

ВЕСТНИК

Московского
Онкологического
Общества

**ПРОДВИЖЕНИЕ «В НОГУ СО ВРЕМЕНЕМ»:
МОСКОВСКОЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО
ПРОДОЛЖАЕТ ОБСУЖДАТЬ РАЗРАБОТКИ
СОВРЕМЕННОЙ ОНКОЛОГИИ**



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

№ 2
(565)

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.

2010

ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.

ЯНВАРЬ

ЗАСЕДАНИЕ № 565

СОСТОИТСЯ В ЧЕТВЕРГ, **25** ФЕВРАЛЯ 2010 г., в 17.00

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

Президиум: проф. А.И.Пачес, чл.-корр. РАН, проф. М.Р.Личиницер, д.м.н. Ю.В.Буйденко

ПОВЕСТКА ДНЯ: ИМПЛАНТИРУЕМЫЕ ИНФУЗИОННЫЕ СИСТЕМЫ

Доклад: ИМПЛАНТИРУЕМЫЕ ИНФУЗИОННЫЕ СИСТЕМЫ ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ДОСТУПА В ОНКОЛОГИИ

Буйденко Ю.В., Мещеряков А.А., Бредер В.В., Феденко А.А., Мачак Г.А., Буйденко В.Ю., Чернов И.С., Нисиченко Д.В.

(Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина)

Доклад: ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ ПОРТ-СИСТЕМ ДЛЯ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЯИЧНИКОВ

Тюлядина А.С., Буйденко Ю.В., Жордания К.И., Кузнецов В.В., Стенина М.Б.

(Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина)

ЗАСЕДАНИЯ БУДУЩЕГО

Организационный комитет предлагает специалистам, составляющим Московское Онкологическое общество, обсудить предлагаемую повестку дня предстоящих заседаний. В перечне актуальных проблем онкологии – организационная проблематика, возможности хирургического лечения онкологических больных при сопутствующей ИБС, современное состояние лечебных возможностей при раке молочной железы, опухолях билиопанкреато-дуоденальной зоны, нейроэндокринных новообразованиях. Предложены методики подавления болевого синдрома (нейролизис чревных ганглиев), определения предельно допустимых резекций печени; новые данные о ПЭТ-диагностике распространенности опухолевого процесса.

В ряде разработок представлены систематизированные результаты исследований и уже просматриваются подготовленные решения. Другие анонсы заседаний лишь в общих чертах обозначают проблемные положения, что предполагает вероятность разносторонних дискуссий. Оргкомитет готов рассмотреть (и передать авторам публикаций) острые вопросы, опубликовать поучительные случаи из медицинской практики, другие материалы по объявленной тематике.

В опубликованных анонсах заседаний обращает внимание значительная частота сообщений из НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина, что подтверждает должный научно-практический потенциал этого ведущего онкологического центра. Вместе с тем, оргкомитет просит потенциальных авторов дополнить предложенную тематику, обоснованно полагая, что представление результатов собственных исследований, как правило, отражает рейтинг специалистов в профессиональном сообществе.

См. прилагаемую распечатку планов Общества «Провозвестник» на с.7-8 этого выпуска.



ТРУДЫ

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА



Рефераты сообщений:

PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY № 565 (February 25, 2010)**IMPLANTED PORT-SYSTEMS FOR LONG-TERM INTRAVENOUS ACCESS**

Report-1: IMPLANTED PORT-SYSTEMS FOR LONG-TERM INTRAVENOUS ACCESS IN PATIENTS WITH CANCER. By Prof. Yu.Buidenok et al. (The N.N.Blokhin Cancer Research Center).

Report-2: THE USE OF INTRAPERITONEAL PORT-SYSTEMS FOR CHEMOTHERAPY IN PATIENTS WITH LOCALLY WIDESPREAD OVARIAN CARCINOMA. By Dr. A.Tuliandina et al. (The N.N.Blokhin Cancer Research Center).

