



ВЕСТНИК

Московского
Онкологического
Общества

**ДОСТОЙНАЯ ВСТРЕЧА
ЮБИЛЕЯ МОСКОВСКОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ
БОЛЬНИЦЫ № 62!
СМ. ИЗОБИЛИЕ МАТЕРИАЛОВ
ОБ УСПЕХАХ ПЕРСОНАЛА БОЛЬНИЦЫ**

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

**№ 9
(570)**

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.

ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.

2010

СЕНТЯБРЬ

ЗАСЕДАНИЕ № 570

СОСТОИТСЯ В ЧЕТВЕРГ, **16** СЕНТЯБРЯ 2010 г., в 17.00

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

Председатели: проф. А.И.Пачес, проф. А.Н.Махсон, академик РАН и РАМН, проф. М.И.Давыдов

ПОВЕСТКА ДНЯ:

ЮБИЛЕЙ: 50 ЛЕТ

МОСКОВСКОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ №62

Доклад:

**ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ
МОСКОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 62**
Главный врач больницы № 62, профессор А.Н.Махсон

Доклад:

**ПРИМЕНЕНИЕ СОВМЕЩЕННЫХ УЗ-КТ МЕДИЦИНСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЙ (FUSION)
В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Капустин В.В., Громов А.И., Широкоград В.И., Попов М.И., Анахасян М.Б., Турбина О.Г., Кошурников Д.С.
(Московская онкологическая больница № 62)

Доклад:

**ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГОСПИТАЛИЗИРУЕМОГО КОНТИНГЕНТА
БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА (АНАЛИЗ ДАННЫХ 2005-2010 ГГ.)**
Забазный Н.П., Строяковский Д.Л., Няшин В.Э., Профатило И.В.
(Московская онкологическая больница № 62)

Доклад:

**СТАНДАРТЫ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ И ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ
В ПРАКТИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ.**

Бурлаков А.С. (Московская онкологическая больница № 62)

Фиксированные выступления в прениях

Московская онкологическая больница № 62 как флагман практического здравоохранения – Давыдов М.И., Сельчук В.Ю. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина).

Технология FUSION в совершенствовании диагностики и лечения онкологических больных – Шолохов В.Н., Бердников С.Н. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина).

Эффективность выбора метода лечения в контингенте больных раком пищевода – Полоцкий Б.Е., Тюляндин С.А., Кононец П.В., Трякин А.А. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина).

Значение реконструктивно-пластической онкохирургии для современной онкологии – Соболевский В.А., Алиев М.Д. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина).



ФЛАГМАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Здания Московской онкологической больницы №62 на первый взгляд воспринимаются как санаторный комплекс. Этот уникальный архитектурный ансамбль сочетает традиционный классический стиль и современные высокие технологии в оснащении лечебных корпусов новейшей аппаратурой.

Лесопарк и целебный воздух на территории медицинского учреждения (в окрестностях подмосковного Красногорска) дополняют оказание качественной медицинской помощи. Лечение связывается с заботой о комфорте больного, стремлением улучшить психологическое состояние пациента и его семьи...

(Продолжение см. с. 2.)

ФЛАГМАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В Москве ежегодно выявляется порядка 38000 онкологических больных. Из них 12000-13000 (т.е. – каждый третий пациент) проходят лечение в Московской онкологической больнице № 62. С учетом обращений в консультативную поликлинику этого учреждения возможно утверждать, что каждый второй из числа побывавших на приеме онколога, обследовался и лечился в 62-й Московской онкологической больнице.

Больница оснащена новейшим оборудованием для диагностики и лечения, ее персонал характеризуется должным профессионализмом и высокими морально-этическими качествами. Стаж работы в больнице № 62 многих представителей трудового коллектива составляет 20-30 лет, что подтверждает заботу администрации об условиях труда и быта сотрудников, а также добрые традиции учреждения. Администрация больницы неустанно содействует формированию внимательно-го, благожелательного отношения персонала к каждому из пациентов. Это способствует преодолению депрессии, обусловленной онкологическим заболеванием, обретению убежденности в благоприятном исходе лечения.

...Постоянное улучшение имиджа больницы, впрочем, имеет и обратную сторону. Учреждение уже не может безотлагательно принимать всех направляемых пациентов, что поддерживает некоторую очередь на госпитализацию.

ТРУДЫ

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА



Рефераты сообщений:

PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY №570 (September 16, 2010)

JUBILEE: 50 YEARS SINCE THE FOUNDATION OF MOSCOW CANCER HOSPITAL #62

Keynote address: THE HISTORY OF MOSCOW CANCER HOSPITAL #62. By Prof. A.Mahson (The Doctor-in-chief of the Hospital).

Report-1: THE USE OF FUSION TECHNOLOGY IN CANCER HOSPITAL #62. By Prof. V.Kapustin et al.

Report-2: THE CHOICE OF TREATMENT IN UNSELECTED PATIENTS WITH ESOPHAGEAL CARCINOMA, ADMITTED IN CANCER HOSPITAL #62 BETWEEN 2005-2010. By Prof. N.Zabazny et al.

Report-3: RECONSTRUCTIVE AND PLASTIC SURGERY IN CURRENT PRACTICE OF CANCER HOSPITAL #62. By Prof. A.Burlakov et al.

Discussion: THE PROGRESS IN CLINICAL ONCOLOGY, REACHED IN MOSCOW CANCER HOSPITAL #62. By Prof. M.Davydov, Prof. V.Selchuk, Prof. V.Sholohov, Prof. B.Polotsky, Prof. S.Tuliandin, Prof. V.Sobolevsky, Prof. M.Aliev (The N.N.Blokhin Cancer Research Center).

