

реакции. Совокупный иммунофенотип и морфология опухоли соответствовали нейроэндокринной опухоли молочной железы Grade 2.

Существование фокально-дифференцированных по нейроэндокринному типу опухолей ставит вопрос о реальной частоте такого типа новообразований, что особенно важно в контексте возникновения нейроэндокринных опухолей, не синтезирующих биологически активные агенты. При этом в связи с низкой частотой регистрации первичных новообразований такого типа накопленного опыта недостаточно как для оптимизации существующих клинических классификаций, так и для создания наиболее эффективного диагностического пути, в т.ч. в рамках морфологической диагностики.

Заключение. Первичные нейроэндокринные опухоли – редкое заболевание, поэтому единые стандарты лечения и прогноз до сих пор не разработаны. На данный момент единственным способом точно определить первичную нейроэндокринную опухоль молочной железы и отличить её от других возможных опухолей является гистологическое исследование с применением специфических иммуногистохимических маркеров, которые зачастую не применяются в качестве рутинного метода для уточнения дифференциальной диагностики в сложившейся клинической ситуации. Таким образом, возникает риск гиподиагностики в случаях неоплазий с фокальной дифференцировкой, что в некоторых случаях может определять прогноз и оптимальную терапевтическую тактику.

Список источников

1. Bhardwaj N, Rohilla M, Srinivasan R. Neither Russell nor Magenta bodies: A cytological dilemma in breast fine needle aspiration cytology. *Cytopathology*. 2022;33(5):650-653. doi:10.1111/cyt.13153
2. La Rosa S, Uccella S. Classification of neuroendocrine neoplasms: lights and shadows. *Rev Endocr Metab Disord*. 2021;22(3):527-538. doi:10.1007/s11154-020-09612-2
3. Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, et al. The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology*. 2020;76(2):182-188. doi:10.1111/his.13975
4. Tan PH, Ellis I, Allison K, et al. The 2019 World Health Organization classification of tumours of the breast. *Histopathology*. 2020;77(2):181-185. doi:10.1111/his.14091
5. Gallo M, Campione S, Di Vito V, et al. Primary Neuroendocrine Neoplasms of the Breast: Still Open Issues. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021;11:610230. Published 2021 Jan 26. doi:10.3389/fendo.2020.610230
6. Røge R, Nielsen S, Riber-Hansen R, Vyberg M. Impact of Primary Antibody Clone, Format, and Stainer Platform on Ki67 Proliferation Indices in Breast Carcinomas. *Appl Immunohistochem Mol Morphol*. 2019;27(10):732-739. doi:10.1097/PAI.0000000000000799

Способ прогнозирования развития перитонеального канцероматоза у пациентов после радикального лечения местнораспространенного рака желудка

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

Республиканский научно-практический центр онкологии
и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова

Белорусский государственный медицинский университет
ОИПИ Национальной Академии наук Беларуси

Резюме. Перитонеальный канцероматоз (ПК) является наиболее частым и неблагоприятным вариантом прогрессирования рака желудка (РЖ) после радикального лечения. Цель исследования – разработать модель индивидуальной оценки риска развития ПК для определения необходимости и сроков проведения лапароскопии second-look для улучшения качества диспансерного наблюдения радикально оперированных по поводу РЖ. Методы исследования. Проанализированы данные 1311 радикально оперированных в РНПЦ ОМР им. Н.Н.Александрова пациентов (pT2-4a-bN0-3M0, мужчин – 810 женщин – 501) в период 2008-2021 гг. Адьювантное лечение включало один из следующих вариантов: нормотермическая интраперитонеальная химиотерапия (ИХТ) и интраперитонеальная перфузионная термехимиотерапия (ИПТХТ), адьювантная полихимиотерапия (АПХТ), комбинация ИПТХТ+АПХТ. При построении модели учитывали: 1) наличие конкурирующих событий: смерть от причин, не связанных с РЖ, выявление отдаленных метастазов (без МПД), выявление второй злокачественной опухоли; 2) нарушение пропорциональности рисков, связанных с рядом предикторов:

