



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

3 (89) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

3 (89)

2026 *март*

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 616.33–006.6:616.329–006.6:616-089-06

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Яхё Шералиевич Хакимов¹, Аброржон Ахмаджонович Юсупбеков², Гафур Нормуродович Саидов², Элёр Эргашбоевич Жураев²,
Бекзод Бойматович Усмонов², Отабек Дилишодович Тўйчиев²

¹Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр онкологии и радиологии бухарский филиал Узбекистан, Бухарская область, 200100, Бухара, ул. Гиждуван 71. Тел: +998652285850

✓ Резюме

Кардиоэзофагеальный рак (КЭР) относится к числу наиболее сложных онкологических заболеваний гастроэзофагеальной зоны, характеризующихся высокой частотой метастазирования и неблагоприятным прогнозом. Целью исследования явилась сравнительная оценка отдалённых результатов хирургического и комбинированного лечения КЭР. В исследование включено 237 пациентов, из которых у 203 (85,6%) были изучены отдалённые результаты лечения. Оценка эффективности проводилась по показателям качества жизни (по шкале Карновского), общей выживаемости, длительности безрецидивного и безметастатического периодов. Установлено, что применение комбинированной терапии (хирургическое лечение в сочетании с неоадьювантной и адьювантной химиотерапией) повышает показатель 5-летней общей выживаемости с 37,9% до 53,4%. Кроме того, существенное влияние на прогноз оказывают гистологический тип опухоли и степень её дифференцировки.

Ключевые слова: кардиоэзофагеальный рак, хирургическое лечение, комбинированная терапия, качество жизни, выживаемость, рецидив, метастазирование.

КАРДИОЭЗОФАГЕАЛ СОҲАДАГИ РАКДА ХИРУРГИК ВА КОМБИНИРЛАНГАН ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИНГ УЗОҚ МУДДАТЛИ НАТИЖАЛАРИНИ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Яхё Шералиевич Хакимов¹, Аброржон Ахмаджонович Юсупбеков², Гафур Нормуродович Саидов², Элёр Эргашбоевич Жураев²,
Бекзод Бойматович Усмонов², Отабек Дилишодович Тўйчиев²

¹Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Бухоро филиали Ўзбекистон, Бухоро вилояти, 200100, Бухоро, кўч. Гиждуван 71. Тел: +998652285850

✓ Резюме

Кардиоэзофагеал рак (КЭР) ошқозон ва қизилўнғач ўтиш қисмида жойлашган онкологик касалликлар орасида клиник кечиши, эрта метастазланиши ва юқори леталлик даражаси билан ажралиб туради. Ушбу тадқиқотда КЭР билан оғриган беморларда хирургик ва комбинирланган даволаш усулларининг узоқ муддатли натижалари таҳлил қилинди. Жами 237 бемор радикал хирургик даволашдан ўтказилган бўлиб, уларнинг 203 нафариди (85,6%) узоқ муддатли натижалар ўрганилди. Беморларнинг ҳаёт сифати Карновский шкаласи бўйича баҳоланди, шунингдек умумий яшовчанлик, рецидивсиз ва метастазсиз даврлар

таҳлил қилинди. Тадқиқот натижаларига кўра, комбинирланган терапия (неoadъювант ва адъювант химиотерапия билан биргаликдаги хирургик даволаш) 5 йиллик умумий яшовчанликни 37,9% дан 53,4% гача оширган. Шунингдек, ўсманинг гистологик типи ва дифференциация даражаси прогноз кўрсаткичларига сезиларли таъсир кўрсатиши аниқланди.

Калит сўзлар: кардиоэзофагеал рак, хирургик даволаш, комбинирланган терапия, ҳаёт сифати, яшовчанлик, рецидив, метастаз.

COMPARATIVE ANALYSIS OF LONG-TERM OUTCOMES OF SURGICAL AND COMBINED TREATMENT FOR CARDIOESOPHAGEAL CANCER

Yakhyo Sheraliyevich Khakimov¹, Abrorjon Ahmadjonovich Yusupbekov², Gafur Normurodovich Saidov², Elyor Ergashboevich Juraev², Bekzod Boymatovich Usmonov², Otabek Dilshodovich Tychiev²

¹Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology Bukhara Branch Uzbekistan, Bukhara region, 200100, Bukhara, street Gijduvan, 71 +9989 65 2285850

✓ Resume

Cardioesophageal cancer (CEC) is one of the most aggressive malignancies of the gastroesophageal junction, characterized by early metastasis and poor prognosis. The aim of this study was to evaluate and compare the long-term outcomes of surgical and combined treatment approaches in patients with CEC. A total of 237 patients underwent radical surgical treatment, and long-term outcomes were assessed in 203 (85.6%) of them. Treatment effectiveness was evaluated based on quality of life using the Karnofsky scale, overall survival, recurrence-free survival, and metastasis-free survival. The results demonstrated that combined therapy (surgery combined with neoadjuvant and adjuvant chemotherapy) significantly improved the 5-year overall survival rate from 37.9% to 53.4%. Additionally, tumor histological type and degree of differentiation were identified as important prognostic factors influencing treatment outcomes.

Keywords: cardioesophageal cancer, surgical treatment, combined therapy, quality of life, survival, recurrence, metastasis.

Актуальность

В последние годы опухоли кардиоэзофагеальной зоны рассматриваются как одна из значимых медико-социальных проблем современной онкологии. По данным международных эпидемиологических исследований, частота аденокарциномы гастроэзофагеального перехода и плоскоклеточного рака пищевода демонстрирует устойчивую тенденцию к росту во многих странах мира (Bray et al., 2018; Sung et al., 2021). Увеличение заболеваемости связывают с широким распространением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, ожирения, метаболического синдрома и изменений пищевого поведения населения (Lagergren et al., 2017; Smyth et al., 2017).