Доклад:

ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ МОСКОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 62

Главный врач больницы № 62, профессор А.Н.Махсон

Учреждение Онкологической больницы № 62 относится к 1960 году, когда в стране проводилась подготовка к Международному противораковому конгрессу, состоявшемуся в 1962 г. Организаторы здравоохранения выбирали место для новой онкологической больницы, которая должна была отличаться особо комфортными, «эксклюзивными» условиями пребывания и лечения пациентов. Обаяние природы вокруг деревни Степановское, в окрестностях подмосковного Красногорска сыграло решающую роль в принятии решения: Московская горбольница № 62, созданная на базе одного из санаториев, была перепрофилирована в онкологическую.

В новой больнице на 400 коек были развернуты несколько хирургических отделений, отделение опухолей головы и шеи, а также гинекологическое, химиотерапевтическое, радиологическое. Это позволило проводить комбинированное лечение, сочетая методы хирургического, лучевого, лекарственного лечения при различных локализациях злокачественных новообразований. Работа больницы проходила под патронажем ИЭКО АМН СССР (в последующем – РОНЦ) и его директора – академика Н.Н.Блохина и характеризовалась стремительным прогрессом – к 1965 г. уже 700-коечный фонд онкологической больницы № 62 в 3,5 раза превосходил этот показатель Московского онкодиспансера. Кроме того, в октябре 1963 г. больница стала клинической базой МНИОИ им. П.А.Герцена. Лучшие специалисты этого учреждения вахтовым методом проводили в больнице по 2-3 месяца, непосредственно участвуя в операциях, курируя проведение лучевой и химиотерапии.

В первые годы работы новой московской больницы, созданной в сельской местности, столичные онкологи направляли в это отдаленное медучреждение пациентов с сомнительным прогнозом жизни из-за распространенности процесса или (и!) выраженных сопутствующих заболеваний. Однако высококвалифицированный персонал и новейшее оборудование 62-й онкологической больницы позволяли успешно проводить специальное противоопухолевое лечение и в сложных клинических случаях. При этом частота осложнений и послеоперационная летальность существенно не отличалась от данных ведущих столичных клиник. Авторитет учреждения стал быстро возрастать. В окрестности Красногорска потянулись онкологические больные «от Москвы до самых до окраин» нашей необъятной страны. За 5 первых лет в больнице оперированы (с должным уровнем радикализма) около 8000 больных по поводу рака легкого (!), желудка, прямой кишки, молочной железы...

Операции проводились (с 1962 г.) под эндотрахеальным наркозом (Э.В.Глушенко, Е.Т.Янов, Н.В.Артамонов*), с применением сшивающих аппаратов, внедрением в клиническую практику прогрессивных методик оперирования.

Свой весомый вклад в развитие хирургии в стенах больницы № 62 внесли И.Б.Акаевский, Б.Э.Волохов, А.Я.Демидова, Л.С.Ерухимов, В.И.Зайцев, Б.И.Зак, А.Д.Кожевникова, А.М.Миланян, Л.М.Нисневич, Н.А.Осипьянц, Г.М.Полонский, И.К.Свинкин, С.С.Фейгельман, Е.С.Футорян, Б.М.Шубин и многие, многие другие.



Следует отметить успехи в хирургии рака легкого, достигнутые в том числе и благодаря пионерским работам В.П.Харченко (ныне – профессора, академика РАМН, Заслуженного деятеля науки РФ). Эти работы были связаны с резекцией и пластикой бронхов, оценкой влияния лучевой терапии на заживление тканей.

В подвале малого корпуса больницы В.П.Харченко организовал экспериментальную операционную, разрабатывая ангио-бронхопластические операции на животных. В его «команде» самоотверженно трудились многие молодые специалисты (И.В.Кузьмин, В.Д.Чхиквадзе, О.И.Щербенко...).

На фото: Группа сотрудников Московской онкологической больницы № 62 (слева-направо): В.Д.Чхиквадзе, В.П.Харченко, А.М.Миланян, И.В.Кузьмин, С.П.Яковлева, А.С.Альберт (1972 г.).

Радиологическую службу 62-й больницы развивали Б.М.Алиев, Л.Т.Арякин, С.А.Белов, В.С.Бизюкина, Л.И.Виноградов, Г.М.Волкова, Ю.Д.Данилюк, Г.П.Зайцева, М.А.Зинько, С.В.Кавешникова, Б.Я.Климов, С.А.Климова, Н.И.Князев, Й.Й.Мисюнас, Э.С.Сагал, П.П.Сизов, О.И.Щербенко, С.С.Юдина. В работу радиологического комплекса в кратчайшие сроки внедрялась современная техника – компьютеризированный комплекс «Рокус», бетатроны различных модификаций, др. Результаты деятельности специалистов-радиологов нашли отражение в основополагающих для своего времени монографиях по стандартизации лучевой терапии, методам лучевого и комбинированного лечения при раке легкого, пищевода, других локализациях опухолей.

При химиотерапии злокачественных новообразований (В.П.Золотцев, С.С.Акопянц, С.Л.Шубина, А.В.Федонова, В.В.Лебедева, В.В.Герасев) назначались современные препараты. Проводились клинические испытания цитотоксических антибиотиков, изучались изменения в тканях опухоли под действием химиотерапии, проявления токсичности лекарственного лечения. Материалы по проблемам лекарственного патоморфоза были представлены вниманию научных форумов, продемонстрировав конкурентоспособность с научной продукцией исследовательских институтов.

