



# ВЕСТНИК

Московского  
Онкологического  
Общества

**РАЗНООБРАЗИЕ ВАРИАНТОВ ЛИМФОМ  
ОБУСЛОВЛИВАЕТ ОПРАВДАНЫЙ ИНТЕРЕС  
КО ВСЕМ МОРФО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ  
ПРОЯВЛЕНИЯМ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ...**

**Интернет:** [www.cancercenter.ru](http://www.cancercenter.ru) ([ronc.ru](http://ronc.ru)) // [www.rosoncweb.ru](http://www.rosoncweb.ru) // [www.netoncology.ru](http://www.netoncology.ru) // [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru) // [www.oncodome.narod.ru](http://www.oncodome.narod.ru)

**№ 10** ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.  
**(561)** ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.

**2009**  
**ОКТАБРЬ**

**ЗАСЕДАНИЕ № 561,**  
ПОСВЯЩЕННОЕ ПАМЯТИ АКАДЕМИКА Н.А. КРАЕВСКОГО,  
СОВМЕСТНОЕ С РОССИЙСКИМ ОБЩЕСТВОМ ПАТОЛОГОАНАТОМОВ

СОСТОИТСЯ ВО ВТОРНИК, **13** ОКТЯБРЯ 2009 г., В 17.00,

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

**Президиум:**

проф. А.И.Пачес, академик РАМН, проф.Ю.Н.Соловьев, чл-корр.РАМН, проф.И.В.Поддубная, проф.А.И.Карселадзе

## **ПОВЕСТКА ДНЯ: КЛИНИКА и МОРФОЛОГИЯ МАЛТ-ЛИМФОМ**

**Доклад: МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МАЛТ ЛИМФОМЫ ЖЕЛУДКА**

Кокосадзе Н.В., Пробатова Н.А., Ковригина А.М., Захарова Е.С., Карселадзе А.И.  
(Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина)

**Доклад: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛТ-ЛИМФОМ**

Поддубная И.В.<sup>1</sup>, Османов Е.А.<sup>2</sup>, Москаленко О.А.<sup>1</sup>,  
Малихова О.А.<sup>2</sup>, Сотникова О.П.<sup>1</sup>, Суанова З.А.<sup>1</sup>, Суборцева И.Н.<sup>1</sup>  
(<sup>1</sup>Российская медицинская академия последипломного образования;  
<sup>2</sup>Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина)

## **ПРОФИЦИТ БЮДЖЕТА МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА**

В Московском Онкологическом обществе успешно началась кампания сбора членских взносов на 2009/2010 производственный год. Основу жизнедеятельности нашего профессионального сообщества в 2007-2008 гг. обеспечили 398.300 руб., собранные в количестве 207.700 и 190.600 руб в 2007/08 и 2008/09 гг. соответственно. Между тем, ежегодные расходы Общества на подготовку и проведение заседаний, издание и распространение печатных материалов еще в 2007 г. достигли 200.100 руб и за минувшие два года характеризовались неуклонной тенденцией к повышению. Существенной статьей расходов стали затраты на издание сборников протоколов заседаний Общества. Сборник материалов 2007 г., озаглавленный «ЮБИЛЕИ в РОНЦ: 55 лет Онкологическому центру и 95 лет основателю РОНЦ – академику Н.Н.Блохину», вышел из печати и распространяется среди действительных членов Общества. Сборники 2008-2009 гг. готовятся к изданию.

Несмотря на то, что расходы Общества превышают средства, полученные в качестве взносов, бюджет профессионального сообщества остается профицитным. Это обеспечивают доходы, получаемые от публикации рекламных материалов в изданиях Общества. Тем не менее, сбор членских взносов остается нашей важнейшей организационной кампанией.

Членские взносы в Московское Онкологическое общество составляют 100 рублей для ординаторов и аспирантов, 300 – для дипломированных врачей-онкологов и 500 – для онкологов-руководителей. В клинических подразделениях НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина взносы дифференцированы от 100 рублей для ординаторов до 1000 рублей для профессоров и руководителей отделений (при этом, врачи, научные сотрудники вносят 300 руб., старшие и ведущие научные сотрудники, еще не имеющие докторской степени, выплачивают 500, а уже ставшие докторами наук – 700 рублей). Разумеется, Общество заинтересовано в приеме новых специалистов и поступлении их индивидуальных взносов. Однако, получение взносов «оптом» значительно облегчает решение организационных проблем. Оргкомитет просит руководителей подразделений поручить наиболее авторитетным профессионалам собрать взносы в своих коллективах. Очевидно, это может подтвердить выдающиеся организаторские способности причастных к таким сборам специалистов.

