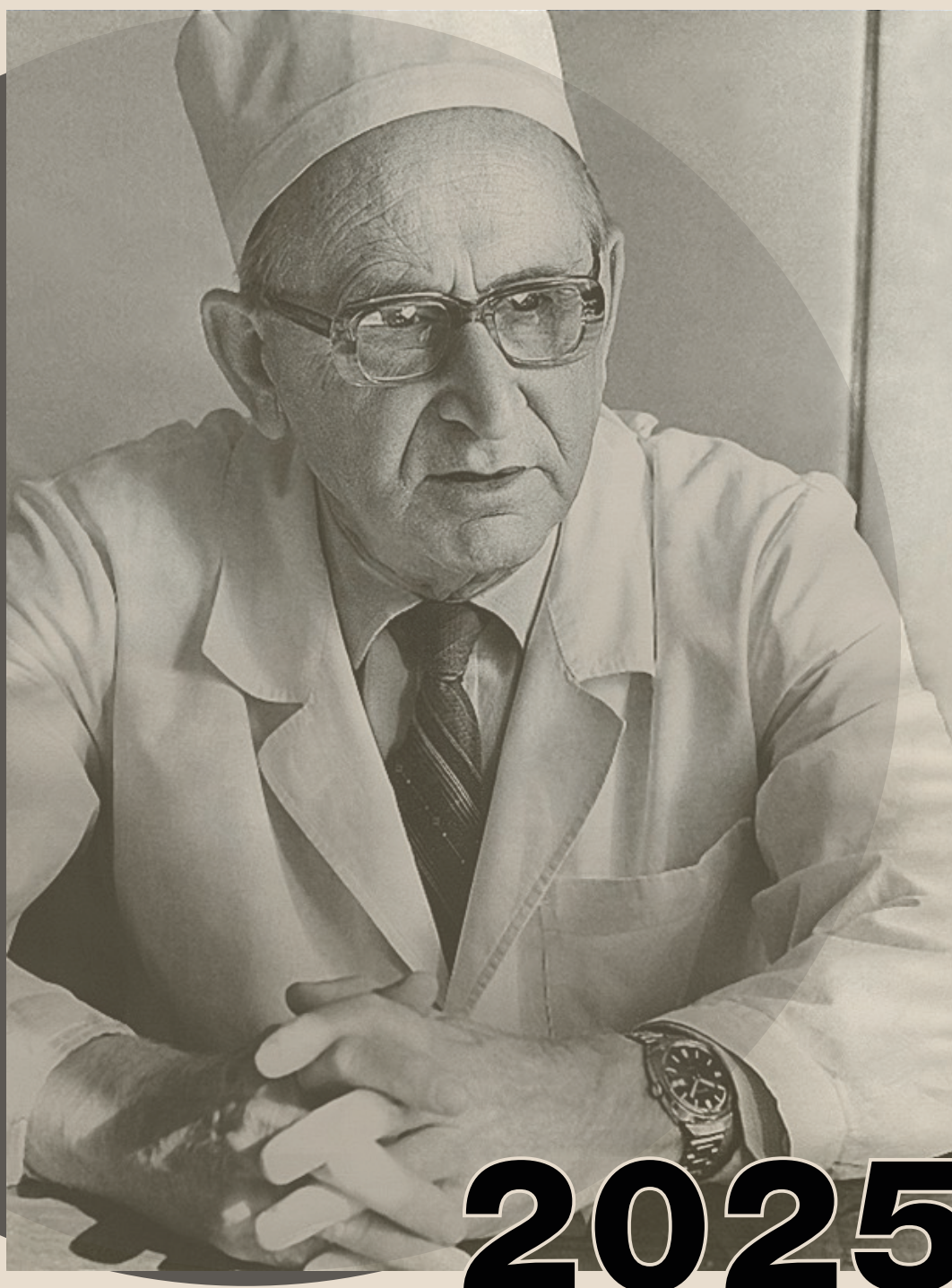


I МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ,
ПОСВЯЩЕННАЯ 105-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ М.З. СИГАЛА



Сигаловские Чтения

www.sigal-forum.ru



Место проведения:
РКОД, г. Казань

Дата проведения:
3-4 апреля 2025

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**Сигаловские
чтения**

Казань • 3-4 апреля 2025

УДК 616.3-006(082)
ББК 55.694.13я431
П 26

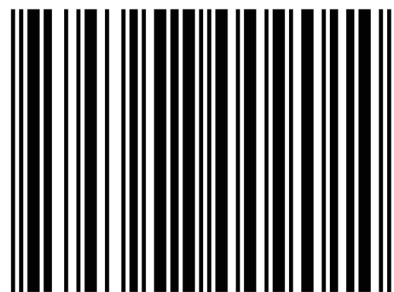
I международная научно-практическая конференция «Сигаловские чтения»: сборник тезисов (Казань, 3-4 апреля 2025 г.). — Казань: Медицинский издательский дом «Практика», 2025. — 14 с.