Клиническое течение кардиоэзофагеального рака характеризуется агрессивным ростом опухоли, ранним метастазированием и нередко поздней диагностикой заболевания, что существенно ухудшает прогноз лечения (Rice et al., 2017; Ajani et al., 2018). В связи с этим радикальное хирургическое вмешательство продолжает оставаться основным методом лечения пациентов с данной патологией (Lordick et al., 2022; Markar et al., 2019).

В то же время результаты ряда крупных клинических исследований свидетельствуют о том, что применение комбинированных методов лечения, включающих неoadъювантную химиотерапию или химиолучевую терапию с последующим хирургическим вмешательством, позволяет достоверно улучшить показатели общей и безрецидивной выживаемости пациентов (Cunningham et al., 2006; van Hagen et al., 2012; Shapiro et al., 2015).

Наряду с этим установлено, что различные варианты хирургических вмешательств, объем операции, гистологическая структура опухоли и степень дифференцировки опухолевых клеток могут оказывать существенное влияние на качество жизни пациентов и отдалённые результаты лечения (Lagergren et al., 2017; Lordick et al., 2022).

В связи с этим комплексная оценка эффективности хирургического и комбинированного лечения кардиоэзофагеального рака является одной из актуальных задач современной онкохирургии.

Цель исследования. Сравнительная оценка отдалённых результатов хирургического и комбинированного лечения у пациентов с кардиоэзофагеальным раком на основании анализа качества жизни, общей выживаемости, длительности безрецидивного и безметастатического периодов.

Материал и методы

В исследование включены 237 пациентов с диагнозом кардиоэзофагеального рака. Все больные подверглись радикальному хирургическому лечению. Отдалённые результаты лечения были изучены у 203 пациентов, что составило 85,6 % от общего числа оперированных больных.

Пациентам выполнялись следующие виды хирургических вмешательств:

- операция Гэрлока;
- операция Гэрлока–Осава;
- гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода;
- чрезбрюшинная и чрезплевральная гастрэктомия;
- операция Льюиса.

Часть пациентов получала неоадьювантную и адьювантную химиотерапию, в связи с чем все больные были распределены на две основные группы: пациенты, получившие только хирургическое лечение, и пациенты, которым проводилась комбинированная терапия.

Для оценки эффективности лечения использовали следующие критерии:

- качество жизни пациентов по шкале Карновского;
- показатель общей выживаемости (overall survival);
- длительность безрецидивного периода;
- длительность безметастатического периода.

Наблюдение за пациентами проводилось в сроки 1, 3 и 5 лет после лечения. Анализ выживаемости выполнялся с использованием метода Kaplan–Meier.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с применением программного пакета SPSS. Полученные данные представлены в виде средних значений $M \pm m$. Статистическая значимость различий между группами оценивалась при уровне $p < 0,05$.

Результат и обсуждения

Анализ непосредственных результатов хирургического и комбинированных методов лечения показал, что НПХТ и симультанное операции не приводят к росту после операционных осложнений, следовательно, риск их негативного влияния к медико-социальной реабилитации пациентов минимизируется. Исходя из этого оценку эффективности лечебных мероприятий проводили последующим критериям:

- качества жизни пациентов по Шкале Карновского;
- показатель общие выживаемости;
- длительность без рецидивного периода;
- длительность без метастатического периода;

Для сравнительной оценки точкой контроля были показатели 1, 3 и 5-летней период, показатели локорегионарного прогрессирования или метастазированием в зависимости от гистологической принадлежности опухоли и степени дифференциации раковых клеток.

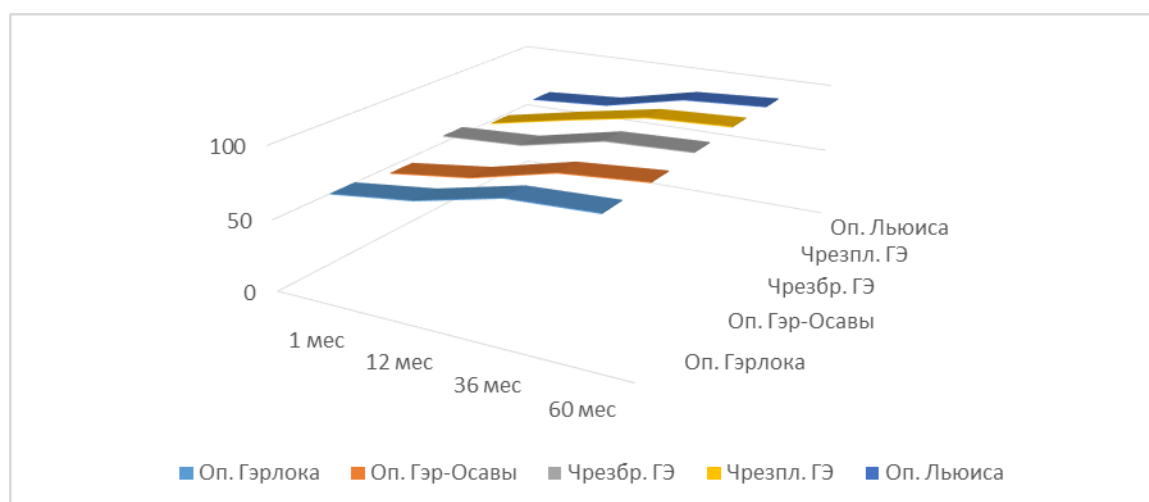


Рис. 1. Динамика выраженности качество жизни пациентов в зависимости от объема хирургического вмешательства, n=203

Отдаленные результаты изучены у 203 (85,6%) пациентов из 237 подвергшихся к радикальным операциям. Из них 43 получали НПХТ и 97 произведена адъювантная химиотерапия. Исходной качество жизни пациентов оценивали через 1 месяц после хирургического лечения, через 12, 30-36 и 55-60 месяцев после проведенного лечения (рис 1 и таб. 1).