В заключение Оргкомитет напоминает ряд положений, составляющих особую, неповторимую ауру кампании сбора взносов: членский взнос может быть выплачен передачей Обществу части тиража собственных книг, научных видеофильмов и другой научной продукции. Специалисты, состоящие в иных профессиональных сообществах (анестезиологи, реаниматологи, рентгенологи и др.), имеют безусловное право на скидки.

Ветераны общества, вступившие в него в 1950-60-х гг., взносов больше не платят.



МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

*Рефераты сообщений:***PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY (№ 561, October 13, 2008)**

The Proceedings is held jointly with the society of Pathologists  
to honor the memory of Prof. N.A.KRAEVSKY (1905-1985)

**CLINICAL FEATURES AND PATHOLOGY OF MALT-LYMPHOMAS**

**Report-1.** PATHOLOGY OF MALT-LYMPHOMAS. By Dr. N.Kokosadze, Prof. N.Probatova, Dr. E.Zaharova, Prof. A.Karseladze (The N.N.Blokhin Cancer Research Center).

**Report-2.** CLINICAL FEATURES AND CURABILITY IN PATIENTS WITH MALT-LYMPHOMAS. By Prof. I.Podubnaya, Prof. E.Osmanov, Dr. O.Moskalenko et al. (Russian Medical Academy of Postgraduate Education).

**Доклад: МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА MALT-ЛИМФОМЫ ЖЕЛУДКА**

Кокосадзе Н.В., Пробатова Н.А., Ковригина А.М., Захарова Е.С., Карселадзе А.И.  
(Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина)

«MALT<sup>1</sup>-лимфома» впервые описана Isaacson P.D. (1980). Несмотря на большой опыт в изучении данной нозологической формы, ее диагностика и лечение остаются несовершенными. Причиной такого положения является распространенное мнение об относительно благоприятном прогнозе новообразования, что дает повод проводить динамическое наблюдение без адекватной оценки тяжести состояния и стадии болезни. Напротив, связанные с MALT-лимфомами хронические воспалительные процессы, в частности, аутоиммунные, обуславливают назначение необоснованных дорогостоящих диагностических процедур и терапевтических мероприятий. Очевидно, состояние диагностики и лечения MALT-лимфом в том числе является следствием недостаточного освещения этих проблем в методической научной литературе.

*Клинико-морфологические данные*

MALT-лимфома составляет около 7-8% всех В-клеточных лимфом и более 50% первичных лимфом желудка. Большинство случаев наблюдается у взрослых (медиана возраста – 61 год), соотношение мужчин и женщин 1.0:1.2. Большинство случаев MALT-лимфом связано с длительным воспалением, в результате которого происходит накопление экстра nodальной лимфоидной ткани. Хроническое воспаление может быть вызвано инфекцией, аутоиммунной или иной, неизвестной причиной. Инфекционными агентами, вызывающими аккумуляцию экстра nodальной лимфоидной ткани, предшествующую MALT-лимфоме, являются *Helicobacter pylori* для MALT-лимфомы желудка (рис.1), *Chlamydia psittaci* – для MALT-лимфомы орбиты, *Wegelia burgdoferi* – для MALT-лимфомы кожи, *Campylobacter jejuni* – для особого подтипа MALT-лимфомы, ранее известного как «болезнь α-тяжелой цепи», а ныне – как «иммунопролиферативная болезнь тонкой кишки (IPSID)». Аутоиммунное хроническое воспаление при тиреоидите Хашимото и синдроме Шегрена, как известно, многократно увеличивает риск MALT-лимфомы щитовидной и слюнных желез. Желудочно-кишечный тракт наиболее часто (более 50% всех случаев) поражается MALT-лимфомой, при этом 85% желудочно-кишечных лимфом локализуются в желудке. Далее по частоте поражения MALT-лимфомой следуют: костный мозг (до 20% случаев), органы головы и шеи (прежде всего – слюнные железы, орбита) и легкие (по 14%), кожа (11%), щитовидная и молочные железы (4%).

