With A Side-To-Side Stapled Anastomosis // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* – 2000. – Vol. 119. – P.277-288.
30. Orringer M., Marshal B., Chang A., Lee J. et al. Two thousand transhiatal esophagectomies. Changing trends, lessons learned // *Ann. Surg.* – 2007. – Vol. 24(630). – P.363-374.
31. Pedrazzani C, Pasini F, Giacomuzzi S et al. Surgical treatment of gastro-esophageal junction adenocarcinoma: long-term results of a single Italian centre // *G. Chir.* – 2004. – Vol. 25(10). – P. 325-333.
32. Rindani R., Martin CJ, Cox MR. Transhiatal versus Ivor Lewis oesophagectomy: is there a difference? // *Aust. N. Z. J. Surg.* – 1999. – Vol. 69. – P. 187-194.
33. Siewert J.R., Feith M., Werner M., Stein H. Adenocarcinoma of Esophagogastric Junction // *Ann of Surg.* – 2000. – Vol.232. — №3. – P. 353-361.
34. Siewert J.R., Feith M. Adenocarcinoma of Esophagogastric Junction: Competition between Barrett and Gastric Cancer // *J. Am. Coll. Surg.* – 2007. – Vol. 205. — №4. – P. 49-53.
35. Yannopoulos P., Theodoridis P., Manes K. Esophagectomy without thoracotomy: 25 years of experience over 750 patients // *Langenbecks Arch. Surg.* – 2009. – Vol. 394. – P. 611-616.

*M.D.Ter-Ovanesov<sup>1,2</sup>, A.V.Levitsky<sup>1,2</sup>, E.E.Lesnidze<sup>2</sup>,  
A.S.Gaboyan<sup>1,2</sup>, M.Yu.Kukosh<sup>1,2</sup>,  
D.B.Maslyankin<sup>2</sup>, G.A.Baksiyan<sup>2</sup>*

**Simultaneous esophago-gastrectomy with colonic interposition as a method of surgical treatment of gastroesophageal cancer with high involvement of the esophagus**

<sup>1</sup>Chair of Oncology and Hematology, Peoples' Friendship University of Russia, RUDN University

<sup>2</sup>City Clinical Hospital № 40  
Moscow

In the current oncological practice surgical treatment of gastroesophageal cancer with high involvement of the esophagus can extend to total esophago-gastrectomy with colonic interposition as the main method of radical treatment. However the technical complexity and high risk of the intervention are factors in determining the divergent views on the operation itself, testimony for the criteria of patient's selection, choice of surgical access and the formation of a colonic graft in conjunction with method of esophageal reconstruction. The long-term results of operative intervention depend primarily on the extent of tumor process but obviously higher than after conservative treatment. This article presents a brief critical overview of the main aspects of the simultaneous application of esophago-gastrectomy in surgery of gastroesophageal cancer with high esophageal involvement and our clinical case of successful surgical treatment of a woman with pregnancy-associated gastroesophageal cancer.

Key words: gastroesophageal cancer, surgical treatment of gastroesophageal cancer, pregnancy-associated cancer, simultaneous esophago-gastrectomy with colonic interposition

Поступила в редакцию 16.05.2016 г.