Таблица 1.

Динамика изменений КЖ в постлечебный период у пациентов КЭР, n=203, в процентах

Параметры оценки		1 мес	12 мес	36 мес	60 мес	P=
Операция	Опер Герлока	67.3±2.2	74.1±0.9	87.2±0.9	89.4±0.9	0,002
	Опер Герлок-Осавы	62.7±1.3	70.2±2.0	84.3±0.7	88.9±0.7	
	Чрезбрюшинной ГЭ с резек н\З пищевода	72.3±0.9	75.3±0.8	88.1±0.9	90.3±0.8	0,075
	Чрезплевральной ГЭ с резекцией н\З пищевода	65.5±0.7	77.4±0.7	88.4±1.1	91.1±0.4	
	Опер Льюиса	69.3±1.0	73.3±0.8	86.4±1.0	89.9±0.3	0,05
Вид леч	Хирургические лечение	69.4±0.7	73.5±1.0	79.3±0.8	82.2±1.1	0,03
	Комбинированное	62.5±1.1	65.9±1.0	82.6±0.7	84.4±0.9	
Гистология	АС	69.1±0.9	75.7±0.9	87.4±0.7	93.4±1.0	0,05
	SCC	68.0±1.0	77.9±0.7	82.0±0.8	90.3±1.0	
Градация G	G1	70.4±0.9	75.3±1.0	79.4±1.2	82.4±1.1	0,05
	G2	67.3±0.7	74.2±1.0	80.1±0.9	83.1±0.7	
	G3	65.2±0.9	70.2±1.1	73.2±0.9	74.3±0.9	

По данным таблица 1. видно, что объём хирургического вмешательства период через 1 месяц после хирургического лечения до 12 месяцев непосредственно влиял на показатель КЖ пациентов. В частности, после операции с манипуляцией в брюшной и грудной полостях

показатель КЖ существенно был ниже, чем вмешательства только в брюшной полости ($p=0.002$).

Надо отметить, что после всех видов хирургического лечения отмечалась стойкая тенденция к повышению КЖ пациентов. Исходно относительно низкие показатели наблюдались после операции Гэрлока ($67,3\pm 1,2\%$) и Гэрлок Осава ($62,7\pm 1,3\%$). К 1 году послеоперационного периода эти показатели уже стали более 70% и сравнительно не отличались от показателей после других вмешательств. После операции чрезбрюшинной гастрэктомии с дистальной резекцией пищевода КЖ составил $72,3\pm 0,9\%$, что значительно выше, чем после чрезплевральной гастрэктомии с резекцией нижней трети пищевода – $65,5\pm 0,7\%$ ($p=0.002$). Однако, контрольные оценки к 1-му, 3-му, 5-му году наблюдения показало, что КЖ после чрезплевральной гастрэктомии незначительно превосходило показатель после чрезбрюшинной гастрэктомии. На наш взгляд, исход на низкий показатель через 1 месяц после операции Гэрлока и Гэрлок-Осава связан с самой хирургической агрессией, т.е. необходимостью широкой сагиттальной диафрагмотомией или очень травматичным левосторонним доступом – торакофреникотомии с резекцией хрящей 7-8 рёбер, расположением части желудочного трансплантата в заднее-нижнем средостении. После определенной времени, т.е. уже к концу 1 года наблюдения, именно за счет желудочного трансплантата отмечались тенденция к улучшению КЖ, т.е. за счёт полноценной и физиологичной медицинской реабилитации пациентов.

Наряду сравнением КЖ по объёму операции, у пациентов подвергшихся к операции Гэрлок-Осава оценивали влияние предложенного нами нового доступа операции, без резекции хрящевой части ребер и широкой радикальной диафрагмотомии, которая выполнена у 9 пациентов с КЭР II типа. Надо сказать, что благодаря уменьшению хирургической агрессии у этих пациентов исходной показатель КЖ составил $69,4\pm 0,9\%$, что существенно выше при традиционной операции Гэрлок-Осава.

Сравнительно высокий показатель КЖ после чрезбрюшинной гастрэктомии с резекцией пищевода был обусловлено отсутствием левосторонней торакофреникотомии и сравнительно меньшим уровнем сагиттальной диафрагмотомии, достаточно для мобилизации нижней трети пищевода для резекции и наложения анастомоза. Следовательно, низкий уровень КЖ при чрезплевральной гастрэктомии обусловлен с резекцией ребер, радиальной диафрагмотомии и более высокие резекции пищевода для обеспечения R0 радикальности операции. Парадоксальное улучшение показателя КЖ у данной категории пациентов, на наш взгляд связан с меньшей частотой рефлюкса желчи и эрозивного эзофагита с рубцовым стенозом анастомоза, которой чаще имел место при чрезбрюшинной гастрэктомии. Также, в ходе изучения КЖ, провели оценку эффективности при создании тонкокишечного резервуара с наложением эзофаго-Rouch анастомоза – у 17 пациентов в раннем послеоперационном периоде особых различий КЖ между традиционной гастрэктомии с резекцией пищевода и созданием Rouch не выявлено. Однако, к 12 месяцу послеоперационного периода КЖ у пациентов с эзофаго-еюно анастомозом с созданием резервуара составлял $81,2\pm 0,9\%$ против $75,3\pm 0,8\%$ и $77,4\pm 0,7\%$ при чрезбрюшинной и чрезплевральной традиционной гастрэктомии соответственно.

После операции Льюиса показатель КЖ пациентов был значительно лучше, чем после операции Гэрлока - Осава и чрезплевральной гастрэктомии, составлял $69,3\pm 1\%$ через 1 месяц после операции, достигая $89,9\pm 0,7\%$ к 5-году наблюдения.