MALT-лимфома характеризуется длительным клиническим (индолентным) течением, в связи с чем большинство случаев выявляются в I-II стадиях. При первичных MALT-лимфомах желудка поражения экстра nodальных локализаций диагностируются до 25% случаев, тогда как при первичных MALT-лимфомах других органов частота поражения экстра nodальных локализаций возрастает до 46%. Некорректно стадирование MALT-лимфом аналогично определению стадий лимфом, поражающих лимфатические узлы, поскольку при множественных экстра nodальных опухолевых очагах, системных поражениях (желудочно-кишечного тракта, кожи, др.) определение стадии не отражает истинной распространенности процесса.

*Гистологическая картина MALT- лимфомы*

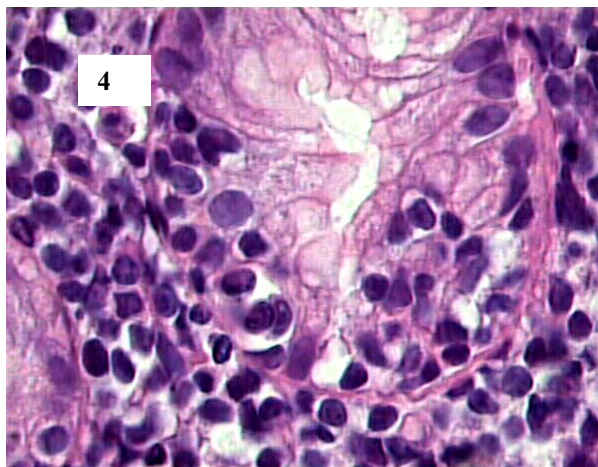
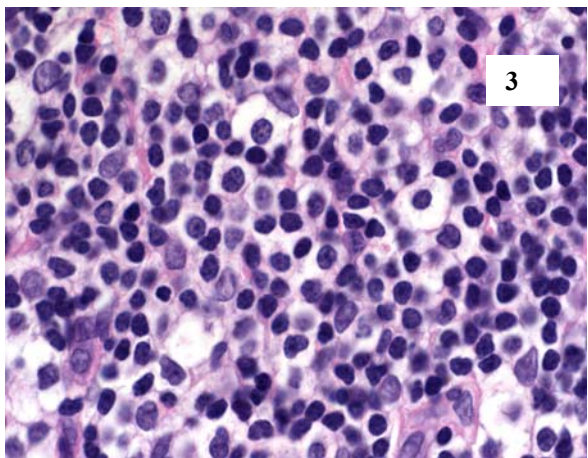
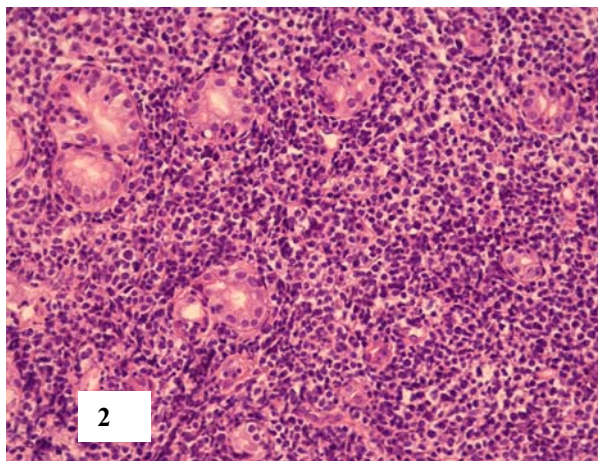
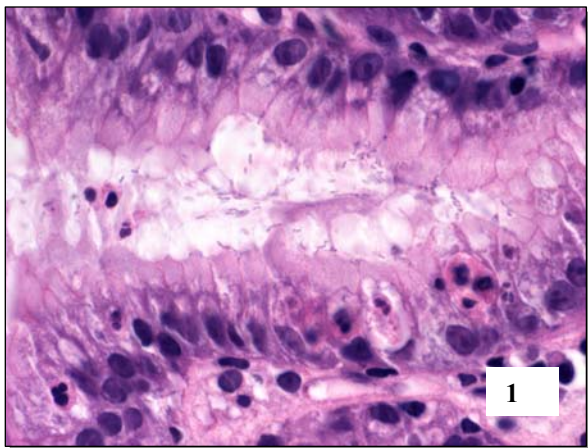
На биопсийном и операционном материале 115 пациентов первичными лимфомами желудка, наблюдаемых в РОНЦ с 1995 г., разработаны морфологические критерии диагноза MALT-лимфомы, ее дифференциально-диагностические признаки сравнительно с реактивными (неопухолевыми) лимфоидноклеточными инфильтратами и другими периферическими мелкоклеточными В-клеточными лимфомами.

