

УДК

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

Влияние объема хирургического лечения на развитие метакхронной перитонеальной диссеминации после радикального лечения рака желудка

Актуальность. Инициальные механизмы метакхронной перитонеальной диссеминации (МПД) могут быть запущены непосредственно во время радикальной хирургической операции по поводу рака желудка (РЖ) благодаря диссеминации опухолевых клеток в процессе мобилизации желудка и/или выполнения лимфодиссекции.

Цель исследования — оценить влияние объема радикальной операции и лимфодиссекции на развитие МПД при РЖ.

Методы исследования. Проанализированы отдаленные результаты лечения 1080 пациентов РЖ (pT1-4N0-3M0) без перехода опухоли на пищевод (мужчины — 647, женщины — 433) в зависимости от объема выполненной операции (проксимальная/дистальная субтотальная резекция желудка (СРЖ), n=639 / гастрэктомия (ГЭ), n=334; стандартная (СО) / комбинированная операция (КО), n=973/107) и объема выполняемой лимфодиссекции (ЛД) — D1 (n=151) или D2 (n=929). Оценены показатели выживаемости — скорректированная (СВ), выживаемость, свободная от диссеминации (ВСД) (метод множительных оценок Каплана — Мейера), кумулятивной инцидентности (КИ) МПД.

Результаты. Установлено статистически значимое снижение показателей выживаемости с увеличением объема выполняемых операций с минимальными их значениями после комбинированных операций: 1) СВ — $76,2 \pm 1,8\%$ (СРЖ), $58,5 \pm 2,9\%$ (ГЭ),

$40,0 \pm 5,2\%$ (КО), $p_{\log\text{-rank}} < 0,001$; 2) ВСД — $74,3 \pm 1,8\%$ (СРЖ), $55,8 \pm 2,9\%$ (ГЭ), $39,5 \pm 5,2\%$ (КО), $p_{\log\text{-rank}} < 0,001$. Анализ показателей выживаемости не позволил оценить влияние отдельных факторов на развитие МПД, в связи с этим проведен анализ КИ МПД. Отмечено увеличение 5-летней КИ МПД ($p_{\text{Gray}} < 0,001$) после КО $36,8 \pm 4,7\%$ vs СО — ГЭ ($21,6 \pm 2,3\%$), СРЖ ($11,1 \pm 1,2\%$); и кумулятивная инцидентность сочетания МПД с другими отдаленными лимфогематогенными метастазами ($p_{\text{Gray}} = 0,022$) — после КО $9,4 \pm 2,9\%$ vs СО ГЭ и СРЖ — $9,3 \pm 1,6\%$; $5,0 \pm 0,9\%$. Оценка результатов выполнения ЛД при наличии метастазов в регионарных лимфоузлах (pN+) и при их отсутствии (pN0) определило увеличение КИ у пациентов когорты pN+ — ЛД D1 с $8,3 \pm 2,8\%$ (pN0) до $29,1 \pm 6,2\%$ (pN+), $p_{\text{Gray}} < 0,05$; после ЛД D2 — с $9,4 \pm 1,3\%$ (pN0) до $27,3 \pm 2,1\%$ (pN+), $p_{\text{Gray}} < 0,05$.

Выводы. Оценка показателей выживаемости не позволяет оценить возможное влияние варианта хирургического лечения и его объема на конкретный вариант прогрессирования РЖ. Это определяет целесообразность оценки кумулятивной инцидентности отдельных вариантов прогрессирования РЖ. С увеличением объема выполняемой операции, что обусловлено распространенным опухолевым процессом и более интенсивной интраперитонеальной диссеминацией опухолевых клеток, а также при выполнении лимфодиссекции в условиях метастатических изменений регионарных лимфоколлекторов, отмечено увеличение кумулятивной инцидентности МПД.

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**Сигаловские
чтения**

Казань • 3-4 апреля 2025