



Московского
Онкологического
Общества

ВЕСТНИК

**«...СФОРМИРОВАТЬ ФИЛОСОФИЮ ХИРУРГА-ОНКОЛОГА.
ХИРУРГИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ АГРЕССИВНОЙ...,
КОМБИНИРОВАННОЙ, ... СОПРОВОЖДАТЬСЯ ШИРОКОЙ
ПРЕВЕНТИВНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИЕЙ !»**

Конспект материалов январского заседания Общества

Интернет: www. ronc.ru // rosoncoweb.ru // netoncology.ru // elibrary.ru // oncodome.narod.ru // cyto.ru

**№1
(574)**

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.

ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.

2011

ЯНВАРЬ

ЗАСЕДАНИЕ № 574

СОСТОИТСЯ В ЧЕТВЕРГ, **27** ЯНВАРЯ 2011 г., В 17.00,

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

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

ПОВЕСТКА ДНЯ:

ОДНОМОМЕНТНЫЕ ЭЗОФАГОГАСТРЭКТОМИИ

Доклад:

ОДНОМОМЕНТНАЯ ЭЗОФАГОГАСТРЭКТОМИЯ В ОНКОЛОГИИ

Давыдов М.М., Туркин И.Н.

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

Фиксированные выступления в прениях

Вашакмадзе Л.А., Мамонтов А.С. (МНИОИ им. П.А.Герцена)

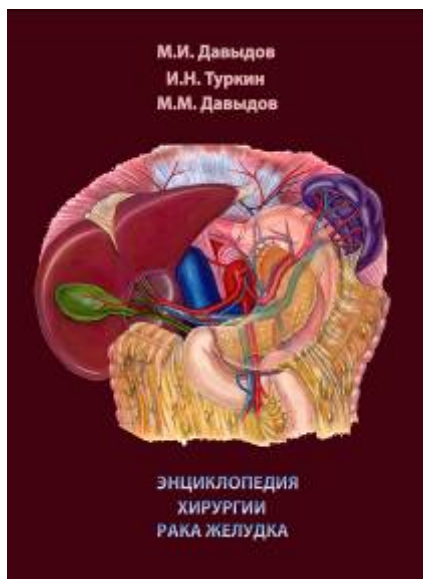
Мазурин В.С., Аллахвердян А.С. (МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского)

Представление-книги:

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ХИРУРГИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Давыдов М.И., Туркин И.Н., Давыдов М.М.

Новая книга!



В 2011 г. выходит в свет книга, основанная на многолетнем опыте хирургии рака желудка, опыте, которым располагает отдел торако-абдоминальной онкологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина:

М.И. Давыдов, И.Н. Туркин, М.М. Давыдов
ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ХИРУРГИИ РАКА ЖЕЛУДКА.

Методические приемы операций представлены на 1038 фотографиях и схемах; свыше 1000 из них являются оригинальными, сделанными у операционного стола, во время хирургических вмешательств. Значительный объем новой информации, отражение многогранного опыта РОНЦ, современной концепции агрессивной онкохирургии, позволяют заслуженно назвать новое руководство «*Энциклопедией хирургии рака желудка*».

Книга создана как иллюстрированное практическое руководство с акцентом на технические нюансы хирургических вмешательств. Ее главная цель – представить идеологию хирургического лечения больных раком желудка, помочь освоить современную хирургию рака желудка.

Представленная работа будет востребованной и полезной хирургам, занимающимся лечением больных раком желудка.



Рефераты сообщений:

PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY (№#574; January 27, 2011)

ONE-STEP ESOPHAGO-GASTRECTOMIES IN ONCOLOGY

Report: ONE-STEP ESOPHAGO-GASTRECTOMIES FOR CANCER LESIONS OF ESOPHAGUS AND STOMACK. By Dr. M.M. Davydov, Prof. I.Turkin, et al. (The N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center).

Discussion: Prof. L.Vashakmadze et al. (The P.A.Hertzen Moscow Research Institute of Oncology).
Prof. V.Mazurin et al. (The M.V.Vladimirsky Moscow Region Research Clinical Institute)

Book-presentation: ENCYCLOPEDIA OF GASTRIC CANCER SURGERY.
By Prof. M.I.Davydov, Prof. I.N.Turkin, Dr. M.M.Davydov (The N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center).

Доклад:

ОДНОМОМЕНТНАЯ ЭЗОФАГОГАСТРЭКТОМИЯ В ОНКОЛОГИИ

Давыдов М.М., Туркин И.Н.

