



ВЕСТНИК

Московского
Онкологического
Общества

ПРОДОЛЖИМ ПОСВЯЩАТЬ ПРЕКРАСНЫЕ ПРОРЫВЫ
В НАУКЕ И ПРАКТИКЕ
55-ЛЕТИЮ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА:
ОЖИДАНИЕ ПОСТУПЛЕНИЯ НОВЫХ МАТЕРИАЛОВ
ДЛЯ ЮБИЛЕЙНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ,
ПУБЛИКАЦИЯ ПРАВИЛ СОСТАВЛЕНИЯ СООБЩЕНИЙ!

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

№ 6-8
(559)

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.

ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.

2009
ИЮНЬ-
АВГУСТ

ЗАСЕДАНИЕ № 559,

ПОСВЯЩЕННОЕ ПАМЯТИ ПРОФ. Б.Е. ПЕТЕРСОНА,

СОСТОИТСЯ ВО ВТОРНИК, **9 ИЮНЯ** 2009 г., в 17.00

В КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛЕ РОССИЙСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА им. Н.Н. БЛОХИНА

Председатели: проф. А.И. Пачес, проф. И.Г. Комаров, д.м.н. К.К. Лактионов

ПОВЕСТКА ДНЯ:

ВИДЕОХИРУРГИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ ОНКОЛОГИИ

Доклад:

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ
В ПРАКТИКЕ ТОРАКАЛЬНОЙ ОНКОЛОГИИ

Аллахвердиев А.К., Лактионов К.К., Полоцкий Б.Е., Давыдов М.И.
(Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина)

Доклад:

ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ И ВИДЕО-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ
В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

Гиллер Д.Б.

(Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза)

Демонстрация наблюдений, фиксированные выступления в прениях, дискуссия:

Комаров И.Г. (диагностическое отделение РОНЦ им. Н.Н. Блохина): **СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ
ВИДЕОХИРУРГИИ В ТОРАКАЛЬНОЙ ОНКОЛОГИИ**



ВСЕОБУЧ АВТОРОВ ПУБЛИКАЦИЙ

По установившейся традиции накануне отпусков «Вестник Общества» публикует «Правила» составления рефератов сообщений, представляемых для обсуждения на заседаниях Московского онкологического общества. Эти сведения будут полезны для подготовительной научной работы в предстоящие летние месяцы, а также и в более отдаленной перспективе.

П Р А В И Л А

СОСТАВЛЕНИЯ СООБЩЕНИЙ, ПРЕДЛАГАЕМЫХ К ПУБЛИКАЦИИ В ТРУДАХ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

Сообщения принимаются в виде рефератов, которые следует представлять в текстовом формате и, желательно, в электронной версии. В реферате в сжатой форме излагается основное содержание сообщения. Акцентируется внимание на новых сведениях, представляемых в сообщении. Текст должен обеспечить понимание основных положений, того нового, что содержится в работе. Недопустимо употреблять общие фразы и общие положения. Рекомендуется следующая схема:

- 1) Изложить, не повторяя заголовка, тему, объект, характер и цель работы; методику (если она новая или необходима для понимания сути и особенностей сообщения).
- 2) Отразить результаты работы, отдавая предпочтение новым проверенным фактам и результатам. Следует подтвердить полученные результаты цифровыми показателями, указав пределы точности, интервалы достоверности.
- 3) Представить выводы, оценки, рекомендации; принятые или отвергнутые гипотезы; сферу возможного применения результатов проведенного исследования.

(Продолжение – см. с. 2)

П Р А В И Л А
СОСТАВЛЕНИЯ СООБЩЕНИЙ, ПРЕДЛАГАЕМЫХ К ПУБЛИКАЦИИ
В ТРУДАХ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

Изложение должно быть предельно кратким, точным, понятным. Следует применять стандартные термины и разъяснять значение новых при первом упоминании.

Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять поступившие материалы без изменения их основного содержания.