Доклад:

**ИМПЛАНТИРУЕМЫЕ ИНФУЗИОННЫЕ СИСТЕМЫ
ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ДОСТУПА В ОНКОЛОГИИ**

Буйденко Ю.В., Мешеряков А.А., Бредер В.В., Феденко А.А.,
Мачак Г.А., Буйденко В.Ю., Чернов И.С., Нисиченко Д.В.
(Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина)

Повышение эффективности современной химиотерапии предполагает увеличение доз препаратов, продолжительности и кратности курсов лечения. При этом введение химиопрепаратов, как правило, внутривенное, сопряжено с раздражением сосудистой стенки, флебитами/флеботромбозами, некрозом тканей при случайной экстравазации ряда лекарственных средств. Неоднократные пункции и катетеризации периферических вен для диагностических тестов, в целях химиотерапии, поддерживающего лечения и парентерального питания снижают качество жизни. Применение центрального венозного доступа позволяет избежать большинства указанных выше проблем, однако связано с риском инфекционных и тромботических осложнений, опасностью воздушной эмболии. Кроме того, при наличии центрального венозного катетера неизбежны дискомфорт и трудности выполнения гигиенических процедур.

В этой связи значительным преимуществом обладают полностью имплантируемые порт-системы. Они (в перерывах между инфузиями) не подвержены каким-либо внешним факторам воздействия, обеспечивают максимальный комфорт и качество жизни. Во многих развитых странах имплантация венозного порта предусматривается требованиями международных исследовательских протоколов, входит в современные стандарты химиотерапии.

За 2000-2009 гг. в РОНЦ имплантировано более 600 порт-систем центрального венозного доступа. Эти устройства применялись у больных раком толстой и прямой кишки (200; 36%), молочной железы (126; 24%), костными и мягкотканными саркомами (73; 14%), а в остальных случаях – при злокачественных новообразованиях иных локализаций.

Порт – это небольшая емкость, чья конструкция выполнена из металла (титан) или пластика (полисульфон), имеет в основании элементы крепления, а в верхней части силиконовую мембрану, через которую специальной иглой выполняются пункции для забора крови, введения препаратов и промывания устройства. В боковую часть порта подсоединяется катетер; другой его конец размещается в центральной вене. При необходимости одномоментного введения препаратов, которые несовместимы друг с другом, устанавливается двухканальный, двухкамерный порт */.

III Межреберье и
правый край грудины

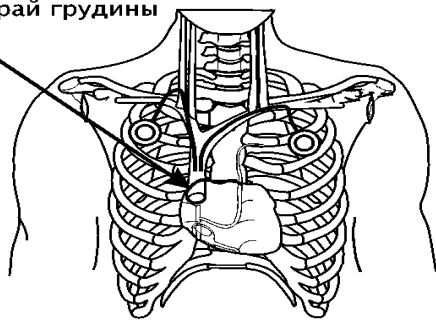


Рис. 1. Типичная установка подкожного венозного порта в правой или левой подключичной области; проведение центрального венозного катетера через яремную или подключичную вены.

* Полный ассортимент имплантируемых порт-систем с оптимальным соотношением цены-качества представлен компанией Б.Браун (Б.Браун Медикал: 117105 Москва, Варшавское шоссе, д.17.

Тел/факс +7(495) 747-5191; www.bb Braun.ru

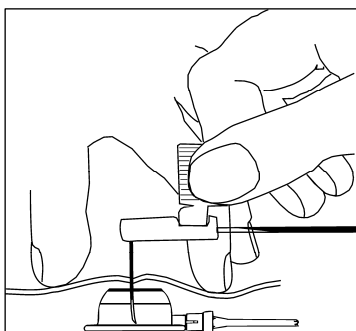
См. также сайт: www.intravena.ru.

Установка порта проводится в асептических условиях, в операционной, под местной анестезией. Также возможна установка порта как этап планового хирургического вмешательства.

Для успешной имплантации подкожного венозного порта требуется чрезкожная катетеризация верхней полой вены доступом через наружную яремную или подключичную вену; в том числе – с применением современной ультразвуковой техники для визуализации и разметки сосудов перед началом процедуры.

Успешная установка и эксплуатация имплантируемой порт-системы возможны только при расположении дистального конца катетера в просвете верхней полой вены. Уровень установки кончика катетера в просвете верхней полой вены определяется (с наибольшей точностью) под контролем зрения при помощи рентгеноскопии, либо (с достаточной точностью) – с помощью эндокардиальной кардиограммы, либо (ориентировочно) – по анатомическим ориентирам. В нашей практике наиболее часто установка катетера выполняется под контролем ЭКГ. После установки катетера в нескольких сантиметрах от пункции создается подкожный «карман» и формируется подкожный тоннель для катетера. Катетер соединяется с портом. Порт погружается в подготовленный «карман» и фиксируется отдельными швами к прилежащим тканям. Ушивается кожный разрез. На всех этапах имплантации контролируется состояние (проходимость) катетера и порта аспирацией крови из катетера или при пункции порта специальной иглой Губера. Порт может использоваться для проведения инфузий уже через несколько часов после установки.