ISBN 908-5-908009-01-0

Ответственность за правильность, полноту и достоверность, научный и методический уровень сведений, содержащихся в публикуемых материалах, полностью возлагается на автора/авторов и публикуются в их редакции

Сборник материалов форума будет размещён на сайте
Научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU (РИНЦ)

ISBN 978-5-908009-01-0



© Медицинский издательский дом «Практика», 2025
Дизайн и верстка: Лена Штром

9 785908 009010 >

ОГЛАВЛЕНИЕ

Р.А. БАШИРОВ, С.А. РЫЖКИН, А.Ф. ЮСУПОВА, Л.Ф. ЗИГАНШИНА, А.А. МАЛОВ, В.О. БУРКОВ Возможности сцинтиграфического метода в исследовании гастроэзофагетальной зоны у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.....	4
Д.Н. БОГОМОЛОВ, В.Н. ОБОЛЕНСКАЯ, Н.Д. ГОРОХОВ Разнообразие форм метастатического поражения толстой кишки: опыт эндоскопической диагностики.....	5
Р.Р. ГАТЪЯТОВ, Н.А. ШАНАЗАРОВ, С.В. ЗИНЧЕНКО Эффективность свободного плеврально-жирового лоскута в профилактике бронхоплевральных свищей после анатомических резекций легкого по поводу злокачественных новообразований.....	7
А.А. ЖДАНОВА, Л.А. ХАЕРТДИНОВА Дерматологические реакции на фоне применения капецитабина: современные подходы к топической терапии.....	8
А.В. ИВАНОВ, М.Ю. РЕВТОВИЧ Влияние объема хирургического лечения на развитие метакронной перитонеальной диссеминации после радикального лечения рака желудка.....	9
А.В. ИВАНОВ, М.Ю. РЕВТОВИЧ Влияние клинко-морфологических особенностей опухолевого процесса на развитие метакронной перитонеальной диссеминации при раке желудка.....	10
А.В. ИВАНОВ, М.Ю. РЕВТОВИЧ Способ прогнозирования развития перитонеального канцероматоза у пациентов после радикального лечения местнораспространенного рака желудка.....	11
М.Ю. РЕВТОВИЧ, О.В. КРАСЬКО, Х.С. ХУСЕЙН Способ дооперационного прогнозирования инвазии серозной оболочки желудка при раке.....	12
М.Ю. РЕВТОВИЧ, О.В. КРАСЬКО, Х.С. ХУСЕЙН Дооперационное прогнозирование вероятности метастазов в регионарных лимфоузлах при раке желудка по клиническим данным.....	13

УДК

Р.А. БАШИРОВ, С.А. РЫЖКИН, А.Ф. ЮСУПОВА, Л.Ф. ЗИГАНШИНА,
А.А. МАЛОВ, В.О. БУРКОВ

Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Казань

Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

Казанский федеральный университет, г. Казань

Возможности сцинтиграфического метода в исследовании гастроэзофагетальной зоны у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Актуальность проблемы. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — широко распространенное хроническое рецидивирующее заболевание органов гастроэзофагеальной зоны, обусловленное нарушением их моторно-эвакуаторной функции и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод содержимого желудка, что может привести к развитию воспалительного процесса слизистой оболочки пищевода, возникновению её метаплазии (пищевод Баррета) и развитию аденокарциномы пищевода. Существует ряд методов для диагностики гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), оценки моторики пищевода и желудка, но не все методы широко распространены, доступны, и предоставляют возможность дать объективную полуголичественную оценку их транспортной функции. Сцинтиграфия — метод функциональной визуализации, заключающийся во введении в организм радиоактивных изотопов и получении двумерного изображения путём определения испускаемого ими излучения. Динамическая гастроэзофагеальная сцинтиграфия является не инвазивным, физиологичным, простым в исполнении методом, с низкой лучевой нагрузкой, позволяющим оценить транспортную функцию пищевода и желудка, продемонстрировать наличие ГЭР.

Цель работы. Изучить возможности сцинтиграфического метода у пациентов с гастроэзофагеальными нарушениями. Определить сцинтиграфические признаки выявленных гастроэзофагеальных нарушений.

Материалы и методы. 30 пациентов с подтвержденным диагнозом ГЭРБ вошли в основную группу, показатели нормы установлены на 10 пациентах с нормальной моторно-эвакуаторной функцией гастроэзофагеальной зоны. Критерии включения: диагноз ГЭРБ. Критериями исключения являлись — беременность, период лактации, пациенты с аха-

лазией кардии, подтвержденным отсутствием ГЭР, склеродермией.

Сцинтиграфическое исследование проводили с использованием радиофармпрепарата (РФП) «Технофит», меченого Tc^{99m} в суммарной дозе 100 МБк, который принимался per os с апельсиновым соком.

Исследование проводилось на гамма-камере Philips BrightView в два этапа. На первом этапе производилось исследование транспортной функции пищевода в режиме быстрой съемки, в течение 1 минуты, после проглатывания 15 мл меченого РФП апельсинового сока в горизонтальном положении. На втором этапе исследования производились выявления эпизодов ГЭР и оценка желудочной эвакуации в течение 30 мин после приема 300 мл меченого РФП апельсинового сока. Далее производилась визуальная оценка, анализ распределения РФП по времени в компьютерной программе Esophagus.