Анализ показал, что послеоперационная химиотерапия статистически достоверно снижало степень КЖ пациентов, влияние которой сказывался за весь первый год наблюдения. Если после чисто хирургического метода лечения средний уровень КЖ составлял $69,4\pm 0,7\%$, то после комбинированной терапии – $62,5\pm 1,1\%$ ($p=0,03$). К 12 месяцам послеоперационного периода данное соотношение соответственно составил $73,5\pm 0,9\%$ против $65,9\pm 1\%$. Следует отметить, что данная тенденция была обусловлена выраженностью различной степени нежелательных явлений химиотерапии. Дальнейшее наблюдение показал к 3 году мониторинга результаты комбинированной терапии была выше, чем только после хирургического лечения, составлял $82,6\pm 0,7\%$ против $79,3\pm 0,8\%$ соответственно. Данная тенденция сохранилась даже к 5-летнему рубежу наблюдений. На наш взгляд, значительное снижение показателя КЖ после хирургического лечения возможно обусловлен с более частыми случаями рецидивирования и/или метастазирования по сравнению с комбинированной терапией.

Изучение КЖ в зависимости от гистологической принадлежности опухоли что оставаясь идентичными в течении первого года наблюдений, далее отмечается существенная разница показателях так, через 1 год после операции у пациентов с AC КЖ составило $75,7\pm 0,9\%$, с SCC –

77,9±0.7%. однако, при контрольной оценки через 1мес, КЖ составило 87,4±0.7% и 82,0±0,8% соответственно(p<0,05).

Более существенное влияние к показателям КЖ принадлежит гистологической дифференцировке опухолевых клеток. При G1 и G2 дифференциациях клеток КЭР, исходные и дальнейшие показатели оказались удовлетворительными со стойкой тенденцией к улучшению. В отличие от этого, низкая степень дифференциации клеток – G3 характеризовался существенно низкими показателями, чем при G1 и G2. При этом цели исходный уровень КЖ ровнялся 65,2±0,9%, то даже через 5лет у этих пациентов КЖ не превышал 74,3±0,9%.

В течении 5-летнего срока наблюдения из 203 прослеженных пациентов у 71 пациента (34,9%) в различные сроки наблюдались прогрессирования заболеваний в виде рецидива и/или метастазирования. В частности, рецидив процесса возник у 29 (14,3%), отдаленные органные метастазы или метастазы в отдаленные лимфоузлы наблюдались у 42 (20,7%). Надо отметить, что из 203 прослеженных пациентов 64 (31,5%) к 5-летнему сроку выбили из наблюдения, причиной которого были смена место проживания или смерть вследствие конкурирующей патологии.

Показатели рецидивирования и метастазирования при КЭР приведены в табл. 2. полученные данные свидетельствует о развитие рецидивов и метастазов в течении 1 года наблюдения у 2 % и 5,9% пациентов, подвергшихся радикальным хирургическим вмешательством. Пик развития рецидивов и метастазов приходилось в период 24 мес. послеоперационного периода. Рецидив наблюдался у 4,9% пациентов, а метастазировании у 7,9%. относительно высокая частота рецидивирования и метастазирования сохранилось в период до 48 мес. послеоперационного периода.

Рецидив заболевания период 1 года наблюдения чаще наблюдалось после групп чрезбрюшинной гастрэктомии с резекцией пищевода (3,4%) и после операции Гэрлок-Осавы (2.4%). Частоту рецидивов оценивали по отношению к общему количеству случаев прогрессирования.

Таблица 2.

Характеристика рецидивов и метастазирования после хирургического лечения КЭР, n=203

	Объём опер	>12 мес	>24 мес	>36 мес	>48 мес	>60 мес	n=	p
RES	Опер Герлока	1 1.5%	2 3.0%	4 6.0%	1 1.5%	2 3.0%	10 14,9%	0.05
	Опер Герлок-Осавы	2 2.4%	4 2%	3 3.6%	1 1.2%	-	10 12.2%	0.05
	Чрезбрюшинная ГЭ с резекцией н\3 пищевода	1 3.4%	2 6.9%	1 3.4%	2 6.9%	-	6 20.7%	0,09
	Чрезплевральная ГЭ с резекцией н\3 пищевода	-	2 9.1%	1 4.5%	-	-	3 13,6%	
	Опер Льюиса	-	-	-	-	-		
	Всего Res	4 2.0%	10 1%	9 4.4%	4 2.0%	2 1.0%	29 14,3%	
MTS	Опер Гэрлока	3 4.5%	2 2.9%	-	2 2.9%	1 1.5%	8 11,9%	0.02
	Опер Гэрлока -Осавы	5 6. %	4 1%	1 1.2%	-	-	10 12,2%	0,05
	Чрезбрюшинной ГЭ с резек. н\3 пищевода	2 6,9%	7 24,1%	4 13,8%	1 3,4%	-	14 48,3%	0,5
	Чрезплевральной ГЭ с резек. н\3 пищевода	2 9,1%	2 9,1%	3 13,6%	2 9,1%	-	9 40,9%	>0,05
	Опер Льюиса	-	1 33,3%	-	-	-	1 33.3%	>0,05
	Всего Res	12 5.9%	16 7.9%	8 3,9%	5 2,4%	1 0,5%	42 20.7%	

