

НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО РАКА ЖЕЛУДКА

Д. Ш. Хасанов

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Ключевые слова: рак желудка, неоадьювантная химиотерапия, выживаемость, летальность.

Таянч сўзлар: ошқозон саратони, неоадьювант кимётерапия, омон қолиш, ўлим.

Key words: gastric cancer, neoadjuvant chemotherapy, survival, mortality.

Рак желудка (РЖ) относится к опухолям с плохим прогнозом и неудовлетворительными результатами лечения, даже на I стадии заболевания. Неоадьювантная химиотерапия (НПХТ) может быть одним из способов улучшения результатов лечения у пациентов с резектабельным РЖ. В течение 2020–2024 годов в исследовании включено 70 пациентов с I-III СТАДИЕЙ РЖ, получавших радикальное лечение в клинике РСНПМЦОиР АФ. Все пациенты были рандомизированы в 2 группы. Дальнейший статус выживаемости и дата последнего наблюдения были получены из базы данных РСНПМЦОиР АФ по состоянию на конец 2024 года. Проведено сравнение непосредственных результатов хирургического лечения и отдаленной выживаемости между двумя группами.

РЕЗЕКЦИЯ ҚИЛИНАДИГАН ОШҚОЗОН САРАТОННИ ДАВОЛАШДА НОАДЬЮВАНТ КИМЁТЕРАПИЯ

Д. Ш. Хасанов

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

Ошқозон саратони (ОС) касалликнинг биринчи босқичида ҳам ёмон прогноз ва қоникарсиз даволаш натижалари бўлган ўсмаларни англатади. Неоадьювант кимётерапия резекция қилинадиган ошқозон саратони билан оғриган беморларда даволаш натижаларини яхшилаш усулларидан бири бўлиши мумкин. 2020-2024 йиллар давомида тадқиқотда РИОРИАТМ АФ клиникасида радикал даволанган ошқозон саратонининг I-III босқичи бўлган 70 бемор иштирок этди. Барча беморлар 2 гуруҳга бўлинди. Кейинги яшовчанлиги ва погнози РИОРИАТМ АФ маълумотлар базасидан 2024 йил охирига келиб олинган. Икки гуруҳ ўртасидаги жаррохлик даволаш ва узок муддатли омон қолишнинг бевосита натижалари таққосланди.

NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY IN THE TREATMENT OF RESECTABLE GASTRIC CANCER

D. Sh. Khasanov

Andijan state medical institute, Andijan, Uzbekistan

Gastric cancer (GC) is a tumor with a poor prognosis and unsatisfactory treatment results, even at stage I of the disease. Neoadjuvant chemotherapy (NPCT) can be one of the ways to improve treatment outcomes in patients with resectable GC. During 2020-2024, the study included 70 patients with STAGE I-III GC who received radical treatment in the clinic of the RSSPMCOiR AF. All patients were randomized into 2 groups. Further survival status and the date of the last follow-up were obtained from the RSSPMCOiR AF database as of the end of 2024. The immediate results of surgical treatment and long-term survival were compared between the two groups.

Актуальность. Рак желудка (РЖ) занимает верхние ступени в структуре смертности от онкологических заболеваний [4]. РЖ классифицируется как опухоль с плохим прогнозом. У большинства пациентов с впервые выявленной патологией она неоперабельна, риск рецидива высок даже при лечении на ранних стадиях. Заболеваемость РЖ в Узбекистане остается высокой, летальность к году составляет 59,8% [2].

При РЖ стандартом хирургического лечения является гастрэктомия или субтотальная резекция желудка с обязательным объемом лимфатической диссекции D2 [6]. Неоадьювантная химиотерапия (НПХТ) может улучшить хирургические результаты. [6, 7]. Влияние адьювантной химиотерапии на 5-летнюю выживаемость не превышает 5–10% [3].

Существенных успехов в лечении местнораспространенного РЖ (T3–T4) достигнуто не было, а результаты лечения не отличаются от результатов 50-х годов прошлого века [8]. Рандомизированные контролируемые исследования показали, что почти треть пациентов с метастазами РЖ III стадии выявляются в течение первого года после радикальных (R0) хирургических вмешательств с лимфодиссекцией D2 [7, 10]. Таким образом, все большее значение приобретает комбинированное лечение и мультидисциплинарный подход к пациентам с РЖ. НПХТ является перспективным направлением исследований.

В этом исследовании мы оценили влияние предоперационной химиотерапии на исходы хирургических операций и отдаленную выживаемость пациентов с РЖ.

Материалы и методы. Рандомизированное исследование НПХТ в сравнении только с

хирургическим лечением пациентов с РЖ было проведено на базе РСНПМЦОиР АФ в отделении опухолей брюшной полости и забрюшинного пространства. Установленные критерии включения: 1) пациенты в возрасте от 18 до 70 лет с впервые выявленной нелеченной РЖ; 2) биопсия опухоли с морфологическим подтверждением аденокарциномы желудка; 3) клиническая стадия I–III (T1–4N0–1M0) заболевания согласно 7-й редакции классификации TNM [8]; 4) Удовлетворительное общее состояние онкологического пациента 0–1 по шкале Шкалы эффективности Восточной кооперативной онкологической группы (ECOG).

Всем пациентам группы НПХТ проводилась диагностическая лапароскопия с цитологическим исследованием абдоминального промывки для уточнения стадии, соответствующее исследование проводилось в группе первичного хирургического лечения до мобилизации опухоли. Пациенты обеих групп, у которых был обнаружен канцероматоз, отдаленные метастазы или положительные результаты цитологического исследования абдоминального лаважа (M1–M5U1), были исключены из исследования.

