



**Московского
Онкологического
Общества**

INFORMO. ERGO SUM!

ВЕСТНИК

**ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ:
НЕСОМНЕННОСТЬ ПРОГРЕССА НАРЯДУ
САКТУАЛЬНОСТЬЮ ПРОШЛОГО. ОТПЕРЕЧНЯ ПРОБЛЕМ
ДО НОВАТОРСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ 1965 г. СОЗДАНИЯ.
Все подробности - ниже!**

Интернет: www.cancercenter.ru (ronc.ru) // www.netoncology.ru // www.elibrary.rii // www.oncodome.narod.ru

**№2
(545)**

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г

ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.

**2008
ФЕВРАЛЬ**

ЗАСЕДАНИЕ № 545

**СОСТОИТСЯ В ЧЕТВЕРГ, 28 ФЕВРАЛЯ 2008 г., в 17.00
В КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛЕ РОССИЙСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА им.Н.Н.БЛОХИНА**

Председатели: проф. А.И.Пачес, проф. А.Х.Трахтенберг, проф. Б.Е.Полоцкий

ПОВЕСТКА ДНЯ:

ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ

Доклад: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ СРЕДОСТЕНИЯ

Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е., Мачаладзе З.О., Тюляндин С.А., Карселадзе А.И., Савелов Н.А., Ахмедов Б.Б.
(РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

Дискуссия.

Обсуждение проблемы:

ЕСТЬ ЛИ МЕСТО ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЛИМФОМАМИ СРЕДОСТЕНИЯ?

Фиксированные выступления в прениях.

Проф. А.Х.Трахтенберг (Отд. легочной хирургии МНИОИ им. П.А. Герцена)
Д.м.н. Е.А. Демина (Отд. химиотерапии гемобластозов РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

ОБЩЕСТВО БУДУЩЕГО

Заметки по итогам отчетно-выборного (2008 г.) заседания Московского Онкологического общества



На январском отчетно-выборном заседании успешно решены различные организационные вопросы. Прежде всего, получила положительную оценку деятельность членов Правления и Общества в целом. Правление единогласно переизбрано на новый срок, получив в своем составе еще одного заместителя Председателя.

Как известно, заместителями Председателя Общества, проф. А.И.Пачеса, являются представители ведущих московских онкологических учреждений - проф. В.В.Старинский (МНИОИ им. П.А. Герцена), проф. А.Н. Махсон (Онкологическая Больница № 62), проф. А. М.Сдвижков (Онкологический Клинический диспансер №1). Зам. Председателя стал также проф. В.Д.Чхиквадзе (РНЦ Рентгенорадиологии); членом Общества известна его многолетняя и плодотворная работа в прежних составах Правления.

Не прибегая к дискуссии, единодушно повышены членские взносы, которые с 1.2.2008 г. стали составлять 100 рублей для ординаторов и аспирантов, 300 - для дипломированных онкологов и 500 - для онколого-руководителей. В НИИ Клинической онкологии РОНЦ взносы еще более дифференцированы - от 100 (взнос ординаторов и аспирантов) до 1000 рублей (достойный вклад профессоров и руководителей отделений). Обращает внимание своевременность сбора взносов коллективом Московского клинического онкологического диспансера №1; представитель Диспансера сдал их до начала отчетно-выборного заседания.

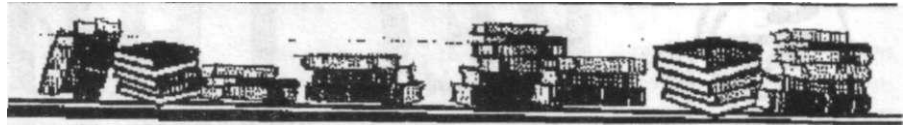
Следует отметить безусловно прогрессивную тенденцию в работе нашего профессионального сообщества: представление одного (двух) докладов с основополагающей информацией по обсуждаемой проблеме, а также возможность активной дискуссии с практически неограниченными прениями.

Кроме того, идя навстречу демократическим принципам редакция также периодически публикует, с пометкой «В авторской редакции» материалы, форма изложения которых не соответствует, в полной мере, принципам научной печати. Разумеется, в таких текстах обязательны коррективы при их изложении в сборниках протоколов заседаний.

Что касается самих этих сборников, то их выход в свет ожидается в самой ближайшей перспективе.