<sup>1</sup> MALT – Mucosa-Associated Lymphoid Tissue

Морфологическая картина MALT-лимфомы полиморфна в связи с гетерогенным составом опухолевого инфильтрата, в котором определяются, в различных сочетаниях, клетки маргинальной зоны, малые лимфоциты, рассеянные иммуно- и центробласты, клетки моноцитоидного типа (рис.2-3).

Морфологические признаки оценивались по следующим показателям: клеточный состав, атипия неопластических элементов, наличие плазмноклеточной дифференцировки лимфоидных клеток, выраженность плазмоцитарной инфильтрации, наличие и выраженность лимфоэпителиальных поражений, реактивных лимфоидных фолликулов с явлениями колонизации, наличие крупных (бластных) клеток.

Лимфоэпителиальные поражения (LELs) – агрегаты из 3 и более клеток маргинальной зоны, разрушающие эпителий желез, обнаружены в каждом втором случае. Разрушение желез выражалось в искажении их очертаний, стирании границ. В 17.1% случаев определялись крупные «бластные» LELs (рис.4).



**Рис. 1.** *Helicobacter pylori* в слизи на поверхности и в просвете желез (окраска гем-эоз.  $\times 1000$ ).

**Рис. 2.** MALT-лимфома: «плотный» лимфоидноклеточный инфильтрат в собственной пластинке слизистой оболочки желудка среди желез (окраска гем-эоз.  $\times 200$ ).

**Рис. 3.** MALT-лимфома: лимфоидноклеточный инфильтрат из смеси мелких и средних по размеру клеток с округло-овальными, центроцитоподобными и неправильной формы ядрами (окраска гем-эоз.  $\times 400$ ).

**Рис. 4.** Лимфоэпителиальное поражение: инфильтрация эпителия желез мелкими лимфоидными клетками (окраска гем-эоз.  $\times 1000$ ).

В материале гастробиопсий фолликулы и фолликулоподобные структуры определялись в 30%, реактивные фолликулы со светлыми центрами размножения из центроцитов и центробластов – в 14% случаев. Практически в каждом втором случае при наличии лимфоидных фолликулов наблюдалась их колонизация. В неопластическом инфильтрате обычно имелись крупные клеточные формы, сходные по морфологии с центробластами или иммунобластами – бластные клетки с ядрами либо округло-овальной, либо слегка неправильной формы и 1-3 ядрышками; либо – с пузырьковидными ядрами округлой формы и компактным, центрально расположенным ядрышком. Поскольку MALT-лимфома по определению состоит преимущественно из мелких клеток, при наличии в опухолевом инфильтрате солидных пролифератов крупных трансформированных клеток опухоль следует квалифицировать как диффузную крупноклеточную В-клеточную лимфому и отмечать наличие сопутствующей MALT-лимфомы.

Термин «MALT-лимфома высокой степени злокачественности» использовать не рекомендуется. Кроме того, термин «MALT-лимфома» не должен употребляться применительно к В-крупноклеточной лимфоме, даже если она возникает в органах с MALT и ассоциирована с лимфоэпителиальными поражениями.

#### Дифференциальная диагностика

Для разработки надежных дифференциально-диагностических критериев изучены реактивные лимфоидноклеточные инфильтраты в гистологических препаратах гастробиопсий больных с хроническим гастритом, ассоциированным с НР-инфекцией. Необходимо отметить, что в реактивных инфильтратах также наблюдаются некоторый полиморфизм, явления атипии, фолликулы и лимфоэпителиальные поражения, которые могут сосуществовать с наиболее распространенными при данной нозологии крипт-абсцессами.

Среди морфологических признаков реактивных лимфоидноклеточных инфильтратов преобладали клетки с центроцитоидной морфологией ядер, без признаков цитологической атипии, либо со слабо выраженной цитологической атипией. Моноцитонидные В-лимфоциты не были выявлены. Плазматические клетки обнаруживались в большом количестве в виде пластов под поверхностным покровно-ямочным эпителием. Ни в одном случае не была выявлена плазмоцитонидная дифференцировка лимфоидных клеток инфильтратов. Фолликулы обнаружены в 34.7% случаев без признаков колонизации. Единичные крупные (бластные) клетки определялись в 8.7% случаев и были рассеяны среди мелкоклеточного инфильтрата.