Наиболее тяжелые осложнения при имплантации венозного порта соответствуют проблемам, возникающим при чрезкожной пункции и катетеризации центральной вены. Но поскольку венозный порт устанавливается однократно на несколько лет, вероятность возникновения осложнений снижается во много раз. Даже применение современной ультразвуковой техники не исключает возможности повреждения легкого с развитием пневмо- и гемоторакса, дыхательной недостаточности. Ятрогенная пункция артериального сосуда особо опасна у больных с выраженной коагулопатией на фоне тромбоцитопении в связи с вероятностью фатального кровотечения. После катетеризации центральной вены обязательно контрольное рентгенологическое исследование органов грудной клетки для оценки положения центрального катетера и состояния сердечно-легочных структур (в сомнительных случаях – с контрастированием инфузионной системы).



Для пункции порта используется специальная игла Губера, которая имеет особую форму острия, исключая повреждение силиконовой мембраны порта. Ретроградный ток крови из венозного порта при легкой аспирации указывает на удовлетворительную работу всей инфузионной системы.

Игла Губера отличается от обычной тем, что при введении не режет, а раздвигает силиконовую мембрану порта, поддерживая герметичность порт-системы в течение нескольких лет. Пункции порта легко выполнимы, однако работа с инфузионной системой требует привлечение квалифицированного, инструктированного персонала.

Рис. 2. Установка иглы Губера в подкожный венозный порт.

При работе с портом следует особенно тщательно соблюдать правила асептики. Установку иглы необходимо выполнять в стерильных перчатках, для обработки кожи над портом применять современные антисептики. Полученные при аспирации первые 1-2 мл крови необходимо удалить, а порт незамедлительно промыть 20,0 мл 0,9%-го раствора NaCl. Перед удалением иглы порт следует промывать 0,9%-ным раствором NaCl в объеме не менее 20,0 мл и выполнять гепариновый «затвор» объемом не более 5,0 мл (из расчета 100 ЕД гепарина на 1,0 мл 0,9%-ного раствора NaCl). **Используются только ампулированные растворы *ex tempore*. Введение в порт растворов из ранее вскрытых флаконов недопустимо!**

После окончания инфузии и удаления иглы, больной может вернуться к привычному образу жизни, принимать водные процедуры, включая занятия в бассейне.

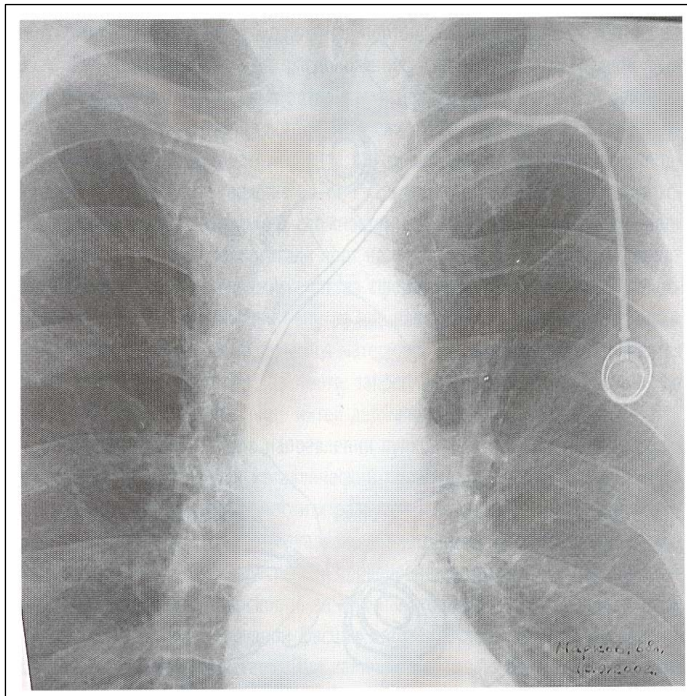
Осложнения при установке центрального катетера или порта однотипны для продолжительного использования центрального венозного доступа – это локальный тромбофлебит в месте установки катетера и/или инфицирование инфузионной системы.

Тромбоз возникает вследствие известной тромбофилии онкологических больных и провоцируется наличием инородного тела (катетера). Выраженность тромбоза и его течение подлежат контролю при ультразвуковых исследованиях. В некоторых случаях удается сохранить подкожный венозный порт благодаря своевременному назначению антикоагулянтов.