ТРУДЫ

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

Рефераты сообщений:



PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY №559 (June 9, 2009)

VIDEO-ASSISTED SURGERY IN THORACIC ONCOLOGY

Report-1: THE USE OF VIDEO-ASSISTED SURGERY IN THORACIC ONCOLOGY. By Dr. A.Allachverdiev, et al. (The Department of Thoracic oncology of the N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center).

Report-2: MINIMAL INVASIVE SURGERY WITH THE USE OF VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPY IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS AND OTHERS PULMONARY DISEASES. By Prof. D.Giller (Central Research Institute of Tuberculosis).

Discussion : CURRENT STATUS AND THE PERSPECTIVES OF VIDEO-ASSISTED SURGERY IN THORACIC ONCOLOGY. By Prof. I.Komarov (The Department of Diagnostics of the N.N.Blokhin Cancer Research Center).

Доклад:

**СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ
ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ
В ПРАКТИКЕ ТОРАКАЛЬНОЙ ОНКОЛОГИИ**

Аллахвердиев А.К., Лактионов К.К., Полоцкий Б.Е., Давыдов М.И.
(Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина)

Основоположителем торакоскопии считается шведский терапевт, профессор Каролинского университета Н.Якобеус, опубликовавший (1910) статью «О возможностях использования цистоскопа для обследования серозных полостей». Для торакоскопии, в целях диагностики заболеваний плевры и опухолей грудной клетки, применялся троакар и цистоскоп. Первая торакоскопическая операция (создание искусственного пневмоторакса у больных туберкулезом) получила известность как операция Якобеуса.

Несмотря на сдержанное отношение многих хирургов к возможностям торакоскопии, на протяжении последующих десятилетий опубликовано значительное количество работ, посвященных торакоскопической диагностике и лечению различных заболеваний легких и плевры; в том числе плеврального выпота, спонтанного пневмоторакса, опухолей и травматических повреждений.

В 2000-х гг. общепризнанны две разновидности малоинвазивных интраторакальных вмешательств. Торакоскопические операции, при которых совмещенный с видеокамерой торакоскоп и другие инструменты вводят в плевральную полость через торакопорты, а также операции с видеосопровождением, при которых выполняется так называемая утилитарная миниторакотомия (длиной всего 5-6 см). Это позволяет улучшить обзор зоны операции, использовать традиционные инструменты, а затем удалить через миниторакотомный разрез резецированные фрагменты тканей.

Для обозначения торакоскопических операций в англоязычной литературе применяется термин «video assisted», а новое направление в торакальной хирургии называют, соответственно, «video assisted thoracic surgery» (VATS). В русскоязычной литературе наиболее распространен термин «интраторакальная хирургия с видеосопровождением».

Основным видом анестезии при торакоскопических операциях является общее обезболивание с искусственной вентиляцией легких. Раздельная интубация бронхов с выключением из дыхания лёгкого на стороне поражения обеспечивает пространство, достаточное для проведения вмешательства. Спавшееся лёгкое создает условия для выполнения манипуляций как на самом лёгком, так и на средостении.

С 2008 года торакоскопические операции активно внедряются в клиническую практику торакального отделения РОНЦ. За 2008-2009 гг. выполнено 135 торакоскопических вмешательств – диагностические торакоскопии (37; 27,4%), атипичные резекции (45; 33,3%), удаления опухолей и кист средостения (32; 23,7%), лобэктомии (21; 15,6%).

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТОРАКОСКОПИИ

Торакоскопия – один из наиболее информативных инвазивных методов диагностики заболеваний органов плевральной полости. Малая травматичность и хорошая переносимость процедуры в сочетании с большими диагностическими возможностями делают торакоскопию операцией выбора для прицельной биопсии плевры, лимфатических узлов и опухолей средостения, ткани легкого. Обязательный результат диагностической торакоскопии – получение адекватного гистологического или цитологического материала и заключения о характере патологического процесса. Среди показаний к выполнению диагностической торакоскопии – установление морфологического диагноза при новообразованиях легких, средостения, поражениях плевры и медиастинальных лимфоузлов, оценка распространенности рака легкого.