ТРУДЫ

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

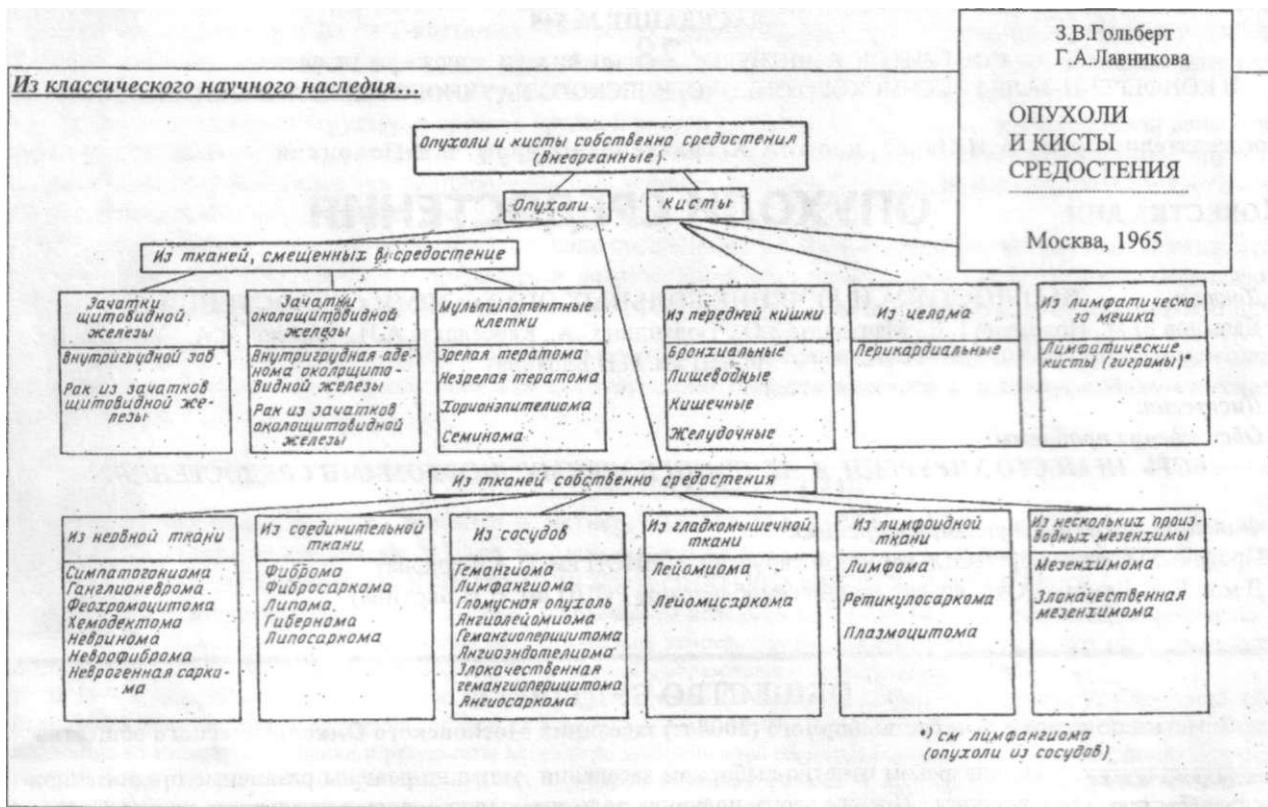


Рефераты сообщений:

PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY (№ #545; FEBRUARY 28, 2008) MEDIASTINAL LESIONS

Report. DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH MEDIASTINAL NUMORS. By Prof. M.Davydov, Prof. B.Polotsky, Dr. Z.Machaladze et al. (The N.N.Blokhin Cancer Research Center).

Discussion: IS THERE A NEED FOR SURGERY IN PATIENTS WITH MEDIASTINAL LYMPHOMAS? Presentations on surgical contribution in the management of patients with mediastinal lymphomas are to be delivered by the head of the 'P.A.Hertzen Research Oncology Institute' Dept. of pulmonary surgery, Prof. A.Trahtenberg and by leading research fellow of the N.N.Blokhin Cancer Research Center' Dept. of onco-haematology, Prof. E.Demina.