АПХТ, рN, возраст >66 лет, макроскопическая форма роста опухоли. Результаты. На основании модели установлено: 1) снижение риска в возрасте >65 лет с каждым годом наблюдения – 2-й год $OR=0,53$ (95% ДИ 0,32–0,87), 3-5 год $OR=0,59$ (95% ДИ 0,37–0,92); 2) увеличение риска при рN1 в 1-й год – $OR=2,44$ (95% ДИ 1,41–4,24); 3) увеличение риска для рN2 в течение 1-го и 2-го года соответственно $OR=2,27$ (95% ДИ 1,27–4,05), $OR=1,95$ (95% ДИ 1,01–3,78), для рN3 $OR=3,96$ (95% ДИ 2,34–6,68); $OR=0,95$ (95% ДИ 0,52–1,75); 3) снижение риска после АПХТ в течение 1 года – $OR=0,21$ (95% ДИ 0,08–0,52); 5) снижение риска на протяжении 1-5 года после ИХТ в любом из использованных вариантов: НИХТ $OR=0,20$ (95% ДИ 0,09–0,45); ИИТХТ $OR=0,30$ (95% ДИ 0,18–0,50). Наличие различных факторов, определяющих вероятность ПК, определяет необходимость использования модели со стратифицированными по временным интервалам коэффициентами регрессии. Отмечена высокая прогностическая ценность модели (индекс конкордации – 0,798 (SE=0,011), значение AUC=0,835). Прогнозирование развития МПД после радикального лечения РЖ с учетом взаимодействия факторов неблагоприятного и благоприятного прогноза и различной интенсивности развития МПД в динамике наблюдения возможно с использованием модели, учитывающей непропорциональное изменение риска её развития.

Ключевые слова: прогнозирование; желудок; рак

Актуальность. Перитонеальный канцероматоз (ПК) является наиболее частым и неблагоприятным вариантом прогрессирования рака желудка (РЖ) после радикального лечения.

Цель исследования – разработать модель индивидуальной оценки риска развития ПК для определения необходимости и сроков проведения лапароскопии second-look для улучшения качества диспансерного наблюдения радикально оперированных по поводу РЖ.

Методы исследования. Проанализированы данные 1311 радикально оперированных в РНПЦ ОМР им. Н.Н.Александрова пациентов (pT2-4a-bN0-3M0, мужчин – 810 женщин – 501) в период 2008-2021 гг. Адьювантное лечение включало один из следующих вариантов: нормотермическая интраперитонеальная химиотерапия (ИХТ) и интраперитонеальная перфузионная термохимиотерапия (ИПТХТ), адьювантная полихимиотерапия (АПХТ), комбинация ИПТХТ+АПХТ. При построении модели учитывали: 1) наличие конкурирующих событий: смерть от причин, не связанных с РЖ, выявление отдаленных метастазов (без МПД), выявление второй злокачественной опухоли; 2) нарушение пропорциональности рисков, связанных с рядом предикторов: АПХТ, рN, возраст >66 лет, макроскопическая форма роста опухоли.

Результаты. На основании модели установлено: 1) снижение риска в возрасте >65 лет с каждым годом наблюдения – 2-й год $OR=0,53$ (95% ДИ 0,32–0,87), 3-5 год $OR=0,59$ (95% ДИ 0,37–0,92); 2) увеличение риска при рN1 в 1-й год – $OR=2,44$ (95% ДИ 1,41–4,24); 3) увеличение риска для рN2 в течение 1-го и 2-го года соответственно $OR=2,27$ (95% ДИ 1,27–4,05), $OR=1,95$ (95% ДИ 1,01–3,78), для рN3 $OR=3,96$ (95% ДИ 2,34–6,68); $OR=0,95$ (95% ДИ 0,52–1,75); 3) снижение риска после АПХТ в течение 1 года – $OR=0,21$ (95% ДИ 0,08–0,52); 5) снижение риска на протяжении 1-5 года после ИХТ в любом из использованных вариантов: НИХТ $OR=0,20$ (95% ДИ 0,09–0,45); ИИТХТ $OR=0,30$ (95% ДИ 0,18–0,50). Наличие различных факторов, определяющих вероятность ПК, определяет необходимость использования модели со стратифицированными по временным интервалам коэффициентами регрессии. Отмечена высокая прогностическая ценность модели (индекс конкордации – 0,798 (SE=0,011), значение AUC=0,835).

Выводы. Прогнозирование развития МПД после радикального лечения РЖ с учетом взаимодействия факторов неблагоприятного и благоприятного прогноза и различной интенсивности развития МПД в динамике наблюдения возможно с использованием модели, учитывающей непропорциональное изменение риска её развития.