

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель Министра

 И.Г.Лосицкий

2018 г.

Регистрационный № 025-0318



**МЕТОД ПОСТОПЕРАЦИОННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ
ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ
ДИССЕМИНАЦИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской
радиологии им. Н.Н. Александрова»

АВТОРЫ: к.м.н., доц. М.Ю. Ревтович, д.м.н., проф. О.Г. Суконко

Минск, 2018

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод постоперационного определения вероятности развития перитонеальной диссеминации после радикального хирургического лечения рака желудка, который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на лечение рака желудка, и который позволит улучшить результаты лечения пациентов, страдающих раком желудка.

Инструкция предназначена для врачей-онкологов и иных врачей-специалистов учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам, страдающим раком желудка, в стационарных и/или амбулаторных условиях.

Перечень необходимых медицинских изделий: не требуется.

Показания к применению метода: рак желудка pT1-4N0-3M0.

Противопоказания к применению: отсутствуют.

Технология использования предлагаемого метода

1. Определить макроскопическую форму роста первичной опухоли: язвенно-инфильтративная, диффузно-инфильтративная, полиповидная или блюдцеобразная.

2. Гистологически оценить степень метастатического поражения регионарного лимфоколлектора pN: pN1 – метастазы в 1-2 регионарных лимфоузлах; pN2 – метастазы в 3-6 регионарных лимфоузлах; pN3 – метастазы в 7 или более регионарных лимфоузлах.

3. Гистологически оценить глубину прорастания первичной опухолью стенки желудка pT: pT1 – инвазия опухолью слизистой

оболочки и/или подслизистого слоя; pT2 – инвазия опухолью мышечной оболочки желудка; pT3 – инвазия опухолью субсерозного слоя; инвазия опухолью серозной оболочки желудка (pT4a) или инвазия опухолью соседних структур – селезёнки и/или поперечно-ободочной кишки, и/или печени, и/или диафрагмы, поджелудочной железы, и/или брюшной стенки, и/или надпочечника, и/или почки, и/или тонкой кишки, и/или забрюшинного пространства (pT4b).

4. Определить ожидаемую вероятность развития перитонеальной диссеминации по номограмме (рисунок 1):

4.1 Найти значения показателей пациента на каждой оси.

4.2 Провести вертикальные линии до верхней оси «Баллы» и определить количество баллов, соответствующее каждому показателю.

4.3 Суммировать баллы и найти полученный суммарный балл на линии «Сумма баллов».

4.4 Провести вертикальную линию вниз до шкал «1-летняя, 2-летняя, 3-летняя вероятность (p)». Полученное число будет равно искомой вероятности развития перитонеальной диссеминации на протяжении трех лет с момента радикальной операции: при сумме баллов более 160 прогнозируют высокую вероятность развития перитонеальной диссеминации; от 115 до 159 – промежуточную вероятность; от 0 до 114 – низкую вероятность.

