

## **НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВНУТРИГРУДНЫМ РАКОМ ПИЩЕВОДА**

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

*Республиканский научно-практический центр онкологии и  
медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, Минск, Беларусь*

## **IMMEDIATE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH INTRATHORACIC ESOPHAGAL CANCER**

*Petrushko N.M., Malkevich V.T., Baranov A.Yu., Ilyin I.A.,  
Pristupa D.V., Serova T.N.*

*N.N. Alexandrov National Cancer Centre, Minsk, Belarus*

**Введение.** Заболеваемость раком пищевода неуклонно растет во всем мире. В Республике Беларусь в 2019 г. число вновь выявленных случаев заболевания составило 593, отношение смертности к заболеваемости – 72,2%, в 2014 г. эти показатели составляли 475 и 71,9% соответственно. Пятилетняя выживаемость при I-II стадиях заболевания составляет 24,9%, при III – 8,4%, и это при том, что пациенты с III стадией получают, как минимум, комбинированное лечение. *Применение комплексного подхода, подразумевающего сочетание лучевой терапии, химиотерапии и хирургии используется во многих странах мира в разных модификациях и позволяет достичь 3-летней выживаемости у 50% пациентов.*

Хирургическое вмешательство остается основным методом, позволяющим достичь радикального излечения пациентов. Резекция или экстирпация пищевода с одномоментной реконструкцией является высокотравматичной операцией и сопровождается высоким риском развития послеоперационных осложнений. Несостоятельность швов анастомоза и некроз перемещенного желудочного трансплантата являются одними из наиболее тяжелых осложнений и служат основной причиной послеоперационной летальности, часто требуют повторных хирургических вмешательств и длительной госпитализации, а также приводят к отсрочке адьювантного лечения.

**Цель.** Представить опыт лечения пациентов, страдающих внутригрудным раком пищевода cT1-4aN0-3M0 I-IVA стадий, с использованием комплексного подхода, включающего сочетание неoadьювантной химиолучевой терапии (НАХЛТ) с последующим хирургическим лечением.

**Материалы и методы.** Для оценки значения комплексного подхода при лечении пациентов с внутригрудным раком пищевода cT1-4aN0-3M0 I-IVA стадий проводится проспективное рандомизированное исследование. В настоящее время в исследование включено 65 пациентов. В группу исследования вошло 34 пациента, которым применен комплексный подход. Его реализация предусматривает проведение двух курсов неoadьювантной

химиотерапии на основе цисплатина с винорельбином и курс дистанционной лучевой терапии в разовой очаговой дозе 2 Гр, и в суммарной – 40 Гр. Через восемь недель после завершения НАХЛТ пациентам проводится постнеoadьювантное рестадирование опухолевого процесса. При выявлении полной, частичной опухолевой регрессии или стабилизации опухолевого процесса проводится хирургическая операция в объеме трансторакальной эзофагэктомии или субтотальной резекции пищевода в зависимости от локализации опухоли в пищеводе. Группу сравнения составил 31 пациент, отобранные путем рандомизации, для реализации хирургического метода лечения в самостоятельном варианте.

**Результаты и обсуждение.** При анализе установлено отсутствие статистически значимых различий между сформированными группами (учитывался возраст и пол пациентов, локализация и распространенность опухолевого процесса, клинические проявления заболевания).

В целом отмечена удовлетворительная переносимость схемы лечения. Токсические осложнения НАХЛТ выявлены у 88,2% (30/34) пациентов. Наиболее распространенными токсическими реакциями были лейкопения 55,9% (19/34), тромбоцитопения 47,1% (16/34), анемия 28,6% (10/34). Всего отмечено 77 токсических реакций, из них токсические осложнения grade 1 наблюдались 41 раз, grade 2 – 18, grade 3 – 15, grade 4 – 3. Все они были купированы консервативными мероприятиями и не потребовали перевода пациентов в отделение анестезиологии и реанимации. Полная регрессия опухолевого процесса зафиксирована у 53,0% (18/34) пациентов, частичная – у 35,3% (12/34), стабилизация – у 8,8% (3/34), прогрессирование – у 2,9% (1/34). Оценка эффективности НАХЛТ проводилась на основании данных мультиспиральной компьютерной томографии и позитронно-эмиссионной томографии с 18-фтордезоксиглюкозой, магнитно-резонансной томографии всего тела с использованием диффузионно-взвешенных изображений, эндосонографии пищевода. Патоморфологическая оценка эффективности, проведенной неoadьювантной химиолучевой терапии, проводилась на основании схемы A.M. Mandard по результатам исследования удаленной опухоли: I степень регрессии отмечена у 39,1% (9/24).