Пациенты I группы получали 3 цикла НПХТ по схеме ЭКФ: эпирубицин 50 мг/м внутривенно в первые сутки, цисплатин 60 мг/м внутривенно в первые сутки, 5-фторурацил в суточной дозе 200 мг/м — непрерывная внутривенная инфузия (1–21 дни).

Радикальная операция с D2-лимфодиссекцией была проведена через 21 день после окончания НПХТ. В обеих группах выбор резекции желудка и определение D2-зон лимфатической диссекции проводились в соответствии с японскими рекомендациями по лечению РЖ [23]. Адьювантная химиотерапия проводилась в обеих группах с подтверждением II или III стадии в соответствии с рекомендациями Национальной комплексной онкологической сети (NCCN) [3].

Результаты. За 2020–2024 годы в исследование включено 70 пациентов, соответствующих вышеуказанным критериям. Минимальная продолжительность наблюдения после операции составила 2,7 месяца в I группе против 0,1 месяца во II группе. При анализе 5-летней выживаемости в 2 группах отмечено статистически значимое преимущество комбинации НПХТ по сравнению с только хирургическим лечением. 5-летняя выживаемость в I группе составила 54,2% (95% доверительный интервал (ДИ) 43,1–68,2) и 40,5% (95% ДИ 31,4–52,1) для II группы соответственно. Таким образом, разница в 5-летней выживаемости пациентов между группами составила 13,7% (рис. 4, табл. 5). 5-летняя безрецидивная выживаемость составила 48,1 и 36,4% в I и II группах соответственно. В то же время НПХТ не имел значимого преимущества у пациентов с I стадией заболевания ($87,5 \pm 11,7$ против $86,3 \pm 7,7$, $p=0,82$).

Одной из существенных сложностей в лечении РЖ остается низкая чувствительность и специфичность лучевых методов диагностики при установлении стадии заболевания на предоперационном этапе [2, 8]. Точность эндоскопии, эндоскопического ультрасонографии и компьютерной томографии может варьировать от 67 до 87%, от 66 до 94% и от 33 до 92% соответственно [5] и быть еще ниже для пациентов с небольшими опухолями T1–2 [7]. Учитывая значительное количество полных и частичных регрессий опухоли в группе НПХТ (60,6%), такой подход может повысить радикальность резекции, что было отмечено в предыдущих исследованиях [1,5]. На сегодняшний день фактором благоприятного прогноза является возможность снижения стадии заболевания на предоперационном этапе, что позволяет применять малоинвазивные хирургические технологии, а также органосохраняющие операции. Учитывая небольшое количество пациентов с РЖ I стадии в нашем исследовании и отсутствие рандомизированных контролируемых исследований для этой группы пациентов, НПХТ на ранних стадиях требует дальнейшего изучения.

Выводы. НПХТ при РЖ улучшает отдаленную выживаемость без увеличения числа послеоперационных осложнений у пациентов с РЖ II и III стадии. НПХТ может быть рекомендован пациентам с местнораспространенными опухолями T3–T4 с целью улучшения резектабельности. Для окончательной оценки эффективности комбинированного лечения РЖ с использованием НПХТ рекомендуются дальнейшие рандомизированные исследования.

Использованная литература:

1. Аалтонен, Л. А., и Гамильтон, С. Р. (2000). Патология и генетика опухолей пищеварительной системы. Лион: Издательство МАИР.
2. Ан, Х. С., Ли, Х. Дж., Ю, М. В., Ким, С. Г., Им, Д., Ким, С. Х.,... Янг, Х. К. (2009). Диагностическая точность стадий Т и N с помощью эндоскопии, протокольной КТ желудка и эндоскопической ультразвуковой диагностики при раннем раке желудка. *J Surg Oncol*; 99(1), 20–27. DOI: 10.1002/JSO.21170.
3. Лядов В.К., Пардабекова О.А., Лядова М.А. Периоперационная химиотерапия рака желудка: состояние проблемы. *Современная онкология*. 2018;20(2):56–60.
4. Чен, Дж., Чонг, Д. Х., Юн, М. Дж., Ким, Д., Лим, Д. С., Хёнг, В. Дж., и Но, С. Х. (2005). Улучшение предоперационной стадии аденокарциномы желудка с помощью позитронно-эмиссионной томографии. *Рак*, 103(11), 2383–2390. DOI: 10.1002/CNCR.21074.
5. Каннингем, Д., Аллум, У. Х., Стеннинг, С., Томпсон, Д. Н., Ван де Вельде, К. Дж., Николсон, М., Chua, Y. J. (2006). Периоперационная химиотерапия в сравнении только с хирургическим вмешательством при резектабельном раке желудочно-пищеводного тракта. *Медицинский журнал Новой Англии*, 355 (1), 11–20. doi:10.1056/NEJMoa055531.
6. Диндо, Д., Демартинес, Н., и Клавьен, А. (2004). Классификация хирургических осложнений: новое предложение с оценкой в когорте из 6336 пациентов и результатами обследования. *Энн Сург*, 240(2), 205–213. DOI: 10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae.
7. Эдж, С. Б., и Комптон, К. С. (2010). Американский объединенный комитет по раку: 7-е издание руководства AJCC по стадированию рака и будущее TNM. *Анналы хирургической онкологии*, 17(6), 1471–1474. DOI: 10.1245/S10434-010-0985-4.
8. Shigeyuki T, Atsushi T, Hirofumi M. Lymph Node Dissection in Curative Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer. *International Journal of Surgical Oncology*. 2011:748745