

М.И. Давыдов, академик РАН и РАМН, профессор, президент РАМН, директор Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН; М.Д. Тер-Ованесов, д.м.н., старший научный сотрудник отделения торакоабдоминальной хирургии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

# Рак проксимального отдела желудка: современная классификация, тактика хирургического лечения, факторы прогноза

**Несмотря на стойкое снижение заболеваемости раком желудка, отмеченное в большинстве стран мира, в последние годы наблюдается рост частоты аденокарциномы зоны кардии и пищеводно-желудочного перехода. Рост заболеваемости в этой группе за последние два десятилетия XX века превышает рост частоты других онкозаболеваний – более 350%.**

В США частота аденокарциномы проксимального отдела желудка и зоны пищеводно-желудочного перехода увеличивается так интенсивно, как ни одна другая форма опухоли: если в 1960 г. больные раком проксимального отдела желудка составляли лишь 16%, то к началу 80-х – уже 44%, а к концу 90-х – более 60% от всех заболевших раком желудка.

Достоверного объяснения причин роста опухолей данной локализации в настоящее время по-прежнему нет. Гастроэзофагеальный рефлюкс как причинный фактор не охватывает все многообразие опухолей пищеводно-желудочного перехода – значение рефлюкса доказано для пищевода Барретта, но не для рака кардии и субкардии.

## Классификация

Рак проксимального отдела желудка с переходом на пищевод (или кардиоэзофагеальный рак) не выделен в отдельную нозологическую группу, несмотря на его своеобразие, требующее самостоятельной тактики хирургического лечения. Этот пробел классификации, обусловленный особенностями клинического течения заболевания, кардинально отличающимися его и от рака желудка, и от рака пищевода, многие хирургические школы пытаются нивелировать применением собственных вариантов классификации либо использованием удобного, отвечающего взглядам авторов подхода. Зачастую такие классификации, претендующие на роль универсальных, отражают лишь доктрину отдельных хирургических школ и не могут в полной мере соответствовать тем достижениям эволюции хирургического метода, которые на сегодняшний день во многих клиниках являются стандартом.

Практически значимым примером попытки создания универсальной классификации для аденокарциномы зоны пищеводно-желудочного перехода является классификация, предложенная J.R. Siewert, A.H. Holscher и соавт. в 1996 г. В основу классификации положены два принципа, объединенные вместе: гистологическая структура опухоли – аденокарцинома и ее локализация в зоне пищеводно-желудочного перехода. Определяющим фактором является локализация эпигастрической опухоли относительно пищеводно-желудочного перехода и зоны анатомической кардии. Анатомический центр опухоли идентифицируется на основании рентгеноконтрастного исследования, фиброгастроскопии и данных интраоперационной ревизии.

Авторы выделяют 3 типа опухоли с учетом локализации центра новообразования:

– I тип – аденокарцинома дистального отдела пищевода, эпицентр которой расположен в пределах от 1 до 5 см выше зоны пищеводно-желудочного перехода (Z-линии) с возможностью распространения через последнюю в сторону желудка;

– II тип – истинная аденокарцинома зоны пищеводно-желудочного перехода (истинный рак кардии), эпицентр расположен в пределах 1 см проксимально (орально) и 2 см дистально (аборально) от Z-линии;

– III тип – рак с локализацией основного массива опухоли в субкардиальном отделе желудка (от 2 до 5 см аборально от Z-линии) и возможным вовлечением дистальных отделов пищевода.

Важность дооперационной идентификации типа опухоли заключается в возможности планировать объем операции и определиться с выбором хирургического доступа.

## Клинико-морфологические особенности

Сравнительная характеристика трех типов кардиоэзофагеального рака, проведенная группой J.R. Siewert (Technische Universitaet Muenchen, Germany) и базирующаяся на результатах исследования 1002 больных, позволяет охарактеризовать каждый тип опухоли.

Тип I AEG: как правило (80-100%, по данным разных авторов), развивается из метаплазированного эпителия пищевода (пищевод Барретта). Значительно преобладает кишечная форма опухоли по классификации Lauren. Относительно невысокий удельный вес опухолей с выходом на серозу.

Тип II AEG: чаще развивается из эпителия кардиального отдела желудка, значительно реже – из метаплазированного эпителия пищевода (частота пищевода Барретта при II типе составляет 10%). Преобладает диффузная форма опухоли по классификации Lauren. Самый низкий среди всех трех типов удельный вес опухолей с инвазией серозы (29%).