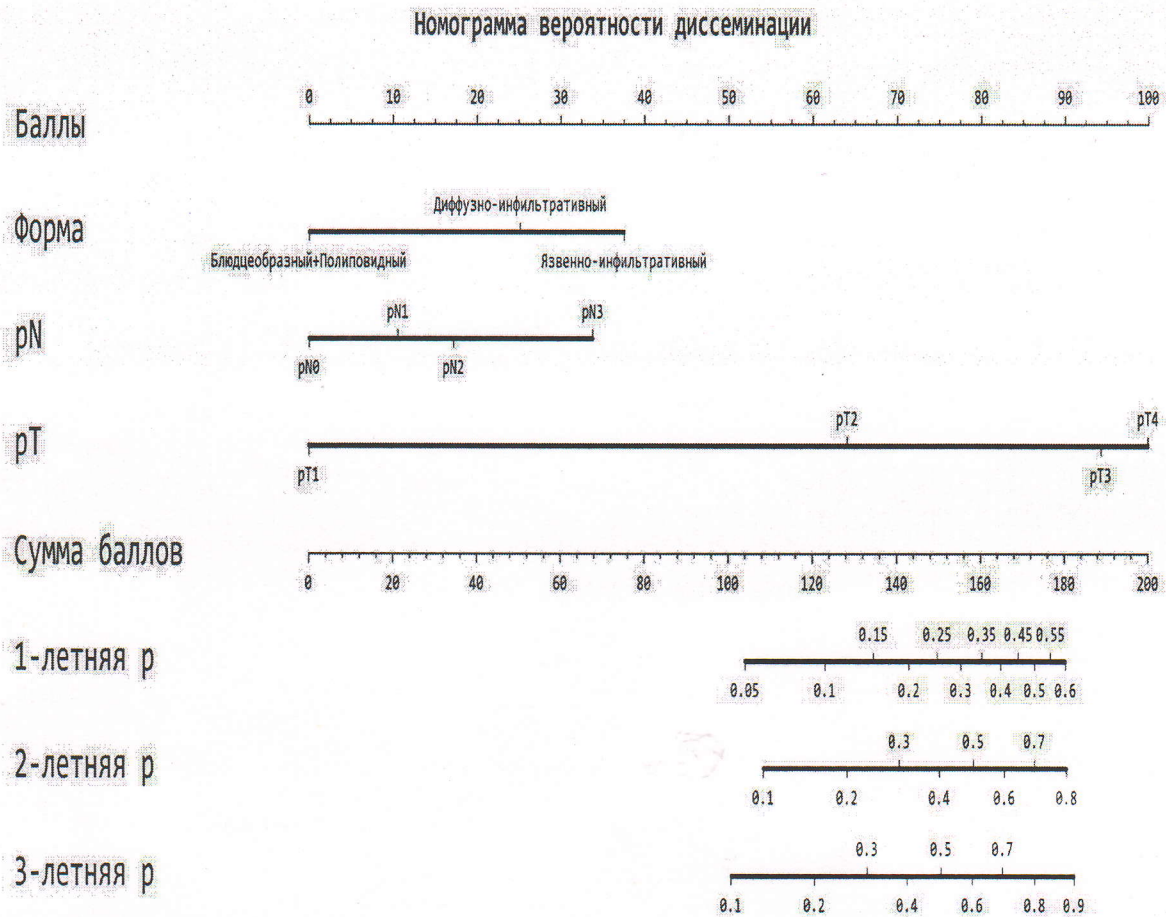


Рисунок 1 – Номограмма, прогнозирующая ожидаемую вероятность развития перитонеальной диссеминации после радикальной операции

Перечень возможных осложнений: осложнения при использовании данного метода отсутствуют.

ПРИМЕРЫ РАСЧЕТА ПО НОМОГРАММЕ

Пример 1 (рисунок 2). Пациентка М., 1951 г. рождения, диагноз: блюдцеобразный рак тела желудка, pT3N1M0, стадия IIВ; 06.07.2010 пациентке выполнена стандартная радикальная гастрэктомия. Определено: макроскопическая форма роста первичной опухоли – блюдцеобразная (0 баллов); гистологически степень метастатического поражения регионарного лимфоколлектора – pN1 (10 баллов); гистологически глубина инвазия первичной опухолью стенки желудка – pT3 (96 баллов). Общая сумма 106 баллов. По номограмме рассчитана ожидаемая вероятность развития перитонеальной диссеминации, которая составила в сроки 1 год – 6%, 2 года – 8%, 3 года – 11%.

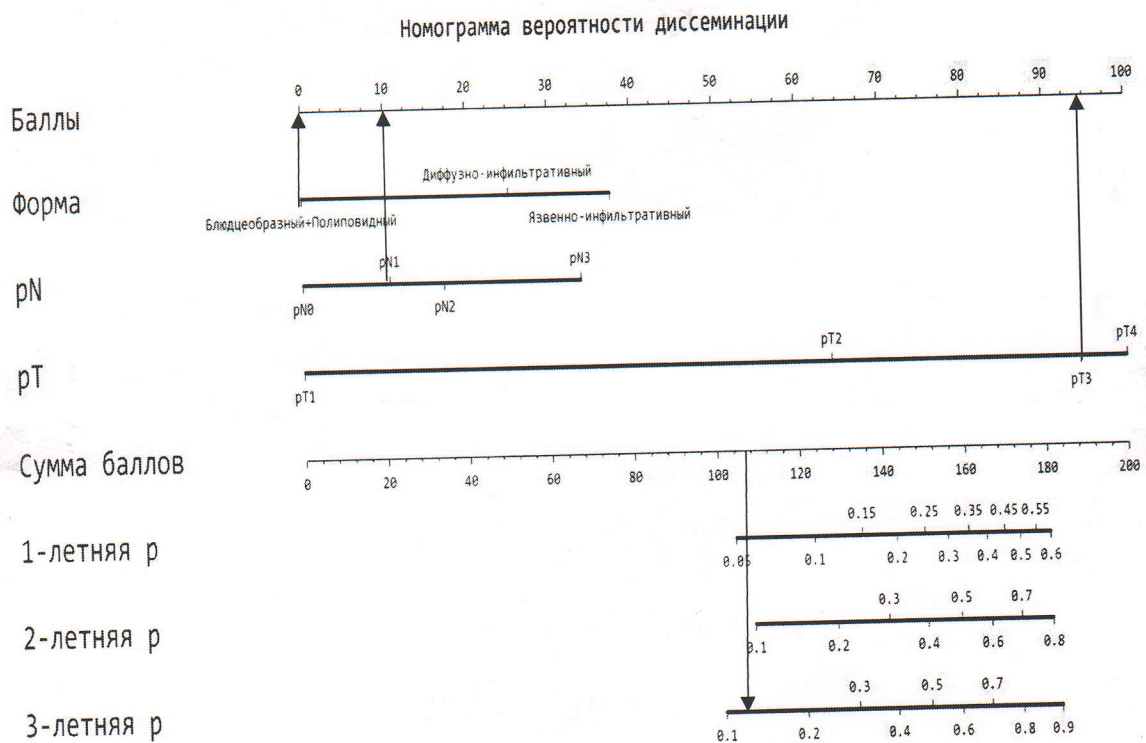


Рисунок 2 – Пример 1 расчета по номограмме

Пациентка жива в течение 7 лет без признаков прогрессирования заболевания.