Опыт торакального отделения насчитывает 37 диагностических торакоскопий. У 15 (40,5%) больных диагностирована лимфома, у 7 (18,9%) – мезотелиома плевры; саркоидоз диагностирован в 6 (16,2%) наблюдениях в 9 (24,4%) – выявлены метастатические поражения плевры и лимфатических узлов средостения. Следует подчеркнуть, что во всех анализируемых случаях была получена верификация диагноза. Хирургических осложнений после проведенных вмешательств не наблюдалось. У 1 пациента послеоперационный период осложнился пневмонией. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 4 суток.

ТОРАКОСКОПИИ С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ

Операции по поводу опухолей и кист средостения

Видеоторакоскопия в хирургии опухолей и кист средостения считается методом выбора, так как травматичность стандартной торакотомии во многих случаях значительно превышает травму и болевое воздействие удаления самой опухоли. Даже небольшие медиастинальные новообразования вынуждают выполнять для их удаления несоразмерно большие разрезы грудной стенки.

Показаниями к торакоскопической операции являются нейрогенные опухоли, липомы, тимомы, фибромы и тератомы средостения, целомические кисты перикарда, вилочковой железы, бронхогенные кисты.

Опыт торакального отделения РОНЦ составляет 32 видеоторакоскопических хирургических вмешательства при опухолях и кистах средостения, что составляет 23,7% от общего числа торакоскопических операций.

Торакоскопические тимомэктомии выполнены 15 (46,9%) пациентам опухолями средостения, 10 из них оперированы из правостороннего, 5 – из левостороннего доступа. Доступ определялся на основании топической локализации опухоли по данным предоперационного КТ-исследования органов грудной клетки. Размер удаляемых опухолей составлял от 5 до 9 см. Все оперативные вмешательства сопровождалось удалением регионарной клетчатки с визуализацией магистральных сосудов (верхней полой вены, дуги аорты, правой и левой плечеголовных вен), перикарда и трахеи. Отдельно выделялись, клипировались и пересекались тимические вены, высоко выделялась и пересекалась «ножка» тимуса.

Как правило, вмешательство выполнялось из 3 точек доступа (портов). После полной мобилизации опухоли с окружающей клетчаткой выполнялась миниторакотомия (в области одной из точек установки торакопорта) размерами до 4-5 см из которой затем извлекалось удаленное новообразование. Продолжительность вмешательства составляло от 1,5 до 2,5 часов в зависимости от выраженности связи опухоли с прилежащими органами и тканями. Хирургических послеоперационных осложнений не наблюдалось. У одного пациента послеоперационный период осложнился пневмонией. Время нахождения в стационаре после оперативных вмешательств составляло от 3 до 7 суток.

По поводу невринома заднего средостения оперированы 8 (25%) больных, 5 справа и 2 слева. Все операции выполнялись из 3 точек доступа, опухоль удалялась через миниторакотомный доступ, который выполнялся только после полной мобилизации опухоли, лишь с целью ее удаления. Средний послеоперационный койко-день составил 4 суток.

По поводу гемангиом переднего средостения оперированы 2 (6,3%) пациента. Операции прошли без осложнений; больные были выписаны на 4-е сутки после хирургического вмешательства. Кисты средостения удалены у 7 (21,8%) больных. Хирургических и терапевтических осложнений не наблюдалось, все больные выписаны на 5-е сутки после операции.

Операции при первичном раке легкого

Активное внедрение в клиническую практику в торакальном отделении РОНЦ получили радикальные операции при периферическом раке легкого. Показанием к торакоскопической лобэктомии является клиническая стадия болезни cT₁₋₂N₀M₀. Обязательным условием является отсутствие метастатического поражения лимфатических узлов средостения по результатам предоперационного обследования.

