

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА ПИЩЕВОДА И ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА

Коллектив авторов: Трякин А.А., Бесова Н.С., Волков Н.М., Гамаюнов С.В., Гладков О.А., Давыдов М.М., Кононец П.В., Левченко Е.В., Тер-Ованесов М.Д., Ткачев С.И.

DOI: 10.18027/2224-5057-2019-9-3s2-294-307

Ключевые слова: рак пищевода, ЭГДС, плоскоклеточный рак, аденокарцинома, пищеводно-желудочный переход, химиолучевое лечение

1. КЛАССИФИКАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАДИИ

1.1. Определение категорий T, N, M

Для определения стадии рака пищевода (РП) используется классификация TNM (UICC, 8-е издание). При определении стадии РП в классификациях UICC и AJCC используются идентичные критерии TNM (табл. 1). Патоморфологические категории pT, pN и pM соответствуют клиническим характеристикам cT, cN и cM. Опухоль пищеводно-желудочного перехода, эпицентр которой находится непосредственно на уровне зубчатой линии (1 см выше и 2 см ниже) или в пределах 5 см ниже с распространением на пищевод, классифицируется как рак пищевода.

Таблица 1. Система стадирования рака пищевода по TNM (UICC, 8-е издание)

Первичная опухоль	
Tx	Первичная опухоль не может быть оценена
T0	Нет признаков первичной опухоли
Tis	Карцинома in situ/дисплазия высокой степени
T1	Прорастание опухоли в собственную пластинку или подслизистый слой
T1a	Опухоль вовлекает собственную пластинку или мышечную пластинку слизистой оболочки
T1b	Опухоль прорастает подслизистый слой
T2	Прорастание мышечного слоя
T3	Прорастание адвентиции

Цитирование: Трякин А.А., Бесова Н.С., Волков Н.М., Гамаюнов С.В., Гладков О.А., Давыдов М.М. и соавт. *Практические рекомендации по лекарственному лечению рака пищевода и пищеводно-желудочного перехода. Злокачественные опухоли : Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2019 (том 9). С. 294–307.*

T4	Прорастание прилегающих структур
T4a	Плевра, брюшина, перикард, диафрагма, вена <i>azygos</i>
T4b	Прилежащие анатомические структуры: аорта, позвонки или трахея
Регионарные лимфатические узлы	
Nx	Регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены
N0	Нет метастазов в регионарных лимфатических узлах
N1	Поражение 1–2 регионарных лимфатических узлов
N2	Поражение 3–6 регионарных лимфатических узлов
N3	Поражение 7 и более регионарных лимфатических узлов
Отдаленные метастазы	
M0	Отдаленных метастазов нет
M1	Отдаленные метастазы есть

1.2. Регионарные лимфатические узлы

Регионарными являются следующие группы лимфатических узлов:

- прескаленные;
- внутренние яремные;
- верхние и нижние шейные;
- шейные околопищеводные;
- претрахеальные (билатеральные);
- лимфатические узлы корня легкого (билатеральные);
- верхние параэзофагеальные (выше *v. azygos*);
- бифуркационные;
- нижние параэзофагеальные (ниже *v. azygos*);
- задние медиастинальные;
- диафрагмальные;
- перигастральные (правые и левые кардиальные, лимфатические узлы вдоль малой кривизны, вдоль большой кривизны, супрапилорические, инфрапилорические, лимфатические узлы вдоль левой желудочной артерии).

Категория pN0 может быть установлена только после лимфодиссекции с патоморфологическим изучением не менее 7 удаленных лимфоузлов (при отсутствии в них метастазов).

1.3. Степень дифференцировки опухоли

Выделяют следующие степени дифференцировки при РП:

- GX — степень дифференцировки опухоли не может быть определена;
- G1 — высокодифференцированная опухоль;

- G2 — умеренно дифференцированная опухоль;
- G3 — низкодифференцированная опухоль;
- G4 — недифференцированная опухоль.