Онкологическая больница № 62 получила известность и как учреждение в котором было открыто (1965) первое в стране отделение реабилитации онкологических больных на 40 коек. Отделение было создано по инициативе проф. В.В.Городиловой в целях повышения качества жизни пролеченных онкологических больных. Кроме симптоматического лечения, лечения сопутствующих заболеваний и контрольного обследования в отделении проводилась коррекция нарушений, связанных с тяжелыми операциями (чаще после гастрэктомий), проявлениями токсичности химиотерапии. В отделении были разработаны первые программы реабилитации после радикального лечения (М.Н.Аверкиева с соавт.). Уже в 1967 г. были опубликованы первые результаты лечения 155 больных. Пациенты, прошедшие курс специальных программ восстановления и социальной адаптации становились полноценными членами общества. В 2002 г. отделение реабилитации трансформировалось в 6-е хирургическое отделение на 70 коек. Зав. – М.М.Склепменов. Кроме традиционных функций это отделение взяло на себя «долечивание» первичных больных после тяжелых операций, особенно с осложнениями. Здесь же создан отдельный блок для лечения гнойных больных. Четкая организация работы отделения реабилитации позволила за последние годы резко увеличить пропускную способность операционных и заметно снизить общий койко-день.

Существенная роль в онкологии отводится морфологической диагностике. Ведущими специалистами обеспечивавшими надежную диагностику злокачественных новообразований, стали С.В.Каграманов, В.М.Астахова, К.Ю.Гулькевич, А.Н.Озерский, В.П.Батагов, М.С.Попов и др. Вплоть до 1980 г. в больнице имелся музей редких онкологических макропрепаратов. Научные работы С.В.Каграманова о лечебном патоморфозе новообразований, опухолях селезенки не потеряли актуальности до настоящего времени. С 2002 г. патологоанатомическую службу возглавила И.В.Бульчева. Больница ополучила новейшее оборудовани, в ее работу внедрены новые методики обработки препаратов, техника иммуногистохимических исследований. В сложных случаях проводятся консультации ведущих московских специалистов, а также их зарубежных коллег из онкологических центров Италии и США.

*) Николай Викторович Артамонов (1949-2003) начал свой трудовой путь в 1968 г. в операционных больницы №62 в качестве медбрата. Он выделялся своей целеустремленностью, работоспособностью, ответственным отношением к порученному делу. Благодаря этим качествам он успешно окончил медицинский институт, защитил кандидатскую диссертацию (1985), стал заместителем главного врача по лечебной работе. Он не опасался принимать ответственные решения, выиграл с пониманием в проблемы сотрудников, обращавшихся к нему за помощью и поддержкой, многое сделал для развития больницы. Сотрудники больницы №62 вспоминают Н.В.Артамонова с благодарностью за его многогранную деятельность.

Первым главным врачом больницы № 62 стал доктор В.Д.Марголин. После его кончины, на этой должности работали И.П.Петрова (1964-1966), В.С.Кузьмичев (1966-1967), Б.К.Экгольм (1967-1970). Затем главным врачом был назначен Н.С.Фомин (1925-1986) – квалифицированный онколог, торакальный хирург, способный организатор здравоохранения. В период его руководства были созданы все условия для интенсивной лечебной и научной работы; в частности – защищены многие кандидатские диссертации (Н.В.Артамонов, А.С.Альберт, В.В.Герасев, Н.П.Забазный, И.В.Кузьмин, А.Н. Махсон, Н.А Новикова. и др.).

После трагической смерти Н.С.Фомина больница пережила период некоторого упадка. Новый главный врач, к.м.н. Г.И.Папичев по всеобщему убеждению, попытался уничтожить хирургические традиции клиники, трансформировав ее в крупный городской хоспис. Коллектив больницы решительно отверг такую идею (вместе с Г.И.Папичевым как руководителем). Впрочем, в 1980-е годы тяжелая обстановка складывалась не только в 62-й больнице; отсутствие средств и бюрократизм в высоких административных сферах препятствовали реализации назревших перемен.

В 1990-х гг. начался период восстановления и развития больницы как многопрофильного онкологического учреждения*).

Реконструкция больницы, начатая в 1994-1998 гг. и возобновленная в 2001 г., проводилась при активной поддержке департамента здравоохранения Москвы. Был реконструирован хирургический корпус общей площадью 21000 м². В его составе развернуты 8 специализированных онкохирургических отделений на 260 коек, 9 операционных и реанимация на 16 коек, централизованная стерилизационная, аптека, прачечная и пищеблок на 650 коек, диагностический блок, эндоскопическое отделение (4 кабинета, включая кабинет фотодинамической терапии), кабинеты функциональной диагностики и УЗИ, колоногидротерапии (промывания 20 л воды) для подготовки кишечника к операции.

Больница оснащена новейшим лабораторным и радиологическим оборудованием, смонтированы компьютерный томограф и линейный ускоритель. Существенно улучшены жилищные условия сотрудников – для них построены 3 жилых дома по современным проектам. Построена также хозяйственная зона (котельная, водозаборный узел, линия электропередачи на 6 мегаватт), в парковой зоне больницы реконструирован фонтан, среди тенистых аллей и березовых рощ выложены цветной плиткой нарядные дорожки.

На открытии нового хирургического корпуса больницы в 2002 г. присутствовало руководство Москвы во главе с мэром Ю.М.Лужковым.