Пример 2 (рисунок 3). Пациентка Я., 1953 г. рождения, амбулаторная карта № 1668/13, диагноз: диффузно-инфильтративный рак тела желудка, рТ3N2M0, стадия IIIA. 25.03.2013 пациентке выполнена стандартная радикальная гастрэктомия. Определено: макроскопическая форма роста первичной опухоли – диффузно-инфильтративная (25 баллов); гистологически степень метастатического поражения регионарного лимфоколлектора – рN2 (16 баллов); гистологически глубина инвазия первичной опухолью стенки желудка – рТ3 (96 баллов). Общая сумма 137 балла. По номограмме рассчитана вероятность развития перитонеальной диссеминации, которая составила в сроки 1 год – 15%, 2 года – 25%, 3 года – 30%. Прогрессирование с развитием перитонеальной диссеминации наступило 28.05.2015 (через 794 дня после операции).

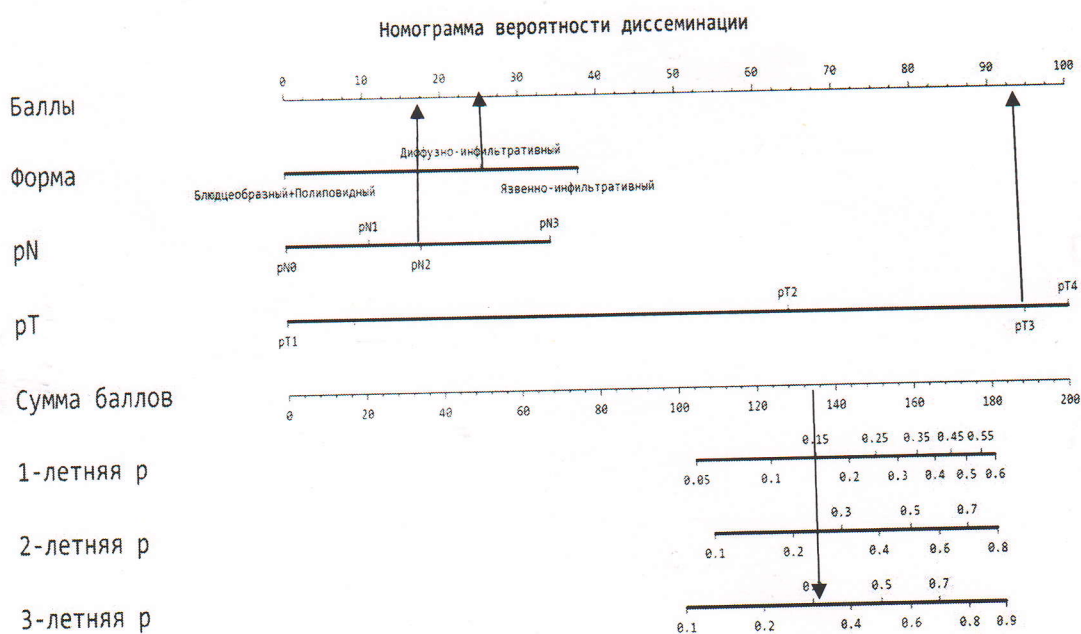


Рисунок 3 – Пример 2 расчета по номограмме

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель учреждения

“ _____ ” _____ 2018г.

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

1. Наименование предложения для внедрения:
«Метод определения риска развития перитонеальной диссеминации после радикального хирургического лечения рака желудка»
2. Кем предложено (наименование учреждения разработчика, автор):
Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова»
Авторы: к.м.н., доцент, М.Ю. Ревтович, д.м.н., профессор О.Г. Суконко
3. Источник информации: инструкция по применению № _____
4. Где и когда начато внедрение:

наименование лечебного учреждения, дата внедрения

5. Общее количество наблюдений _____
6. Результаты применения метода за период с _____ по _____:
Положительные (к-во наблюдений) _____;
Отрицательные (к-во наблюдений) _____;
Неопределенные (к-во наблюдений) _____
7. Эффективность внедрения: _____
8. Замечания, предложения: _____

Дата _____

Ответственные за
внедрение

должность, Ф.И.О., кафедра

подпись

Примечание. Акт о внедрении направляется организации-разработчику (п.2), п.п. 4 – 8 заполняются организацией, внедрившей разработку.