1.4. Отделы пищевода

При оценке локализации верхнего полюса опухоли при помощи ЭГДС используется следующее деление пищевода в зависимости от расстояния от резцов (расстояние может варьировать):

- шейный отдел — до 20 см от резцов;
- верхне-грудной отдел — 20–25 см от резцов;
- средне-грудной отдел — 25–30 см от резцов;
- ниже-грудной отдел — 30–40 см от резцов.
- абдоминальный отдел — 40–45 см.

1.5. Аденокарцинома пищеводно-желудочного перехода

Аденокарцинома пищеводно-желудочного перехода с эпицентром роста выше Z-линии, на уровне Z-линии и до 2,0 см ниже от Z-линии классифицируются и стадируются как рак пищевода (I–II типы по Зиверту). Опухоли пищеводно-желудочного перехода с эпицентром роста дистальнее 2 см от Z-линии (III тип по Зиверту) классифицируются и стадируются как рак желудка вне зависимости от вовлечения в опухолевый процесс самого пищеводно-желудочного перехода.

Опухоли пищеводно-желудочного перехода I и II типа подлежат лечению согласно алгоритмам, соответствующим РП. Опухоли III типа подлежат лечению согласно алгоритмам, соответствующим раку желудка.

1.6. Группировка рака пищевода по стадиям

В табл. 2 и 3 представлена группировка РП по анатомическим и прогностическим критериям.

Таблица 2. Классификация плоскоклеточного рака пищевода по стадиям

Клиническая (с)				Патогистологическая (р)			
Стадия 0	Tis	N0	M0	Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия I	T1	N0, N1	M0	Стадия IA	T1a	N0	M0
				Стадия IB	T1b	N0	M0
Стадия II	T2	N0, N1	M0	Стадия IIa	T2	N0	M0
	T3	N0	M0	Стадия IIb	T1	N1	M0
					T3	N0	M0

Клиническая (с)				Патогистологическая (р)				
Стадия III	T1, T2	N2	M0	Стадия IIIa	T1	N2	M0	
	T3	N1, N2	M0		T2	N1	M0	
					Стадия IIIb	T2	N2	M0
						T3	N1, N2	M0
T4a	N0, N1	M0	T4a	N0, N1	M0			
Стадия IVa	T4a, T4b	N0, N1, N2	M0	Стадия IVa	T4a	N2	M0	
	любая Т	N3	M0		T4b	любая N	M0	
					любая Т	N3	M0	
Стадия IVb	любая Т	любая N	M1	Стадия IVb	любая Т	любая N	M1	

Таблица 3. Классификация аденокарциномы пищевода по стадиям

Клиническая (с)				Патогистологическая (р)			
стадия 0	Tis	N0	M0	стадия 0	Tis	N0	M0
стадия I	T1	N0	M0	стадия IA	T1a	N0	M0
				стадия IB	T1b	N0	M0
стадия IIa	T1	N1	M0	стадия IIa	T2	N0	M0
стадия IIb	T2	N0	M0	стадия IIb	T1	N1	M0
					T3	N0	M0
стадия III	T2	N1	M0	стадия IIIa	T1	N2	M0
					T2	N1	M0
	T3, T4a	N0, N1	M0	стадия IIIb	T2	N2	M0
					T3	N1, N2	M0
T4a	N0, N1	M0					
стадия IVa	T1-T4b	N2	M0	стадия IVa	T4a	N2	M0
	T4b	N0, N1, N2	M0		T4b	любая N	M0
	любая Т	N3	M0		любая Т	N3	M0
стадия IVb	любая Т	любая N	M1	стадия IVb	любая Т	любая N	M1

2. ДИАГНОСТИКА

Для постановки диагноза, определения клинической стадии и выработки тактики лечения в план обследования должны входить следующие процедуры:

- ЭГДС; позволяет получить материал для морфологического подтверждения диагноза, а также оценить распространенность первичной опухоли по пищеводу; с целью повышения информативности метода могут применяться