Новые помещения и современное оборудование потребовали и новой организации работы клиники. Персонал полностью переобучается в специальных помещениях при входе. Всем сотрудникам выдана именная электронная карта-допуск, что исключает проникновение в больницу посторонних лиц. Операционные расположены в центре корпуса, не имеют дневного освещения, оснащены современной системой активной вентиляции с очисткой воздуха, наркозными аппаратами *Blease*, хирургическим микроскопом *Moller*. В послеоперационных палатах – новейшие аппараты ИВЛ *Puritan Bennett*, централизованная система слежения компании *General Electric*. Предусмотрено автономное электроснабжение операционных и реанимационных палат. Два грузовых лифта обеспечивают циркуляцию нигде не пересекающихся потоков чистого и грязного белья. Вблизи отделения реанимации находятся кабинеты эндоскопии, рентгенологической и функциональной диагностики, ЭКГ, УЗИ, ФДТ. Палаты для больных занимают три верхних этажа, в основном, с южной стороны корпуса. Почти все они двухместные, но есть одно- и четырехместные. В каждой – душ и туалет. С северной стороны расположены кабинеты заведующих, старших сестер, ординаторские, процедурные и перевязочные. Кроме того, имеются просторные учебные комнаты для занятий курсантов.

Конференц-зал больницы рассчитан на 100 мест. Новейшее электронное оборудование позволяет следить за операциями на большом экране, куда выводится изображение со всех операционных столов. Учреждение стало клинической базой кафедры онкологии факультета усовершенствования врачей Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. Больница приняла участие в кооперированных, в том числе международных, исследованиях по клиническому испытанию новых методов лечения.

***). От редакции:** В 1990 г. сотрудники больницы № 62 единогласно избрали главным врачом заведующего отделением общей онкологии Анатолия Нахимовича Махсона. А.Н.Махсон – д.м.н., профессор, хирург высшей квалификационной категории, Заслуженный врач РФ, действительный член Российской ассоциации хирургов; 15.06.2009 г. А.Н.Махсон отметил свое 60-летие. Сотрудниками больницы А.Н.Махсон единодушно характеризуется как «администратор нового типа» – принципиальный, ответственный, бескорыстный; обладающий выдающимися деловыми и организаторскими способностями, бесценным качеством определять перспективные направления развития.

А.Н.Махсон продолжил дело своего отца, Нахима Евсеевича Махсона (1918-2006), доктора медицинских наук, Заслуженного врача РФ. В 1960 г. Н.Е.Махсон стал работать хирургом в только что созданной Московской онкологической больнице № 62. В последующем он перешел в ЦИТО, где получил квалификацию онколога-ортопеда. Он одним из первых начал разрабатывать принципы органосохраняющей хирургии при злокачественных новообразованиях опорно-двигательного аппарата. Его кандидатская диссертация «Опухоли лопатки» не потеряла практического значения. В 1990 г. он вернулся в Московскую онкологическую больницу № 62, в которой проработал до конца жизни, опубликовав более 150 работ, в том числе 4 монографии по проблемам онкологии и гнойной хирургии скелета. Нахим Евсеевич был талантливым воспитателем, содействуя раскрытию способностей каждого специалиста. Он пользовался заслуженным авторитетом среди отечественных и зарубежных коллег.



На фото: Будни Московской городской онкологической больницы №62: ♦ Холл отделения химиотерапии. ♦ Пост наблюдения в реанимации. ♦ Рентгенохирургическая операционная (д-р В.И.Козлов, операционная сестра А.В.Пашкина). ♦ Визит высоких гостей. Экскурсовод – главный врач, проф. А.Н.Махсон.

В хирургическую практику 62-й больницы внедрены различные методики и приемы, повышающие радикализм оперативных вмешательств на органах пищеварения, в забрюшинном пространстве; выполняются эндохирургические операции, операции с резекцией и пластикой сосудов. Главным хирургом больницы с 1990 г. является д.м.н. Н.П.Забазный – специалист с огромным опытом работы в экстренной хирургии, владеющий сложнейшими онкологическими операциями на органах грудной клетки и брюшной полости. Основное направление его научно-практических работ – опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Отделение пластической и реконструктивной хирургии открыто в 1998 г. (зав. – д.м.н. А.С.Бурлаков). В нем выполняются сложнейшие операции с пластикой сосудов и нервов, микрохирургической пересадкой тканей, реконструкцией с пластикой обширных дефектов. Отработаны надежные методики сохранения функции оперированных конечностей, восстановления молочной железы. В 1997 г. администрация больницы при поддержке Московского комитета здравоохранения провела I Международный конгресс по пластической и реконструктивной хирургии. Специалисты единодушно отметили, что лечение онкологических больных в 62-й больнице проводится на высоком методическом и техническом уровне, в соответствии с международными стандартами.

Отделение новообразований опорно-двигательного аппарата возглавляет М.Ю.Щупак, плодотворно развивающей традиции онкоортопедической школы, сложившейся в 62-й больнице. Торакальное отделение, ранее возглавлявшееся Н.С.Фоминим, было возрождено в 1998 г. В нем выполняются хирургические вмешательства на легких и средостении, в том числе и с видеоторокоскопической поддержкой (М.И.Попов, В.И.Шевцов и др.).

Обновленное отделение химиотерапии на 80 коек открыто в 2002 г. Оно располагается в благоустроенном главном корпусе. Применяются современные химиопрепараты, развивается таргетная терапия (Д.Л.Строяковский).

Среди высококвалифицированных рентгенологов, работавших в больнице ранее и пришедших им на смену (проф. И.И.Лабцкий, В.М.Разин, А.И.Мурашкина, С.А.Кузнецов, В.Н.Котляров, Г.И.Чеснокова,

Т.В.Павленко) – специалисты, по диагностике заболеваний легких, желудочно-кишечного тракта, костной патологии. В клинической практике активно применяется компьютерная томография (В.М.Махсон), цифровая аппаратура, новейшие методы обработки изображения.