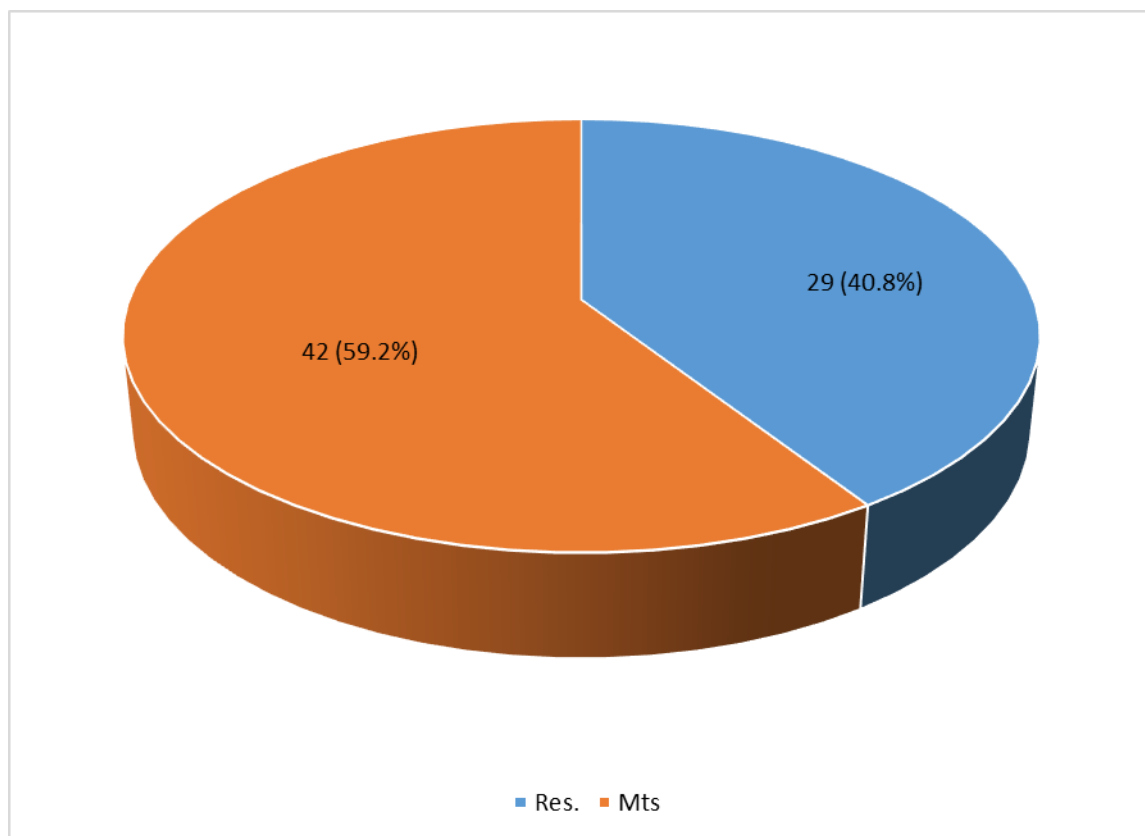


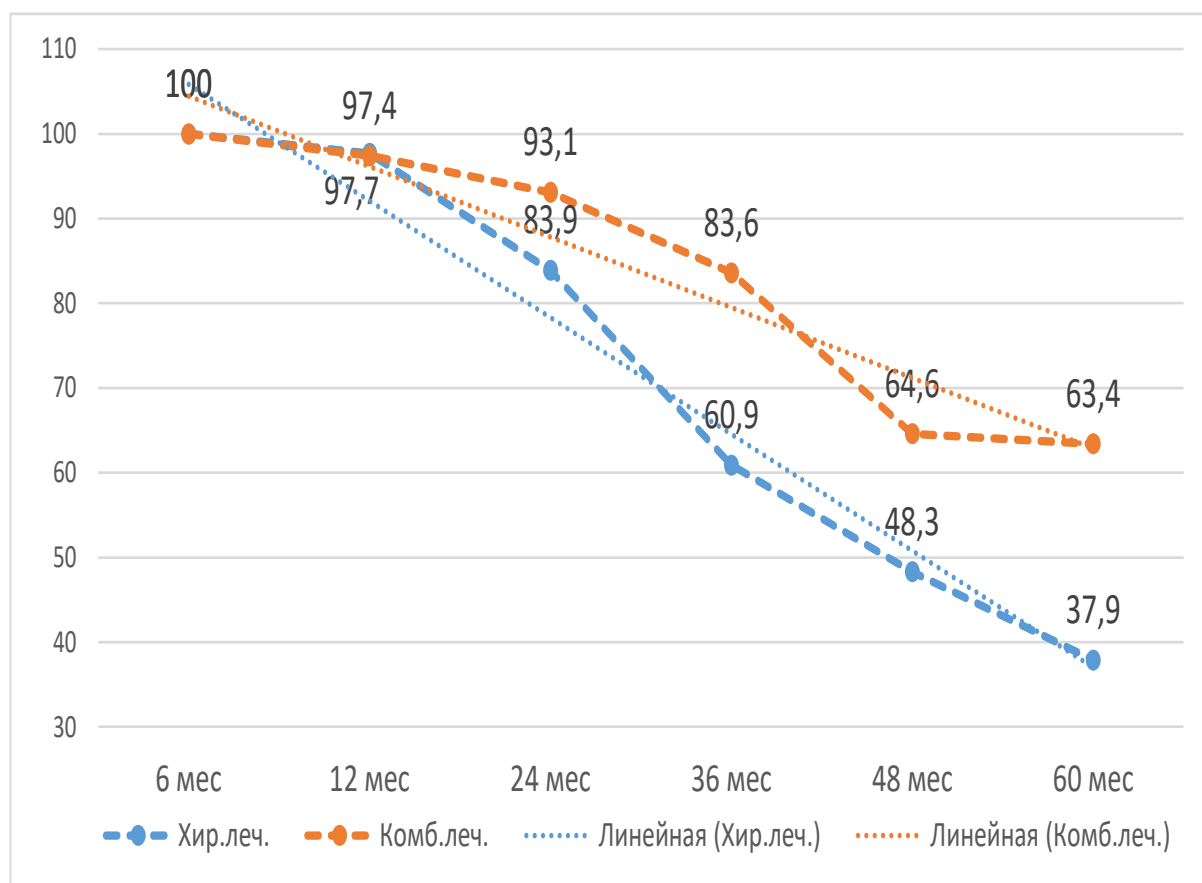
Рисунок 2. Структура прогрессирования заболевания в отдаленном периоде, n=71

После операции Гэрлока - Осава в период второго года наблюдения рецидивы отмечались у 4,8%, в период до 36мес – у 3,6% пациентов. После чрезбрюшинной гастрэктомии с дистальной резекцией из 22 наблюдений у 2 (6,9%) наблюдался рецидив. В целом, из всех случаев рецидивирования 34,5% приходилось на операцию Гэрлока, ещё 34,5% на операцию Гэрлок Осава и 20,7% на долю чрезбрюшинной гастрэктомии. Надо отметить, среднее продолжительность безрецидивного периода после хирургических методов лечения составил 25,9 мес.

