

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РАК: РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ УЛУЧШЕНИЯ

Прохоров А.В.¹, Лабунец И. Н.¹, Мавричев В.Ю.², Жилинский Н.С.^{1,2}

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

² УЗ «Минский городской клинический онкологический центр»

Минск, Беларусь

На основании анализа результатов лечения количества пациентов с гастроэзофагеальным раком, которым в МГКОЦ с 2003 по 2019 гг. выполнено 1347 операций, установлено, что в настоящее время в хирургии рака данной локализации удалось достичь приемлемых результатов: послеоперационная летальность снижена до 3,5%. Однако, отдаленные результаты остаются неутешительными: пятилетняя выживаемость составила 26,2%. При этом, пятилетний срок наблюдения пережили 43,6% пациентов без метастатического поражения лимфатических узлов и 18,4% – с лимфогенными метастазами. Перспективным является персонализированный подход к назначению лекарственной противоопухолевой терапии до- и после операции в зависимости от распространенности опухолевого процесса, который внедряется в практику согласно новым алгоритмам диагностики и лечения злокачественных новообразований, утвержденных постановлением МЗ РБ №60 от 06.07.2018 г.

***Ключевые слова:** гастроэзофагеальный рак; хирургическое лечение; результаты лечения.*

GASTROESOPHAGEAL CANCER: RESULTS OF TREATMENT AND PROSPECTS OF THEIR IMPROVEMENT

Prokhorov A.V.¹, Labunets I.N.¹, Mavrichev V.Yu.², Zhilinsky N.S.^{1,2}

¹ Belarusian State Medical University,

Minsk, Belarus

² Minsk City Clinical Oncological Center

Minsk, Belarus

We performed the analysis of treatment results of 1347 operated patients from 2003 to 2019 with gastroesophageal cancer in MCCOC. It was found that in oncosurgery of this cancer, we have achieved acceptable results: postoperative mortality was reduced to 3.5%. Nevertheless, long-term results still remain disappointing: the five-year survival rate was 26.2%. At the same time, 43.6% of patients without metastatic lesions of the lymph nodes and 18.4% with lymphogenous metastases survived the five-year follow-up period. A promising approach is a personalized to prescribing of anticancer drug therapy before and after surgery, depending on the prevalence of the tumor process, which is being introduced into practice according to new algorithms for the diagnosis and treatment of malignant tumours, approved by the Decree of the Ministry of Health of the Republic of Belarus No. 60 dated 06.07.2018.

***Key words:** gastroesophageal cancer; surgery; treatment results.*

Актуальность.

Несмотря на общую мировую тенденцию к снижению заболеваемости раком желудка отмечается относительное увеличение заболеваемости раком проксимальных отделов желудка и грудного отдела пищевода, т.е. гастроэзофагеальной локализации (ГЭР) [1, 2, 3, 6]. Аналогичная тенденция прослеживается и в Республике Беларусь. При этом число пациентов с распространенными формами рака этой локализации остается довольно высоким и достигает 60% [2, 3]. Перспективы на раннюю диагностику путем проведения скрининга и выполнения массовых фиброгастроскопий весьма туманны [2, 3]. На сегодняшний день хирургическое лечение ГЭР является основным методом лечения [2, 3, 6]. Однако, несмотря на успехи, достигнутые в последние десятилетия в значительном снижении числа послеоперационных осложнений и летальности в хирургии ГЭР [1, 4, 5], отдаленные результаты лечения нельзя признать удовлетворительными: пятилетняя выживаемость на всю группу оперированных пациентов не превышает 30-50% [1, 3, 6].