Результаты. В группе пациентов с ГЭРБ выявлено 24 пациента с признаками замедленного транзита через пищевод с удлинением времени прохождения жидкости через пищевод (ВПП) более 20 сек, 16 пациентов с эпизодами рефлюксов разной степени выраженности, 4 с характерными сцинтиграфическими признаками аксиальной ГПОД, у 3 выявлены признаки замедленной эвакуации из желудка.

Выводы. Динамическая гастроэзофагеальная сцинтиграфия позволяет оценить транспортную функцию пищевода, позволяет выявить сцинтиграфические признаки аксиальной ГПОД, визуализировать и дать количественную оценку рефлюксу и выявить нарушения эвакуаторной функции желудка для жидкой пищи. Она может эффективно демонстрировать нарушения моторики, поэтому может применяться в клинической практике, как дополнительный метод изучения функциональных нарушений гастроэзофагеальной зоны, мониторинге течения заболевания.

удк

Д.Н. БОГОМОЛОВ, В.Н. ОБОЛЕНСКАЯ, Н.Д. ГОРОХОВ

Областной клинический онкологический диспансер, г. Астрахань

Разнообразие форм метастатического поражения толстой кишки: опыт эндоскопической диагностики

Актуальность. Метастазирование в толстую кишку является достаточно редкой и мало освещённой в литературе патологией. При дифференциальной диагностике опухолевого поражения толстой кишки врач-эндоскопист может столкнуться с трудностями: сложные условия визуализации, неполный осмотр толстой кишки из-за сложной анатомии, недостаточно изученный анамнез, неосведомленность о вторичных очагах поражения толстой кишки.

Цель. Определение эндоскопической картины метастатической патологии толстой кишки и дифференциальная диагностика с другими злокачественными новообразованиями

Методы исследования. Нами проанализированы результаты более 10 тысяч колоноскопий, выполненных в отделении эндоскопии ГБУЗ АО ОКОД за 2021-2024 годы.

За данный период диагностировано 849 злокачественных новообразований толстой кишки, из которых в 23 случаях определено опухолевое поражение толстой кишки метастатического генеза. В наших наблюдениях отмечена следующая структура метастатических опухолей: 1 случай — метастазы рака шейки матки, 7 — метастазы рака яичников, 3 — метастазирование рака молочной железы, 9 — метастазы рака толстой кишки, 1 — метастаз рака почки, 1 — метастаз рака печени, 1 — метастаз меланомы. Все пациенты обследованы в разные сроки после проведения специализированного лечения по основному заболеванию (от полугода до 20 лет после достижения ремиссии). В 87% случаев метастатическое поражение было верифицировано щипцовой биопсией.

Результаты. Проанализировав 23 наблюдения метастатического поражения толстой кишки, мы пришли к выводу, что эндоскопическая картина метастатических опухолей толстой кишки весьма может быть весь разнообразной. Локализация данной патологии возможна во всех отделах толстой кишки. Встречались множественные очаги и одиночные образования; экзофитные опухоли (рис. 1 — метастаз светлоклеточного рака почки), небольшие изъязвления (рис. 2 — метастаз плоскоклеточного рака шейки матки в прямую кишку) и обширные инфильтративно-язвенные поражения, требующие дифференциальной диагностики с первичными новообразованиями и экстраорганный опухолевой инвазией (рис. 3.1, 3.2 — метастаз холангиокарциномы). Тем не менее, было отмечено, что в большинстве случаев метастазы представляют собой эндофитные новообразования плотной консистенции с разной степенью выраженности субэпителиального компонента (рис. 4 — метастаз рака молочной железы). Изъязвленная поверхность является следствием прогрессии образования. Эндоскопическая картина метастатического поражения толстой кишки во многом зависит от размера метастаза, глубины расположения и наличия интраэпителиальной инвазии. Макроскопических особенностей в зависимости от морфологии выявлено не было.

Выводы. Врачам-эндоскопистам, работающим с пациентами онкологического профиля, необходимо принимать во внимание возможность обнаружения сложных для диагностики метастатических опухолей толстой кишки. Выявление и верификация метастазов на ранней стадии развития позволит скорректировать схему специального лечения и улучшить прогноз.

