

УДК

А.В. ИВАНОВ¹, О.В. КРАСЬКО³, М.Ю. РЕВТОВИЧ²¹РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, г. Минск, Республика Беларусь²Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь³ОИПИ Национальной Академии наук Беларуси, г. Минск, Республика Беларусь

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

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, R. Borrmann III-IV, мужчин — 810 женщин — 501) в период 2008-2021 гг. Адъювантное лечение включало один из следующих вариантов: нормотермическая интраперитонеальная химиотерапия (ИХТ) и интраперитонеальная перфузионная термохимиотерапия (ИПТХТ), адъювантная 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, pN, 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 ОР=0,53 (95% ДИ 0,32—0,87), 3–5 год ОР=0,59 (95% ДИ 0,37–0,92); 2) уве-

личение риска при pN1 в 1-й год — ОР=2,44 (95% ДИ 1,41–4,24); 3) увеличение риска для pN2 в течение 1-го и 2-го года соответственно ОР=2,27 (95% ДИ 1,27–4,05), ОР=1,95 (95% ДИ 1,01–3,78), для pN3 ОР=3,96 (95% ДИ 2,34–6,68); ОР=0,95 (95% ДИ 0,52–1,75); 3) снижение риска после АПХТ в течение 1 года — ОР=0,21 (95% ДИ 0,08–0,52); 5) снижение риска на протяжении 1-5 года после ИХТ в любом из использованных вариантов: НИХТ ОР=0,20 (95% ДИ 0,09–0,45); ИИТХТ ОР=0,30 (95% ДИ 0,18–0,50). Разнонаправленное влияние различных факторов на МПД приводит к необходимости оценить период максимального риска её развития с учетом индивидуальных факторов пациента. Отмечена высокая прогностическая ценность модели (при валидации индекс конкордации — 0,798 (SE=0,011), значение AUC=0,835 свидетельствует о высокой способности модели к дискриминации в течение 5-летнего периода наблюдения).

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. Индивидуализация наблюдения и оценка риска развития МПД в соответствии с предложенной моделью позволяют обоснованно принимать решение о необходимости проведения лапароскопии second-look для раннего выявления МПД и проведения противоопухолевого лечения.

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**Сигаловские
чтения**

Казань • 3-4 апреля 2025