Временной интервал после завершения НАХЛТ до начала хирургического лечения составил 90,3 (37; 191) суток.

В группе исследования хирургический компонент лечения реализован у 26 пациентов. Из указанного числа радикальные операции выполнены у 24 пациентов: двухуровневая трансторакальная резекция пищевода – у 79,2% (19/24), трехуровневая трансторакальная эзофагэктомия – у 20,8% (5/24). Послеоперационные осложнения, потребовавшие выполнения экстренных операций, были отмечены у 16,7% (4/24) пациентов. У 2-х пациентов по поводу несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза выполнена реторакотомия, дренирование зоны несостоятельности анастомоза. У 2-х пациентов по поводу некроза перемещенного желудочного трансплантата выполнена резекция желудочного стебля, формирование концевой

эзофагостомы на шее (разобшающая операция). Эксплоративные торакотомии выполнены 7,7% (2/26) пациентам. Причиной была инвазия опухоли в бронхиальное дерево. В связи с редукцией симптомов заболевания и полным клиническим регрессом опухоли после завершения НАХЛТ – 14,7% (5/34) пациентов отказались от операции. В хирургическом лечении было отказано 8,8% (3/34) пациентам: 1 – в связи с декомпенсацией сопутствующей патологии, 1 – с учетом прогрессирования заболевания: появления отдаленных метастатических очагов, у 1 – выявлен пищеводно-плевральный свищ, что привело к развитию аритмии и сердечной недостаточности.

В группе сравнения пациентам выполнены 24 радикальные операции. Из них двухуровневые трансторакальные резекции пищевода проведены у 79,2% (19/24) пациентов, трехуровневых трансторакальная ззофагэктомий – 16,7% (4/24), эзофагэктомия из гибридного доступа (торакоскопия и лапаротомия) с анастомозом на шее – 4,1% (1/24). Эксплоративные торакотомии выполнены 22,6% (7/31) пациентам, причиной была инвазия опухоли в аорту и/или в бронхиальное дерево. Послеоперационные осложнения отмечены у 29,2% (7/24) пациентов. У 12,5% (3/24) пациентов по поводу некроза перемещенного желудочного трансплантата выполнена разобшающая операция (резекция трансплантата с формированием эзофаго-и еюностомы). У 12,5% (3/24) пациентов по поводу несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза выполнена реторакотомия, дренирование зоны несостоятельности. У 4,2% (1/24) пациентов по поводу перфоративной язвы в перемещенном желудочном стебле, эмпиемы плевры справа, медиастинита, выполнена реторакотомия, ушивание перфоративной язвы, дренирование плевральной полости.

Средний объем интраоперационной кровопотери при радикальных операциях в группе исследования составил 250,0 мл (50; 500), в группе сравнения – 289,8 мл (0; 700) ( $p=0,38$ ). В группе исследования частота R0-радикальных операций составила 95,8% (23/24), в группе сравнения – 91,7 % (22/24) ( $p=0,94$ ). Средняя продолжительность радикальных операций в группе исследования составила 424,6 (325; 730) минут, в группе сравнения – 426,8 (300; 630) минут ( $p=0,92$ ). Средняя продолжительность пребывания в отделении реанимации после операций, сопровождавшихся удалением опухоли, составила в группе исследования – 2,8 (1; 19) суток, в группе сравнения – 2,8 (0; 19) суток ( $p=0,99$ ). Средняя продолжительность пребывания в стационаре после радикальных операций в группе исследования составила 21,6 (10; 74) суток, в группе сравнения – 21,6 (12; 55) суток ( $p=0,99$ ).

Послеоперационная летальность в группе исследования составила 12,5% (3/24). Все пациенты умерли после трансторакальной резекции пищевода от сепсиса на фоне несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза, эмпиемы плевры справа, медиастинита. Послеоперационная летальности в группе сравнения составила также 12,5% (3/24). Один пациент

умер от ТЭЛА на вторые сутки после трансторакальной резекции пищевода, двое – после трансторакальной резекции пищевода на фоне несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза, эмпиемы плевры справа, медиастинита и сепсиса.

**Выводы.** Применение комплексного подхода при хирургическом лечении плоскоклеточного рака пищевода не сопровождается увеличением частоты послеоперационных осложнений и летальности, а в 39,1% случаев позволяет добиться полной патоморфологической регрессии опухоли.