

траперитонеальной химиотерапии в течение 1–5 года — НИХТ ОР 0,20 (95%ДИ 0,09–0,45), $p < 0,001$; ИИТХТ ОР 0,30 (95%ДИ 0,18–0,50), $p < 0,001$. Валидация прогностической модели, разработанной на основании изложенного выше, продемонстрировала её высокую прогностическую ценность и дискриминационную способность (индекс конкордации 0,798; AUC = 0,835).

Вывод: Развитие МПД после радикального лечения РЖ имеет неоднородную интенсивность в динамике наблюдения, зависящую от клинико-морфологических особенностей опухолевого процесса и объема проведенного противоопухолевого лечения. Индивидуализация наблюдения на основании оценки рисков по предложенной модели позволит принять обоснованные решения при определении показаний для выполнения лапароскопии second-look на этапе диспансерного наблюдения, что повысит результативность лечения РЖ при прогрессировании опухолевого процесса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ФОРМ РАКА ЖЕЛУДКА pT4a-bN0-3M0

М.Ю. Ревтович¹, А.В. Иванов², О.В. Красько³

Место работы: 1. УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь; 2. ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», Минск, Республика Беларусь; 3. Объединенный институт проблем информатики НАН Беларуси, Минск, Республика Беларусь

Эл. почта: mihail_revtovich@yahoo.com

Цель: Провести сравнительный анализ эффективности лечения рака желудка (РЖ) после применения различных вариантов интраперитонеальной химиотерапии и системной адъювантной полихимиотерапии (АПХТ).

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 441 радикально оперированного по поводу РЖ пациента (pT4a-bN0-3M0, R. Borrmann III–IV). В качестве адъювантного лечения использованы: нормотермическая интраперитонеальная химиотерапия (НИХТ) цисплатином 50 мг/м², перфузионная интраоперационная интраперитонеальная термохимиотерапия (ИИТХТ — цисплатин 50 мг/м² доксорубин 50 мг/м², 420С, 1 час), АПХТ (капецитабин по 1000 мг/м²; оксалиплатин 100 мг/м², 7–8 курсов), их комбинация. Для оценки отдаленных результатов использованы метод Каплана–Мейера, анализ конкурирующих рисков с оценкой кумулятивной инцидентности (КИ) прогрессирования, в том числе метастатической перитонеальной диссеминации (МПД).

Результаты и обсуждение: Установлено, что применение НИХТ, ИИТХТ, комбинации ИИТХТ АПХТ, а также АПХТ сопровождается снижением 3-летней КИ прогрессирования соответственно 35,5 ± 8,8%, 47,8 ± 6,2%, 17,6 ± 9,6%, 42,1 ± 8,3% (для сравнения только хирургическое лече-

ние — 57,0 ± 3,1%), в том числе КИ МПД — 12,9 ± 6,2%, 22,4 ± 5,1%, 0, 15,4 ± 5,9% (для сравнения только хирургическое лечение — 13,0 ± 2,1%); КИ МПД с другими метастазами — 3,2 ± 3,3%; 0; 0; 10,2 ± 4,9% (для сравнения только хирургическое лечение — 10,6 ± 1,9%).

Следствием комплексного подхода (комбинация ИИТХТ АПХТ) было статистически значимое увеличение показателей 3-летней общей выживаемости (ОВ) — 76,5 ± 10,3%, для сравнения в группах НИХТ, ИИТХТ, АПХТ, хирургического лечения ОВ составила соответственно 54,8 ± 8,9%, 52,2 ± 6,1%, 76,5 ± 10,3%, 60,4 ± 8,5%, 46,5 ± 3,1% (plog-rank = 0,004). 3-летняя выживаемость, свободная от диссеминации, в группах ИИТХТ АПХТ, НИХТ, ИИТХТ, АПХТ, хирургического лечения составила соответственно — 81,2 ± 9,8%; 61,5 ± 9,5%; 56,1 ± 6,3%; 66,5 ± 7,6% (plog-rank < 0,001). Возможность предупреждения развития МПД после проведения адъювантного лечения определяет необходимость учета его объема при прогнозировании МПД для обоснованного определения показаний для лапароскопий second-look.