- такие методики как хромоэндоскопия, эндоскопия в узко-спектральном пучке света, аутофлюоресценция;
- биопсия опухоли с патоморфологическим исследованием опухолевой ткани; при аденокарциноме пищевода рекомендуется определение гиперэкспрессии HER2;
 - R-логическое исследование пищевода с контрастированием; в настоящее время его выполнение рекомендуется для оценки распространенности опухоли в случае стеноза, не позволяющего выполнить ЭГДС, а также для диагностики опухолевых свищей;
 - КТ органов грудной клетки и брюшной полости с в/в контрастированием; выполняется для оценки состояния регионарных лимфатических узлов и исключения отдаленных метастазов; по сравнению с эндо-УЗИ обладает меньшей чувствительностью (0,5), но большей специфичностью (0,83) в диагностике регионарных метастазов; для отдаленных метастазов этот показатель составляет 0,52 и 0,91 соответственно;
 - ФБС выполняется при опухолях пищевода, расположенных на уровне или выше ее бифуркации для исключения инвазии в трахею и главные бронхи; бронхоскопия и эндоскопия верхних дыхательных путей позволяет исключить синхронную опухоль области головы и шеи у пациентов с плоскоклеточным раком;
 - Эндо-УЗИ является наиболее информативным методом в оценке глубины инвазии опухоли в стенку пищевода (символ T), а также позволяет с высокой точностью (чувствительность 0,8 и специфичность 0,7) оценить состояние регионарных лимфоколлекторов; для более точного предоперационного стадирования и определения тактики лечения возможно выполнение пункционной биопсии медиастинальных лимфатических узлов;
 - ПЭТ/КТ (с 18ФДГ) мало информативна для определения состояния первичной опухоли (T) и регионарных лимфатических узлов (N), но по сравнению с КТ демонстрирует более высокую чувствительность и специфичность в обнаружении отдаленных метастазов; ПЭТ/КТ рекомендуется выполнять в том случае, если у пациента нет отдаленных метастазов по данным КТ.

3. ЛЕЧЕНИЕ

Основным методом лечения РП является хирургический, однако неудовлетворительные отдаленные результаты заставляют комбинировать оперативное вмешательство с ХТ или предоперационной ХЛТ.

3.1. Стадия Tis, Ia (cTis–1aN0M0)

При росте опухоли в пределах слизистой оболочки (Tis, T1aN0M0) рекомендуется выполнение эндоскопической резекции слизистой оболочки пищевода или эндоскопической диссекции подслизистого слоя. Эндоскопическая резек-

ция является методом выбора при РП in situ и при тяжелой дисплазии. Кроме того, метод успешно применяется при опухолях пищевода, не выходящих за пределы слизистой оболочки, у больных, имеющих значительный риск хирургических осложнений. При этом 5-летняя выживаемость достигает 85–100%.

При невозможности выполнения эндоскопического лечения возможными вариантами лечения при Tis и T1a являются эзофагэктомия, ХЛТ, брахитерапия, а при дисплазии и Tis — ФДТ.

3.2. Стадия c1b–IIa (cT1b–2N0M0)

Основным методом лечения является хирургический, проведение дополнительной ХТ или ХЛТ не рекомендуется. Лишь при невозможности хирургического лечения (отказ пациента или функциональные противопоказания к хирургическому лечению) проводится ХЛТ в самостоятельном варианте (см. раздел 3.2.3.3).

У отдельных сохранных пациентов раком шейного отдела пищевода при наличии остаточной опухоли после ХЛТ возможно выполнение хирургического лечения, максимальный объем которого может соответствовать ларингофарингоэзофагэктомии с различными вариантами пластики пищевода и голосовым протезированием.

Основным видом операции при РП является субтотальная резекция пищевода с одномоментной внутриплевральной пластикой стеблем желудка или сегментом толстой кишки с билатеральной двухзональной медиастинальной лимфодиссекцией из комбинированного лапаротомного и правостороннего торакотомного доступов (операция типа Льюиса) с формированием анастомоза в апертуре правой плевральной полости выше уровня v.azygos. При локализации опухоли выше уровня бифуркации трахеи рекомендовано выполнение экстирпации пищевода с формированием анастомоза на шее.