Инфицирование инфузионной системы опасно развитием генерализованного септического состояния. Возникновение катетер-ассоциированного сепсиса требует незамедлительного удаления инфузионной системы, назначения адекватной антибактериальной (а при показаниях – и интенсивной) терапии.

Следует подчеркнуть, что основа инфицирования инфузионных систем – это несоблюдение медицинским персоналом элементарных правил асептики, таких как мытье рук, использование стерильных перчаток, масок и, что особо важно, использование растворов для промывания порта из ранее вскрытых флаконов, а также растворов, хранившихся без соблюдения надлежащих условий.

Очевидно, что отсутствие готовых лекарственных форм, предназначенных специально для промывки и «защиты» катетеров, устанавливаемых в периферические и центральные вены, приводит к тяжелым последствиям и экономическим потерям, связанным с длительным лечением тяжелых катетер-ассоциированных инфекций. В связи с этим представляет интерес новый препарат Тауролок (Taurolock™) предназначенный для «закрытия» инфузионных систем в перерывах между циклами инфузий. Препарат проходит процедуру регистрации в России.



Наш многолетний опыт показал высокую надежность и целесообразность применения подожных венозных портов в клинической практике.

Следует отметить значительные возможности имплантируемых инфузионных систем для проведения локальной (внутриартериальной) химиотерапии; лечения пациентов с хроническим болевым синдромом (имплантация порта в целях длительной спинномозговой анестезии); при опухолевых плевритах и асцитах (для эвакуации экссудата и внутривенозного введения препаратов).

Рис. 3. Рентгенограмма больного после имплантации венозного порта в левую подключичную область. Катетер проведен через левую подключичную в верхнюю полую вену.

Доклад:

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ ПОРТ-СИСТЕМ ДЛЯ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЯИЧНИКОВ

Тюляндина А.С., Буйденко Ю.В., Жордания К.И., Кузнецов В.В., Стенина М.Б.
(Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина)

Рак яичников, третье по частоте новообразование в онкогинекологии, является причиной смерти около 7000 больных в России ежегодно (Аксель Е.М., Давыдов М.И.; 2008). Прогресс в лечении рака яичников связан с появлением в 1990-х гг. таксанов. Рак яичников считается химиочувствительной опухолью (Ozols R.F.; 2003): полная клиническая регрессия после циторедуктивной операции и современной химиотерапии производными платины и таксанами достигается примерно у 70% пациентов, однако в большинстве случаев возникают рецидивы, обусловленные преимущественно диссеминацией по брюшине.

В связи с этим интраперитонеальная химиотерапия считается одним из перспективных направлений современного научного поиска. Интраперитонеальное введение лекарственных средств создает более высокую концентрацию химиотерапевтических препаратов в брюшной полости – в 20 раз более высокую для препаратов платины и в 1000 раз – для таксанов (Lopez J., 1985; Francis P., 1995). Кроме того, при внутривенном введении достигается сравнительно высокая системная концентрация за счет всасывания через брюшину, что, безусловно, следует учитывать при прогнозировании токсических эффектов (Dedrick R.; 1997).

Наиболее значимыми разработками в области интраперитонеальной химиотерапии являются 3 крупных рандомизированных клинических исследования III фазы: GOG-104, GOG-114, GOG-172.

В исследовании GOG-104 больным с III стадией рака яичников (с остаточными после циторедуктивной операции размерами опухолевых узлов до 2 см) системная химиотерапия проводилась препаратами цисплатин и циклофосфамид. В исследовательской группе цисплатин вводился интраперитонеально, в контрольной – внутривенно; циклофосфамид вводился внутривенно в обеих группах (Alberts D.S.; 1996). Медиана общей продолжительности жизни составила 41 мес. при внутривенном и 49 мес. – при внутривенном введении цисплатина ($p = 0,02$). В исследовательской группе отмечена более низкая частота проявлений системной ото- и гематологической токсичности. Данная методика интраперитонеальной химиотерапии не была внедрена в клиническую практику, поскольку появление таксанов позволило получить аналогичные результаты с помощью внутривенного введения препаратов.