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

Публикации, посвященные одномоментной гастрэктомии и трансторакальной субтотальной резекции пищевода в онкологии, выполняемой по вынужденным показаниям, единичны. Одна из причин – высокий риск и сложность этих вмешательств, из-за чего у подавляющей части пациентов лечение ограничивается паллиативными мерами. Лишь в немногих работах авторы демонстрируют отдельные успешные случаи, причем большинство таких операций не сопровождаются полноценной забрюшинной и медиастинальной лимфодиссекцией.

Одним из наиболее частых показаний к одномоментной эзофагогастрэктомии является синхронный рак желудка и грудного отдела пищевода – редкая, но, отнюдь не казуистическая сочетанная патология (рис. 1А). Частота ее составляет от 3,9 до 4,6%.

Не всегда вторую опухоль возможно выявить на дооперационном этапе: при стенозирующем раке пищевода синхронный рак желудка часто оказывается интраоперационной находкой, что требует от хирурга принять ответственное решение – значительно расширить объем вмешательства, либо признать случай иноперабельным и ограничиться симптоматическими мерами.

Высокое распространение рака желудка на пищевод и наличие отсевов в стенке пищевода также является одним из показаний к одномоментной эзофагогастрэктомии (рис. 1Б). Наличие отсевов свидетельствует о подслизистом распространении опухоли по типу ракового лимфангоита, граница которого всегда выше визуально и пальпаторно определяемой.

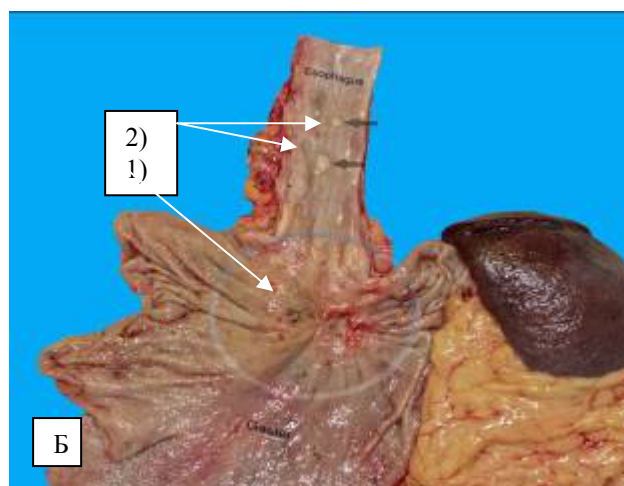
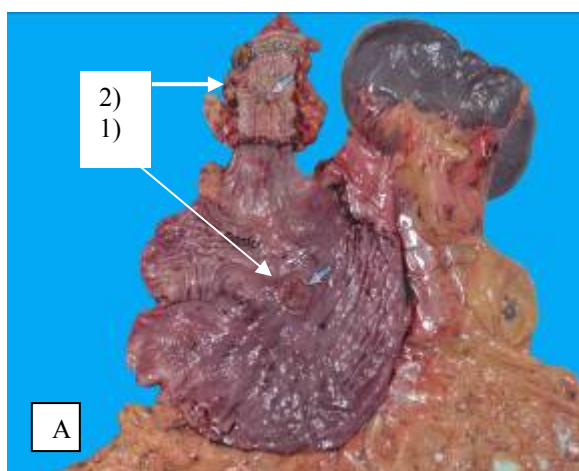


Рис. 1. Макропрепараты после одномоментной эзофагогастрэктомии.

А) Синхронный рак тела желудка(1) и грудного отдела пищевода (2).

Б) Кардио-эзофагеальный рак (1) с отсевами в стенке пищевода (2).

Следует отметить, что выполняемая сторонниками абдомино-цервикального доступа эзофагэктомия при раке желудка с переходом на пищевод обусловлена отнюдь не прямыми показаниями, но лишь стремлением вынести пищеводное соустье на шею из-за опасений его несостоятельности (Чернявский А.А. с соавт., 2007; Черноусов А.Ф., 2007; *Veiga-Fernandes F.*, 1987). Профессор А.Ф.Черноусов так охарактеризовал стратегию этой части хирургов: «...*в настоящее время при раке желудка в качестве радикальных вмешательств мы выполняем гастрэктомию и трансхиатальную экстирпацию пищевода с одномоментной пластикой желудочной трубкой, если опухолевый рост поднимается выше уровня диафрагмы. При этом при переходе опухоли на кардию или малую кривизну желудочная трубка формируется отступя от опухоли не менее чем на 6 см для обеспечения достаточного радикализма*», «...*мы являемся сторонниками вынесения анастомоза на шею (что многократно снижает риск летального исхода при его несостоятельности, по сравнению с внутривлепуральным соустьем) и стараемся выполнять экстирпацию пищевода трансхиатально (значительно уменьшая объем операционной травмы) во всех случаях, когда это не идет вразрез с радикальностью операции...*».