Обобщение опыта, накопленного, в особенности, в 1990-х - 2000-х гг., с учетом современных возможностей клинической онкологии, позволило оптимизировать уточняющую диагностику, обосновать расширение показаний к хирургическому и комбинированному лечению, повторным и паллиативным операциям. Результаты операций по поводу новообразований средостения, прежде всего при массивных опхолевых поражениях, сопряженных со сдавлением дыхательных путей, пищевода, магистральных сосудов (при условии должного реанимационно-анестезиологического обеспечения) характеризуются сравнительно низкой летальностью, улучшением качества жизни и увеличением ее продолжительности.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ (КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ...)

Материалы РОНЦ подтверждают известные сведения о локализации и преимущественно злокачественном характере опухолей средостения. Соотношение злокачественных и доброкачественных новообразований составило 3:1. Тимомы, лимфомы, внегонадные герминогенные опухоли (ВГО), мезенхимомы локализовались в переднем средостении, нейрогенные опухоли - в заднем; несоответствие локализации и структуры новообразования отмечено у 15% больных нейрогенными опухолями - в тех случаях, когда новообразования локализовались в переднем средостении. Определение исходной локализации процесса было затруднено при «гигантских» опухолях, когда (в 10-20% случаев) наблюдались поражения как переднего, так и заднего средостения с распространением процесса на большую часть гемиторакса.

Длительность клинических проявлений составляла от нескольких месяцев до 3 лет. При небольших опухолях, не связанных с прилежащими анатомическими образованиями не отмечалось клинических проявлений (до 30-40% случаев). В остальных наблюдениях регистрировались проявления, обусловленные наличием опухоли - миастения (5%), осиплость (часто сопряженная с ВГО), медиастиальный компрессионный синдром (до 30-40% случаев, в особенности при злокачественных процессах); а также различные неспецифические симптомы (повышение температуры тела, кашель, боли и чувство сдавления за грудиной, др.).

Рентгенологическое исследование, безусловно, позволяло определять локализацию и размеры опухоли. Для уточнения топографии новообразований, выявления связей с прилежащими анатомическими образованиями применялись КТ и МРТ. Чувствительность, специфичность и точность *) этих методов соответствовали 90-80%, достигая 97-98% значимости оценки - как например, МРТ в диагностике распространенности тимом. Повышение уровня опухолевых маркеров сыворотки крови (АФП и ХГЧ) наблюдалось при несеминомных герминогенных опухолях средостения. Морфологическое подтверждение диагноза, кроме пункционной биопсии (информативность, при лимфопролиферативных заболеваниях, соответствует 48%), достигалось хирургическими методами диагностики. При этом, вместо медиастиноскопии и парастеральной медиастиномии (16 и 43 исследования 1990-х гг.) в 2000-х гг. стала применяться видеоторакоскопия (53 исследования).

Следует отметить, что современные возможности диагностики позволяют устанавливать морфологический диагноз во всех случаях лимфопролиферативных заболеваний с поражением средостения. При этом, агрессивность применяемых методов лечения вынуждает считать недопустимой попытку лечения при данных новообразованиях без морфологического диагноза.

Хирургический метод - основа лечения больных опухолями средостения. Исключения составляют злокачественные внегонадные герминогенные и лимфопролиферативные заболевания основу лечения которых составляют консервативные методы лечения. Учитывая низкую эффективность химио-лучевой терапии в отношении остальных медиастиальных новообразований хирургическое лечение, в том числе и с паллиативной целью, с выполнением повторных операций, способствует существенному продлению жизни. Выполнение боковой торакотомии в 73% случаев обеспечивало возможность удаления опухоли. Локализация процесса, безусловно, определяла особенности хирургического доступа. Так, при нейрогенных опухолях, растущих в форме «песочных часов» торакотомия дополнялась одномоментной ламинэктомией для радикального удаления внутригрудной и внутрипозвоночной частей опухоли - по N.Guleke (1916) в модификации H.Grillo et al. (1983). Для удаления местнораспространенных и «гигантских» опухолей выполнялась двусторонняя торакотомия, полная продольная стернотомия (4), иные комбинированные доступы.

ОСОБЕННОСТИ. ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Опухоли вилочковой железы. Из 85 наблюдений в 44,7% случаев диагностированы доброкачественные новообразования, в 55,3% - злокачественные. Клиническое течение заболевания не всегда определялось гистологическим строением опухоли и характером её роста. Оперированы 70 (82,4%) больных; остальным проведено консервативное лечение из-за распространенности опухолевого процесса.

***) ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ, СПЕЦИФИЧНОСТЬ И ТОЧНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МЕТОДА:**

Чувствительность (частота истинно положительного результата) - это отношение числа обследованных с положительным результатом к числу всех обследованных больных).

Специфичность (частота истинно отрицательного результата) - это отношение числа обследованных с отрицательным результатом к числу всех обследованных здоровых лиц).

Точность - это доля правильных результатов (сумма истинноположительных и истинноотрицательных результатов) в общем количестве результатов.

Радикальные операции составили 59 (84,3%) случаев; у остальных пациентов удаление опухоли выполнено с паллиативной целью, у 6 (8,6%) операция ограничена эксплоративной торакотомией. Адекватным объемом оперативного **вмешательства** при новообразованиях **вилочковой** железы является тимомэктомия - удаление опухоли и всей ткани вилочковой железы с жировой клетчаткой и лимфоузлами переднего средостения. Такой объем операции выполнен 44 больным. Кроме того, 15 пациентам выполнены расширенно-комбинированные тимомэктомии в связи с **инвазией** опухолей в окружающие структуры. Дополнительная лучевая и химиотерапия проведена в 19,2% случаев (в основном - при III-IV стадиях тимом типов В2, В3 и С).

Отдаленные результаты хирургического лечения. Более 3 лет после радикального хирургического лечения прожили 84,8%, более 5 лет - 82,6% и более 10 лет - 73,9% больных. Отдаленные результаты определялись распространенностью процесса (инвазия капсулы, поражение плевры), гистологическим типом опухоли. Так, тимомы типов А и В1 прогностически наиболее благоприятны (10-летний срок переживают 90% пациентов). Для тимом типов АВ, В2 и В3 5-летняя выживаемость соответствовала 64-68%; прогноз при тимомах типа С достоверно хуже - 32%. При отсутствии инвазивного роста гистологическая форма тимомы не влияет на отдаленные результаты хирургического лечения. Тимомы с инвазией в пределах капсулы являются злокачественными по клиническому течению и требуют назначения послеоперационного лучевого лечения.

Нейрогенные опухоли (89 случаев) распределены в две гистогенетические группы: новообразования из клеток нервной ткани (22; 24,7%) и из оболочек периферических нервов (67; 75,3%). Доброкачественные опухоли (шванномы, нейрофибромы, ганглионевромы, параганглиомы) выявлены у 69,7%, злокачественные (саркомы Юинга, нейробластомы, ганглионейробластомы, др.) - у 30,3% пациентов. Решение лечебных задач определялось характерной локализацией нейрогенных опухолей и особенностями их распространения.

Оперированы (большинство из них - радикально) 86 (96,6%) пациентов. Радикальные операции в основном выполнены при доброкачественных нейрогенных опухолях; при злокачественных новообразованиях радикальные хирургические вмешательства составили 54,2%, паллиативные - 45,8%. Типичный вариант операции, в объеме удаления опухоли средостения, осуществлен в 81,4%, комбинированный - в 18,6% случаев. При злокачественных опухолях это соотношение составило 62,5 и 37,5% соответственно. Проведение послеоперационной лучевой или химиотерапии показано при сомнениях в радикализме операции, выявлении значительной распространенности опухоли. Назначение дополнительной лучевой или химиотерапии обосновывается сведениями о патоморфозе опухолей и наблюдениях опухолевой регрессии.

Частота рецидивов после радикальных операций соответствовала 4,8%. Продолженный рост опухоли после паллиативных операций в 72,8% случаев выявлялся уже в конце первого года наблюдения. В связи с этим, очевидна целесообразность повторных (и многократных) хирургических вмешательств по поводу рецидивов нейрогенных медиастинальных опухолей - лишь хирургический метод позволяет добиться продления жизни, устранения тягостных местных проявлений заболевания. Общая 3-5-летняя выживаемость после повторных операций составила 70,8-38,6%, сравнительно с 25,0-12,5% среди больных, леченных консервативно.