В исследовании GOG-114 больные контрольной группы получали цисплатин и паклитаксел внутривенно. Больные исследовательской группы первоначально получали карбоплатин в высоких дозах (AUC9), а затем цисплатин внутривенно и паклитаксел внутривенно (Markman M.; 2001). В исследовательской группе отмечена бóльшая продолжительность жизни, как общей (52,2 и 63,2 мес.; $p=0,05$), так и безрецидивной (до начала прогрессирования) – 22,2 и 27,9 мес.; $p=0,01$. При этом в группе внутривенной химиотерапии чаще развивалась тяжелая миелосупрессия.

В исследовании GOG-172 (Armstrong D.; 2006) при сравнении внутривенной и внутривенной химиотерапии после циторедуктивных операций подтверждена бóльшая эффективность внутривенного введения цисплатина и паклитаксела: сроки до начала прогрессирования процесса составили 18,3 и 23,8 мес ($p=0,027$), медиана общей продолжительности жизни – 49,7 и 65,6 мес ($p=0,017$), достигнув максимального значения за всю историю изучения данного вопроса. Следует особо отметить, что запланированное лечение в группе внутривенной терапии смогли получить лишь 42% больных, у остальных больных лечение было прекращено в связи с катетер-ассоциированной инфекцией, нарушениями проходимости и целостности катетера, выходом из строя установленного лапаропорта.

Результаты исследования GOG-172 стали основой рекомендаций Национального противоракового института США (NCI), опубликованного в 2006 г., согласно которому внутривенная терапия может быть показана больным с III стадией рака яичников после оптимальной циторедукции. Вместе с тем, указанные выше исследования отразили проблемы технического осуществления интраперитонеальной химиотерапии, необходимость совершенствования имплантируемой порт-системы.

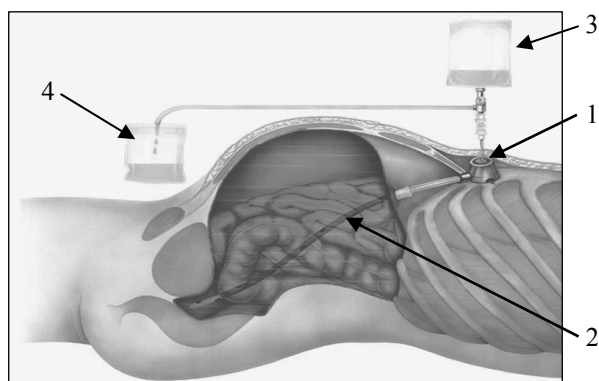


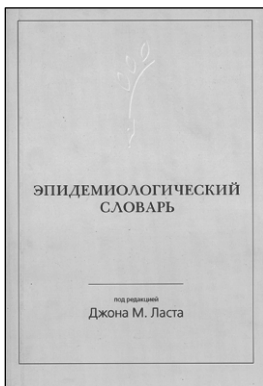
Рис. Схема внутривенной химиотерапии.

1. Лапаропорт (имплантационная порт-система) на передней брюшной стенке в области VIII-IX межреберья, с фиксацией к реберной дуге.
2. Внутривенный катетер.
3. Емкость с химиопрепаратом.
4. Емкость для отделяемого из брюшной полости.

Отечественный опыт применения интраперитонеальной химиотерапии минимален. В связи с этим в 2009 г. в РОНЦ инициировано экспериментальное («*pilot*») исследование по внутривенной химиотерапии при распространенном раке яичников. Согласно протоколу лапаропорт устанавливается интраоперационно по окончании циторедуктивной операции. Имплантационная порт-система устанавливается на передней брюшной стенке в области VIII-IX межреберья и фиксируется к реберной дуге. Химиотерапия начинается через 3 недели после оперативного вмешательства и предполагает проведение 6 курсов химиотерапии каждые 3 недели по следующей схеме: паклитаксел 135 мг/м^2 внутривенно в 1-й день, цисплатин 75 мг/м^2 внутривенно во 2-й день и паклитаксел 60 мг/м^2 внутривенно в 8-й день. В дни интраперитонеального введения препаратов обязательна гидратация (2000 мл физиологического раствора внутривенно) для равномерного распределения цитостатических агентов в брюшной полости.

Внутривенная химиотерапия проведена 2 пациенткам по поводу распространенного рака яичников после выполнения оптимальной циторедуктивной операции. Имплантированы лапаропорты Celsite (компания V. Braun) */. Обе больные перенесли все 6 курсов химиотерапии без выраженных проявлений системной токсичности и местных осложнений. Все курсы лечения проведены в запланированные сроки без редукции доз препаратов. В обоих случаях отмечались кратковременные умеренные боли в животе, связанные с внутривенным введением паклитаксела и купировавшиеся ненаркотическими анальгетиками. Достигнут полный клинический эффект с нормализацией уровня маркера СА-125. После окончания химиотерапии имплантационные порт-системы были удалены. Пациенты наблюдаются в течение 5 месяцев после окончания лечения без признаков заболевания.