Лимфомы желудка, отобранные для дифференциальной диагностики с MALT-лимфомой, были представлены периферическими мелкоклеточными В-клеточными лимфомами. В этой группе анализированы фолликулярные лимфомы, лимфомы из клеток зоны мантии, случаи лимфомы Беркитта, поскольку данная нозология может иметь средние размеры неопластических клеток. Фолликулярная лимфома характеризовалась нодулярным или диффузно-нодулярным характером роста, смешанным по клеточному составу инфильтратом. ФЛ различались по клеточному составу на несколько типов. Лимфома из клеток зоны мантии характеризовалась очагово-диффузным или диффузным разрастанием инфильтрата из мономорфных или мелких (средних) по размеру клеток на фоне воспалительных изменений. При лимфоме Беркитта опухолевый инфильтрат распространялся до покровно-ямочного эпителия, вытесняя клетки воспалительного ряда, формируя единичные LELs; при этом тесно лежащие клетки преимущественно средних размеров с рассеянными макрофагами образовывали картину, напоминающую «звездное небо» (аналогично картине, наблюдаемой при поражении лимфоузлов).

#### Иммуногистохимическое и генетические исследования

Классификация лимфоидных опухолей основывается на переработке всей доступной информации для определения природы болезни. Морфологическая картина и иммунофенотип являются вполне достаточными для диагностики большинства лимфом. Однако ни один антигенный маркер лимфом не является специфичным. Лишь сочетание морфологических признаков и определенная панель антигенных маркеров могут способствовать установлению правильного диагноза. Большинство В-клеточных лимфом имеют характерное сочетание иммунофенотипических особенностей. Патогномоничных иммуногистохимических признаков для MALT-лимфомы до настоящего времени не найдено. В дифференциальной диагностике по-прежнему используется метод исключения других мелкоклеточных В-клеточных лимфом. Целесообразно оценивать иммуногистохимическую картину по следующим параметрам: нарушение иммуноархитектоники, аберрантный иммунофенотип, моноклональность. При иммуногистохимическом исследовании дифференциально-диагностическую ценность представляет сравнение экспрессии антител CD20 и CD3: преобладание CD20-позитивных В-лимфоцитов над CD3-позитивными Т-лимфоцитами свидетельствует о нарушении иммуноархитектоники, наблюдаемой при лимфомах. При реактивных (неопухолевых) процессах Т-лимфоциты в лимфоидноклеточном инфильтрате преобладают над В-лимфоцитами или находятся в равном соотношении. Важным признаком является коэкспрессия В-клетками BCL-2 и Т-клеточного маркера CD43. Для выявления аберрантного иммунофенотипа необходимо сравнение экспрессии BCL-2 и CD43 с экспрессией других Т- и В-клеточных маркеров.

Генетические признаки играют все возрастающую роль в классификации лимфоидных опухолей. Для большинства мелкоклеточных В-клеточных лимфом и лейкозов генетические повреждения идентифицированы. Однако молекулярный патогенез большинства Т-клеточных и НК-клеточных лимфом остается неясным. ПЦР-исследование реаранжировки генов *IGH* и гена Т-клеточного рецептора (*TCR*), флуоресцентная *in situ* гибридизация (*FISH*) являются ценными диагностическими исследованиями, как для определения клональности в В- и Т-клеточных пролифератах (в плане дифференциальной диагностики с реактивной гиперплазией), так и для установления транслокаций, ассоциированных с некоторыми опухолями. В подавляющем большинстве случаев молекулярное исследование на наличие клональности реаранжировки генов тяжелых цепей Ig позволяет подтвердить или опровергнуть диагноз MALT-лимфомы. Некоторые зрелые В-клеточные неоплазии имеют характерные генетические аномалии, по которым возможно определить их биологические свойства и, следовательно, возможности дифференциальной диагностики (и лечения). Выявление при FISH-реакции хромосомной транслокации t(11;18) у больных MALT-лимфомой необходимо для назначения рационального лечения, поскольку случаи MALT-лимфомы с t(11;18) резистентны к антихеликобактерной терапии.