В центрах с наличием достаточного оснащения и обученных специалистов возможно выполнение хирургического лечения с применением малоинвазивных вмешательств (торакоскопия и/или лапароскопия) при условии сохранения объемов хирургического лечения. Малоинвазивные технологии способствуют снижению частоты и степени тяжести послеоперационных осложнений.

Выбор метода хирургического лечения при опухоли пищеводно-желудочного перехода определяется ее локализацией:

При раке I типа по Зиверту выполняется операция Льюиса (открытым или малоинвазивным доступом). В исключительных случаях (при невозможности торакотомии) может выполняться трансхиатальная резекция пищевода. Обязательным условием радикальности операции является выполнение верхней абдоминальной лимфодиссекции в объеме D2 и билатеральной медиастинальной лимфодиссекции 2F.

При раке II типа по Зиверту с переходом опухоли на пищевод в пределах 3 см выполняется трансхиатальная проксимальная резекция желудка

с широкой диафрагмотомией, лимфодиссекцией из нижнего средостения до уровня бифуркации трахеи и высоким анастомозом в средостении. В качестве альтернативы возможно использование торатомных доступов, хотя такие операции являются технически более сложными и сопряжены с повышением рисков послеоперационных осложнений. На сегодняшний день нет четкой доказательной базы, свидетельствующей о том, что выполнение торакотомных операций и расширение лимфодиссекции выше уровня бифуркации улучшает отдаленные результаты лечения. При раке II типа по Зиверту с переходом опухоли на пищевод более 3,0 см тактика хирургического лечения аналогична таковой при раке I типа по Зиверту.

3.3. Клиническая стадия II–III- (cT1–3N+M0, cT3N0M0)

Вариантами лечения являются:

- предоперационная ХТ + хирургическое лечение;
- предоперационная ХЛТ + хирургическое лечение;
- хирургическое лечение;
- самостоятельная ХЛТ.

Результаты хирургического лечения данных стадий остаются неудовлетворительными, 5 лет переживают лишь около 20% больных. В целях улучшения результатов лечения используются различные сочетания лекарственной и лучевой терапий (предоперационная ХТ, предоперационная ХЛТ, самостоятельная ХЛТ).

3.3.1. Химиотерапия

3.3.1.1. Предоперационная (неoadъювантная) химиотерапия

Роль предоперационной ХТ при РП остается противоречивой. Метаанализ рандомизированных исследований показал статистически значимый выигрыш от ее проведения при аденокарциноме пищевода, тогда как при плоскоклеточном раке выигрыш был минимальным, поэтому у больных плоскоклеточным раком предоперационная ХТ может быть рекомендована при невозможности предоперационной ХЛТ. При аденокарциноме нижнегрудного отдела пищевода или пищеводно-желудочного перехода оптимальным является проведение 6 курсов (18 нед.) периоперационной ХТ, при которой 2–3 курса ХТ назначаются до операции, а 3–4 курса — после нее. В рандомизированном исследовании периоперационная терапия в режиме FLOT (5-фторурацил + кальция фолинат + оксалиплатин + доцетаксел) продемонстрировала значительно большую частоту полных патоморфологических регрессий опухоли и увеличение продолжительности жизни (3-летняя общая выживаемость 57% против 48% соответственно) по сравнению с комбинацией ECF (эпирубицин + цисплатин + 5-фторурацил). Рекомендуемые режимы химиотерапии РП представлены в табл. 4.

3.3.1.2. Послеоперационная (адьювантная) химиотерапия

При РП адьювантная ХТ не показана. При аденокарциноме нижнегрудного отдела пищевода послеоперационная ХТ рекомендуется только в составе периоперационной ХТ (см. раздел 3.2.1.1), так как в рандомизированных исследованиях адьювантная ХТ у этих пациентов не изучалась. У больных аденокарциномой пищеводно-желудочного перехода стадии рТлюбаяN1-3M0 или рТ3-4N0M0 возможно проведение адьювантной ХТ по принципам, применяемым при раке желудка.

3.3.2. Лучевая терапия

Проведение ЛТ в самостоятельном виде (без ХТ) не показано ни до, ни после хирургического лечения в связи с малой эффективностью.