Вывод: Для увеличения сроков ремиссии опухолевого процесса после радикального лечения инфильтративных форм РЖ целесообразно дополнение стандартного подхода (операция АПХТ) проведением перфузионной ИИТХТ.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГЛУБИНЫ ИНВАЗИИ СТЕНКИ ЖЕЛУДКА ПРИ РАКЕ ПО ДООПЕРАЦИОННЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ДАННЫМ

А.И. Потейко¹, М.Ю. Ревтович², О.В. Красько³

Место работы: 1. ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», Минск, Республика Беларусь; 2. УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь; 3. Объединенный институт проблем информатики НАН Беларуси, Минск, Республика Беларусь

Эл. почта: mihail_revtovich@yahoo.com

Цель: Разработать прогностическую модель оценки вероятности инвазии первичной опухолью серозной оболочки желудка на основании анализа дооперационных данных для оптимизации объема планируемых лечебных мероприятий и повышения результативности лечения рака желудка (РЖ).

Материалы и методы: Выполнен ретроспективный анализ результатов радикального лечения 1054 пациентов. Изучена взаимосвязь глубины инвазии опухолью стенки желудка (pT) с рядом дооперационных клинико-морфологических и лабораторных показателей (уровень фибриногена, абсолютное количество эритроцитов, тромбоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов, моноцитов, и их отношения). Построение модели выполнено на основе линейной ло-

гистической регрессии. В модель на тестовой выборке ($n = 527$) были включены факторы, продемонстрировавшие дискриминационную способность на основе нескольких алгоритмов отбора. Модель валидировалась на тестовой когорте с определением ранговой корреляции Соммерса (Dху), площади под кривой (AUC); индекса дискриминации D; уклона модели S. Клиническая валидация проводилась на основании оценки скорректированной выживаемости (СВ) по Каплан–Майеру ($S \pm SE$).

Результаты: Установлено, что факторами риска наличия рТ4 являются: размер первичной опухоли (натуральный логарифм) — ОШ 5,5 (95% ДИ 3,8–8,3), $p < 0,001$; инфильтративный вариант роста — ОШ 1,9 (95% ДИ 1,3–3,0), $p = 0,002$; тотально/субтотальное поражение желудка — ОШ 1,8 (95% ДИ 1,1–3,0), $p = 0,029$; некогезивная аденокарцинома — ОШ 1,7 (95% ДИ 1,1–2,9), $p = 0,029$; уровень фибриногена при повышении на 1 г/л — ОШ 1,5 (95% ДИ 1,2–1,8), $p < 0,001$. Значения других лабораторных показателей имеют ограниченное применение при прогнозировании рТ4.

Валидация модели продемонстрировала её высокую дискриминационную способность, индексы производительности на тестовой выборке: Dху — 0,651; AUC0,826; D — 0,355; S — 0,976. Клиническая валидация с построением кривых СВ для когорт рТ1–3 и рТ4 в зависимости от прогнозных категорий рТ, рассчитанных по модели, продемонстрировала, что в рамках патогистологических категорий рТ прогнозные значения соответствующей категории Т по модели дают информацию об особенностях клинического течения РЖ в отдаленные сроки после проведенного лечения.

Выводы: Применение разработанной модели позволяет повысить точность предоперационного прогнозирования инвазии серозной оболочки (рТ4), оптимизировать тактику ведения с учетом вероятности прогрессирования и прогнозировать клиническое течение РЖ.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПО РАЗРАБОТКЕ МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ БЕССОБЫТИЙНОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ НА ОСНОВЕ МИКРОРНК ПОСЛЕ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПО СХЕМЕ FOLFOX

Ян Синь, Ю. С. Агакина, Т. С. Куликов, Н. Ю. Афанасьев

Место работы: Университетская клиническая больница № 1 — ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Эл. почта: yangxinyi0125@gmail.com

Цель: Создание прогностической модели для оценки бессобытийной выживаемости пациентов с колоректальным раком (КРР), получающих адъювантную химиотерапию, с целью раннего выявления пациентов с высоким риском рецидива.

