Рак пищевода и кардии

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C15, C16.0 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии», Общероссийская общественная организация "Российское общество онкопатологов"

Рак пищевода — злокачественная опухоль слизистой оболочки пищевода; к этой рекомендации также относятся опухоли пищеводно-желудочного перехода и кардии. Главное в тактике — морфологическая верификация, стадирование, выбор между эндоскопическим, хирургическим, химиолучевым и лекарственным лечением с обязательной оценкой нутритивного статуса.

Главное

- Опухоли пищеводно-желудочного перехода с эпицентром выше, на уровне Z-линии или не более чем на 2 см ниже нее (Siewert I–II) классифицируют и стадируют как рак пищевода; при эпицентре более чем в 2 см дистальнее Z-линии (Siewert III) — как рак желудка.
- Дисфагия часто появляется при значительном местном распространении: опухоль может занимать 50–75% просвета пищевода. По Савицкому: I степень — твердая пища, II — кашицеобразная, III — жидкость, IV — полная непроходимость.
- Пищевод Барретта повышает риск рака пищевода примерно в 30 раз; курение и алкоголь являются независимыми факторами риска, а их сочетание с другими факторами дополнительно увеличивает риск.
- Стадирование проводят по TNM 8-й редакции AJCC: T1a — собственная пластинка или мышечная пластинка слизистой, T1b — подслизистый слой, T2 — мышечная оболочка, T3 — адвентиция, T4 — соседние структуры; N1 — 1–2, N2 — 3–6, N3 — 7 и более регионарных узлов, M1 — отдаленные метастазы.
- План лечения не составляют до получения биопсии. При ЭГДС выполняют мультифокальную биопсию, обычно 3–5 образцов; при подслизистом инфильтративном росте ложноотрицательный результат требует повторной ступенчатой биопсии.
- Нутритивная поддержка показана при NRS-2002 ≥3; ориентиры поступления — белок 1 г/кг/сут и энергия 20–30 ккал/кг/сут. Дисфагия ≥III степени, ИМТ <18,5, потеря массы более 5% за месяц или более 15% за 3 месяца требуют раннего привлечения специалистов по питанию.
- После радикального лечения контроль проводят каждые 3–6 месяцев в первые 2 года, затем каждые 6–12 месяцев в течение 3–5 лет и далее ежегодно; после эндоскопической резекции — ЭГДС каждые 3 месяца в первый год, каждые 6 месяцев на 2–3-м годах, затем ежегодно.

Диагностика

1. У всех пациентов с предполагаемым диагнозом рака пищевода и/или кардии проводят сбор анамнеза и жалоб для выявления факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения (УУР C, УДД 5). После подтверждения диагноза собирают семейный анамнез для определения необходимости обследования родственников (УУР C, УДД 5).
2. Провести физикальное обследование, определить общее состояние по ECOG и нутритивный статус, в том числе с использованием NRS-2002 (УУР C, УДД 5).
3. Выполнить общий и биохимический анализы крови; перед лечением также проводят коагулограмму и общий анализ мочи, а перед каждым курсом химиотерапии — общий и биохимический анализы крови (УУР C, УДД 5).
4. Провести ЭГДС с мультифокальной биопсией для визуальной оценки опухоли, определения ее границ, локализации и получения материала для патолого-анатомической верификации (УУР B, УДД 2).
5. При недостаточной информативности ЭГДС выполнить рентгеноскопию пищевода для оценки распространенности опухоли и пассажа пищи (УУР C, УДД 5). Эндосонографию используют при планируемой эндоскопической резекции, подслизистом росте или недостаточности КТ/ПЭТ-КТ для уточнения глубины инвазии (УУР C, УДД 4).
6. Для стадирования перед специфическим лечением выполнить КТ грудной и брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (УУР B, УДД 2); при решении вопроса об операции или лучевой терапии — ПЭТ-КТ (УУР B, УДД 2). При опухоли на уровне или выше бифуркации трахеи либо поражении

бифуркационных/паратрахеальных узлов перед операцией или химиолучевой терапией провести бронхоскопию (УУР C, УДД 5).