Кабинет фотодинамической терапии, открытый в 1998 г. одним из первых в Москве, обладает наибольшим числом клинических наблюдений в городской больничной сети.

Особое внимание уделено бактериологическим исследованиям. Ургентная служба позволяет проводить экспресс анализы во время операции и в реанимационных палатах. Аппараты *Bactec* и *Vaytec-2* обеспечивают поддержку бактериологической службы. Анализ спектра микрофлоры выдается за 3 часа. Для лечения и профилактики инфекционных осложнений (проф. С.Д.Митрохин, М.М.Зубков) назначаются современные антибиотики. Значительные расходы на содержание современной лаборатории и противомикробную терапию окупаются сокращением сроков лечения.

Важным звеном в администрации больницы всегда были главные сестры – С.А.Горелик, а затем – Е.А.Кириянова, отличавшиеся неотъемлемыми навыками руководителей – организаторскими способностями, высокой требовательностью к себе и сестринскому персоналу, чувством обостренной ответственности. Нынешней особенностью руководства является то обстоятельство, что вместо должности главной сестры введена должность зам. главного врача по работе с медицинским персоналом. В этом качестве с 1976 г. работает Д.Ю.Осташевский, ставший ключевой фигурой как во «внутренней», так и во «внешней» административной работе. В его обязанности входит инструктаж и обучение сестринского персонала, а также исходящий документооборот больницы. Успеху документооборота способствует получение Д.Ю.Осташевским соответствующего юридического образования (2009 г.). Соревнования медсестер стали заметным событием в общественной жизни больницы. Это престижное мероприятие традиционно предусматривает вручение ценных подарков призерам и проходит при обязательном участии главного врача.

Координация многогранной работы больницы № 62 проводится с помощью компьютерной службы, организованной в 1992 г. В больнице имеется госпитальная информационная сеть, включающая локальные информационные связи (рентгенологическая, анестезиологическая, ультразвуковая, эндоскопическая и др.). Рабочие места врачей и сестер оборудованы современной аппаратурой. Общая сеть объединяет 329 компьютеров, не считая внутренних электронных систем новейшего диагностического оборудования. Многолетняя отработка баз данных (системный администратор Н.Ю.Попова) обеспечивает надежную связь между отделениями и службами больницы, позволяет своевременно контролировать основные статистические показатели, архивировать истории болезней, составлять отчеты и обеспечивать документооборот.

С 1998 г. больница представлена в Интернете; в 2003 г. подключена высокоскоростная выделенная линия. Коллеги, а также пациенты и их родственники могут получать полноценную информацию на профессиональном сайте <http://www.onco62.ru>, вести переписку по электронной почте oncodom@yandex.ru.

Доклад: ПРИМЕНЕНИЕ СОВМЕЩЕННЫХ УЗ-КТ МЕДИЦИНСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЙ (*FUSION*) В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Капустин В.В., Громов А.И., Широкопад В.И., Попов М.И., Анахасян М.Б., Турбина О.Г., Кошурников Д.С.
(Московская онкологическая больница № 62)

Технологии совмещения медицинских изображений (*Fusion*) получили применение для диагностических и лечебных манипуляций; в частности – при пункционной биопсии и/или чрескожной радиочастотной абляции опухолей печени, новообразований поджелудочной железы, при брахитерапии рака предстательной железы.

В основе этой технологии – совмещение «живых» ультразвуковых изображений с изображениями рентгеновской компьютерной или магнитно-резонансной томографии при помощи модуля, представляющего сочетание специального оборудования и программного обеспечения. При этом данные КТ или МРТ исследований загружаются в память ультразвукового сканера с любого цифрового носителя (*CD* или *DVD* диска, *Flash*-карты). Из этих данных формируется массив трехмерных изображений, к которому в дальнейшем осуществляется «привязка» перемещений ультразвукового датчика. Процедура совмещения изображений достигает значительной точности – погрешность не превышает 3-5 мм.

Собственный опыт применения технологии *Fusion* показал ее эффективность в следующих случаях:

1. При затрудненной эхографической визуализации новообразований. Так, из 16 метастатических очагов в печени, не выявленных при первичном ультразвуковом исследовании, совмещение УЗ-КТ изображений позволило визуализировать 12 опухолей. Лишь в 4 наблюдениях участки метастатического поражения были эхографически неотличимы от окружающей паренхимы. Сходные результаты получены и при сопоставлении УЗ-КТ изображений почек. Из 7 очагов поражения совмещение позволило эхографически визуализировать 6. В одном из этих наблюдений уверенное эхографическое распознавание кистозной формы почечноклеточного рака в поликистозной почке оказалось невозможным даже с технологией *Fusion*.

2. При навигации пункционной биопсии объемных образований, когда снижена их акустическая доступность. У 7 больных с новообразованиями костей таза при первичном ультразвуковом исследовании не удава-

лось добиться уверенной визуализации мягкотканого компонента опухоли, достаточного для надежного контроля над выполнением пункционной биопсии. Технология *Fusion* позволила получить диагностически значимый материал в 6 из этих наблюдений. Из 11 больных периферическими образованиями в легких у которых акустическая доступность очагов была снижена из-за помех от ребер и легочной ткани, а также 5 больных, у которых опухоли располагались в паренхиме и не выявлялись при эхографии, совмещение УЗ-КТ изображений позволило выполнить успешные пункции в 14 из этих наблюдений.