Тип III AEG: представляет собой одну из форм проксимального рака желудка. Кишечная метаплазия эпителия пищевода для этого типа не характерна (частота пищевода Барретта лишь 2%). Наиболее неблагоприятная морфологическая характеристика среди всех трех типов: самый высокий удельный вес недифференцированных и диффузных форм, инвазии серозной оболочки, лимфогенных и отдаленных метастазов. Существует гипотеза, что одной из причин преобладания запущенных стадий при кардиоэзофагеальном раке III типа (около 70%) является позднее появление дисфагии.

По мнению авторов классификации, а также специалистов, имеющих опыт хирургического лечения аденокарцином кардиоэзофагеального перехода (T. Lerut et al., 1997; J.R. Siewert et al., 1998; M. Feith, 2006), различия между I и III типами как в отношении клинико-морфологических свойств, так и по хирургической тактике являются принципиальными, тогда как II тип имеет более сходные характеристики с типом III, чем с типом I.

## Хирургическая тактика при аденокарциноме зоны пищеводно-желудочного перехода по классификации J.R. Siewert

Классификация J.R. Siewert объединяет гетерогенные заболевания – рак дистальной трети пищевода, рак проксимального отдела желудка с переходом на пищевод (истинный кардиоэзофагеальный рак) и рак субкардии, который по биологическим свойствам соответствует раку желудка, с локализацией в зоне проксимального отдела.

В зависимости от типа опухоли J.R. Siewert и соавт. (2007) предлагают дифференцированную хирургическую тактику. В случае аденокарциномы дистальной трети пищевода предлагается выполнять субтотальную резекцию пищевода с проксимальной резекцией желудка и формированием пищеводно-желудочного соустья в куполе правой плевральной полости из правостороннего трансторакального доступа. Следует особо отметить, что на основании более чем 20-летнего опыта хирургического лечения как плоскоклеточного рака пищевода, так и аденокарциномы, J.R. Siewert обосновал и доказал преимущества трансторакальной резекции пищевода с формированием внутригрудного соустья над трансиатальной трансмедиастиальной субтотальной резекцией с анастомозом на шее. Согласно его данным, это определяется совокупностью факторов:

статистически большей частотой локорегионарного рецидива заболевания в средостении в сочетании с низким качеством жизни пациентов при трансиатальных вмешательствах. Следствием этого являются более низкие показатели выживаемости.

При II и III типах опухоли необходимым объемом вмешательства, по данным автора, является чрезбрюшинная гастрэктомия с лимфодиссекцией (ЛД) D2 и трансиатальной резекцией вовлеченных отделов пищевода с выполнением ЛД заднего средостения. Такой подход к тактике хирургического лечения позволяет выделить спорные, по нашему мнению, положения, которые подлежат обсуждению.

Спорным положением, на наш взгляд, является хирургический доступ и объем вмешательства при II типе – истинном раке кардии. Тактика лечения при этом должна определяться как для рака желудка с вовлечением дистальных отделов пищевода. Это положение требует выполнения систематического анализа с двух принципиальных позиций: во-первых, с точки зрения вмешательства на пищеводе с учетом безопасного уровня его резекции и адекватности выполнения медиастинальной лимфодиссекции, а во-вторых, с учетом адекватности и функциональности вмешательства на желудке с возможностью выполнения радикальной проксимальной субтотальной резекции. Первое положение включает наиболее актуальный вопрос – хирургический доступ для выполнения вмешательства как в брюшной, так и в плевральной полостях. Второе положение определяет принципиальную возможность выполнения более функционального вмешательства – проксимальной субтотальной резекции желудка без ущерба для радикальности.

При сравнительном анализе результатов хирургического лечения II типа опухоли при выполнении гастрэктомии с ЛД D2 и субтотальной резекцией пищевода с проксимальной резекцией желудка (операция типа Льюиса) авторы отметили улучшение выживаемости после первого типа вмешательства, что также определяется принадлежностью данного типа опухоли к раку желудка.

Относительно III типа опухолей необходимо отметить, что с учетом интрамуральной распространенности по желудку и высокой злокачественности данного типа опухолей даже при вовлечении дистальных отделов пищевода операцией выбора является гастрэктомия с трансиатальной резекцией пищевода.

