

УДК

А.В. ИВАНОВ¹, М.Ю. РЕВТОВИЧ²¹РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, г. Минск, Республика Беларусь²Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Влияние клинико-морфологических особенностей опухолевого процесса на развитие метакхронной перитонеальной диссеминации при раке желудка

Введение. Недостаточная эффективность традиционного подхода с назначением системного лекарственного лечения для предупреждения развития метакхронной перитонеальной диссеминации (МПД) при раке желудка (РЖ) диктует необходимость оценки вероятности её появления для дифференцированного подхода к назначению интраперитонеальной химиотерапии в прогностически неблагоприятной когорте.

Цель исследования — оценить влияние клинико-морфологических особенностей опухолевого процесса на развитие МПД при РЖ.

Методы исследования. Для оценки отдаленных результатов лечения 1080 пациентов, страдавших РЖ (pT1-4N0-3M0) использованы метод множительных оценок Каплан — Мейера для оценки показателей выживаемости. Выполнена оценка кумулятивной инцидентности (КИ) ряда неблагоприятных событий, выступающих в качестве конкурирующих в течение послеоперационного периода — МПД, в том числе при сочетании её с другими отдаленными метастазами (МТС).

Результаты. Установлено, что традиционный анализ показателей выживаемости не позволяет оценить влияние тех или иных факторов на развитие вариантов МПД, в том числе и при сочетании её с другими вариантами прогрессирования РЖ. 5-летняя КИ МПД превалирует при: а) субтотальном поражении — в случае дистальной локализации опухоли в сравнении с локализацией опухоли в

теле или в дистальном отделе желудка — $27,6 \pm 2,9\%$ vs $14,9 \pm 1,9\%$, $12,3 \pm 1,6\%$ ($p < 0,001$); б) инфильтративных формах роста (инфильтративно-язвенная — $23,5 \pm 1,9\%$; диффузно-инфильтративная — $17,0 \pm 2,3\%$) в сравнении с экзофитными (блюдцеобразная — $6,7 \pm 1,5\%$; полиповидная — $3,1 \pm 3,1\%$) — $p < 0,001$, в том числе при сочетании МПД с другими метастазами (МПД+МТС) соответственно — $9,4 \pm 1,3\%$ и $7,3 \pm 1,6\%$ vs $2,5 \pm 0,9\%$ и 0 ($p < 0,003$); в) инвазии первичной опухолью глубже подслизистого слоя — pT2 ($20,2 \pm 3,1\%$), pT3 ($29,1 \pm 2,3\%$), pT4 ($34,0 \pm 5,0\%$) vs pT1 ($1,4 \pm 0,6\%$) — $p < 0,001$; МПД+МТС — $6,6 \pm 1,9\%$, $11,5 \pm 1,6\%$, $7,7 \pm 2,8\%$ vs pT1 ($2,5 \pm 0,7\%$) — $p < 0,001$; г) pN+ — pN1 ($22,0 \pm 2,9\%$), pN2 ($22,5 \pm 3,6\%$), pN3 ($34,9 \pm 3,9\%$) vs pN0 ($9,1 \pm 1,2\%$) — $p < 0,001$; МПД+МТС — $4,4 \pm 1,4\%$, $13,8 \pm 3,0\%$, $34,9 \pm 3,9\%$ vs c pN0 ($2,7 \pm 0,7\%$) — $p < 0,001$; д) некогезивной аденокарциноме ($21,7 \pm 1,7\%$) vs когезивной ($10,5 \pm 1,4\%$) — $p < 0,001$, МПД+МТС соответственно — $7,8 \pm 1,1\%$ vs $5,4 \pm 1,0\%$, $p = 0,05$.

Выводы. Общепринятый подход с оценкой показателей выживаемости не позволяет оценить вклад отдельных факторов на развитие МПД, что диктует необходимость использования анализа конкурирующих рисков с оценкой кумулятивной инцидентности событий (в том числе МПД), выступающих в качестве конкурирующих в течение послеоперационного периода. Этот же анализ должен быть использован при разработке прогностических моделей для оценки риска наступления неблагоприятных событий, в данном случае МПД.

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**Сигаловские
чтения**

Казань • 3-4 апреля 2025