3. Для верификации рака предстательной железы и подтверждения рецидива после простатэктомии. Так у 16 больных, у которых при многократных пункциях предстательной железы, выполненных при подозрении на рак, не было получено верификации,

Пункционные биопсии под совмещенным УЗ-МРТ-наведением, позволили получить морфологическое подтверждение диагноза в 9 из 16 сложных случаев. Выполнение пункции по методике *Fusion* у 11 пациентов с подозрением на рецидив после радикальной простатэктомии, позволило получить морфологическое подтверждение диагноза в 6 случаях. Во всех наблюдениях критерием выбора мишени для пункции были очаги интенсивного раннего накопления контрастного препарата при динамической МР-томографии.

Доклад:

**ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГОСПИТАЛИЗИРУЕМОГО КОНТИНГЕНТА
БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА (АНАЛИЗ ДАННЫХ 2005-2010 ГГ.)**

Забазный Н.П., Строяковский Д.Л., Няшин В.Э., Профатило И.В.
(Московская онкологическая больница № 62)

За 2005-2010 гг. в Московскую городскую больницу № 62 госпитализированы по поводу рака пищевода 273 пациента. Стандартное обследование предусматривало рентгенографию пищевода, эзофагогастроскопию с биопсией, компьютерную томографию органов грудной клетки и брюшной полости, бронхоскопию, ультразвуковое исследование шейно-надключичной области, органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза. По результатам обследования I и II стадии выявлены у 56 (20,5%), III стадия – у 124 (45,4%), IV – у 90 (33,0%) больных. Плоскоклеточный рак диагностирован в 88,6 %, аденокарцинома – в 5,5%, недифференцированный рак – в 4,7% случаев; еще в двух наблюдениях выявлен нейроэндокринный и мелкоклеточный рак.

Радикально оперированы 35 (12,8%) больных. Операции выполнялись при удовлетворительном общем состоянии, ограниченной (6-7 см) протяженности поражения пищевода, отсутствии признаков инвазии средостения. Субтотальная резекция пищевода с одномоментной эзофагопластикой желудком из комбинированного доступа справа выполнена 27, из абдоминалоракального доступа слева – 8 больным. Хирургические вмешательства дополнялись адекватной лимфодиссекцией.

В остальных 87,2% случаях проводилась лучевая или химиолучевая терапия ввиду имевшихся противопоказаний к хирургическому лечению из-за распространенности опухоли или/и тяжёлых сопутствующих заболеваний. В плане симптоматического лечения 63 больным (23% от общего числа наблюдений) были сформированы гастростомы. Следует отметить, что частота гастростомий уменьшается благодаря освоению методики стентирования.

Начиная с 2005 г. потенциально операбельным больным местнораспространенным раком пищевода проводится неoadъювантная химиотерапия. Наиболее часто применяется доцетаксел (75 мг/м² в I день), цисплатин (75 мг/м² в I день), 5-фторурацил (непрерывной инфузией в дозе 750 мг/м² в I-V дни). Назначались 3 курса химиотерапии каждые 3 недели. Лечение проведено 48 больным плоскоклеточным раком; протяжённость опухоли в пищеводе по данным эзофагоскопии составляла от 4 до 13 см. (в среднем – 7,1 см).

Объективный эффект по результатам контрольного обследования был достигнут у 23 больных и выражался в уменьшении размеров опухоли – средняя протяжённость поражения пищевода составила 3,7 см; при компьютерной томографии отмечено значительное (более чем в два раза) уменьшение размеров опухоли.

Оперированы 14 больных в объеме субтотальной резекции пищевода с одномоментной эзофагопластикой желудком из комбинированного доступа справа. Операции выполнялись в случаях достижения эффекта химиотерапии. Ещё 9 больным, у которых было достигнуто уменьшение размеров опухоли, отказано в операции по общим противопоказаниям. В операции отказано и остальным 25 больным, у которых не отмечено уменьшения опухоли или выявлены признаки прогрессирования заболевания (в этих случаях назначалась лучевая и химиотерапия; продолжение специального лечения оказалось невозможным в 10 наблюдениях).

При операции во всех случаях после химиотерапии отмечены изменения окружающих опухоль тканей, сходные макроскопически с постлучевыми (отёчность, уплотнение тканей вплоть до грубых фиброзных сращений). Морфологическое исследование удаленного препарата показало признаки клеточного патоморфоза IV степени у одного и III степени – у двух, I-II степени – у остальных пациентов.

Послеоперационный период перенесли 13 больных. В последующем 8 из них продолжена химиотерапия, а 5 проведена лучевая терапия на ложе удаленной опухоли. Наблюдаются без признаков прогрессирования заболевания 11 больных; судьба 2 неизвестна. Средний срок наблюдения составляет немногим более двух лет.

Таким образом, неoadъювантная химиотерапия оправдана у больных местнораспространённым раком пищевода, поскольку повышает радикализм операции и способствует улучшению отдаленных результатов. Считаем, что необходимо продолжить работу в этом направлении.

Доклад:

**СТАНДАРТЫ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ И ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ
В ПРАКТИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ.**

Бурлаков А.С. (Московская онкологическая больница № 62)

Современная онкология с ее операциями значительного объема, в том числе калечащими и обезображивающими, особенно нуждается в реконструктивной и пластической хирургии. Исходя из почти 20-летнего опыта Московской онкологической больницы № 62 возможно выделить два основных положения, обосновывающих применение реконструктивно-пластических методик.