На наш взгляд эта стратегия имеет существенные недостатки:

1. Целесообразность использования при кардио-эзофагеальном раке для пластики пищевода желудочную трубку из большой кривизны все же вызывает сомнения с точки зрения онкологической адекватности операции. Радикализм, по нашему мнению, могут обеспечить лишь субтотальная проксимальная резекция желудка либо гастрэктомию.
2. В абсолютном большинстве случаев тотальное удаление пищевода необоснованно с онкологических позиций, а «*значительное уменьшение объема операционной травмы при трансхиатальной экстирпации*», на которое ссылаются авторы, также сомнительно. Решение об экстирпации пищевода, по нашему мнению, должно мотивироваться наличием прямого показания – поражением трахеального сегмента пищевода. Но при раке желудка с распространением на пищевод этого практически не бывает.
3. Шейные анастомозы уступают внутригрудным как по функциональности, так и по риску осложнений – несостоятельности, рубцовые стриктуры, др.

Следует отметить, что формировать пищеводные анастомозы на шее предпочитают не только сторонники абдомино-цервикального доступа, но и некоторые хирурги, мобилизующие пищевод из трансторакального доступа. Основной мотив тот же – опасение несостоятельности швов внутривлепурального соустья. В РОНЦ проблема надежности внутригрудного пищеводного анастомоза решена. Это обстоятельство в значительной степени определяет и нашу стратегию: при наличии показаний к эзофагогастрэктомии хирургическое вмешательство должно быть технически безопасным, онкологически адекватным и функционально выгодным. Необходимое условие – **адекватный хирургический доступ, при котором все этапы вмешательства сопровождаются** визуальным контролем. Таким требованиям отвечает только доступ по *I.Lewis*, позволяющий выполнить полноценный абдоминальный этап, а также мобилизовать «*en bloc*» и резецировать грудной отдел пищевода на всем его протяжении, выполнить визуально контролируемую билатеральную медиастинальную лимфодиссекцию и сформировать пищеводное соустье в куполе плевральной полости.

Для пластического замещения пищевода нами использовалась ободочная кишка. Предоперационное обследование всегда включало колоноскопию для исключения первично- множественного поражения и лапароскопию для исключения перитонеальной диссеминации. Ангиография, как метод изучения особенностей ангиоархитектоники ободочной кишки, не применялась (являясь инвазивной методикой, она не дает исчерпывающей информации о функциональных особенностях сосудистой системы ободочной кишки. Предоперационная пероральная деконтаминация толстой кишки антибиотиками, по нашим данным, не влияет на частоту послеоперационных осложнений. При подготовке к операции ограничиваемся механической очисткой кишечника (прием фортранса / очистительные клизмы).

При планировании эзофагогастрэктомии мы отдаем предпочтение изоперистальтической пластике левой половиной ободочной кишки, которая показала хорошие функциональные результаты. Реже использовался антиперистальтический трансплантат на средних ободочных сосудах. Во всех случаях нам удавалось выкроить достаточный по длине, адекватно кровоснабжаемый трансплантат.

С 1980 по 2010 гг. в РОНЦ выполнено 38 эзофагогастрэктомий, из них 21 по поводу синхронного рака желудка и грудного отдела пищевода и 14 – по поводу рака желудка с распространением на пищевод. Кроме того, трижды нам приходилось использовать этот вид вмешательства в urgentных ситуациях у больных раком желудка на фоне перфорации пищевода. В одном наблюдении перфорация на уровне ретроперикардального сегмента с развитием медиастинита носила ятрогенный характер и возникла при выполнении эзофагогастрэктомии. Во втором, при стенозирующей опухоли проксимального отдела и тела желудка перфорация на уровне ретроперикардального сегмента с развитием медиастинита была спонтанной. В третьем наблюдении медиастинит и эмпиема плевры справа на фоне пищеводно-плеврального свища были связаны с перфорацией дивертикула грудного отдела пищевода.