Метастазы возникли у 42 (20,7%) пациентов в различные сроки послеоперационного периода. При этом наиболее высокая частота метастазов приходилось на пациентов после операций Гэрлока - Осава и чрезбрюшинной гастрэктомии, 10 и 14 случаев соответственно. Среднее продолжительность без метастатического периода в расчёте из числа пациентов с метастазами равнялось $19,3 \pm 0,7$ мес.

Общую выживаемость после радикальных операций оценивали по шкале Kaplan Meyer в сравнении с НПХТ, гистологической характеристики опухоли и степени дифференцировки опухолевых клеток, результаты которого приведены в рис. 1.

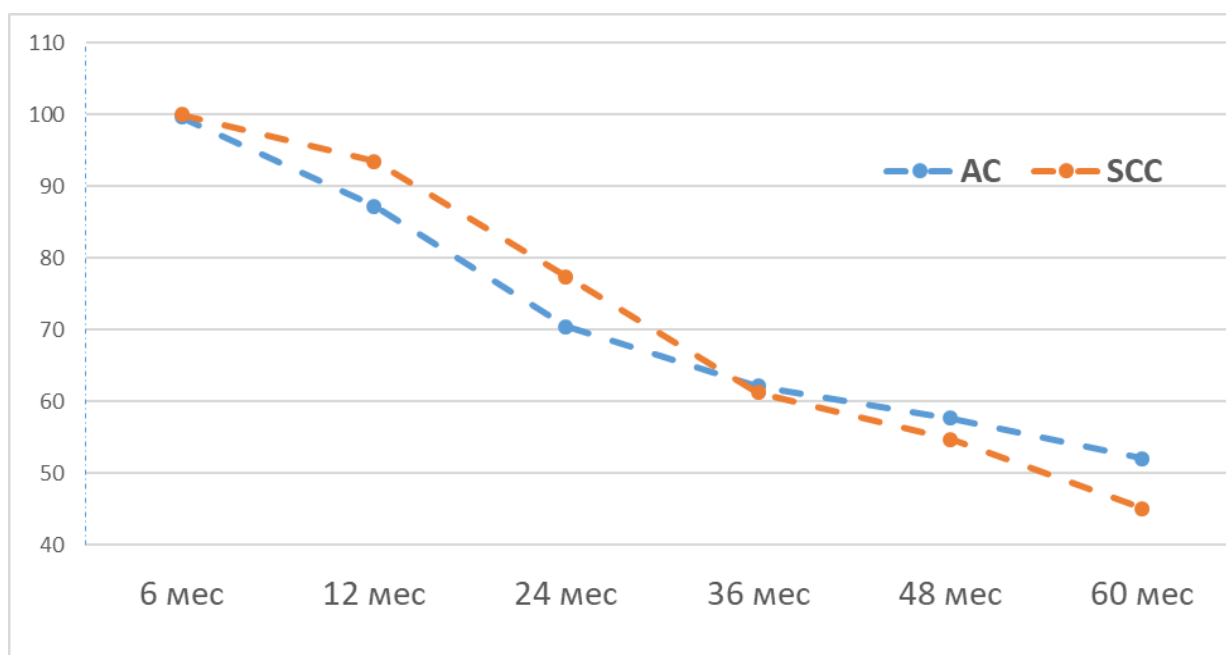
Анализ выживаемости показал, что в период 1-года наблюдения особых различий между показателями хирургическом комбинированного метода лечения. Однако, к 3-году наблюдения разница между показателями выживаемости составил до 23%. В целом включении методов нео- и адъювантной химиотерапии существенно способствует улучшению показателя общей выживаемости с 37,9 до 53,4% ($p < 0.05$).



Изучаемая группа		6 мес	12 мес	24 мес	36 мес	48 мес	60 мес
n=87	Хирургические	87	85	73	53	42	33
	лечение	100%	97,7%	83,9%	60,9%	48,3%	37,9%
n=116	Комбинированние	116	113	108	87	75	62
	лечение	100%	97,4%	93,1%	83,6%	64,6%	53,4%

Рисунок 3. Сравнительные показатели ОВ у пациентов КЭР в зависимости от тактики лечения

Анализ показателей общей выживаемости (ОВ) изучен 296 пациентов для выяснения значимости гистологического типа опухоли кардиоэзофагальной зоны. При этом ОВ изучали по критериям фенотипа рака – АС и SCC. Следовательно, сравнительная оценка результатов показал относительно лучшие показатели у пациентов с SCC в период до 24 мес. наблюдений. Однако, к 3-году наблюдений ОВ в обеих группах наблюдений уравнился. Несмотря на это 5-летняя выживаемость оказалось несколько выше при АС (52,1%) чем при SCC (45,1%) (рис.3 и 4).