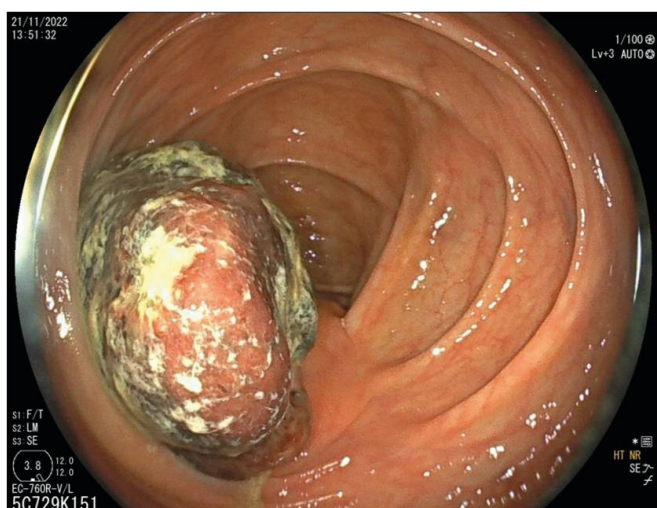


Рисунок 1. Метастаз светлоклеточного рака почки

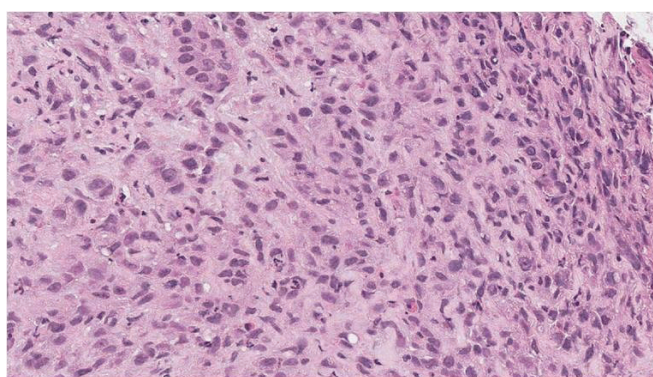
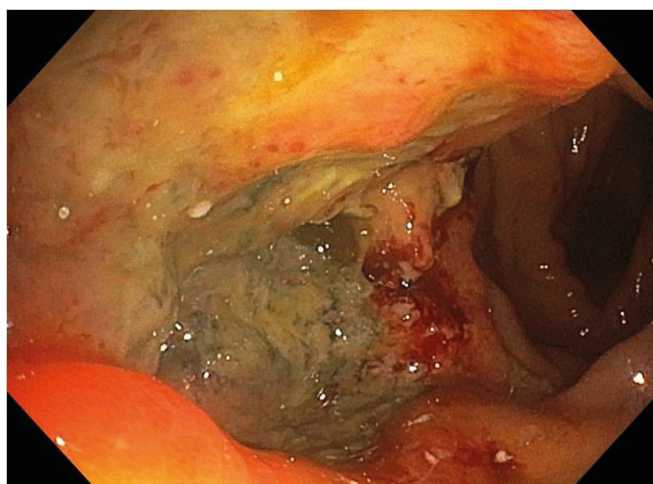


Рисунок 3.1, 3.2. Метастаз холангиокарциномы

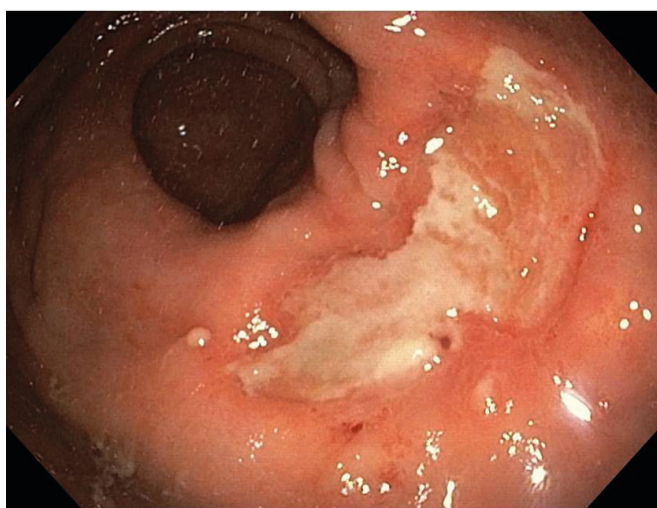


Рисунок 2. Метастаз плоскоклеточного рака шейки матки в прямую кишку

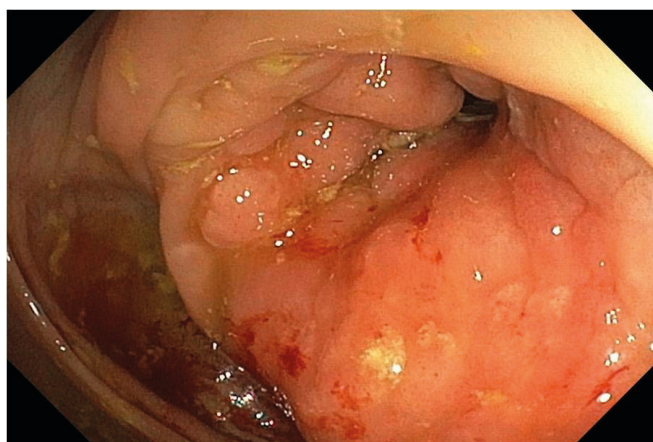


Рисунок 4. Метастаз рака молочной железы

УДК

Р.Р. ГАТЪЯТОВ, Н.А. ШАНАЗАРОВ, С.В. ЗИНЧЕНКО

¹Городская больница им. А.П. Силаева, г. Кыштым²РГП на ПХВ «Больница Медицинского центра Управления делами Президента РК», г. Астана, Республика Казахстан³Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань

Эффективность свободного плеврально-жирового лоскута в профилактике бронхоплевральных свищей после анатомических резекций легкого по поводу злокачественных новообразований

Введение. Одним из наиболее серьезных осложнений после анатомических резекций легкого являются бронхиальные свищи. В клиниках многих стран данное осложнение достигает 12%, летальность при этом достигает 50%. Методы профилактики данного осложнения продолжают развиваться. В настоящем исследовании продемонстрированы результаты хирургического лечения больных со злокачественными новообразованиями легких и бронхов.