Прежде всего – для замещения обширных, в том числе несовместимых с жизнью дефектов после удаления опухолей, преимущественно кранио-фациальной локализации. Для закрытия подобных дефектов применяются сложные микрохирургические трансплантаты. Дефекты в зоне прохождения крупных магистральных сосудов, как правило, могут быть закрыты трансплантатами, развернутыми на сосудистой ножке и не требуют работы под операционным микроскопом.

Кроме того, применение методов пластической хирургии связано с улучшением качества жизни пациентов. Технически несложно ампутировать конечность, широко иссечь опухоль кожи лица или удалить гортань. Однако, нарушение функции, обезображивающий лицо дефект или оростомы не соответствуют современным представлениям о благоприятном отдаленном результате, в котором нуждаются как врачи, так и пациенты.

Методы реконструкции и пластики стали стандартом в хирургии опухолей гортаноглотки сопровождающейся циркулярной резекцией глотки и пищевода. В таких случаях применяется пересадка фрагмента тонкой кишки на микроанастомозах (78 наблюдений), что позволяет в кратчайшие сроки, за 7-10 дней, восстановить проходимость пищи и избавить пациента от оро- и эзофагостомы. Иссечение опухоли кожи лица по опыту 456 наших наблюдений в подавляющем большинстве случаев сопровождается перемещением локальных кожных лоскутов в целях минимизации косметического ущерба. Обширные, распространенные опухоли кожи и мягких тканей в 188 случаях потребовали технически сложных методов пластики. Замещение дефектов длинных трубчатых костей васкуляризованными костными аутооттрансплантатами, пересаживаемыми на микроанастомозах, остается способом, непревзойденным по своей эффективности – особенно при поражении диафизов в проксимальных сегментах конечностей. Наш опыт 116 таких наблюдений подтвердил способность перемещенной живой кости в последующем гипертрофироваться и перестраиваться под действием физической нагрузки, что свидетельствует о неоспоримом преимуществе данной методики.

Восстановление молочной железы после радикального лечения – одна из самых частых реконструктивных операций. В наших 515 наблюдениях применены различные хирургические вмешательства от эндопротезирования и тканевых экспандеров, до микрохирургических пересадок TRAM- и DEIP-лоскутов, а также верхнего и нижнего ягодичных лоскутов. Такие реконструкции выполнялись как одномоментно с удалением молочной железы, так и в отсроченном варианте, после завершения всего комплекса онкологического лечения.

Нами выполнено более трех тысяч операций с использованием различных методов пластической хирургии. Из них технически сложные микрохирургические пересадки составили около 30%. Однако применение методов восстановительной хирургии и особенно микрохирургии, сопряжено со значительными техническими, финансовыми и временными затратами. Длительная, кропотливая работа под микроскопом требует специальной подготовки, технических навыков и терпения. При этом требуется напряжение сил не только хирургов, но и всего персонала операционной. Очевидны также особенности обеспечения анестезиологического пособия и проблемы послеоперационного ведения больных после реконструктивно-пластической хирургии.

В Московской городской онкологической больнице № 62 лечение пациентов, нуждающихся в реконструктивных операциях, проводится на базе специализированного хирургического отделения, персонал которого имеет опыт и навыки работы в области пластической хирургии. На сегодняшний день результаты лечения онкологических больных необходимо рассматривать не только с точки зрения выживаемости, но и с позиций качества их жизни. В этом аспекте пластическая хирургия абсолютно незаменима и должна как можно активнее применяться в практической онкологии.



Дискуссия. Фиксированные выступления в прениях

МОСКОВСКАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 62 КАК ФЛАГМАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Давыдов М.И., Сельчук В.Ю. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина).

За 50 лет, прошедших после создания Московской онкологической больницы № 62, это авторитетное медицинское учреждение внесло значительный вклад в развитие отечественной онкологической практики и науки. Впечатляющая 50-летняя история больницы насыщена достижениями и традициями.

В 2000-х гг. в Московской онкологической клинической больнице № 62 сложился коллектив высококвалифицированных специалистов; больница стала современным многопрофильным онкологическим учреждением, оснащенным новейшей аппаратурой. В плане внедрения в практику передовых технологий в различных областях лечебной практики, организации лечебного процесса, медицинской информатики, больница не уступает, а в ряде сопоставлений и превосходит достижения ведущих отечественных научно исследовательских центров. Опыт работы Московской онкологической клинической больницы № 62 достоин внедрения в Российских онкологических учреждениях.

ТЕХНОЛОГИЯ FUSION В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ – Шолохов В.Н., Бердников С.Н. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина). Несмотря на бурное развитие технологий получения медицинских изображений, применяемых в онкологической практике, методы лучевой диагностики имеют ряд ограничений, затрудняющих получение должного результата. В этой связи сочетанное применение методов визуализации представляет значительный интерес. Так, в 2000-х гг. активно применяется совмещение изображений ПЭТ и КТ. Существенные перспективы связываются и с технологией Fusion, совмещающей изображения КТ и УЗ-исследований. Сведения литературы подтверждают эффективность данной методики для наведения пункционной иглы или электрода при выполнении пункционной биопсии или абляции.