3.3.3. Одновременная химиолучевая терапия

3.3.3.1. Предоперационная химиолучевая терапия

Роль предоперационной ХЛТ при РП остается противоречивой. В ряде исследований было показано существенное улучшение отдаленных результатов лечения, в других исследованиях эти данные не подтвердились. В большинстве работ отмечалось статистически значимое повышение послеоперационной летальности в группе больных, получавших ХЛТ. Однако в ряде мета-анализов показан статистически значимый выигрыш от ее проведения как при плоскоклеточном РП, так и при аденокарциноме. Перед ХЛТ возможно проведение 1–2 курсов ХТ, что позволяет у большинства больных уменьшить дистанционную ЛТ на линейных ускорителях с энергией 6–18 МэВ с РОД 1,8–2 Гр и СОД — до 44–45 Гр. Одновременно с ЛТ проводится ХТ на основе цисплатина или карбоплатина (табл. 4). При выраженной дисфагии перед началом облучения выполняют эндоскопическую электрореканализацию или аргонно-плазменную реканализацию пищевода или пункционную гастростомию.

Хирургическое вмешательство обычно выполняют через 6–8 нед. после завершения ХЛТ.

Оптимальным режимом ХЛТ как для плоскоклеточного рака, так и для аденокарциномы, является еженедельное введение паклитаксела и карбоплатина на фоне 5 недель ЛТ. В крупном рандомизированном исследовании, сравнивавшем эффективность комбинированного и хирургического лечения РП, этот режим в составе предоперационной ХЛТ позволил добиться полной патоморфологической регрессии опухоли у 49% больных плоскоклеточным раком и у 23% больных аденокарциномой и улучшил общую 5-летнюю выживаемость больных с 34% до 47%. Токсичность режима была приемлемой, послеоперационная летальность в обеих группах составила 4%.

3.3.3.2. Послеоперационная химиолучевая терапия

Послеоперационная ХЛТ может быть назначена пациентам в удовлетворительном общем состоянии при наличии микро- или макроскопической резидуальной опухоли (после R1- или R2-резекции). Режимы и дозы аналогичны предоперационным (табл. 4).

3.3.3.3. Самостоятельная химиолучевая терапия (без хирургического лечения)

Альтернативой хирургическому лечению операбельных местнораспространенных форм РП является ХЛТ, которая позволяет достичь сопоставимой 5-летней общей выживаемости, равной 20–27%. В прямом сравнительном исследовании эффективности и токсичности ХЛТ на основе цисплатина и инфузии 5-фторурацила и хирургического лечения (без ХЛТ), использованных в качестве самостоятельных методов, различий в отдаленных результатах получено не было, но токсичность и летальность после консервативного лечения были значительно ниже. ХЛТ является методом выбора у больных локализованным раком шейного отдела пищевода. Оптимальной является 3D-конформная дистанционная ЛТ на линейных ускорителях с энергией 6–18 МэВ, а также на протонных комплексах, работающих с энергией 70–250 МэВ; РОД составляет 1,8–2 Гр, СОД — до 50–55 Гр. За исключением опухолей шейного отдела, при которых СОД может достигать 60–66 Гр, увеличение СОД выше 56 Гр не приводит к улучшению результатов, повышая лишь летальность. В отдельных случаях СОД может быть увеличена до 60 Гр при проведении современной ЛТ (IMRT, VMAT). Во время ЛТ проводится ХТ (табл. 4).

При выраженной дисфагии перед началом облучения выполняют эндоскопическую электрореканализацию или аргоно-плазменную реканализацию пищевода или пункционную микрогастростомию. Альтернативой вышеуказанным методикам при выраженной дисфагии является проведение 2 курсов ХТ, на фоне которой, как правило, наблюдается ее уменьшение. Для коррекции дисфагии перед началом ХЛТ постановка пищеводного стента не рекомендуется, так как это повышает риск развития перфорации опухоли во время облучения. ХЛТ нередко осложняется развитием лучевых эзофагитов и усилением дисфагии, что усугубляет нутритивный дефицит пациента и ухудшает переносимость лечения. В таких ситуациях возможен частичный или полный переход на парентеральное питание, постановка временной пункционной микрогастростомы.