**Доклад: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ MALT-ЛИМФОМ**

Поддубная И.В.<sup>1</sup>, Османов Е.А.<sup>2</sup>, Москаленко О.А.<sup>1</sup>,  
Малихова О.А.<sup>2</sup>, Сотникова О.П.<sup>1</sup>, Суанова З.А.<sup>1</sup>, Суборцева И.Н.<sup>1</sup>  
(<sup>1</sup>Российская медицинская академия последиplomного образования;  
<sup>2</sup>Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина)

В литературе 2000-х гг. подчеркивается не только неуклонный рост заболеваемости неходжкинскими лимфомами, но и увеличение выявления различных форм и/или морфологических вариантов лимфопротиферации; прежде всего – экстранодальных лимфом. Выявленные особенности имеют как научное, так и практическое значение. Наибольший интерес представляет рост заболеваемости MALT-лимфомами, как поражений различной локализации и прогноза.

За период с 1983 по 2007 г. в РОНЦ наблюдались 704 больных экстранодальными лимфомами. В этой группе наиболее часто были диагностированы поражения желудка (33%), костей (13%), яичек (8%); других органов и тканей (46%).

Частота MALT-лимфом оказалась наибольшей при локализации опухолей в желудочно-кишечном тракте; прежде всего – в желудке. Опыт РОНЦ характеризуется диагностикой и лечением 68 случаев первичных MALT-лимфом желудка I-II стадии. При анализе клинического материала отмечено преобладание женщин (65%), уточнены варианты макроскопических форм роста. Выделена своеобразная, гастритоподобная форма MALT-лимфомы, характерная для мелкоклеточного варианта. Определены эндоскопические признаки эффективности лечения.

Другие отделы желудочно-кишечного тракта вовлекаются в опухолевый процесс при лимфомах намного реже – поражение кишечника составляет всего 4.7%. Иной представляется и морфологическая структура этих опухолей – частота MALT-лимфом значительно уступает диффузной В-крупноклеточной лимфоме (ДКВКЛ). Мы располагаем опытом наблюдения за течением болезни у 33 больных первичной неходжкинской лимфомой кишечника – MALT-омы и ДКВКЛ.

Независимо от морфоиммунологического варианта при этой патологии часто (84.9%) развиваются угрожающие жизни осложнения клинического течения заболевания: кишечная непроходимость (92.8%), перфорация кишки (3,6%), кровотечение (3,6%). Это позволяет считать, что MALT-мы кишечника обладают клиническим своеобразием и требуют особого терапевтического подхода. Выполнение радикальной операции на высоте осложнений обеспечивает 78,3% 5-летней общей выживаемости, но не предотвращает развитие рецидива – прогрессирование процесса диагностировано у 20,8% больных.

К редким формам экстранодальных лимфом следует относить и первичное поражение легких. Среди 704 больных первичные опухоли выявлены лишь у 13 (1,8%) пациентов. Все новообразования оказались В-клеточного происхождения, среди них преобладали (54%) MALT-лимфомы, агрессивные варианты составили 32%. MALT-омы диагностированы в начальных стадиях и были высоко чувствительны к иммунохимиотерапии: при проведении R-CHOP у всех больных достигнуты полные ремиссии. При агрессивных вариантах лимфом с первичным поражением легких ни одна из стандартных схем лечения не оказала положительного действия, что позволяет рекомендовать в этих клинических ситуациях интенсификацию первой линии терапии.

Известен факт повышения риска развития лимфопротиферации при различных аутоиммунных процессах. В этой связи особый интерес представляют неходжкинские лимфомы слюнных желез. Из наблюдавшихся 44 случаев лимфом слюнных желез у 8 больных (16%) в анамнезе была болезнь Шегрена. ДКВКЛ являются самым частым морфоиммунологическим вариантом НХЛ слюнных желез, возникающих *de novo*; доля MALT-ом составила 30%. Это соотношение принципиально меняется, если лимфома возникает на фоне болезни Шегрена: основным вариантом является MALT-лимфома, которая диагностируется в 78% случаев.

Чувствительность к иммунохимиотерапии MALT-ом слюнных желез любого происхождения одинаково высока: частота полных ремиссий соответствует 84-100%.

Представленные данные демонстрируют оправданность выделения MALT-лимфом, так как эти опухоли составляют гетерогенную группу новообразований В-клеточного происхождения с большим разнообразием морфологических и клинических характеристик.