Цель. Целью настоящего исследования явился анализ результатов хирургического лечения пациентов с раком проксимальных отделов желудка и грудного отдела пищевода, т.е. гастроэзофагеальной локализации, и определение возможных путей их улучшения.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов 1347 операций, произведенных у пациентов, страдающих раком желудка и пищевода, произведенных в Минском городском клиническом онкологическом центре за период с 2003 по 2019 гг. Оперированы лица в возрасте от 28 до 85 лет, средний возраст которых составил 62,8 года. Выполнялись следующие виды операций: 769 пациентам произведена гастрэктомия по Савиных, 79 пациентам – проксимальная резекция желудка по Савиных. Гастрэктомия комбинированным лапароторакотомным доступом по Осава-Гэрлоку выполнена у 227 пациентов, субтотальная проксимальная резекция желудка с нижней третью пищевода по Осава-Гэрлоку – 153 пациентам. Субтотальная резекция пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой по Льюису произведена у 129 пациентов. В 1174 случаях (83,4%) выполнены стандартные операции с лимфодиссекцией в объеме D1-D2, в 183 (13,6%) – расширенные комбинированные операции с резекцией пораженных опухолью смежных органов (диафрагма, поджелудочная железа, селезенка, печень, поперечно-ободочная кишка). По данным гистологического исследования операционного материала радикальными (R0) признаны 1135 хирургических вмешательств (83,5%), 222 операций (16,5%) – паллиативными (R1, R2).

Результаты и их обсуждение. Осложнения непосредственно после операции отмечены у 92 (6,8%) пациентов, явившиеся причиной смерти в 47 (3,5%) случаях. Наиболее часто наблюдались осложнения терапевтического профиля, не связанные непосредственно с хирургической техникой, а именно: послеоперационные пневмонии – 35 случая (38,0% всех осложнений), острая сердечно-сосудистая недостаточность (ОССН) – 9 случаев (9,8%), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – 5 случаев (5,4%). Всего от данных осложнений умерло 25 пациентов, что составляет 53,1% от общего числа летальных исходов. Осложнения хирургического профиля отмечены после

операции у 57 пациентов. Наиболее частым отмечен послеоперационный панкреатит – 16 (28,1%) пациентов, из них у 4 (7,0%) – с исходом в панкреонекроз. Несостоятельность швов пищевода анастомоза (НША) наблюдалась в 11 случаях (12,0% всех осложнений). При этом непосредственной причиной смерти она явилась в 7 случаях (14,9% от общего числа умерших). Четкой зависимости частоты несостоятельности пищевода от вида и характера произведенной операции, её объёма и уровня резекции пищевода с внутриабдоминальным и внутриплевральным расположением пищевода анастомоза, а также вида трансплантата (желудок, тонкая кишка) не выявлено. Основными причинами смерти явились: послеоперационная пневмония – 13 (27,6%) случаев, ОССН – 7 (14,9%), НША – 7 (14,9%) случаев и апикальный некроз желудочного трансплантата – 4 (8,5%) случаев, ТЭЛА, явившаяся причиной смерти 4 пациентов (8,5% от общего числа летальных исходов), а так же панкреонекроз – 3 (6,3%) наблюдения. Нами не установлено статистически значимых различий в показателях послеоперационных осложнений и летальности после радикальных (R0) и паллиативных (R1, R2) резекций и экстирпаций желудка и пищевода: количество осложнений при радикальных операциях составило 5,8%, при паллиативных – 7,8% с послеоперационной летальностью 3,5% и 3,6% соответственно. Выполнение расширенных комбинированных операций с резекцией пораженных опухолью смежных органов, с точки зрения непосредственных результатов, также оправданно: при стандартных операциях количество осложнений составило 6,8% с летальностью 3,5%, при комбинированных – 6,5% и 6,5% соответственно. Суммарная пятилетняя выживаемость, рассчитанная на всю группу оперированных пациентов, составила 26,2%. При этом, пятилетний срок наблюдения пережили 43,6% пациентов без метастатического поражения лимфатических узлов и 18,4% – с лимфогенными метастазами. Причем, выживаемость пациентов не зависела от количества пораженных метастазами лимфатических узлов (N1, N2, N3). После резекций желудка и пищевода, признанных радикальными (R0), 5 лет прожили 29,1%, а после паллиативных операций (R1, R2) – только 9,4%. Менее существенные, но статистически значимые отдаленные результаты получены после комбинированных операций с резекцией смежных органов по причине их опухолевого поражения, по сравнению с таковыми после стандартных хирургических вмешательств: пятилетняя выживаемость составила соответственно 15,2% и 31,3%. Таким образом, отдаленные результаты хирургического лечения рака гастроэзофагеальной локализации, даже при относительно невысокой послеоперационной летальности (3,5%), трудно признать удовлетворительными. Даже в группе пациентов с благоприятными факторами прогноза (локализованная опухоль, отсутствие метастазов) пятилетняя выживаемость не достигает 50%. Большинство выполненных операций по показателю выживаемости в конечном итоге оказываются паллиативными. Несомненно, перспектива улучшения отдаленных результатов лечения ГЭР связана с развитием методов комплексного лечения. При этом, хирургический метод, оставаясь основным, должен быть дополнен системным воздействием, чтобы нивелировать реализацию отдаленных метастазов,