Выбор между ХЛТ (без хирургического лечения) и хирургическим лечением (в сочетании с предоперационной ХЛТ или без нее) зависит от локализации первичной опухоли, функционального состояния больного и опыта хирурга. Для пациентов в общем удовлетворительном состоянии с локализацией опухоли в средней или нижней трети пищевода предпочтительно включение операции в план лечения.

При сохранении жизнеспособной опухоли после ХЛТ или местном рецидиве возможно выполнение так называемой «спасительной эзофагэктомии». К этой

же категории оперативных вмешательств следует отнести фаринголаринго-эзофагэктомию по поводу резидуальной опухоли после ХЛТ рака шейного отдела пищевода.

3.4. Нерезектабельный местно-распространенный рак пищевода

3.4.1. Клиническая стадия IVa (T4 или множественные метастазы в регионарных лимфатических узлах средостения)

Основным методом лечения является самостоятельная ХЛТ. Вовлечение перикарда, плевры, легкого и диафрагмы не исключает возможности хирургического лечения в случае объективного ответа на предоперационную терапию.

3.4.2. Клиническая стадия IVb (M1 за счет поражения надключичных лимфоузлов)

Основным методом лечения является ХЛТ (режим аналогичен применяемому при операбельных опухолях) без хирургического вмешательства. При морфологически верифицированных метастазах в надключичных лимфатических узлах методом выбора также является самостоятельная ХЛТ (см. раздел 3.3.3.3). У отдельных пациентов данной группы может быть рассмотрен вопрос о хирургическом лечении после предоперационной ХЛТ. Поражение чревных лимфатических узлов также не является противопоказанием к проведению ХЛТ с последующим решением вопроса об оперативном лечении. При злокачественной пищеводной фистуле (пищеводно-медиастинальные, пищеводно-легочные и пищеводно-бронхиальные свищи), делающей невозможным проведение ХЛТ, допустимо выполнение комбинированных операций.

Таблица 4. Рекомендуемые режимы химиотерапии рака пищевода, применяемые в самостоятельном виде или совместно с лучевой терапией

Схема	Разовая доза	Дни введения	Интервалы
Одновременная химиолучевая терапия			
Цисплатин Фторурацил	75 мг/м ² 750 мг/м ² /сут.	1-й день 1-4-й дни (96-часовая инфузия)	Каждые 3-4 нед.
Цисплатин Капецитабин	75 мг/м ² 1600 мг/м ² /сут.	1 день 1-5-й дни каждой недели	Каждые 3-4 нед.
Паклитаксел Карбоплатин	50 мг/м ² AUC 2	1-й день 1-й день	Еженедельно
Пред- или периоперационная химиотерапия при аденокарциномах нижнегрудного отдела пищевода			
FLOT: Доцетаксел Оксалиплатин Кальция фолинат Фторурацил	50 мг/м ² 85 мг/м ² 200 мг/м ² 2600 мг/м ²	1-й день 1-й день 1-й день 1-2-й день, 24-часовая инфузия	Каждые 2 нед. (по 4 курса до и после операции, предпочтительный режим)

