

Иванов А.В., Ревтович М.Ю., Красько О.В.

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии

им. Н.Н. Александрова, Беларусь, Минск

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь, Минск

Объединенный институт проблем информатики НАН Беларуси, Беларусь, Минск

andry.ivan.13@gmail.com

Эффективность применения адъювантной системной и интраперитонеальной химиотерапии при раке желудка

Введение. Современным стандартом радикального лечения рака желудка (РЖ) является комбинация хирургического лечения и адъювантной полихимиотерапии (АПХТ), что в ряде случаев оказывается недостаточным для предупреждения развития метастатической перитонеальной диссеминации (МПД), особенно при инфильтративных формах РЖ. Последнее является основанием для дополнения стандартного объема лечения интраперитонеальной химиотерапией (ИХТ).

Цель. Оценить показатели кумулятивной инцидентности (КИ) прогрессирования РЖ pT1-4N1-3M0 после применения нормотермической ИХТ и АПХТ.

Материалы и методы. В исследование включен 341 радикально оперированный пациент (pT1-4N1-3M0, III–IV тип по R. Bormann), адъювантное лечение включало: нормотермическая ИХТ цисплатином, АПХТ (капецитабин/оксалиплатин). Отдаленные результаты оценены с использованием метода Каплана-Мейера, анализа конкурирующих рисков с оценкой кумулятивной инцидентности (КИ) прогрессирования, МПД, отдаленных лимфогематогенных метастазов (ОЛГМ) и их сочетания (МПД+ОЛГМ). Оценка риска прогрессирования РЖ выполнена с использованием модели Файна-Грея.

Результаты. Отмечено увеличение 3-летней скорректированной выживаемости и выживаемости, свободной от МПД, соответственно после ИХТ $52,2 \pm 10,4\%$ и $43,6 \pm 10,3\%$, после АПХТ $69,2 \pm 6,8\%$ и $71,8 \pm 6,3\%$ в сравнении с хирургическим лечением (ХЛ) – $51,2 \pm 3,3\%$ и $42,8 \pm 3,2\%$. Анализ выживаемости, не позволил оценить влияние ИХТ и АПХТ на структуру прогрессирования, в связи с чем проведен анализ КИ вариантов прогрессирования. Применение нормотермической ИХТ и АПХТ сопровождалось снижением 3-летней КИ: 1) прогрессирования РЖ – $48,3 \pm 9,6\%$ и $37,0 \pm 6,9\%$ vs ХЛ ($59,7 \pm 3,1\%$, $p_{\text{Gray}}=0,001$); 2) МПД – $17,2 \pm 7,2\%$ и $7,7 \pm 3,8\%$ vs ХЛ ($32,0 \pm 3,0\%$, $p_{\text{Gray}} < 0,001$), не влияя на другие варианты прогрессирования: 1) ОЛГМ – $27,6 \pm 8,6\%$; $20,7 \pm 5,8\%$ vs ХЛ $14,8 \pm 2,3\%$ ($p_{\text{Gray}}=0,218$); 2) МПД+ОЛГМ – $3,4 \pm 3,5\%$; $8,6 \pm 3,7\%$ vs ХЛ $12,8 \pm 2,1\%$ ($p_{\text{Gray}}=0,171$). Установлено, что проведение как ИХТ, так и АПХТ снижает риск МПД в сравнении с ХЛ – ОР 0,31 (95% ДИ 0,12–0,80), $p=0,016$ и ОР 0,17 (95% ДИ 0,06–0,47), $p < 0,001$, не влияя на риск развития ОЛГМ и ОЛГМ+МПД ($p > 0,05$). В случае АПХТ эффект предупреждения МПД ограничивался первым годом после операции с последующим развитием максимума МПД в течение 2-3 года.

Выводы. Возможность предупреждения МПД после проведения системной АПХТ и нормотермической ИХТ определяет необходимость учета объема лекарственного лечения при оценке вероятности развития МПД после радикального лечения РЖ.

Международный научно-практический журнал

ЕВРАЗИЙСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

2024, том 12, №2, приложение (online)

Eurasian Journal of Oncology

International scientific journal

2024. Volume 12. #2. Supplement (Online)

Тезисы докладов XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии

XIV Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии,
посвященный 30-летию АДИОР СНГ и ЕВРАЗИИ

25–27 апреля 2024. Таджикистан

ONLINE



ISSN 2309-7485 (Print)
ISSN 2414-2360 (Online)



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