

Анализ выживаемости больных раком кардиального отдела желудка в зависимости от законченного лечения

Берестов Никита Андреевич

Студент (специалист)

Ульяновский государственный университет, Институт медицины, экологии и физической культуры, Ульяновск, Россия
E-mail: mekeska2015@yandex.ru

Аннотация. В работе проведена оценка общей и безрецидивной выживаемости в зависимости от того, получили ли пациенты полный курс периоперационной химиотерапии или нет.

Актуальность. Лечение рака кардиального отдела желудка является актуальной проблемой современной онкологии.

Цель: провести сравнительный ретроспективный анализ комбинированного лечения рака кардиального отдела желудка.

Материал и методы: В данное исследование были включены пациенты с 1.01.2018 по 1.12.2024 года, которым было проведено комплексное лечение по поводу верифицированного рака кардиального отдела желудка по схеме FLOT в ГУЗ Областной клинический онкологический онкодиспансер г.Ульяновска. Всего в исследование было включено 55 пациентов, которым была выполнена резекция кардиального отдела желудка. Полный курс лечения (ПКЛ) включающий в себя 8 курсов химиотерапии до и после операции по схеме FLOT прошли 43 человека. Не полный курс лечения (НКЛ) включающий в себя 6 и менее курсов химиотерапии до и после операции прошли 12 человек.

Результаты исследования: Объем кровопотери в группе НКЛ и ПКЛ составила $M_e=125$ и $M_e=150$ соответственно. Количество удаленных лимфоузлов, в группе НКЛ (14 ± 12) и ПКЛ (17 ± 8) оказались статистически не значимы. Преимущества по времени выполнения оперативного вмешательства были продемонстрированы в группе ПКЛ ($p=0,029$).

При оценке анализа выживаемости при распределении пола, возраста, оценке по шкале Чарльсона, а так же сопутствующих заболеваний (АГ, СД, ИБС) не удалось выявить статистически значимых результатов.

Зависимость законченного лечения от стадий TNM так же не являлась статистически значимой ($p = 0,613$)

Анализ показал, что медиана срока дожития в группе не законченного лечения составила 13,0 месяцев от начала наблюдения (95% ДИ: 3,0 – ∞ месяцев), медиана срока дожития в группе законченного лечения не была достигнута. 75 процентиль срока дожития в группе не законченного лечения составил 7,0 месяцев от начала наблюдения (95% ДИ: 2,0 – 13,0 месяцев), 75 процентиль срока дожития в группе законченного лечения составил 18,0 месяцев от начала наблюдения (95% ДИ: 13,0 – 34,0 месяцев). Анализ показал, что 25 процентиль срока дожития в группе не законченного лечения не был достигнут, 25 процентиль срока дожития в группе законченного лечения не был достигнут.

Различия общей выживаемости, оцененные с помощью теста отношения правдоподобия, были статистически значимы ($p = 0,006$).

При оценке безрецидивной выживаемости анализ показал, что медиана срока дожития в группе не законченного лечения составила 16,00 месяцев от начала наблюдения (95% ДИ: 3,00 – 16,00 месяцев), медиана срока дожития в группе законченного лечения не была достигнута. 75 процентиль срока дожития в

группе не законченного лечения составил 10,00 месяцев от начала наблюдения (95% ДИ: 2,00 – 16,00 месяцев), 75 процентиль срока дожития в группе законченного лечения

не был достигнут. 25 процентиль срока дожития в группе не законченного лечения составил 16,00 месяцев от начала наблюдения (95% ДИ: 13,00 – 16,00 месяцев), 25 процентиль срока дожития в группе законченного лечения не был достигнут. Различия безрецидивной выживаемости, оцененные с помощью теста отношения правдоподобия, были статистически значимы ($p = 0,027$).

Вывод: полностью завершенное комбинированное лечение позволяет снизить риск развития рецидивов в послеоперационном периоде и повысить