Схема	Разовая доза	Дни введения	Интервалы
DCF: Доцетаксел Цисплатин Фторурацил	75 мг/м ² 75 мг/м ² 750 мг/м ² /сут.	1-й день 1-й день 1-5-й дни (120-часовая инфузия, в сутки 24-часовая инфузия)	Каждые 3 нед.
mDCF: Доцетаксел Цисплатин Кальция фолинат Фторурацил Фторурацил	40 мг/м ² 40 мг/м ² 400 мг/м ² 2000 мг/м ² /сут. (по 1000 мг/м ² × 2 раза в сутки) 400 мг/м ² в/в струйно	1-й день 1-й день 1-й день 1-2-й дни, 48-часовая инфузия 1-й день	Каждые 2 нед.
Цисплатин Фторурацил	75 мг/м ² 1000 мг/м ² /сут.	1-й день 1-4-й дни (120-часовая инфузия)	Каждые 3 нед.
Цисплатин Капецитабин	75 мг/м ² 2000 мг/м ² /сут.	1-й день 1-14-й дни	Каждые 3 нед.
Доцетаксел Цисплатин Капецитабин	60-75 мг/м ² 60-75 мг/м ² 1650 мг/м ² /сут.	1-й день 1-й день 1-14-й дни	Каждые 3 нед.
Режимы паллиативной химиотерапии			
Доцетаксел Цисплатин Фторурацил Филграстим	75 мг/м ² 75 мг/м ² 750 мг/м ² /сут. 5 мкг/кг	1-й день 1-й день с 1-го по 5-й дни (120-часовая инфузия) 6-12-й дни	Каждые 3 нед.
Доцетаксел Оксалиплатин Кальция фолинат Фторурацил	50 мг/м ² 85 мг/м ² 200 мг/м ² 2600 мг/м ² (суммарно)	1-й день 1-й день 1-й день 1-й день, 24- или 48-часовая инфузия	Каждые 2 нед. (при аденокарциномах)
mDCF: Доцетаксел Цисплатин Кальция фолинат Фторурацил Фторурацил	40 мг/м ² 40 мг/м ² 400 мг/м ² 2000 мг/м ² /сут. (по 1000 мг/м ² × 2 раза в сутки) 400 мг/м ² в/в струйно	1-й день 1-й день 1-й день 1-2-й дни, 48-часовая инфузия 1-й день	Каждые 2 нед.
Паклитаксел Карбоплатин	175 мг/м ² AUC 5	1-й день 1-й день	Каждые 3 нед.
Цисплатин Капецитабин	75 мг/м ² 2000 мг/м ² /сут.	1-й день 1-14-й дни	Каждые 3 нед.
Оксалиплатин Капецитабин	130 мг/м ² 2000 мг/м ² в сутки	1-й день 1-14-й дни	Каждые 3 недели
Доцетаксел	60-75 мг/м ²	1-й день	Каждые 3 нед.
Доцетаксел Цисплатин	75 мг/м ² 75 мг/м ²	1-й день	Каждые 3 нед.

Схема	Разовая доза	Дни введения	Интервалы
Паклитаксел Цисплатин Фторурацил	175 мг/м ² 75 мг/м ² 750–1000 мг/м ² /сут.	1-й день 1-й день 1–4-й дни (96-часовая инфузия)	Каждые 3 нед.
Пембролизумаб (при экспрессии PD-L1 CPS≥10)	2 мг/кг или 200 мг	1-й день	Каждые 3 нед.
Ниволумаб (экспрессия PD-L1 1% и выше)	3 мг/кг или 240 мг	1 день	Каждые 2 нед.

3.5. Клиническая стадия IV (M1, за исключением надключичных лимфоузлов)

Основными задачами лечения больных метастатическим РП являются улучшение качества жизни путем устранения симптомов, обусловленных ростом опухоли, и увеличение продолжительности жизни. Оценка эффективности различных режимов ХТ у этой категории больных затруднена в связи с отсутствием рандомизированных исследований, особенно при плоскоклеточном раке. По этой же причине сложно оценить и тот выигрыш, который дает ХТ по сравнению с симптоматической терапией. ХТ рекомендуется пациентам в удовлетворительном общем состоянии (по шкале ECOG 0–2 балла) при отсутствии выраженной (III–IV степени) дисфагии, затрудняющей адекватное питание. В последнем случае на первом этапе показано восстановление проходимости пищевода (стентирование, реканализация). При дисфагии I–II степени ХТ позволяет добиться уменьшения степени ее выраженности у ряда больных уже к концу первого курса.

Наиболее эффективными препаратами при обоих гистологических вариантах являются цисплатин, фторпиримидины, таксаны. При аденокарциномах также эффективны оксалиплатин, иринотекан, трастузумаб (при гиперэкспрессии HER2). Лечение IV стадии аденокарцином пищевода и пищеводно-желудочного перехода проводится по принципам лечения рака желудка (см. соответствующую главу).