*/ Б.Браун Медикал: 117105, Москва, Варшавское шоссе, д.17. Тел/факс 8(495) 747-5191; www.bb Braun.ru

***Новая книга!***

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ. IV издание. Под редакцией Джона М. Ласта для Международной эпидемиологической ассоциации.*/ Русское издание – одно из 14-язычных переводов эпидемиологического словаря. Книга издана Открытым Институтом Здоровья в рамках программы «Глобус». Ответственный редактор русского издания – проф. В.В.Власов – передал Московскому Онкологическому обществу достаточное количество экземпляров словаря. Общество готово распространять среди действительных членов Общества и даже выслать (!) им эти экземпляры за пределы Московского региона согласно заявляемым потребностям.

ИЗ ПРЕДИСЛОВИЯ РЕДАКТОРОВ РУССКОГО ИЗДАНИЯ

Русское издание «Эпидемиологического словаря» – важное, давно ожидавшееся событие. По известным причинам развитие эпидемиологии в России и во всем, как принято говорить, «русскоязычном пространстве» отличалось от развития этой науки на Западе. Однако всегда было очевидным, что взаимопонимание профессионалов крайне необходимо. Эту задачу и должен решить данный словарь.

...Одна из проблем, которую систематически старались решить редакторы словаря – его применение при чтении как русской, так и иностранной научной литературы. Поэтому в словаре, помимо собственно словаря эпидемиологических терминов, создан еще англо-русский указатель, который облегчит использование иностранной литературы и поиск русских эквивалентов английским терминам.

*/ **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (EPIDEMIOLOGY)** наука о распространении относящихся к здоровью (человека) состояний или событий в определенных популяциях и их детерминант, а также применение этих исследований в контроле над проблемами здоровья... Существует много определений Э. ... За последние более чем 50 лет определение расширилось от акцента на эпидемии заразных болезней до всех феноменов, относящихся к здоровью населения... (Эпидемиологический словарь. – Москва, 2009. – 316 с.)

**ПРОВОЗВЕСТНИК**

ЗАСЕДАНИЕ № 566 Состоится в четверг 25 марта 2010 г.

в Московском клиническом онкологическом диспансере №1 (ул.Бауманская, д.17).

Повестка дня **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПОЧКИ**

Доклад-1: ОПЫТ ЛЕКАРСТВЕННОЙ И ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ РАКЕ ПОЧКИ. – Борисов В.И. с соавт. (Онкологический клинический диспансер №1). **Доклад-2:** ОСОБЕННОСТИ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ РАКЕ ПОЧКИ. – Русаков И.Г. с соавт. (МНИОИ им. П.А.Герцена). **Доклад-3:** ПАЛЛИАТИВНЫЕ НЕФРЭКТОМИИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ РАКЕ ПОЧКИ. – Матвеев В.Б. с соавт. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина).

«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 — РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

ISSN 1728-3000 7 71 728 30000	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 Февраль 2010; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 15.02.2010; Заказ 136		



BONA FIDE! ¹
РАБОЧИЕ МАТЕРИАЛЫ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

ПРОВОЗВЕСТИК

Московского
Онкологического
Общества

**ОРГКОМИТЕТ УТВЕРЖДАЕТ:
РЕАЛЬНОСТЬ АНОНСИРОВАННЫХ ЗАСЕДАНИЙ
ПРАКТИЧЕСКИ ПРЕВЫШАЕТ
ВЕРОЯТНОСТЬ ДОСТОВЕРНОГО ПРОГНОЗА ($p \gg 1,0!$)**

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

2010

КЛЮЧЕВОЙ РАЗДЕЛ ИНФОРМАЦИОННОГО БЮЛЛЕТЕНЯ «ВЕСТНИК»
МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА.

ФЕВРАЛЬ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОНКОЛОГИИ

Планы заседаний на 2010 г.