По поводу периферического рака легкого выполнены 18 операций. У всех пациентов хирургическое вмешательство сопровождалось медиастинальной лимфодиссекцией. В одном из наблюдений, в связи с выявлением при видеоторакокопии метастазов в лимфатических узлах корня легкого, выполнена торакотомия («выполнена конверсия в торакотомию»). У 1 пациента в послеоперационном периоде наблюдалось интенсивное поступление воздуха по плевральным дренажам, что потребовало экстренной торакокопии и ушивания дефекта легочной ткани. В 3 случаях послеоперационный период осложнился пневмонией. Все пациенты были выписаны в течение 9 суток после оперативного вмешательства.

Операции при периферических опухолях легкого и солитарных метастазах

Наличие периферической опухоли, солитарного метастаза расценивается как показание к видеохирургической операции. Несмотря на косвенные рентгенологические и КТ-признаки доброкачественности процесса, окончательный диагноз устанавливается лишь после гистологического исследования. Бронхоскопия при больших периферических опухолях малоинформативна. Стандартный объем видеохирургического вмешательства при злокачественных периферических опухолях – лобэктомия, при доброкачественных новообразованиях и солитарных метастазах – атипичная резекция лёгкого или прецизионное удаление опухоли.

Выполнена 21 торакоскопическая лобэктомия. Из них по поводу периферического рака – 18 (86%), а также по поводу карциноида (2) и метастаза рака почки. Справа выполнено 6 верхних, 4 средних и 6 нижних лобэктомий. Слева – 2 верхние и 3 нижние лобэктомии. В 3 случаях послеоперационный период осложнился пневмонией. Все пациенты выписаны в течение 9 суток после оперативного вмешательства.

Выполнено 45 торакоскопических атипичных резекций легких по поводу метастатических поражений и первичных доброкачественных опухолей. Резекция легкого выполнялась с применением эндоскопических сшивающих аппаратов. В зависимости от размера опухолевого узла и его локализации, как правило, использовалось от 1 до 3 кассет к сшивающим аппаратам.

Торакоскопические резекции легких выполнялись по поводу гамартром 10 (22,2%), туберкулем 4 (8,9%), воспалительных псевдоопухолей 2 (4,4%). Следует отметить, что диагноз первичной доброкачественной опухоли предоперационно был установлен лишь у 4 (25%) пациентов от общего числа больных первичными опухолями легких. В остальных 12 (75%) случаях проводилась и у 2 (4,4%) дифференциальная диагностика между периферическим раком, доброкачественной опухолью и метастатическим поражением. Всем больным выполнялась трансторакальная пункция новообразований. В случаях без предоперационной верификации диагноза торакоскопическая атипичная резекция легкого дополнялась срочным морфологическим исследованием удаленного новообразования (с расширением объема хирургического вмешательства до торакоскопической лобэктомии, если подтверждался диагноз злокачественной опухоли).

Продолжительность операции составляла от 20 до 90 минут в зависимости от локализации новообразования и наличия спаечного процесса. Пребывание в стационаре в среднем продолжалось 5 суток. У 80% пациентов дренажи были удалены на следующий день после оперативного вмешательства. Хирургических осложнений не отмечено; лишь у 3 (6%) пациентов в послеоперационном периоде диагностирована пневмония.

Прецизионные удаления опухолей применялись с электрокоагуляцией и последующим ушиванием дефекта легочной паренхимы с помощью эндоскопического инструментария. Оперированы больные по поводу метастазов рака почки – 11 (24,4%), толстой кишки – 4 (8,9%), шейки и тела матки – 3 (6,7%), несеминомной герминогенной опухоли – 6 (13,3%), гепатоцеллюлярного рака – 5 (11,2%).

ОБСУЖДЕНИЕ

В 2000-х гг. опубликовано значительное количество работ о значении видеоторакокопии в диагностике и лечении опухолей внутригрудной локализации, однако в литературе продолжает обсуждаться вопрос о целесообразности торакоскопических операций при раке легкого.

Результаты проведенного исследования позволяют утверждать, что данная методика является эффективной при раке легкого в стадии T₁₋₂ N₀ M₀. Видеоторакоскопическая лобэктомия с должной медиастинальной лимфодиссекцией справедливо рассматриваются как альтернатива традиционной торакотомии.