Параметр изучения	6 мес	12 мес	24 мес	36 мес	48 мес	60 мес
AC n=265	264 99,6%	231 87,2%	187 70,5%	165 62,2%	153 57,7%	138 52,1%
SCC n=31	31 100%	29 93,5%	24 77,4%	19 61,3%	17 54,8%	14 45,1%

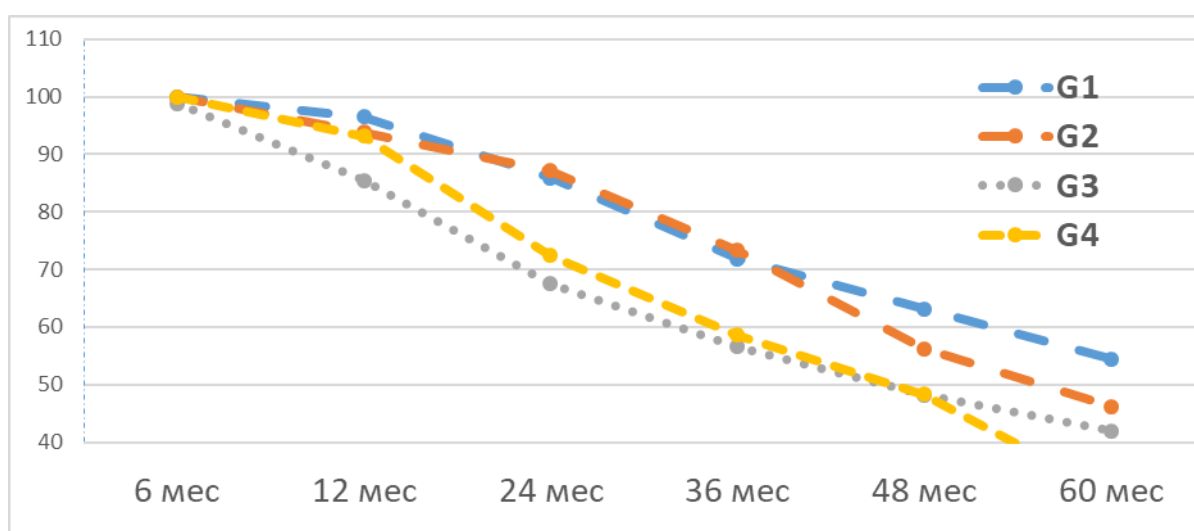
Рисунок 4. Сравнительные показатели ОВ у пациентов КЭР в зависимости от гистологической верификации опухоли

При изучении результатов выявлено существенное значение в показатели ОВ принадлежит степени дифференцировки раковых клеток (рис. 5). Наихудшие результаты в сравнении с G1 и G2, имело место у пациентов с G3 и G4 градацией опухолевых клеток. Несмотря на достаточно высокие показатели через 1 год наблюдения, 5-летняя выживаемость у этих пациентов составил 42 и 31% соответственно. В отличие от этого, при высокой и умеренной дифференцированных формах КЭР, показатели 3х и 5-летней ОВ были существенно выше, чем при низкодифференцированном раке. Следовательно, это может считаться биомаркером прогноза исхода заболевания. Пятилетняя выживаемость при G1 опухоли составил 54,4%, что оказалось лучше по сравнению с другими градациями.

Анализ результатов хирургического лечения рак КЭЗ свидетельствует, что хирургический метод остается золотым стандартом. Однако, показатель возможностей выполнения радикальных хирургических вмешательств варьирует от типа КЭР по Siewert. Наиболее высокая хирургическая активность наблюдалась при КЭР 2 типа – 67,9%, которая при 1 и 3 типах равнялась 9,2 и 22,8% согласно типа КЭР различается объём и доступ хирургических вмешательств. Следовательно, различались операции с манипуляцией чрезбрюшинным доступом и синхронной работой в грудной и брюшной полостях наиболее часто в зависимости от типа КЭР. Выполняли операции Гэрлока и Гэрлока-Осавы с формированием желудочного трансплантата. При язвенно-инфильтративных формах патологического процесса с поражением более одной анатомической части желудка, у 64 пациентов выполнены варианты чрезбрюшинной или чрезплевральной гастрэктомии с резекцией пищевода. При этом у 23 (9,7%) пациентов из 237 подвергшихся радикальному лечению выполнены симультанные операции, у 47 (19,8%) комбинированные хирургические вмешательства. Последние гораздо больше (до 4-6 раз) выполнялись при II и III типах КЭР, чем 1 тип. Учитывая 3 – 4а стадий заболевания, у большинства пациентов объектов исследования проведена неоадьювантная

химиотерапия, которая оказалась эффективной у 87.1% и сопровождалась слабо выраженными побочными явлениями.

Сравнительной мультифакторный анализ различных методов хирургического лечения показал, что несмотря на высокую травматичность и продолжительность, операция Гэрлок-Осавы не сопровождается увеличением частоты осложнений. В целом, при радикальном хирургическом лечении КЭР частота послеоперационных осложнений составил 24.4%(58 пациентов). Различаем осложнения хирургического и терапевтического генеза, 20.7% и 8.8% соответственно. Клиническое применение разработанных и предложенных нами способов нового хирургического доступа, положение модифицированного эзофаго-еюно анастомоза, а создание тонкокишечного резервуара способствовал к улучшению показателей послеоперационной реабилитации на фоне снижения риска развития осложнений хирургического генеза. Оценка послеоперационных осложнений по классификации Clavien-Dindo показал, что частота грозных осложнений 3а – 4б степени составил 6.7% и соответствуют международным данным.



Параметр изучение	6 мес	12 мес	24 мес	36 мес	48 мес	60 мес
G1-high grade, n=57	57 100%	55 96.5%	49 85.9%	41 71.9%	36 63.2%	31 54.4%
G2-middle grade, n=210	210 100%	197 93.8%	183 87.1%	154 73.3%	118 56.2%	97 46.2%
G3-low grade, n=83	82 98.8%	71 85.5%	56 67.5%	47 56.6%	40 48.2%	35 42.0%
G4-undifferent, n=89	29 100%	27 93.1%	21 72.4%	17 58.6%	14 48.3%	9 31.0%

Рисунок 5. Сравнительные показатели ОВ у пациентов КЭР в зависимости от степени злокачественности опухолевых клеток

Качество жизни пациентов, показатели выживаемости и локорегионарного прогрессирования составил критерии изучения отдаленных результатов. Все методы хирургического лечения способствовали улучшению КЖ в динамике, который во всех случаях оказался удовлетворительной уже к 12 мес. послеоперационного периода. При этом сравнительно высокие показатели КЖ были характерны пациентам после чрезбрюшинной или чрезплевральной гастрэктомией. Также показатель КЖ пациентов после комбинированной терапии по сравнению с чисто хирургическим методом лечения несмотря на исходно низкий

показатель, к 3 году после операционного периода было лучше. В наших наблюдениях гистологический тип опухоли существенно не влиял на показатель КЖ при КЭР.