Цель исследования. Профилактика возникновения бронхоплевральных свищей после анатомических резекций легкого по поводу злокачественных новообразований.

Материалы и методы. В ретро- и проспективное, одноцентровое когортное исследование были включены 200 пациентов со злокачественными новообразованиями легких. Всем больным выполнены хирургические вмешательства в объеме анатомических резекций легкого с систематической лимфодиссекцией — удаление доли или сегмента легкого. Все больные разделены на 2 группы по 100 человек: в I группу включены пациенты, которым выполнены операции с дополнительным укрытием бронхиальных швов свободным плеврально-жировым лоскутом, во II группу — без укрытия бронхиальных швов. Исследование проводилось в период с 2021 по 2024 годы в отделении торакальной онкологии ГАУЗ

«Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины».

Результаты. В группе больных с укрытием бронхиальных швов культы бронха и бронхиальных анастомозов мы не зафиксировали бронхо-плевральные свищи, хотя в 4 случаях была эмпиема плевры после длительного сброса воздуха.

В контрольной группе было 4 больных с эмпиемой плевры в послеоперационном периоде. В 1 случае после реторакотомии, санации, дренирования эмпиема плевры разрешилась без формирования бронхо-плеврального свища. В остальных 3 случаях эмпиема плевры стала причиной возникновения бронхо-плеврального свища, что в итоге привело к летальному исходу.

Выводы. Таким образом, очевидно улучшение непосредственных результатов хирургических вмешательств — укрытие бронхиального шва свободным плеврально-жировым лоскутом после анатомической резекции легкого по поводу ЗНО позволяет статистически значимо снизить вероятность развития бронхо-плеврального свища. Отграничение плеврально-жировым лоскутом бронхиального шва от стенки легочной артерии после верхней лобэктомии слева или средней лобэктомии справа является надежным методом профилактики аррозивного кровотечения из легочной артерии при несостоятельности бронхиального шва культы бронха.

УДК

А.А. ЖДАНОВА, Л.А. ХАЕРТДИНОВА

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ им. М.З. Сигала, г. Казань
Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань

Дерматологические реакции на фоне применения капецитабина: современные подходы к топической терапии

Актуальность. Терапия капецитабином по-прежнему остается актуальной и является одобренной для первой линии различных видов опухолей, включая рак желудка, прямой кишки и колоректальный рак. Пациенты, принимающие капецитабин, часто страдают от ладонно-подошвенной эритродизестезии (ЛПЭ). Частота развития ладонно-подошвенной эритродизестезии на фоне применения капецитабина составляет 60-74%, из них 17% пациентов имеют тяжелые формы ЛПЭ 3 степени по шкале NCI-CTCAE V.5.0. Хотя дерматологические реакции не являются фатальными, они вызывают значительный дискомфорт и влияют на качество жизни, требуя изменения режима противоопухолевой терапии. Все это подчеркивает актуальность и важность совершенствования восстановительной топической терапии пациентов, находящихся на лечении капецитабином.

Цель исследования: изучить современные научно-обоснованные подходы к ведению пациентов, принимающих капецитабин, для профилактики развития нежелательных дерматологических реакций.

Методы исследования: Проведен поиск, обзор, систематизация и анализ литературных источников в базах PubMed, Google Scholar, CyberLeninka. Отобраны статьи из рецензируемых журналов с наибольшим количеством цитирований и систематические обзоры.

Результаты. Установлено, что кожные побочные эффекты капецитабина обусловлены индуцированием гибели кератиноцитов эпидермиса за счет активации процессов каспазозависимого апоптоза, уменьшением толщины рогового слоя. Наряду с этим, доказано повреждение глубоких капилляров дермы, что приводит к реакции воспалительного типа ЦОГ, или связан с ферментами, участвующими в метаболизме капецитабина: тимидинфосфорилазой и дигидропиримидиндегидрогеназой.

Гистологически наблюдается спонгиоз, рассеянные некротические и дискератотические кератиноциты, вакуольная дегенерация базального слоя

эпидермиса. Изменения дермы включают расширенные кровеносные сосуды, сосочковый отек, поверхностный периваскулярный лимфогистиоцитарный инфильтрат.

Дерматологический процесс при ЛПЭ носит локализованный характер и представлен на коже ладоней и подошв выраженной эритемой, мелко- и крупнопластинчатым шелушением, микро- и макротрещинами, пузырьными элементами, эрозиями и язвами, субъективно больных беспокоят чувство онемения, жжения, парестезии, зуд различной степени интенсивности, болевые ощущения.

Профилактические мероприятия направлены на тщательный дерматологический осмотр пациентов, выявление факторов риска развития кожных реакций и их минимизацию, использование инновационных технологий ухода за кожей, в том числе поддерживающих целостность эпидермального барьера. В недавно проведенных исследованиях показана высокая эффективность топических нестероидных противовоспалительных средств (диклофенак гель 1%) с момента начала приема капецитабина. Сопроводительные технологии ведения подразумевают использование эмоленов, увлажняющих средств, кожных ревитализантов, топических нестероидных противовоспалительных средств (диклофенак мазь 1%) при начальных симптомах кожного процесса. Активная терапия в варианте назначения топических глюкокортикостероидных препаратов (ТГКС), комбинированных наружных препаратов, содержащих ТГКС и антибактериальный компонент, местно-анестезирующих средств, репаративных покрытий используется для лечения симптомов ЛПЭ.