Выделенные три типа опухолей характеризуются различным прогнозом, что определяется совокупностью множества факторов, в первую очередь – распространенностью на момент лечения, а также характеристиками опухолей. На основании результатов лечения более чем 1600 пациентов за период с 1982 по 2003 год J.R. Siewert и соавт. (2006) установили, что наилучшим прогнозом характеризуется I тип, возникший на фоне пищевода Барретта. Более плохим прогнозом характеризуется II тип, а при III типе отмечаются наихудшие результаты – это обусловлено преобладанием опухолей диффузного типа с более высокой частотой вовлечения серозной оболочки и наличием лимфогенных метастазов.

На основании проведенного анализа авторы делают вывод о высокой прогностической значимости классификации аденокарцином кардиоэзофагеального перехода для определения характера заболевания и стандартизации тактики хирургического лечения. На сегодняшний день все больше исследователей отмечают простоту и практическую целесообразность применения классификации J.R. Siewert при раке проксимального отдела желудка. На консенсусной конференции, проведенной совместно Международным обществом по заболеваниям пищевода (International

Society for Diseases of the Esophagus – ISDE) и Международной ассоциацией по раку желудка (International Gastric Cancer Association – IGCA) классификация J.R. Siewert была принята за основу в описании, классификации и подходах к лечению данной патологии.

## Объем абдоминальной и медиастинальной лимфодиссекции

D2 ЛД – минимально необходимый объем вмешательства на лимфоколлекторах брюшной полости независимо от типа кардиоэзофагеального рака. Этот объем принят абсолютным большинством специализированных клиник, и в настоящее время острота дискуссии «D1 или D2?» потеряла актуальность.

Объем медиастинальной ЛД определяется в значительной степени типом опухоли и, соответственно, возможностями выбранного хирургического доступа. При I типе с учетом высокой частоты поражения лимфоузлов не только нижнего, но и верхнего средостения требуется билатеральная медиастинальная ЛД – расширенная двухзональная ЛД (J.R. Siewert et al., 2006). При кардиоэзофагеальном раке II и III типов метастазирование в лимфоузлы верхнего средостения не характерно и объем медиастинальной ЛД, как правило, ограничивается иссечением наддиафрагмальных, нижних параэзофагеальных и бифуркационных лимфоузлов.

Абдоминальная и медиастинальная ЛД при операциях по поводу кардиоэзофагеального рака наряду с иссечением макро- и микрометастазов в лимфоузлах, повышающим радикализм хирургического вмешательства, дает также возможность оценить степень и направленность лимфогенного метастазирования, а значит, позволяет более точно определить стадию заболевания.

## Отдаленные результаты

По данным РОНЦ РАМН, суммарная 5-летняя выживаемость больных, оперированных по поводу кардиоэзофагеального рака, составила 36,2%. Так, при истинном раке кардиоэзофагеального перехода (AEG II) средняя продолжительность жизни составила 72,3±6,1 мес. Эти показатели были статистически достоверно лучше, чем в группе рака субкардиального отдела желудка (AEG III) с распространением на пищевод, где аналогичные показатели составляют 36,5±3,2 мес. Представленные данные наглядно демонстрируют прогностическое значение локализации опухоли, что определяется совокупностью факторов.

В целом при II типе аденокарциномы проксимального отдела желудка показатели 5- и 10-летней выживаемости составляют соответственно 47±4,1 и 38±4,7%, тогда как для аденокарцином III типа соответствующие показатели значительно хуже – соответственно 23±3,0 и 21±3,4%.

Наиболее низкие показатели выживаемости при III типе опухолей подтверждены также исследованиями L.E. Harrison (1997), M. Fern (1998), J.R. Siewert (2000).

Среди факторов, характеризующих распространенность опухоли, одним из наиболее значимых является глубина опухолевой инвазии.

Наиболее благоприятные отдаленные результаты получены в группах с уровнем инвазии в пределах стенки желудка без прорастания серозной оболочки.

Более неблагоприятные отдаленные результаты получены в группе пациентов при прорастании серозной оболочки и, особенно, при врастании в окружающие структуры. При прорастании серозной оболочки (pT3) средняя продолжительность жизни составляет 48,0±3,6 мес.

Список литературы находится в редакции. Статья напечатана в сокращении. Русский медицинский журнал. Онкология, 2008, т. 16, № 13.