Данные, отражающие собственный опыт специалистов Московской онкологической больницы № 62, представляют несомненный интерес и свидетельствуют о современной оснащенности данного учреждения, значительной эффективности выполняемых в больнице диагностических исследований.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ В КОНТИНГЕНТЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА – Полоцкий Б.Е., Тюлядин С.А., Кононец П.В., Трякин А.А. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина). Хирургический метод является основным в лечении больных раком пищевода, хотя частота радикальных операций составила в материалах, представленных специалистами 62-й больницы лишь 12,8%. Это объясняется прежде всего значительной распространенностью процесса (наряду с низкими возможностями адаптации) в госпитализируемом контингенте: у 79,7% (!) из 273 пациентов, поступивших в 2005-2010 гг., была диагностирована III-IV стадия заболевания. Повышение эффективности резекций пищевода связывается с должным обеспечением радикализма хирургических вмешательств, в том числе адекватной медиастинальной и забрюшинной лимфодиссекцией. Кроме того, улучшение результатов лечения возможно проведением предоперационной химиотерапии при местнораспространенных опухолях (T₃₋₄N₁M₀). В материалах больницы № 62 у 48 (18%) больных применялась современная химиотерапия (3 курса препаратами доцетаксел, цисплатин, 5-фторурацил). Предварительные результаты – отсутствие проявлений прогрессирования в течение 2 лет наблюдения – свидетельствуют о высокой эффективности комбинированного лечения и обосновывают необходимость применения данной методики.

ЗНАЧЕНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОНКОХИРУРГИИ ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ ОНКОЛОГИИ – Соболевский В.А., Алиев М.Д. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина). Реконструктивная хирургия представляет собой самостоятельное направление, основной задачей которого является восстановление утраченной формы и функции реабилитируемого органа, устранение эстетического дефекта. Безусловно, реконструктивно-пластическая хирургия оказалась активно востребованной в современной онкологической практике; прежде всего – после радикального удаления местнораспространенных опухолей головы и шеи, злокачественных новообразований конечностей, грудной стенки.

Впечатляет опыт реконструктивно-пластической хирургии, накопленный в Московской городской онкологической больнице № 62. Среди более чем 3000 операций, выполненных с различными методами реконструкции и пластики 30% составляют технически сложные микрохирургические пересадки; в том числе 78 пересадок фрагмента тонкой кишки на микроанастомозах, 188 случаев замещения обширных дефектов после удаления опухолей головы и шеи, 116 наблюдений замещения дефектов длинных трубчатых костей, васкуляризованными костными аутотрансплантатами, пересаживаемыми на микроанастомозах, 515 реконструкций молочной железы... Обращают внимание успешные непосредственные и отдаленные результаты этих хирургических вмешательств в плане достижения должного радикализма и повышения качества жизни пациентов.

Различные варианты перемещения тканевых лоскутов и микрохирургических пересадок применены в РОНЦ в 68 одномоментных реконструкциях дефектов нижней челюсти, 215 операциях по поводу опухолей костей и мягких тканей конечностей, 30 обширных резекциях ребер и грудины. Одномоментные реконструктивные операции при раке молочной железы рассматриваются как стандарт современного лечения – за 5 лет выполнено более 250 одномоментных и отсроченных реконструкций молочной железы. Активное внедрение в онкохирургическую практику методов реконструктивной хирургии, позволяет значительно расширить показания к выполнению органосохраняющих операций, улучшить качество жизни пациентов.

ПРОВОЗВЕСТНИК



ЧЕСТВОВАНИЕ: ЮБИЛЕЙ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА

начнется в ПОНЕДЕЛЬНИК **20** сентября 2010 г., в 08.45,
на утренней конференции РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

85-летний юбилей Председателя Московского онкологического общества проф. А.И.Пачеса, основателя первых отделений для лечения больных опухолями головы и шеи, выдающегося хирурга, автора основополагающих научных трудов, ветерана Отечественной войны будет отмечен в кругу коллег, учеников, гостей и поклонников живописи Александра Ильича.

Утренняя конференция РОНЦ будет практически заменена официальной частью юбилейных торжеств. С трибуны прозвучат шедевры ораторского поздравительного искусства. Зона предидиума станет утопать в цветах и подарках. Ответная речь юбиляра будет неоднократно прерываться бурными и продолжительными аплодисментами.

Торжества завершатся традиционным и неотъемлемым для юбилея кульминационным застольем.

ПЕРВОЕ СОВМЕСТНОЕ ЗАСЕДАНИЕ ОБЩЕСТВ ОНКОЛОГОВ и ТЕРАПЕВТОВ

ЗАСЕДАНИЕ № 570+ Состоится в СРЕДУ **22** сентября 2010 г., в зале заседаний Терапевтического общества (ул. Моховая, д. 11. – анатомический корпус ММА им. И.М.Сеченова).

Повестка дня: **ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИБС.**

Доклад: СТРАТЕГИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИБС В ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНОЙ ОНКОХИРУРГИИ
Давыдов М.И., Шестопалова И.М., Герасимов С.С. (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). Радикальное хирургическое и адекватное терапевтическое лечение сочетанной патологии позволяют своевременно выявлять до 40% случаев бессимптомной ИБС, снизить до 5,8% непосредственную летальность, добиться 64,8-75,7% 1-летней общей выживаемости.

ЗАСЕДАНИЕ № 571, СОВМЕСТНОЕ С ОБЩЕСТВОМ ПАТОЛОГОАНАТОМОВ,

состоится во вторник, **19** октября 2010 г., в РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

Заседание традиционно посвящается памяти академика Н.А.Краевского

Повестка дня: **ПРОБЛЕМЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ И ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСНОВНЫХ ТИПОВ НЕЙРО-ЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ**

Доклад: МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ТИПОВ НЕЙРО-ЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ – Делекторская В.В. с соавт. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина).

Доклад: БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НЕЙРО-ЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ: МЕТОДИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ – Любимова Н.В. 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 71728 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 Сентябрь 2010; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 6.09.2010. Заказ 689		