

**Приступа Д.В., Малькевич В.Т., Баранов А.Ю., Ревтович М.Ю.,
Ильин И.А., Петрушко Н.М.**

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА

*Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Использование хирургического варианта лечения рака пищевода в самостоятельном варианте в настоящее время подвергается сомнению, ввиду высокой частоты рецидивов заболевания. Основным подходом к лечению данной патологии считается комплексный подход, включающий химиотерапию и лучевую терапию (то есть неoadъювантную химиолучевую терапию — НАХЛТ) и последующее хирургическое лечение. Несмотря на отсутствие общепризнанной стратегии комплексного лечения, данный вариант лечения принят в качестве стандартной опции во многих странах, так как это позволяет добиться полной морфологической регрессии опухоли в 15-30% случаев и обеспечить потенциал отдаленной выживаемости у данной категории пациентов.

Цель исследования. Оценить непосредственные результаты комплексного лечения, включающего НАХЛТ на основе цисплатина 80 мг/м² в 1 и 22 сутки и винорельбина 25 мг/м² в 1, 8, 22, 29 сутки на фоне дистанционной лучевой терапии в суммарной очаговой дозе (СОД) 40 Гр, разовой очаговой дозе (РОД) 2 Гр и последующую радикальную хирургическую операцию, и хирургического лечения в самостоятельном варианте у пациентов с плоскоклеточным раком пищевода.

Материалы и методы. Проанализированы медицинские данные о 29 пациентах с плоскоклеточным раком пищевода, включенных в проспективное рандомизированное исследование по сравнению комплексного и хирургического вариантов лечения с 2020 года по настоящее время. В группе комплексного лечения пациентам проводили НАХЛТ с введением цисплатина и винорельбина на фоне дистанционной лучевой терапии в СОД 40 Гр, РОД 2 Гр и последующую радикальную хирургическую операцию, а в группе хирургического лечения в самостоятельном варианте — только операцию.

Результаты. Путем рандомизации 15 пациентов включены в группу исследования, 14 — в группу сравнения. Структура распространенности опухолевого процесса выглядела следующим образом: в группе комплексного лечения: сT1 — 6,7% (1/15), сT2 — 13,3% (2/15), сT3 — 80% (12/15); в группе хирургического лечения: сT1 — 14,3% (2/14), сT2 — 14,3% (2/14), сT3 — 64,3% (9/14), сT4 — 7,1% (1/14) (p=0,6, p=0,99, p=0,42, p=0,48 соответственно). По объему поражения регионарных лимфоузлов: в группе комплексного лечения: сN0 — 66,7% (10/15), сN1 — 20% (3/15), сN2 — 6,7% (1/15), сN3 —

6,7% (1/15); в группе хирургического лечения: cN0 — 50% (7/14), cN1 — 28,6% (4/14), cN2 — 21,4% (3/14) ($p=0,46$, $p=0,68$, $p=0,33$, $p=0,99$ соответственно). Осложнения НАХЛТ отмечались у 80% (12/15) пациентов. Имело место 29 токсических реакций: 16 — grade 1, 6 — grade 2, 7 — grade 3. Наиболее распространенными токсическими реакциями были лейкопения 26,7% (4/15), тошнота 26,7% (4/15), тромбоцитопения 26,7% (4/15).

Всего выполнено 26 операций. Средняя продолжительность времени до операции после завершения НАХЛТ в группе комплексного лечения составила — 94,2 (37; 191) суток. В группе хирургического лечения выполнено 15 операций, из них: операций, сопровождавшихся удалением опухоли — 73,3% (11/15): трансторакальная резекция пищевода (операция Льюиса) — 60% (9/15), трансторакальная экстирпация пищевода с анастомозом на шее — 6,7% (1/15), гибридная (торакоскопия + лапаротомия) экстирпация пищевода с анастомозом на шее — 6,7% (1/15); пробных: пробная торакотомия — 20% (3/15); по поводу послеоперационных осложнений: резекция пищеводно-желудочного анастомоза, экстирпация грудного отдела пищевода с формированием концевой эзофагостомы на шее и еюностомы — 6,7% (1/15). В группе комплексного лечения выполнено 14 операций, из них: операций, сопровождавшихся удалением опухоли: трансторакальная резекция пищевода — 85,7% (12/14); по поводу послеоперационных осложнений — 14,3% (2/14): реторакотомия, дренирование — 7,1% (1/14) и резекция желудочного стебля, формирование концевой эзофагостомы на шее — 7,1% (1/14).

Средняя продолжительность операций, сопровождавшихся удалением опухоли, в группе хирургического лечения составила 420,9 (320; 540) мин; в группе комплексного лечения — 415,4 (330; 515) мин ($p = 0,783$). Средняя кровопотеря составила: в группе хирургического лечения — 277,3 (0; 700) мл; в группе комплексного лечения — 229,2 (50; 500) мл ($p = 0,47$). В группе хирургического лечения частота R0-операций составила 81,8 % (9/11), в группе комплексного лечения — 91,7% (11/12) ($p = 0,55$). Среднее количество удаленных лимфатических узлов в группе хирургического лечения — 22,7 (5; 40), в группе комплексного лечения — 19,8 (6; 35) ($p = 0,98$). Средний послеоперационный койко-день в группе хирургического лечения — 19,2 (2; 37), в группе комплексного лечения — 27,7 (12; 100) ($p = 0,09$). Среди послеоперационных осложнений отмечались: в группе хирургического лечения — несостоятельность анастомоза 18,2% (2/11), в группе комплексного лечения — 8,3% (1/12) ($p=0,59$); некроз гастротрансплантата 9,1% (1/11) и 8,3% (1/12) соответственно ($p=0,99$).

В группе комплексного лечения умер 1 пациент на 100 сутки после трансторакальной резекции пищевода от сепсиса (летальность 8,3%). В группе хирургического лечения умерли 2 пациента от ТЭЛА: 1 пациент умер на 2 сутки после трансторакальной резекции пищевода, 1 пациент — на 37 сутки после трансторакальной резекции пищевода (летальность 18,2%) ($p = 0,59$). В соответствии с результатами патоморфологического исследования (урТNM) полная регрессия опухоли у пациентов в группе комплексного лечения была

отмечена в 58,3% (7/12) наблюдений, частичная — в 25% (3/12), стабилизация — в 16,7% (2/12).

Выводы. Применение неoadьювантной химиолучевой терапии в соответствии с оригинальной схемой сочетания химиопрепаратов (цисплатин + винорельбин) и дистанционной лучевой терапии в СОД 40 Гр при плоскоклеточном раке пищевода характеризуется удовлетворительной переносимостью и не приводит к увеличению частоты послеоперационных осложнений и летальности.