Выводы. Современные научно-обоснованные подходы к ведению пациентов, находящихся на лечении капецитабином, доказывают важность тесного взаимодействия врача-онколога, врача-дерматолога и пациента на всех этапах курации, и позволяют предотвратить развитие тяжелых дерматологических реакций, требующих редукцию дозы капецитабина или прекращение противоопухолевой терапии, и являются залогом высокого уровня приерженности лечению.

удк

А.В. ИВАНОВ¹, М.Ю. РЕВТОВИЧ²¹РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, г. Минск, Республика Беларусь²Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Влияние объема хирургического лечения на развитие метакхронной перитонеальной диссеминации после радикального лечения рака желудка

Актуальность. Инициальные механизмы метакхронной перитонеальной диссеминации (МПД) могут быть запущены непосредственно во время радикальной хирургической операции по поводу рака желудка (РЖ) благодаря диссеминации опухолевых клеток в процессе мобилизации желудка и/или выполнения лимфодиссекции.

Цель исследования — оценить влияние объема радикальной операции и лимфодиссекции на развитие МПД при РЖ.

Методы исследования. Проанализированы отдаленные результаты лечения 1080 пациентов РЖ (pT1-4N0-3M0) без перехода опухоли на пищевод (мужчины — 647, женщины — 433) в зависимости от объема выполненной операции (проксимальная/дистальная субтотальная резекция желудка (СРЖ), n=639 / гастрэктомия (ГЭ), n=334; стандартная (СО) / комбинированная операция (КО), n=973/107) и объема выполняемой лимфодиссекции (ЛД) — D1 (n=151) или D2 (n=929). Оценены показатели выживаемости — скорректированная (СВ), выживаемость, свободная от диссеминации (ВСД) (метод множительных оценок Каплана — Мейера), кумулятивной инцидентности (КИ) МПД.

Результаты. Установлено статистически значимое снижение показателей выживаемости с увеличением объема выполняемых операций с минимальными их значениями после комбинированных операций: 1) СВ — $76,2 \pm 1,8\%$ (СРЖ), $58,5 \pm 2,9\%$ (ГЭ),

$40,0 \pm 5,2\%$ (КО), $p_{\log\text{-rank}} < 0,001$; 2) ВСД — $74,3 \pm 1,8\%$ (СРЖ), $55,8 \pm 2,9\%$ (ГЭ), $39,5 \pm 5,2\%$ (КО), $p_{\log\text{-rank}} < 0,001$. Анализ показателей выживаемости не позволил оценить влияние отдельных факторов на развитие МПД, в связи с этим проведен анализ КИ МПД. Отмечено увеличение 5-летней КИ МПД ($p_{\text{Gray}} < 0,001$) после КО $36,8 \pm 4,7\%$ vs СО — ГЭ ($21,6 \pm 2,3\%$), СРЖ ($11,1 \pm 1,2\%$); и кумулятивная инцидентность сочетания МПД с другими отдаленными лимфогематогенными метастазами ($p_{\text{Gray}} = 0,022$) — после КО $9,4 \pm 2,9\%$ vs СО ГЭ и СРЖ — $9,3 \pm 1,6\%$; $5,0 \pm 0,9\%$. Оценка результатов выполнения ЛД при наличии метастазов в регионарных лимфоузлах (pN+) и при их отсутствии (pN0) определило увеличение КИ у пациентов когорты pN+ — ЛД D1 с $8,3 \pm 2,8\%$ (pN0) до $29,1 \pm 6,2\%$ (pN+), $p_{\text{Gray}} < 0,05$; после ЛД D2 — с $9,4 \pm 1,3\%$ (pN0) до $27,3 \pm 2,1\%$ (pN+), $p_{\text{Gray}} < 0,05$.

Выводы. Оценка показателей выживаемости не позволяет оценить возможное влияние варианта хирургического лечения и его объема на конкретный вариант прогрессирования РЖ. Это определяет целесообразность оценки кумулятивной инцидентности отдельных вариантов прогрессирования РЖ. С увеличением объема выполняемой операции, что обусловлено распространенным опухолевым процессом и более интенсивной интраперитонеальной диссеминацией опухолевых клеток, а также при выполнении лимфодиссекции в условиях метастатических изменений регионарных лимфоколлекторов, отмечено увеличение кумулятивной инцидентности МПД.

УДК

А.В. ИВАНОВ¹, М.Ю. РЕВТОВИЧ²¹РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, г. Минск, Республика Беларусь²Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Влияние клинико-морфологических особенностей опухолевого процесса на развитие метакхронной перитонеальной диссеминации при раке желудка

Введение. Недостаточная эффективность традиционного подхода с назначением системного лекарственного лечения для предупреждения развития метакхронной перитонеальной диссеминации (МПД) при раке желудка (РЖ) диктует необходимость оценки вероятности её появления для дифференцированного подхода к назначению интраперитонеальной химиотерапии в прогностически неблагоприятной когорте.