Мезенхимальные опухоли (52 наблюдения) представлены различными гистологическими формами: сосудистые опухоли - 17 (32,6%); жировые - 15 (28,8%); фибробластические - 6 (11,5%), фиброгистиоцитарные - 2 (3,8%); костно-хрящевые - 5 (9,6%); мезенхимомы - 2 (2,8%), а также опухоль из скелетных мышц - 1 (1,9%); синовиальная саркома - 1 (1,9%); саркомы неясного генеза - 3 (5,8%). Доброкачественные опухоли составили 42,3%, злокачественные - 57,7% случаев. Лечение больных мезенхимальными опухолями, в особенности - злокачественными, в условиях низкой эффективности химиолучевой терапии, является только хирургическим.

Оперативные вмешательства отличаются большой сложностью, что обусловлено, как правило, распространенностью процесса. Хирургическое лечение проведено 40 пациентам, консервативное - 12. В плане дополнительного лечения только 7 больным проведена пред- или послеоперационная химиолучевая терапия.

После хирургического лечения в группе из 19 больных злокачественными новообразованиями рецидивы выявлены в 13 случаях (68,4%) - в том числе, в 9 из 11 паллиативных и в 4 из 8 радикальных операций (81,8 и 50% соответственно). По поводу рецидивов выполнялись повторные операции, один из больных оперирован трижды, другой - четырежды. Показатели общей и безрецидивной 5-летней выживаемости при доброкачественных мезенхимальных опухолях стремятся к 100%. При злокачественных - 1-3-5-летняя продолжительность жизни составила 75; 62,5; 48,6% после радикальных операций и 63,6; 27,2; 18,1% - после паллиативных.

Таким образом, даже при распространенном опухолевом процессе и при локорегиональных рецидивах должна применяться активная хирургическая тактика. Повторные (и многократные) операции, в том числе и с паллиативной целью, позволяют вновь добиться продления жизни. Присущий мезенхимальным опухолям агрессивный местный рост и склонность к рецидивам обосновывают целесообразность дальнейшего поиска вариантов комбинированного лечения, с применением неoadъювантной или адъювантной химиолучевой терапии. Каждую составляющую лечения следует использовать в полном объеме, постоянно развивая и совершенствуя.

Внегонадные герминогенные опухоли (ВГО). Наблюдались 114 пациентов с внегонадными герминогенными опухолями средостения: мужчин - 97 (85,1%), женщин - 17 (14,9%) в возрасте от 14 до 72 лет, средний возраст - 26 лет. Семинома диагностирована в 17,5%, несеминома - в 82,5% случаев. Среди больных несеминомными ВГО был выявлен эмбриональный рак, опухоли желточного мешка, хориокарциномы, тератомы различной степени зрелости, дермоидные кисты.

Общие принципы диагностики и лечения. При повышении уровня опухолевых маркеров (АФП, ХГ, ЛДГ) без признаков поражения яичек необходима компьютерная томография органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства. При морфологическом подтверждении диагноза злокачественной внутривидной герминогенной опухоли показано проведение 4-6 курсов химиотерапии (схемы ВЕР, ВР, др), лучевой терапии (РОД= 2-3 Гр; СОД - до 60-70 Гр). Полный эффект лечения больных внегонадными семиномами регистрируется в 80%, несеминомами - в 23% случаев. Частота рецидивов выше в группе внегонадных несеминозных опухолей (6,7 и 29,4%; $p < 0,05$). При сохранении опухоли семинозного строения после индукционной химиотерапии показано динамическое наблюдение. При наличии остаточной несеминозной опухоли после окончания индукционной терапии рекомендуется хирургическое лечение. Рост маркеров является показанием к проведению химиотерапии второй линии. Выявление жизнеспособных герминогенных клеток в резидуальной опухоли обуславливает проведение послеоперационной химиотерапии.

Лимфомы (с поражением лимфоузлов средостения) без иных проявлений заболевания выявлены у 129 больных. Лимфомы Ходжкина диагностированы у 82, неходжкинские лимфомы - у 47 пациентов. Морфологический диагноз был установлен с применением хирургических методов диагностики.

Хирургический этап завершался на стадии диагностики. В последующем больным проводилось лечение в соответствии с вариантом лимфомы и комплексом прогностических признаков по программам химио- и лучевой терапии, применявшимся в РОНЦ в анализируемые исторические этапы.



Обсуждение проблемы:

Дискуссия.

ЕСТЬ ЛИ МЕСТО ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЛИМФОМАМИ СРЕДОСТЕНИЯ?