являющихся основной причиной гибели пациентов в отдаленные сроки. До 2018 года в Республике Беларусь применение адьювантной и неоадьювантной химиотерапии при раке данной локализации было регламентировано только для IV стадии заболевания, и мы не имеем объективного опыта ее использования. Перспективным, с этой точки зрения, является внедрение в практику новых алгоритмов диагностики и лечения злокачественных новообразований (Постановление Министерства Здравоохранения Республики Беларусь №60 от 06.07.2018 г.), в которых персонализированы подходы к назначению лекарственной противоопухолевой терапии до- и после операции в зависимости от распространенности опухолевого процесса.

Выводы.

1. В настоящее время в хирургии рака гастроэзофагеальной локализации удалось достичь приемлемых результатов. Летальность после операций с учетом их тяжести, пожилого возраста большинства оперированных пациентов с наличием у них сопутствующей патологии, составила 3,5%.

2. Частота послеоперационных осложнений и процент летальности не сопряжена с характером произведенной операции, её объёмом и уровнем резекции пищевода и полностью зависит от хирургической техники исполнения.

3. Выживаемость пациентов после хирургического лечения рака гастроэзофагеальной локализации отстает на низкой и прогноз зависит главным образом от распространенности опухолевого процесса: выживаемость пациентов без метастазов в регионарные лимфатические узлы при всех типах выполненных операций в 2 раза выше, чем у пациентов с лимфогенными метастазами.

4. Выполнение комбинированных и паллиативных операций при местно-распространенном раке гастроэзофагеальной локализации способно обеспечить пятилетнюю выживаемость только на уровне 10-15%. Но выполнение таких вмешательств оправдано с точки зрения улучшения качества жизни и профилактики развития осложнений, таких как дисфагия, истощение, кровотечение из распадающейся опухоли.

Список литературы

1. Афанасьев, С.Г. Результаты расширенных и комбинированных операций по поводу рака желудка и кардиоэзофагеального перехода / С.Г. Афанасьев, А.В. Августинovich, С.А. Тузиков // Сибирский онкологический журнал. – 2011. – №6. – С. 36-41.

2. Дворецкий, С.Ю. Современная стратегия лечения рака пищевода (обзор литературы) / С.Ю. Дворецкий // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2016. – № 4. – С.102-107.

3. D'journo, X.B. Current management of esophageal cancer / X.B. D'journo, P.A. Thomas// J. Thorac. Dis. – 2014. – Vol.6. – P. 253 -264.

4. Short-term outcomes after conventional transthoracic esophagectomy / Yukiko Niwa [et al.] // Nagoya J. Medical Science. – 2016. – № 78. – P. 69 -78.

5. Predictors of anastomotic leak after esophagectomy: An analysis of the society of thoracic surgeons general thoracic database / S. Edmund [et al.] // Annals Thoracic Surgery. – 2013. – № 96. – P. 1919-1926.

6. Evidence-based surgical treatment of esophageal cancer: overview of high-quality studies / S.M. Lagarde [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 2010. – Vol. 89. – P. 1319–1326.