Прогрессирования заболевания при прослеживании отдаленных результатов у 203 пациентов установлено у 71 (35%) пациентов, следовательно локорегионарных рецидивов и/или метастазирования заболевания наблюдали у 29 (14,3%) пациентов из 203 прослеженных. При этом, в 20 случаях рецидивов отмечены после операции с наложением эзофаго-гастроанастомоза, что почти в 2 раза больше, чем при чрезбрюшинной или чрезплевральной гастрэктомии с дистальной резекцией пищевода (9 случаев). Средняя продолжительность без рецидивного периода при хирургическом лечении КЭР равнялась $25,9 \pm 0,7$ мес.

Показатель ОВ при КЭР имел пропорциональную связь с проведением методом лечения, о чём свидетельствует показатель 5-летней выживаемости 53,4% при комбинированной терапии против 37,9% после хирургического лечения. Также в ходе исследований было установлено влияние гистологического типа и дифференциации опухолевых клеток к показателю ОВ. Сравнительно лучшие результаты были отмечены у пациентов с АС и высокой степенью G1 дифференциации раковых клеток 52,1% и 54,4% соответственно. Следовательно, эти факторы могут быть индикаторами в прогнозировании исхода лечения.

Заключение

Проведённый сравнительный анализ отдалённых результатов лечения рака кардиоэзофагеальной зоны показал, что радикальная хирургия остаётся базовым (ключевым) методом терапии, при этом включение неоадьювантной и/или адьювантной химиотерапии в составе комбинированного подхода обеспечивает статистически значимое улучшение общей выживаемости: 5-летний показатель ОВ увеличился с 37,9% при изолированном хирургическом лечении до 53,4% при комбинированной терапии ($p < 0,05$). Качество жизни по шкале Карновского во всех группах имело устойчивую положительную динамику и в большинстве случаев достигало удовлетворительного уровня к 12-му месяцу наблюдения, однако в раннем послеоперационном периоде оно было ниже после более травматичных вмешательств с торакоабдоминальным доступом; при этом применение модифицированного доступа (без резекции хрящевой части рёбер и широкой диафрагмотомии) сопровождалось более высоким исходным уровнем КЖ. Прогрессирование заболевания в течение 5 лет выявлено у 34,9% пациентов (рецидивы — 14,3%, отдалённые метастазы — 20,7%), с пиком рецидивирования и метастазирования около 24 месяцев после операции; средняя длительность безрецидивного периода составила 25,9 мес., а безметастатического — $19,3 \pm 0,7$ мес. Существенное прогностическое значение имела степень дифференцировки опухоли: при G3–G4 отмечались худшие показатели качества жизни и выживаемости по сравнению с G1–G2, тогда как гистологический тип в целом оказывал меньшее влияние на динамику КЖ, хотя различия по 5-летней выживаемости сохранялись.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ajani JA, D'Amico TA, Almhanna K, Bentrem DJ, Chao J, Das P, Denlinger CS. Gastric cancer, version 3.2016, NCCN clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2016;14(10):1286–1312. doi:10.6004/jnccn.2016.0137.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394–424. doi:10.3322/caac.21492.
3. Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, Thompson JN, Van de Velde CJ, Nicolson M, Scarffe JH, et al. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. N Engl J Med. 2006;355(1):11–20. doi:10.1056/NEJMoa055531.
4. Lagergren J, Smyth E, Cunningham D, Lagergren P. Oesophageal cancer. Lancet. 2017;390(10110):2383–2396. doi:10.1016/S0140-6736(17)31462-9.
5. Lordick F, Shitara K, Janjigian YY. New agents on the horizon in gastric cancer. Nat Rev Clin Oncol. 2022;19(4):231–245. doi:10.1038/s41571-021-00574-4.

6. Markar SR, Karthikesalingam A, Thrumurthy S, Low DE. Volume–outcome relationship in surgery for esophageal malignancy. *Ann Surg.* 2019;269(2):291–298. doi:10.1097/SLA.0000000000002491.
7. Rice TW, Ishwaran H, Hofstetter WL, Schipper PH, Kesler KA, Law S, et al. Esophageal cancer: associations with (pN+) lymph node metastases. *J Thorac Oncol.* 2017;12(1):36–42. doi:10.1016/j.jtho.2016.09.125.
8. Shapiro J, van Lanschot JJB, Hulshof MCCM, van Hagen P, van Berge Henegouwen MI, Wijnhoven BPL, et al. Neoadjuvant chemoradiotherapy plus surgery versus surgery alone for oesophageal or junctional cancer (CROSS trial). *Lancet Oncol.* 2015;16(9):1090–1098. doi:10.1016/S1470-2045(15)00040-6.
9. Smyth EC, Nilsson M, Grabsch HI, van Grieken NCT, Lordick F. Gastric cancer. *Lancet.* 2017;390(10110):635–649. doi:10.1016/S0140-6736(17)31463-1.
10. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209–249. doi:10.3322/caac.21660.
11. van Hagen P, Hulshof MCCM, van Lanschot JJB, Steyerberg EW, van Berge Henegouwen MI, Wijnhoven BPL, et al. Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. *N Engl J Med.* 2012;366(22):2074–2084. doi:10.1056/NEJMoa1112088.

Поступила 20.02.2026