Как известно, при лимфомах средостения традиционно применяются, причем достаточно эффективно, консервативные лечебные методы - лучевая и химиотерапия. Тем не менее, в клинической практике возможны случаи, когда больным лимфомами проводится хирургическое лечение: при удалении новообразования во время диагностической операции, в условиях отсутствия верификации диагноза, а также при выполнении операции по поводу так называемых «остаточных опухолей». Однако, даже в случае успешного удаления лимфомы средостения больным следует проводить, практически в стандартном объеме, химио- и лучевую терапию. Кроме того, операция неизбежно сопряжена с риском осложнений; при этом, риск хирургического вмешательства может превысить ожидания улучшения качества жизни и увеличения ее продолжительности.

Аргументация дискуссионного положения:

Удаление лимфом при лечебно-диагностической операции, в условиях отсутствия верификации диагноза. Несмотря на применение современных возможностей диагностики, выявление лимфомы (у каждого третьего-четвертого больного) происходит лишь в условиях диагностической торкотомии (стернотомии). В резектабельных случаях возникает об оправданности удаления опухоли. Представляется, что хирургические вмешательства в объеме «тотальной» биопсии могут быть оправданы, если удаление новообразования не представляет технических сложностей. (Впрочем, эти сложности могут быть преодолены удалением новообразования с резекцией прилежащих анатомических образований.) Аргументами хирургов могут стать нулевая непосредственная летальность, а также создание более благоприятных условий для последующей химио- и/или лучевой терапии.

Удаление лимфом после консервативной терапии, по поводу так называемых «остаточных опухолей». «Остаточная опухоль» средостения - это новообразование порядка 2-3 см в диаметре, сохраняющее свои размеры в течение 2-3 мес. после окончания противоопухолевой терапии при клинических и лабораторных признаках ремиссии. Однако определение морфологии таких «остаточных» образований (опухолевая ткань или фиброз) крайне сложно, несмотря на применение всех диагностических возможностей специализированного онкологического учреждения. Варианты лечебной тактики предполагают в таких случаях во-первых - хирургическое вмешательство с целью установления морфологического субстрата новообразования (что не исключает «тотальной» биопсии, т.е. удаления); во-вторых - продолжение лучевой- и/или химиотерапии; наконец, в третьих - динамическое наблюдение. Целесообразность удаления «остаточной опухоли» средостения определяется, преимущественно, состоянием, когда клиническое течение заболевания не позволяет исключить наличия в остаточном новообразовании жизнеспособной опухолевой ткани. Очевидна важность планового гистологического исследования удаленных остаточных новообразований. Выявление *истинно остаточной опухоли* с выраженным патоморфозом (II-III степени) обуславливает необходимость продолжения противоопухолевого лечения в соответствии с гистогенезом первичной опухоли и дозами ранее проведенной лучевой и/или химиотерапии. Напротив, подтверждение фиброза резидуальной ткани (как результат патоморфоза ГУ степени) позволяет продолжить динамическое наблюдение. Следует однако отметить сложность доступа (торако- или стернотомия), выполнение операции в условиях фиброза и нарушения топографоанатомических взаимоотношений в средостении, выявление необходимости резекции прилежащих анатомических образований (легкого, перикарда, плечевого вены).

ТАКИМ ОБРАЗОМ: *Возможности хирургического метода в лечении больных лимфомами не следует ограничивать лишь выполнением биопсии для установления морфологического диагноза. Операции «тотальной биопсии» в лечебно-диагностических целях оправданы при условии отсутствия осложнений и летальности. Удаление лимфом как «остаточных опухолей» обоснованы необходимостью уточнения плана лечения.*

Аргументация дискуссионного положения:

Первые попытки применить хирургический метод в лечении больных лимфомами были предприняты еще в начале XX века. Тогда же выяснилось, что удаление даже самого крупного очага поражения не улучшает выживаемость. Следующий этап накопления опыта хирургии у больных лимфомами, в частности, лимфомой Ходжкина, относится к 1960-м - 1970-м гг., когда стала активно применяться диагностическая спленэктомия. Одним из аргументов в пользу спленэктомии считалось «создание более благоприятных условий для последующей химио- и/или лучевой терапии». Однако, уже в 1980-х гг. в публикациях EORTC и Стэнфордского университета это положение было опровергнуто. *Удаление даже наибольшего очага поражения не создает благоприятных условий для последующей терапии лимфомы Ходжкина.* Еще более проблематично удаление опухоли средостения при В- и Т-клеточных лимфомах, поскольку уже при первом обращении у 60-70% больных возможно выявление поражения костного мозга. Очевидно, что в таких условиях обширная операция не только не способствует лечению, но и существенно задерживает начало химиотерапии.