**ОРГКОМИТЕТ ПОДТВЕРЖДАЕТ ОТСУТСТВИЕ ТОЧНЫХ ДАТ АНОНСИРОВАННЫХ ЗАСЕДАНИЙ,
ПРОСИТ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ АВТОРОВ ДОПОЛНИТЬ ПРЕДЛОЖЕННУЮ ТЕМАТИКУ,
СЧИТАЕТ, ЧТО ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, КАК ПРАВИЛО,
СООТВЕТСТВУЕТ РЕЙТИНГУ СПЕЦИАЛИСТА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СООБЩЕСТВЕ**

АНОНС ЗАСЕДАНИЯ: Повестка дня: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ. Старинский В.В., с соавт. (МНИОИ им. П.А.Герцена); Сельчук В.Ю. с соавт. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина).
Статистика онкологических заболеваний, организация и совершенствование онкологической помощи.

АНОНС ЗАСЕДАНИЯ: Повестка дня: ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИБС. Шестопалова И.М. с соавт. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина).

В 2002-2008 гг. в РОНЦ по поводу сочетанной кардиологической и опухолевой патологии проведено обследование и лечение 500 больных. Анализируемые случаи характеризовались выраженностью ИБС (частота III-IV ФК ИБС – 22,3%; ХСН – 17,8%), значительной распространенностью опухолей (частота III-IV стадий 51,2%). Терапевтическая подготовка лишь в 11,8% случаев ограничилась стандартной терапией, а в остальных была дополнена лечением осложнений ИБС и коморбидных состояний. Операции выполнены по поводу рака легкого (239), легочных метастазов (27), рака желудка (108), пищевода (79), толстой кишки (47). С учетом индекса летальности онкологических заболеваний (до 95% в течение года после выявления) и летальных исходов вследствие ИБС (2%) ожидаемый показатель 1-летней выживаемости соответствует $8,0 \pm 5,0\%$. Радикальное хирургическое и адекватное терапевтическое лечение сочетанной патологии результировало в 64,8-75,7% 1-летней (общей) выживаемости, что как минимум восьмикратно превосходит показатель, определяемый естественным течением сочетанных заболеваний и традиционной терапией.

АНОНС ЗАСЕДАНИЯ: Повестка дня: СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Воронников И.К., Летагин В.П., Личиницер М.Р., Тюляндин С.А., Ткачев С.И., Соболевский В.А., Погодина Е.М. с соавт. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина).

I стадия: мастэктомия с сохранением грудных мышц (радикальная резекция) \pm гормонотерапия. II стадия: неоадьювантная химиотерапия + операция (при центральной локализации – мастэктомия + 6 курсов САФ). III стадия: неоадьювантная химиотерапия (4-6 курсов) + мастэктомия + химио-лучевая терапия. Возможности реконструкции молочной железы при I-III стадиях.

АНОНС ЗАСЕДАНИЯ: Повестка дня: ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ И (ПЕРВИЧНО) МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Летагин В.П., Воронников И.К., Личиницер М.Р., Тюляндин С.А., Ткачев С.И., Чмутин Г.Е., Мусаев Э.Р., Погодина Е.М. с соавт. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина). Возможности лечения отечно-инфильтративных форм рака молочной железы. Результаты «санационных» мастэктомий. Показания, возможности, результаты лечения при церебральных, костных, легочных метастазах, метастазах иных локализаций.

АНОНС ЗАСЕДАНИЯ: Повестка дня: ГИБРИДНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ, ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ, УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ В ДИГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. Долгушин Б.И., Нечипай А.М., Виршке Э.Р. с соавт. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина).

Малоинвазивные гибридные технологии лечебной направленности позволяют устранить осложнения клинического течения новообразований, ятрогенные осложнения лечения. Наибольшее распространение такие технологии получили при опухолях органов билиопанкреатодуоденальной зоны.

Среди рассматриваемых методик – эндоскопическая ретроградная холангио-панкреатико графия (ЭРХПГ), эндоскопическая ультрасонография (ЭУС), эндоскопические дренирующие вмешательства на основе ЭРХПГ, эндоскопический нейролизис под контролем ЭУС и другие. Гибридные технологии позволяют формировать пункционные и компрессионные билиодигестивные анастомозы, выполнять реконструкцию желчных протоков, др. Их применение способствует успешному и безопасному лечению в плане симптоматической и реабилитационной терапии.

АНОНС ЗАСЕДАНИЯ: Повестка дня: НЕЙРОЛИЗИС ЧРЕВНЫХ ГАНГЛИЕВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В ОНКОЛОГИИ. Долгушин Б.И., Косырев В.Ю., Исакова М.Е., Тюрин И.Е., Молчанов Г.В., с соавт. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина).