Лечение

- При Tis и cT1aN0M0 выполняют эндоскопическую резекцию слизистой с диссекцией в подслизистом слое (УУР A, УДД 3). Негативные факторы после эндоскопического лечения: G3 и выше, опухоль в краях резекции, лимфатическая, сосудистая или периневральная инвазия, а также инвазия глубже pT1sm1.
- При cIB–IIA низкого риска (cT1N0M0 или cT2N0M0 без лимфоваскулярной инвазии, при размере менее 3–5 см и G1–2) основным методом является хирургическое лечение; дополнительная химио- или лучевая терапия не рекомендуется (УУР C, УДД 5).
- При IIB–III стадиях, включая высокий риск при cT2N0M0, cT3–4N0–3M0 и cT1–2N1–3M0, рекомендуют сочетание хирургического лечения с лекарственной и/или химиолучевой терапией: предоперационную химиолучевую терапию или предоперационную химиотерапию при плоскоклеточном раке, периоперационную химиотерапию при аденокарциноме; при противопоказаниях к хирургическому лечению или опухолях шейного отдела пищевода возможна самостоятельная химиолучевая терапия (УУР A, УДД 1).
- При аденокарциноме нижнегрудного пищевода или кардии оптимальны 8 курсов FLOT за 16 недель: 4 до операции и 4 после. При непереносимости FLOT возможны FOLFOX или XELOX.
- При плоскоклеточном раке предоперационная химиолучевая терапия и предоперационная химиотерапия считаются равнозначными вариантами; предпочтительный режим CROSS — еженедельно паклитаксел 50 мг/м² внутривенно и карбоплатин AUC2 внутривенно в течение 5 недель на фоне лучевой терапии 41,4 Гр, РОД 1,8 Гр (УУР A, УДД 2).
- При нерезектабельном местнораспространенном раке, опухоли шейного отдела пищевода или метастазах в надключичные узлы проводят самостоятельную химиолучевую терапию: РОД 1,8–2,0 Гр до СОД 50 Гр на фоне химиотерапии (УУР A, УДД 1).
- При IV стадии, кроме изолированных метастазов в надключичные узлы, выбирают паллиативную химиоиммунотерапию, химиотерапию или симптоматическое лечение (УУР A, УДД 1). Химиотерапию проводят у пациентов в удовлетворительном состоянии ECOG 0–2; при дисфагии III–IV степени сначала восстанавливают проходимость пищевода.
- При опухолевом стенозе у неоперабельных пациентов используют покрытый пищеводный нитиноловый стент, чрескожную эндоскопическую гастростомию или гастростомию. Перед химиолучевой терапией стент не устанавливают из-за риска перфорации; предпочтительны энтеростома/еюностомия, эндоскопическая реканализация, гастростомия или 1–2 курса неоадъювантной химиотерапии (УУР C, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении рака пищевода направить пациента к онкологу в центр амбулаторной онкологической помощи или первичный онкологический кабинет; консультация должна состояться не позднее 5 рабочих дней после направления.
- В онкологический диспансер или специализированную онкологическую организацию направляют, если на амбулаторном этапе невозможно получить биопсию, завершить диагностику, определить распространенность и стадию либо выбрать лечение.
- Госпитализация в экстренном или неотложном порядке нужна при осложнениях опухоли либо лечения, требующих специализированной помощи; плановая госпитализация — при необходимости сложной интервенционной диагностики или противоопухолевого лечения в стационаре/дневном стационаре.
- При выраженной нутритивной недостаточности — потеря массы более 10% за 6 месяцев, ИМТ < 18,5 кг/м², альбумин < 30 г/л или NRS-2002 >5 — хирургическое вмешательство рекомендуют отложить на 7–14 дней для нутритивной подготовки (УУР C, УДД 5).

Частые вопросы

Когда при раке пищевода достаточно эндоскопического лечения?

При Tis и cT1aN0M0 выполняют эндоскопическую резекцию слизистой с диссекцией в подслизистом слое. К неблагоприятным факторам относятся инвазия глубже pT1sm1, опухоль в краях резекции, лимфатическая, сосудистая или периневральная инвазия и дифференцировка ≥G3.

Как обследовать пациента до начала противоопухолевого лечения?

Нужны ЭГДС с 3–5 биопсиями, патолого-анатомическая верификация, КТ грудной и брюшной полости с контрастированием, оценка шейно-надключичных узлов и нутритивного статуса. При планировании операции или лучевой терапии добавляют ПЭТ-КТ, а при опухоли на уровне или выше бифуркации трахеи — бронхоскопию.

Какой режим химиолучевой терапии используют перед операцией при плоскоклеточном раке?

Предпочтителен режим CROSS: паклитаксел 50 мг/м² внутривенно и карбоплатин AUC2 внутривенно еженедельно в течение 5 недель, одновременно с лучевой терапией 41,4 Гр при РОД 1,8 Гр. Уровень рекомендации — УУР А, УДД 2.

Что делать при выраженной дисфагии перед химиолучевой терапией?

Пищеводный стент перед химиолучевой терапией не устанавливают из-за повышенного риска перфорации. Возможны эндоскопическая аргоноплазменная или Nd:YAG-лазерная коагуляция, гастростомия, питательная энтеростома/еюностомия или 1–2 курса неоадъювантной химиотерапии.

Когда нужна нутритивная поддержка и в каком объеме?

При NRS-2002 ≥3 назначают нутритивную поддержку, ориентируясь на белок 1 г/кг/сут и энергию 20–30 ккал/кг/сут; возможны высокобелковые и высокоэнергетические смеси по 2–3 порции в сутки. При ИМТ < 18,5, дисфагии ≥III степени, потере массы более 5% за месяц или более 15% за 3 месяца нужна ранняя консультация специалистов по питанию.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/237-rak-pishchevoda-i-kardii. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/237_6