При плоскоклеточных раках стандартным режимом ХТ остается комбинация цисплатина с инфузией 5-фторурацила или капецитабином, частота объективных эффектов при использовании подобных режимов составляет около 35%, а продолжительность жизни не превышает 6–8 мес. Карбоплатин уступает цисплатину по непосредственной эффективности, что ограничивает его применение вне программ ХЛТ.

Применение таксанов возможно в составе двухкомпонентных схем с цисплатином или трехкомпонентных комбинаций (с цисплатином и фторпиримидинами). В последнем случае ценой большей токсичности удается повысить объективный эффект до 48%, однако к увеличению продолжительности жизни это, по-видимому, не приводит.

Оптимальная продолжительность ХТ первой линии неизвестна. При стабилизации процесса на фоне ХТ обычно проводится 4 курса, в случае достижения объективного эффекта — 6 курсов. Стандартной ХТ второй линии не существует. Ее проведение возможно лишь у отдельных пациентов в общем удовлетворительном состоянии, отвечавших на ранее проводимую ХТ. По данным рандомизированных исследований у пациентов с экспрессией PD-L1 (CPS > 10 для пембролизумаба или 1 % и выше для ниволумаба) применение пембролизумаба и ниволумаба достоверно улучшило продолжительность жизни по сравнению с терапией по выбору исследователя. Другими вариантами второй линии является монотерапия таксанами. Рекомендуемые режимы паллиативной ХТ представлены в табл. 4.

3.6. Паллиативное лечение

Наиболее частым симптомом РП является дисфагия. Необходимость в ее устранении может возникать на всех этапах лечения и достигается различными методами: эндоскопическими процедурами (баллонная дилатация, электро-, аргонно-плазменная или лазерная деструкция, ФДТ), лучевой терапией (дистанционная или брахитерапия), постановкой внутрипросветных стентов. Эндоскопические процедуры дают быстрый, но кратковременный эффект и подходят в тех случаях, когда в ближайшее время будет начато лечение с предполагаемой высокой эффективностью (хирургическое, лекарственное, лучевое).

В том случаях, когда излечение больного невозможно, оптимальными вариантами коррекции дисфагии является брахитерапия, стентирование пищевода или дистанционная ЛТ. Паллиативная ХЛТ не имеет явных преимуществ по сравнению с ЛТ (без ХТ) и сопряжена с большей токсичностью. По результатам исследования стентирование пищевода позволяет быстрее достичь желаемых эффектов, однако при большем сроке наблюдения в сравнении с брахитерапией частота осложнений (миграция стента, боли, перфорация, желудочно-пищеводный рефлюкс) оказалась выше, а частота полного купирования дисфагии — несколько ниже. При развитии пищеводно-бронхиальных или медиастинальных свищей постановка покрытых стентов позволяет купировать данные осложнения у 70–100 % больных.

4. НАБЛЮДЕНИЕ

Активное наблюдение показано больным для раннего выявления рецидива в пищеводе с целью последующего выполнения хирургического вмешательства, либо рецидива в средостении с целью проведения ХЛТ.

- Стадия I (после эндоскопических резекций слизистой / подслизистой слоя) и стадия II–III (после ХЛТ, кандидаты для эзофагэктомии в случае рецидива): ЭГДС — каждые 3–4 мес. в течение первых двух лет, каждые

6 мес. — в течение третьего года, далее — ежегодно до общей продолжительности наблюдения 5 лет. КТ органов грудной клетки и органов брюшной полости — каждые 6 мес. в течение первых 2 лет, далее — ежегодно до общей продолжительности наблюдения 5 лет.

- Стадия I–III (после хирургического лечения): КТ органов грудной клетки и органов брюшной полости — каждые 6 мес. в течение первых 2 лет, далее — ежегодно до общей продолжительности 5 лет.

Другие методы обследований у остальных категорий пациентов рекомендуется выполнять при наличии клинических показаний.

Выполнение ПЭТ/КТ и определение маркеров в сыворотке крови для наблюдения за пациентами не рекомендуется.