Технология нейролизиса предусматривает введение 96%-ного этилового спирта в область чревных ганглиев с целью их лизиса. Процедура выполняется чрескожно, задним доступом, под контролем КТ, либо в условиях эндоскопии, под контролем ультрасонографии. Нейролизис проведен 17 больным при раке (13) и карциноиде (2) поджелудочной железы, раке желудка (2). Осложнений не отмечено. Эффективность лечения (снижение интенсивности боли через неделю после воздействия) достигнута в 94,1% случаев. Продолжительность обезболивающего эффекта различной степени выраженности составила 8 недель у 12 (70,6%) больных.

АНОНС ЗАСЕДАНИЯ: Повестка дня: ПЛАНИРОВАНИЕ ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ И ЕЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ГЕПАТОБЛАСТОМой.

Рябов А.Б., Менткевич Г.Л., Поляков В.Г. (НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им.Н.Н.Блохина).

С 1980 по 2009 гг оперирован 141 ребенок по поводу гепатобластомы. В 6 случаях обеспечение радикализма требовало выполнения ресширенных гемигепатэктомий с сохранением лишь 2-3 сегментов печени. Летальных исходов не отмечено. Расширение лечебных возможностей, в том числе возможность выполнения трансплантации, обуславливают необходимость должного планирования объема предполагаемой предельно допустимой резекции, либо – определение показаний к трансплантации. По данным литературы, интенсификация лечебных подходов позволяет обеспечить до 75-95% выживаемости, несмотря на распространенность опухоли.

АНОНС ЗАСЕДАНИЯ: Повестка дня: ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННАЯ ТОМОГРАФИЯ (ПЭТ): СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ.

Шаповальянц И.М. (General Electric Healthcare), Ширяев С.В. с соавт. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

Обобщение опыта и достижений применения ПЭТ за время после первого, по теме ПЭТ, заседания общества (Заседание 526; 30.03.06).

АНОНС ЗАСЕДАНИЯ, совместного с обществом патологоанатомов: Повестка дня: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ и ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕЙРО-ЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ.

Горбунова В.А., Делекторская В.В, Смирнова Е.А., Любимова Н.В., Орел Н.Ф., Ширяев С.В. с соавт. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина). Гуревич Л.Е. с соавт. (МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского).


Кроме первичных опухолей эндокринных органов имеются нейро-эндокринные новообразования различных локализаций, способные синтезировать биологически активные вещества (биогенные амины и др.) клетками диффузной эндокринной системы (которые генетически относятся к клеткам APUD-системы; Amine Precursor Uptake and Decarboxylation). Анализируемые нейро-эндокринные новообразования длительное время назывались «апудомами». Они же часто называются карциноидами. Концепция APUD-системы стала основой современного учения о диффузной нейроэндокринной системе различных органов. В 2000-х гг. выделены маркеры нейроэндокринных тканей и их неопластического роста, продолжено изучение нейро-эндокринных опухолей...

АНОНС ЗАСЕДАНИЯ: Повестка дня: НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ И СРЕДО-СТЕНИЯ (КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ). МНОЖЕСТВЕННАЯ ЭНДОКРИННАЯ НЕО-ПАЗИЯ (МЭН). Горбунова В.А., Полоцкий Б.Е., Орел Н.Ф., Гуторов С.Л., Алексеева Т.Р. с соавт. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

Лечение больных нейроэндокринными опухолями заключается в медикаментозной коррекции проявлений заболевания, хирургическом удалении опухоли с полноценной лимфодиссекцией (уменьшении массы опухоли). За 1965-2009 гг. в РОНЦ наблюдались 153 больных нейроэндокринными опухолями легких. Среди них типичные карциноиды составили 69%, атипичные – 31%. Показатель 5-летней выживаемости составили при этих гистологических типах опухолей 100 и 43,7% соответственно. При атипичных карциноидах важным прогностическим фактором является состояние (метастатическое поражение) лимфоузлов корня и средостения.

«BONA FIDE» - По доброй воле - То есть, доверчиво, чистосердечно, вполне искренне и без всякого умысла!» (лат.)

ПРОВОЗВЕСТИК - ОСНОВА ИНФОРМАЦИОННОГО БЮЛЛЕТЕНЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

	Председатель Общества	проф. Александр Ильич ПАЧЕС. Москва, 115478, Каширское. шоссе 24 (т./+7 495/ 324-1970)
	Редакционная коллегия	(т./+7 495/ 324-1115; 741-9265) E-mail: volkov_sm@mail.ru