Материалы и методы: Данные о геномной экспрессии и клиническая информация были получены из наборов данных GSE217978 и GSE106584, хранящихся в базе данных GEO. В наборе данных GSE217978 содержатся сведения о секвенировании РНК 71 пациента с КРР, из которых у 30 произошел рецидив после адъювантной химиотерапии. В наборе данных GSE106584 представлены данные секвенирования РНК 156 пациентов, из которых рецидив произошел у 52 пациентов, прошедших адъювантную химиотерапию. Был выполнен анализ дифференциальной экспрессии для выявления микроРНК и мРНК, связанные с рецидивированием после адъювантной химиотерапии. При помощи регрессии LASSO были отобраны переменные для последующего однофакторного и многофакторного регрессионного анализа Кокса. Модель была визуализирована с помощью номограммы, а пациенты разделены на группы с низким и высоким риском на основании оптимального порогового значения. Различия в бессобытийной выживаемости между группами оценивались с помощью логрангового критерия. Предсказание точности модели проводилось с помощью ROC, калибровочной и решающей кривых. Контрольные микроРНК строились и анализировались miRWALK для прогнозирования мРНК-мишеней, которые затем объединялись с дифференциально экспрессированными мРНК из набора данных GSE106584 для построения цитоскапа регуляторной сети микроРНК-мРНК, связанной с бессобытийной выживаемостью после адъювантной терапии. Анализы обогащения GO и KEGG для дифференциально экспрессированных микроРНК и мРНК проводились с помощью miPath и DAVID.

Результаты: В наборах данных GSE217978 и GSE106584 было выявлено 31 микроРНК и 414 мРНК с измененной экспрессией. Регрессия LASSO позволила выявить 7 переменных, ценных для прогнозирования бессобытийной выживаемости. Однофакторный регрессионный анализ Кокса показал, что пять микроРНК (miR-144, miR-500a, miR-592, miR-942, miR-379) связаны с рецидивом КРР после адъювантной химиотерапии. На основе этих пяти микроРНК была построена прогностическая модель многофакторного анализа Кокса для расчета оценки риска, которая выглядит следующим образом: $Score = 0.003380 * miR1440.150653 * miR379-0.042411 * miR500a 0.0033134 * miR592-0.0063025 * miR942$.

Пороговое значение для разделения пациентов было равно -0.59 , что позволяет разделить их на группы с высоким и низким риском. Риск рецидива в группе с высоким риском значительно выше, чем в группе с низким риском [HR = 7.91, (95% CI: 3.35–18.65), $P < 0.001$]. Медиана бессобытийной выживаемости в группе высокого риска составила 23 месяца, тогда как в группе низкого риска она была больше периода наблюдения. Подгрупповой анализ показал, что пациенты младше 65 лет могут лучше соответствовать использованию данной модели. AUC для 1, 3 и 5 -летней бессобытийной выживаемости составляли 0.84, 0.88 и 0.89 соответственно, а C-Index со-



Malignant Tumors

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

Том 14
№ 3s1 • 2024

спецвыпуск

№ 1

МАТЕРИАЛЫ XXVIII Российского онкологического конгресса

12–14 ноября 2024

Москва

- 4 Консенсус по лечению больных псевдомиксомой брюшины
- 14 Редкие опухоли. Метастатический рак носоглотки
- 19 Меланомы слизистых оболочек органов пищеварения
- 26 Мезотелиома редких локализаций. Лучшее по материалам конференции iMig2023
- 35 Агрессивный фиброматоз
- 42 Современные возможности сохранения фертильности у пациенток молодого возраста. Взгляд онколога
- 49 Поздние осложнения противоопухолевой терапии. Фертильность. Решение проблемы
- 53 Редкие иммуноопосредованные нежелательные явления: клиническая характеристика, подходы к диагностике и лечению
- 63 Мультицентровое рандомизированное исследование пролонгированной антибиотикопрофилактики при цистэктомии в клиниках, работающих по протоколу раннего послеоперационного восстановления (ERAS)
- 72 Что надо знать о редко встречающихся возбудителях инфекций у онкологических больных?
- 80 Интеграция знаний об онкологических заболеваниях в учебный процесс на стоматологическом факультете
- 84 Профессиональная психологическая подготовка врачей-онкологов: мастер-класс
- 90 Тезисы постерных докладов и принятые к публикации