Преимущества этих минимально травмирующих оперативных методик заключаются в лучшем обзоре зоны операции, заметном уменьшении числа послеоперационных осложнений, меньшей выраженности болевого синдрома, ранним восстановлением активности, а также – сокращении сроков пребывания в стационаре.

Доклад:

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ДОСТУПЫ С ВИДЕОТОРАКОСКОПИЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА И ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Гиллер Д.Б.

(Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза)

С целью определения возможности и эффективности выполнения из минимального доступа различных торакальных операций анализированы результаты 2.412 хирургических вмешательств у 2.306 больных, оперированных автором в период с 1999 по 2008 гг. в Челябинском областном центре пульмонологии и в ЦНИИТ.

Большинство (72,3%) операций выполнено по поводу туберкулеза легких, плевры и внутригрудных лимфатических узлов.

Видеоторакоскопические, медиастиноскопические и видеоассистированные доступы были использованы в 57,8% случаев (I группа), стандартные доступы (торакотомия, стернотомия) в 42,2% (II группа).

В результате из минимальных доступов выполнены 30% всех плевропневмонэктомий, 50% пневмонэктомий, 51% комбинированных резекций объемом более доли, 57% лобэктомий, 60% анатомических полисегментарных резекций, 77% атипичных резекций легких.

Послеоперационные осложнения в I группе отмечены достоверно реже (1,9% и 5,9% соответственно); непосредственных летальных исходов не наблюдалось.

Таким образом, применение малоинвазивных доступов возможно как при малых лечебно-диагностических вмешательствах, так и при больших торакальных операциях высокой степени сложности. Их применение на нашем опыте оказалось возможным у 57,8% больных с различной патологией легких, плевры и органов средостения, при этом частота послеоперационных осложнений оказалась ниже, чем при операциях, выполненных из стандартных доступов.



Дискуссия, фиксированные выступления в прениях:

Комаров И.Г. (диагностическое отделение РОНЦ им.Н.Н.Блохина):

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВИДЕОХИРУРГИИ В ТОРАКАЛЬНОЙ ОНКОЛОГИИ

Отношение к новой видеохирургической технике оперирования в онкологии до недавнего времени характеризовалось как сдержанное. Этому есть свое объяснение. Во-первых, по мере увеличения объема и продолжительности операций пропорционально возрастают травматичность хирургического вмешательства и частота послеоперационных осложнений. Во-вторых, удаляемые ткани подлежат обязательному гистологическому исследованию, в связи с чем их необходимо извлекать целиком, что требует выполнения небольшой торакотомии. (При использовании морцеллятора, когда для прохождения через порт извлекаемый орган превращается в подобие фарша, невозможно дать точные морфологические характеристики опухоли.) В третьих, эндохирургическое вмешательство не позволяет применить такой важный элемент диагностического этапа как интраоперационная пальпация органов и тканей с целью определения истинных размеров опухоли, ее взаимоотношения с окружающими структурами, выявления метастазов. Заменить руку хирурга интраоперационным ультразвуковым исследованием возможно лишь частично, при наличии необходимой аппаратуры. Кроме того, большое значение имеет традиционный консерватизм по отношению к новым методикам в среде хирургов-онкологов. Слишком много было предложено «революционных» методов лечения, не прошедших, однако, проверку временем. Также следует отметить, что видеохирургические операции в 1990-х гг. выполнялись без соблюдения принципов онкологического радикализма – должной лимфодиссекции; предварительного погружения в контейнер извлекаемых резецированных тканей, др. Неудивительно, что результаты подобных хирургических вмешательств оставляли желать лучшего. Поэтому даже в ряде западных клиник был отмечен период охлаждения к эндохирургии в аспекте лечения онкологических больных.

Наконец, огромное значение имеет финансирование видеохирургических операций, которое требует существенно больших затрат, сравнительно с традиционными операциями. Поскольку у руководства онкологических учреждений неизбежно имеется перечень наиболее важных направлений вложения денег (ремонт, реконструкция, замена устаревшего оборудования, др.), затраты на приобретение дорогостоящей видеоаппаратуры и расходных материалов не считаются приоритетными. Тем более, что на приобретении эндохирургического оборудования не настаивают консервативно настроенные руководители хирургических отделений.

