

лимфогематогенных метастазов было сопоставимым 8/54 (14,8%) против 5/62 (8,1%) в группе контроля ($p=0,603$). Отмечена тенденция в увеличении показателей выживаемости, свободной от диссеминации ($p_{\log\text{-rank}}=0,064$).

Заключение. Интраперитонеальное использование цисплатина, депонированного на монокарбоксицеллюлозе, при лечении РЖ характеризуется удовлетворительной переносимостью, приемлемым количеством осложнений и тенденцией в увеличении показателей выживаемости, что позволяет рассчитывать на получение благоприятных отдаленных результатов.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

М. Ю. Ревтович¹, О. Г. Суконко¹, О. В. Красько²

¹Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова, г. Минск, Республика Беларусь

²Объединенный институт проблем информатики НАН Беларуси, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. На сегодняшний день в литературе не описано методов оценки вероятности прогрессирования рака желудка (РЖ) с формированием перитонеальной диссеминации. В связи с этим представляется целесообразным создание прогностических моделей для выделения когорты пациентов с благоприятным прогнозом, по отношению к которым будет оправдана выжидательная тактика, и с предположительно неблагоприятным течением опухолевого процесса, в отношении которых будет оправдана более агрессивная лечебная тактика.

Цель: повысить точность прогнозирования риска развития перитонеального канцероматоза после радикального хирургического лечения РЖ.

Материал и методы. В исследование были включены 1065 пациентов, радикально оперированных по поводу РЖ (мужчин – 640 (60,1%), женщин – 425 (39,9%); возраст пациентов – от 23 до 89 лет, в среднем 63 ± 12 лет). Степень распространенности

опухолевого процесса: pT1N0-3 – 231 пациент, pT2N0-3 – 206, pT3N0-3 – 165, pT4N0-3 – 463. Для установления совместного влияния ряда факторов (пол, возраст, степень распространенности опухолевого процесса (pTN) макроскопическая форма роста первичной опухоли, степень злокачественности опухолевых клеток (G), характер перенесенной операции, объем лимфодиссекции (D1, D2)) на прогрессирование заболевания с развитием перитонеальной диссеминации проведен многофакторный анализ (модель Файна и Грея).

Результаты. В результате многофакторного анализа установлено, что на прогрессирование опухолевого процесса с формированием перитонеальной диссеминации оказывают влияние: 1) метастатическое поражение регионарного лимфоколлектора: pN1 – ОР 1,4 (95% ДИ 0,9-2,2), $p=0,092$; pN2 – ОР 1,6 (95% ДИ 1,0-2,4), $p=0,030$; pN3 – ОР 2,6 (95% ДИ 1,8-3,8), $p<0,001$; 2) инфильтративные формы РЖ: диффузно-инфильтративный – ОР 2,4 (95% ДИ 1,6-3,8), $p<0,001$; язвенно-инфильтративный – ОР 3,5 (95% ДИ 2,4-5,1), $p<0,001$; 3) инвазия мышечной оболочки стенки желудка и более глубоких её слоев: pT2 – ОР 12,1 (95% ДИ 1,6-93,4), $p=0,017$; pT3 – ОР 35,2 (95% ДИ 4,8-258,6), $p<0,001$; pT4 – ОР 44,4 (95% ДИ 6,1-321,5), $p<0,001$. Таким образом, наличие вышеперечисленных факторов риска у пациентов, страдающих раком желудка, обуславливает недостаточную эффективность радикального хирургического лечения, поскольку при отсутствии адъювантного компонента не предотвращает последующее прогрессирование заболевания, в том числе с развитием перитонеальной диссеминации. Последнее обосновывает необходимость прогнозирования данного варианта прогрессирования уже на этапе хирургического лечения для выбора метода предупреждения прогрессирования с учетом установленного его риска (вероятности). По результатам модели построена номограмма для расчета ожидаемой вероятности прогрессирования РЖ с формированием перитонеальной диссеминации. Валидация модели осуществлялась с помощью бутстрепинга с 5000 повторами. Индекс конкордации составил 0,81. Каждому из использованных в номограмме факторов

присвоено определенное количество баллов, а итоговая сумма баллов определяет вероятность одного из вариантов прогрессирования РЖ после радикального хирургического лечения в сроки от 1 до 3 лет, при этом учитывается вероятность развития прогрессирования рака желудка с учетом прогностических групп, рассчитанных по формуле. Выбор периода прогнозирования вероятности прогнозирования канцероматоза 1-3 года обусловлен тем, что абсолютное количество случаев прогрессирования рака желудка после хирургического вмешательства наблюдается в течение первых 2 лет после операции. Наличие высокой вероятности прогрессирования РЖ диктует необходимость комплексного подхода в лечении местнораспространенного РЖ.

Заключение. Хирургический метод лечения при местнораспространенном раке желудка является относительно радикальным, поскольку в разные сроки после радикального хирургического лечения возможно развитие прогрессирования заболевания вне зависимости от исходной степени распространенности опухолевого процесса. Предложенная номограмма позволяет прогнозировать ожидаемую вероятность развития перитонеальной диссеминации у радикально оперированных по поводу рака желудка пациентов сразу же после морфологического уточнения степени распространенности опухолевого процесса. Это позволит индивидуализированно подойти к планированию адъювантного лечения, направленного на профилактику развития перитонеального канцероматоза.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Синило С. Б., Третьяк С. И., Ращинская Н. Т., Гузов С. С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Злокачественное поражение желчного пузыря встречается у 1-2% пациентов, оперированных по поводу заболеваний желчного пузыря. Продолжительность жизни в течение 5 лет после операций составляет всего лишь 1-5%. За