Цель исследования — оценить влияние клинико-морфологических особенностей опухолевого процесса на развитие МПД при РЖ.

Методы исследования. Для оценки отдаленных результатов лечения 1080 пациентов, страдавших РЖ (pT1-4N0-3M0) использованы метод множительных оценок Каплан — Мейера для оценки показателей выживаемости. Выполнена оценка кумулятивной инцидентности (КИ) ряда неблагоприятных событий, выступающих в качестве конкурирующих в течение послеоперационного периода — МПД, в том числе при сочетании её с другими отдаленными метастазами (МТС).

Результаты. Установлено, что традиционный анализ показателей выживаемости не позволяет оценить влияние тех или иных факторов на развитие вариантов МПД, в том числе и при сочетании её с другими вариантами прогрессирования РЖ. 5-летняя КИ МПД превалирует при: а) субтотальном поражении — в случае дистальной локализации опухоли в сравнении с локализацией опухоли в

теле или в дистальном отделе желудка — $27,6 \pm 2,9\%$ vs $14,9 \pm 1,9\%$, $12,3 \pm 1,6\%$ ($p < 0,001$); б) инфильтративных формах роста (инфильтративно-язвенная — $23,5 \pm 1,9\%$; диффузно-инфильтративная — $17,0 \pm 2,3\%$) в сравнении с экзофитными (блюдцеобразная — $6,7 \pm 1,5\%$; полиповидная — $3,1 \pm 3,1\%$) — $p < 0,001$, в том числе при сочетании МПД с другими метастазами (МПД+МТС) соответственно — $9,4 \pm 1,3\%$ и $7,3 \pm 1,6\%$ vs $2,5 \pm 0,9\%$ и 0 ($p < 0,003$); в) инвазии первичной опухолью глубже подслизистого слоя — pT2 ($20,2 \pm 3,1\%$), pT3 ($29,1 \pm 2,3\%$), pT4 ($34,0 \pm 5,0\%$) vs pT1 ($1,4 \pm 0,6\%$) — $p < 0,001$; МПД+МТС — $6,6 \pm 1,9\%$, $11,5 \pm 1,6\%$, $7,7 \pm 2,8\%$ vs pT1 ($2,5 \pm 0,7\%$) — $p < 0,001$; г) pN+ — pN1 ($22,0 \pm 2,9\%$), pN2 ($22,5 \pm 3,6\%$), pN3 ($34,9 \pm 3,9\%$) vs pN0 ($9,1 \pm 1,2\%$) — $p < 0,001$; МПД+МТС — $4,4 \pm 1,4\%$, $13,8 \pm 3,0\%$, $34,9 \pm 3,9\%$ vs c pN0 ($2,7 \pm 0,7\%$) — $p < 0,001$; д) некогезивной аденокарциноме ($21,7 \pm 1,7\%$) vs когезивной ($10,5 \pm 1,4\%$) — $p < 0,001$, МПД+МТС соответственно — $7,8 \pm 1,1\%$ vs $5,4 \pm 1,0\%$, $p = 0,05$.

Выводы. Общепринятый подход с оценкой показателей выживаемости не позволяет оценить вклад отдельных факторов на развитие МПД, что диктует необходимость использования анализа конкурирующих рисков с оценкой кумулятивной инцидентности событий (в том числе МПД), выступающих в качестве конкурирующих в течение послеоперационного периода. Этот же анализ должен быть использован при разработке прогностических моделей для оценки риска наступления неблагоприятных событий, в данном случае МПД.

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 $OR=0,53$ (95% ДИ 0,32—0,87), 3–5 год $OR=0,59$ (95% ДИ 0,37–0,92); 2) уве-

личение риска при pN1 в 1-й год — $OR=2,44$ (95% ДИ 1,41–4,24); 3) увеличение риска для pN2 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 pN3 $OR=3,96$ (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). 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.

УДК

М.Ю. РЕВТОВИЧ¹, О.В. КРАСЬКО², Х.С. ХУССЕЙН¹¹Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь²ОИПИ Национальной Академии наук Беларуси, г. Минск, Республика Беларусь

Способ дооперационного прогнозирования инвазии серозной оболочки желудка при раке

Актуальность. Возможность прогрессирования рака желудка (РЖ) с развитием метастатической перитонеальной диссеминации (МПД) в случае наличия инвазии серозной оболочки (pT4) диктует необходимость прогнозирования pT4 на дооперационном этапе для дооперационного планирования интраперитонеальной химиотерапии.

Цель исследования — разработать прогностическую модель для оценки вероятности инвазии первичной опухолью серозной оболочки желудка при раке на основании анализа дооперационных данных для повышения результативности лечения РЖ.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ результатов радикального лечения 1054 пациентов (pT2-4a-bN0-3M0). Изучена взаимосвязь глубины инвазии первичной опухолью стенки желудка (pT) с рядом клинико-морфологических и предоперационных лабораторных показателей — уровень фибриногена, общий анализ крови, ряд клеточных индексов (отношения абсолютного количества нейтрофилов к лимфоцитам (NLR), тромбоцитов к лимфоцитам (PLR), лимфоцитов к моноцитам (LMR), уровня фибриногена (g/L) к лимфоцитам ($\times 10^9/L$) (FLR), уровня фибриногена (g/L) к тромбоцитам ($\times 10^9/L$) (FPR). Общая выборка разделена случайным образом на две когорты — тестовую (n=527) и обучающую (n=527). На обучающей когорте построена логистическая регрессия для прогноза вероятности инвазии серозной оболочки, применен алгоритм пошагового снижения размерности (backward stepwise). Валидация модели выполнена на тестовой когорте с определением параметров производительности, клиническая валидация — на основании оценки скорректированной выживаемости

(СВ) по Каплан-Майеру. Расчеты проводились в статистическом пакете R, версия 4.3.