Кроме того, резекция структур и органов грудной клетки («...легкого, перикарда, плечеголовной вены») не может расцениваться, как мероприятие, улучшающее качество жизни. При этом удаление остаточной опухоли в плане оценки эффективности и планирования дальнейшего лечения, в повседневной практике следует заменять неинвазивными методами диагностики включая ПЭТ.

Целесообразность удаления остаточной опухоли средостения в сложных клинических случаях должна быть аргументирована в соответствии с принципами доказательной медицины; в том числе обоснована анализом исторического контроля «случай к случаю» и сравнительной оценкой показателей продолжительности жизни.

ТАКИМ ОБРАЗОМ: *Единственным местом хирургии при лимфомах средостения на современном этапе остается биопсия новообразований для последующего гистологического и иммуногистохимического исследований.*



П Р О В О З В Е С Т Н И К

ЗАСЕДАНИЕ 546 состоится в **четверг 27 МАРТА 2008 г. в 17.00**, в Онкологическом клиническом диспансере №1. (ул. Бауманская, д. 17.) Заседание посвящается памяти проф. Ю.Я.Грицмана.

Повестка дня: «КРИОХИРУРГИЯ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ».

...Криохirurgия - метод лечения, основанный на использовании биологических эффектов, возникающих в тканях в ответ на охлаждение до ультранизких температур. Криогенный метод отличают малая травматичность, физиологичность, полноценное восстановление тканей с образованием малозаметных рубцов.

В 1974 г. образовано Международное общество криохirurgии (International Society of Cryosurgery). Очередной 14-й Всемирный Конгресс по криохirurgии состоялся в Пекине 3-6 ноября 2007 г. Были представлены современные криогенные медицинские аппараты, методики и результаты лечения новообразований различных локализаций: печени, поджелудочной железы, предстательной железы, кожных покровов, опухолей головы и шеи и др. Рассматривались вопросы криоиммунологии - иммунной реакции организма в ответ на криогенное воздействие. Продолжается активное изучение сочетания охлаждения с другими видами лечебных воздействий - иммунотерапией, лучевой и химиотерапией.

«Информирую, следовательно существую!» (лат.)



УДК 616-006. ВЕСТНИК (ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ) МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

Распространяется в ведущих онкологических и медицинских учреждениях Москвы, рассылается в районные онкологические диспансеры Москвы и Московского региона; в Российские республиканские, краевые, областные и городские онкодиспансеры; в онкологические центры государств Содружества.

Высылается также всем действительным членам Общества в Российской Федерации и за ее пределами.

Зарегистрирован (№ ПИ 77-14041 от 29.11.2002) в Министерстве РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Ежемесячный научный журнал. Учредитель — ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

| | | |
|---|-------------------------|---|
| ISSN 1728-3000 77172830000 | Председатель Общества | проф. Александр Ильич ПАЧЕС. Москва, 115478, Каширское. шоссе 24 (т. /+7 495/ 324-1970) |
| | Главный редактор | Сергей Михайлович ВОЛКОВ (т./+7 495/ 324-2640; 741-9265) E-mail: volkov_sm@mail.ru |
| | Зам. главного редактора | Ирина Анатольевна ГЛАДИЛИНА т. /+7 495/ 324-9714 Екатерина Георгиевна ТУРНЯНСКАЯ т. /+7 495/324-2470 |
| | Ответственный секретарь | Илья Николаевич ПУСТЫНСКИЙ т. /+7 495/324-1754 Давид Романович НАСХЛЕТАШВИЛИ т. /+7 495/324-9464 |
| | Секретарь-референт | Ираида Ивановна БЕЛОУСОВА т. /+7 495/324-11-55 |
| НАПЕЧАТАНО В ОТДЕЛЕ МНОЖИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ РОНЦ ИМ. Н.Н.БЛОХИНА Февраль 2008; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 18.02.2008; Заказ 124 | | |