

ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ МЕТАХРОННОЙ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ДИСЕМИНАЦИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА pT4a-bN0-3M0

Ревтович М.Ю.¹, Иванов А.В.³, Красько О.В.², Малькевич В.Т.³

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Беларусь,

²Объединенный институт проблем информатики НАН Беларуси,
Минск, Беларусь,

³Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской
радиологии им. Н.Н. Александрова, Минск, Беларусь

Введение. Высокая вероятность развития метакхронной перитонеальной диссеминации (МПД) при инфильтративных формах рака желудка (РЖ) диктует необходимость дополнения радикального хирургического лечения системной адьювантной полихимиотерапией (АПХТ) и/или интраперитонеальной химиотерапией.

Цель – провести сравнительный анализ эффективности предупреждения МПД после применения различных вариантов интраперитонеальной химиотерапии и АПХТ по схеме капецитабин/оксалиплатин у радикально оперированных по поводу мРЖ пациентов.

Материалы и методы. Проанализированы отдаленные результаты лечения 441 радикально оперированного по поводу мРЖ пациента (pT4a-bN0-3M0, III-IV тип по R.Borjmann). В качестве адьювантного лечения использованы: нормотермическая интраперитонеальная химиотерапия (НТИХТ) цисплатином, перфузионная интраоперационная интраперитонеальная термохимиотерапия (ИИТХТ – цисплатин/доксорубицин), АПХТ (капецитабин/оксалиплатин), их комбинация. Для оценки отдаленных результатов лечения использованы метод множительных оценок Каплана-Мейера, анализ конкурирующих рисков с оценкой кумулятивной инцидентности (КИ) прогрессирования, в том числе МПД.

Результаты и обсуждение. Установлено, что применение НТИХТ, перфузионной ИИТХТ, комбинации перфузионной ИИТХТ и системной АПХТ, а также АПХТ у пациентов с инфильтративным мРЖ pT4N0-3M0 сопровождается снижением 3-летней КИ прогрессирования опухолевого процесса, показатели которой составили после каждого из вышеприведенных вариантов лечения соответственно $35,5 \pm 8,8\%$, $47,8 \pm 6,2\%$, $17,6 \pm 9,6\%$, $42,1 \pm 8,3\%$, в том числе КИ МПД (в изолированном варианте) $12,9 \pm 6,2\%$, $22,4 \pm 5,1\%$, 0 , $15,4 \pm 5,9\%$; КИ сочетания МПД с другими локализациями отдаленных метастазов – $3,2 \pm 3,3\%$; 0 ; 0 ; $10,2 \pm 4,9\%$. Следствием комплексного подхода (комбинация ИИТХТ+АПХТ) было статистически значимое увеличение показателей 3-летней общей выживаемости – $76,5 \pm 10,3\%$, для

сравнения в группах НТИХТ, перфузионной ИИТХТ, АПХТ, хирургического лечения общая выживаемость составила соответственно $54,8 \pm 8,9\%$, $52,2 \pm 6,1\%$, $76,5 \pm 10,3\%$, $60,4 \pm 8,5\%$, $46,5 \pm 3,1\%$ ($p_{\log\text{-rank}}=0,004$). 3-летняя выживаемость, свободная от диссеминации, в группах комбинации ИИТХТ+АПХТ, НТИХТ, перфузионной ИИТХТ, АПХТ, хирургического лечения составила соответственно – $81,2 \pm 9,8\%$; $61,5 \pm 9,5\%$; $56,1 \pm 6,3\%$; $66,5 \pm 7,6\%$ ($p_{\log\text{-rank}} < 0,001$).

Возможность предупреждения развития МПД при проведении системной АПХТ, нормотермического и гипертермического вариантов интраперитонеальной химиотерапии, в том числе и при комбинации перфузионной ИИТХТ и системной АПХТ, определяет необходимость учета объема лекарственного лечения при оценке вероятности развития МПД в рамках прогнозирования данного варианта прогрессирования опухолевого процесса у радикально оперированных пациентов. Использование данной информации возможно, как в дооперационном и/или интраоперационном периоде для определения оптимального объема лечения в одном из вышеперечисленных вариантов (с учетом исходной вероятности развития МПД и возможностей её коррекции), так и в отдаленные сроки после проведенного радикального противоопухолевого лечения (с учетом изменившейся вероятности развития МПД после проведения противоопухолевого лечения) – для оптимизации объема диспансерного наблюдения.

Вывод. Для увеличения сроков ремиссии опухолевого процесса после радикального лечения инфильтративных форм мРЖ целесообразно дополнение стандартного подхода (операция в сочетании с АПХТ) проведением перфузионной термохимиотерапии. Представляется целесообразной оценка вероятности развития МПД с учетом объема проведенного противоопухолевого лечения для оптимизации диспансерного наблюдения.