В 2000-х гг., однако, в развитии видеохирургии отмечены позитивные перемены. Этому способствуют опыт успешного лечения онкологических больных в клиниках общехирургического профиля, публикация репрезентативных и впечатляющих, вселяющих оптимизм результатов малоинвазивных вмешательств (в зарубежных журналах), улучшение финансирования и, что очень важно, появление нового поколения хирургов-онкологов, готовых освоить и применять технику видеохирургических вмешательств в повседневной практике.

Так, за 11 лет применения видеохирургии в диагностическом отделении РОНЦ, выполнено более 2500 операций; из них порядка 500 составляют торакоскопии. Эти операции выполняются, в основном, в диагностических целях, что определяется спецификой работы отделения. Видеохирургические вмешательства внедрены также в практику торакального, урологического, гинекологического, абдоминального, радиохирургического отделений НИИ Клинической онкологии онкологического центра. Современной видеохирургической техникой оснащена и операционная торакоабдоминального отделения НИИ Детской онкологии и гематологии РОНЦ, где выполняются видеохирургические вмешательства на легких и средостении, органах брюшной полости и забрюшинного пространства по поводу злокачественных опухолей у детей практически любого возраста.

Применение видеохирургических технологий представляется весьма перспективным, причем не только в диагностических, но и в лечебных целях. Видеохирургические операции безопасны, малотравматичны, значительно улучшают качество жизни в послеоперационном периоде, сокращают время пребывания в стационаре.

Выполнение эндоскопических операций проводится в соответствии с онкологическими принципами. При невозможности продолжения эндоскопической операции бригада хирургов должна быть готова к конверсии на любом этапе вмешательства.



ПРОВОЗВЕСТНИК
ВТОРОЕ ИЮньСКОЕ ЗАСЕДАНИЕ, № 559+ ,
состоится во вторник 16 ИЮНЯ 2009 г. в РОНЦ им. Н.Н.Блохина.



Повестка дня:

**ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВ, ДОПОЛНЯЮЩИХ ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ,
В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ И УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Доклад: « ПРИНЦИПЫ «ЦЕЛОСТНОЙ ТЕРАПИИ» В ОНКОЛОГИИ; ОКАЗАНИЕ ВСЕСТОРОННЕЙ ПОМОЩИ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ЛЕЧЕНИЯ» *Бэрри КАССИЛЕТ* (Мемориальный Слоан-Кетеринг онкологический центр; США)

Дискуссия, фиксированные выступления в прениях:

Демидов Л.В. с соавт. (НИИ Клинической онкологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина) – ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕМЕНТАРНОЙ ТЕРАПИИ В ОНКОЛОГИИ.

Новиков М.Ю. с соавт. (НИИ Клинической онкологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина) – КОМПЛЕКСНАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ ОТЕКАХ РУК И НОГ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

Горобец Е.С. с соавт. (НИИ Клинической онкологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина) – ПРИМЕНЕНИЕ ПОБУДИТЕЛЬНОГО СПИРОМЕТРА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.

Исакова М.Е. с соавт. (НИИ Клинической онкологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина) – ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ.

Бочарова О.А. с соавт. (НИИ Экспериментальной диагностики и терапии опухолей РОНЦ им. Н.Н.Блохина) – ФИТОАДАПТОГЕНЫ-ГЕРОПРОТЕКТОРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ.

«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.

Выссылается 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 — РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

ISSN 1728-3000 7 7 1 7 2 8 3 0 0 0 0	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	Илья Николаевич ПУСТЫНСКИЙ т. /+7 495/324-1754 Ирина Анатольевна ГЛАДИЛИНА т. /+7 495/ 324-9714
	Ответственный секретарь	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 Май-июнь 2009; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 29.05.2009; Заказ 777		