Результаты. Факторами риска наличия у пациентов с РЖ pT4 являются: размер первичной опухоли (натуральный логарифм) — ОШ 5,5 (95% ДИ 3,8–8,3), $p<0,001$; инфильтративный вариант макроскопической формы роста — ОШ 1,9 (95% ДИ 1,3–3,0), $p=0,002$; неогезивная аденокарцинома (high grade) — 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 индексов производительности модели составили: ранговая корреляция Соммерса (Dxy) — 0,651; AUC — 0,826; индекс дискриминации D — 0,355; уклон модели S — 0,976, свидетельствуя о хорошей дискриминационной способности и высокой прогностической точности модели. Дополнительная клиническая валидация с построением кривых СВ для категорий pT1-3 и pT4 в зависимости от прогнозных категорий pT, рассчитанных по модели, продемонстрировала, что в рамках существующих патогистологических категорий pT прогнозные значения соответствующей категории по модели дают дополнительную информацию об особенностях клинического течения РЖ в отдаленные сроки после проведенного лечения.

Выводы. Применение разработанной модели позволяет: а) повысить точность предоперационного прогнозирования инвазии серозной оболочки (pT4) при РЖ — индекс конкордации 0,826 (95% ДИ 0,78–0,86); б) прогнозировать клиническое течение местнораспространенного РЖ, создавая предпосылки для адекватного дооперационного планирования лечения на основании имеющейся вероятности прогрессирования опухолевого процесса.

УДК

М.Ю. РЕВТОВИЧ¹, О.В. КРАСЬКО², Х.С. ХУССЕЙН¹¹Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь²ОИПИ Национальной Академии наук Беларуси, г. Минск, Республика Беларусь

Дооперационное прогнозирование вероятности метастазов в регионарных лимфоузлах при раке желудка по клиническим данным

Актуальность. Сложности дооперационного N-стадирования рака желудка (РЖ) создают предпосылки для нерационального подхода к планированию лечения. Возможным вариантом повышения точности дооперационной оценки состояния регионарных лимфоколлекторов при РЖ является разработка и использование прогностических моделей.

Цель исследования — разработать модель дооперационной оценки вероятности метастатического поражения регионарных лимфоузлов (pN+) при РЖ по клиническим данным.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов радикального лечения 1054 пациентов с РЖ. Для построения прогностической модели на основе линейной логистической регрессии общая выборка пациентов была разделена случайным образом на тестовую и обучающую когорты. На обучающей когорте построена логистическая регрессия для прогноза вероятности инвазии серозной оболочки, применен алгоритм пошагового снижения размерности (backward stepwise). Валидация модели выполнена на тестовой когорте с определением параметров производительности модели. Клиническая валидация проведена на основании оценки скорректированной выживаемости (СВ) по Каплан — Майеру. Все расчеты проводились в статистическом пакете R, версия 4.3.

Результаты. Факторами риска наличия pN+ являются: возраст — ОШ 1,02 (95% ДИ 1,0–1,04 на

один год, $p=0,040$; размер первичной опухоли (натуральный логарифм) — ОШ 1,8 (95% ДИ 1,4–2,4), $p<0,001$; инфильтративный вариант макроскопической формы роста — ОШ 1,9 (95% ДИ 1,3–2,9), $p=0,001$; неогезивный вариант аденокарциномы — ОШ 1,6 (95% ДИ 1,0–2,4), $p=0,051$; подозрение на наличие метастатического поражения регионарных лимфоузлов по данным предоперационного обследования — ОШ 4,0 (95% ДИ 2,6–6,2), $p<0,001$. Разработана прогностическая модель, индекс конкордации (AUC для тестовой когорты) — 0,778 (95% ДИ 0,739–0,820), индексы производительности: Соммерса (Dxy) — 0,556; дискриминации (D) — 0,256; U = – 0,003; S = 1,052, что свидетельствует о хорошей дискриминационной способности и высокой прогностической точности модели. Клиническая валидация с построением кривых СВ для когорт pN+ и pN0 продемонстрировала их прогностическую неоднородность и преимущества определения прогнозных значений prN по модели для оценки особенностей клинического течения РЖ.

Выводы. Комплексный учет клинико-морфологических особенностей опухолевого процесса, а также возраста пациента, при применении разработанной прогностической модели позволяет повысить точность дооперационного N-стадирования. Последнее создает предпосылки для оптимизации тактики ведения пациентов с РЖ за счет рационального дооперационного планирования объема противоопухолевого лечения.

[illegible]



WWW.SIGAL-FORUM.RU