Бесспорно новым направлением в улучшении диагностики и лечения первичных MALT-лимфом желудка стало внедрение гастросонографии. Уточнение степени инвазии в стенку органа позволяет адекватнее оценить распространенность процесса, уточнить диагностику, а также с большей точностью контролировать эффективность проводимой терапии. Перспективно применение классификации французской группы GELA, в которой проводится многоступенчатая морфологическая оценка результативности терапии, подкрепляемой ПЦР материала гастроскопий.

В материалах РОНЦ подтвержден благоприятный прогноз MALT-лимфом: общая 5-летняя выживаемость в зависимости от морфологических вариантов этих опухолей составляет 71,4; 85,9; 96,8%. Определены показания к проведению антихеликобактерной монотерапии и установлена ее эффективность в зависимости от распространенности процесса. При I стадии проведение антихеликобактерной терапии совместно с химиотерапией позволило добиться 87,5% полных регрессий.

Изучаются новые терапевтические подходы при рецидивах и рефрактерных формах первичных MALT-ом желудка (хлорбутин в сочетании с ритуксимабом, кладрибин с ритуксимабом).



## ПРОВОЗВЕСТНИК

### ЗАСЕДАНИЕ, № 562

состоится в четверг 29 октября 2009 г. в РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

**Повестка дня: ЛЕЧЕБНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ при ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ САРКОМАХ**

**Доклад:** ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ. – проф. В.А.Горбунова.

**Доклад:** ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ОСТЕОСАРКОМАМИ. – д.м.н. Г.Н.Мачак.

**Доклад:** ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ САРКОМАХ ЮИНГА – д.м.н. Н.М.Иванова.

**Информационное сообщение:** ПРОЕКТ СОЗДАНИЯ ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ САРКОМ. НЕОБХОДИМОСТЬ КООРДИНАЦИИ УСИЛИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ. – к.м.н. А.Ю.Бохян.



### ЗАСЕДАНИЕ, № 563,

Состоится в четверг 17 декабря 2009 г. в РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

**Повестка дня: 55-ЛЕТИЕ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА**

Научно-практическая конференция

**«ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ»,**

посвященная 55-летию Московского Онкологического общества,

Юбилей будет отмечен научно-практической конференцией, на которой, по установившейся традиции (см. опыт торжеств в связи с 50-летием Общества и материалы состоявшейся в 2004 г. конференции по экстренной хирургии и терапии в онкологии), будут рассмотрены важные вопросы онкологической науки и практики.

В материалах декабрьской (2009 г.) конференции, названной «ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ», найдут отражение статьи, аналитические обзоры, описания практических наблюдений. Будут приняты к публикации сведения о заболеваемости, смертности, продолжительности и условиях (качестве) жизни онкологических пациентов. Особый интерес представляют исследования, в которых показатели выживаемости будут дополнены анализом причин летальных исходов после радикального противоопухолевого лечения.

Разумеется, без каких либо ограничений будут опубликованы описания случаев клинического излечения, взятые из богатейшей онкологической практики. Объем представляемых сообщений не лимитируется. Ваши материалы *все еще, безусловно*, следует направлять на почтовый и электронный адреса, указанные в выходных данных Вестника Общества.

**«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  7 71 728 30000	<b>Председатель Общества</b>	проф. Александр Ильич ПАЧЕС. Москва, 115478, Каширское. шоссе 24 (т. /+7 495/ 324-1970)
	<b>Главный редактор</b>	Сергей Михайлович ВОЛКОВ (т./+7 495/ 324-2640; 741-9265) E-mail: <a href="mailto:volkov_sm@mail.ru">volkov_sm@mail.ru</a>
	<b>Зам. главного редактора</b>	Илья Николаевич ПУСТЫНСКИЙ т. /+7 495/324-1754 Ирина Анатольевна ГЛАДИЛИНА т. /+7 495/ 324-9714
	<b>Ответственный секретарь</b>	Давид Романович НАСХЛЕТАШВИЛИ т. /+7 495/324-9464
	<b>Секретарь-референт</b>	Ираида Ивановна БЕЛОУСОВА т. /+7 495/324-11-55
	НАПЕЧАТАНО В ОТДЕЛЕ МНОЖИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ РОНЦ им. Н.Н.БЛОХИНА Октябрь 2009; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 02.10.2009; Заказ 666	