В 34 случаях операция выполнялась из двух последовательных доступов – срединной лапаротомии и боковой торакотомии справа по V межреберью в положении больного на левом боку. Лишь у четырех больных вмешательство выполнялось в три этапа, когда операция начиналась с торакотомии в связи с тем, что данные дооперационного обследования не позволяли окончательно оценить резектабельность опухоли пищевода. Между тем, в литературе описаны наблюдения выполнения эзофагогастрэктомии в 4 и даже в 7 этапов (Карачун А.М., 2003):

1. Лапаротомия. Ревизия. Опухоль желудка удалима. Толстая кишка без патологии.
2. Переднебоковая торакотомия в V межреберье справа. В бифуркационном сегменте пищевода ограниченно смещаемая инфильтративная опухоль протяженностью примерно 7–8 см, прораставшая все слои стенки органа.
3. Абдоминальный этап. Мобилизован абдоминальный сегмент пищевода, прошит двумя аппаратами и пересечен между ними. Края лапаротомной раны сведены зажимами.
4. Торакотомный этап. Трахеальный сегмент пищевода мобилизован с окружающей клетчаткой, прошит аппаратами и пересечен между ними. Поэтапно пищевод острым путем мобилизован и резецирован. Часть опухоли в связи с врастанием в левый главный бронх оставлена.
5. Абдоминальный этап. Учитывая паллиативный характер резекции пищевода от выполнения забрюшинной лимфодиссекции решено отказаться. Гастрэктомия без спленэктомии. Сформирован изоперистальтический толстокишечный трансплантат из правой половины ободочной кишки на средней толстокишечной артерии, аппендэктомия. При оценке кровоснабжения орального конца трансплантата кровотоков в сосудах подвздошной кишки признан недостаточным. Подвздошная кишка резецирована.
6. Торакальный этап. Трансплантат проведен в плевральную полость. Сформирован эзофагоцекоанастомоз двухрядным узловым швом в куполе правого гемиторакса.
7. Абдоминальный этап. Поперечная ободочная кишка пересечена в средней трети, аборальный конец толстокишечного трансплантата анастомозирован с тощей кишкой. Межкишечный анастомоз по Брауну, илео-трансверзоанастомоз.

Оптимальная последовательность этапов, по нашему мнению, должна быть тщательно продумана до вмешательства – это позволяет сократить время операции и минимизировать операционную травму.

ТЕХНИКА ЭЗОФАГОГАСТРЭКТОМИИ. МЕТОДИКА РОНЦ им. Н.Н.БЛОХИНА

Абдоминальный этап. Типично выполняется экстирпация желудка либо надплевратниковая гастрэктомия с D₂-лимфодиссекцией. Надплевратниковая гастрэктомия как альтернатива экстирпации желудка выполняется при раке проксимального отдела локализованного типа, если субпилорические лимфоузлы интактны, а отступ от края опухоли составляет не менее 10 см (рис. 2А). Остающаяся часть желудка представлена только привратником.

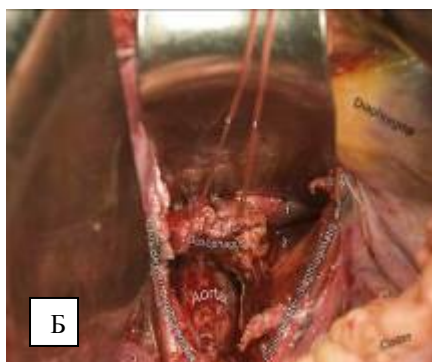
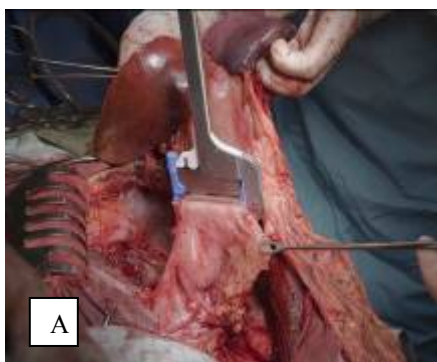
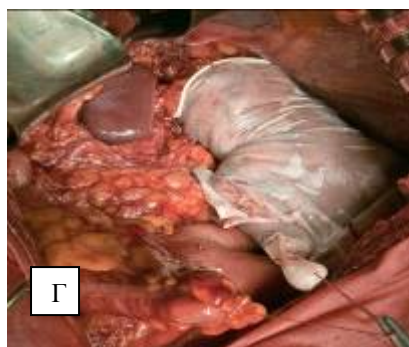
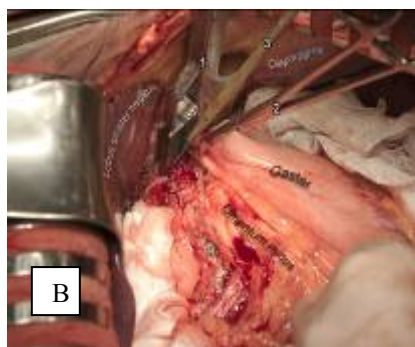


Рис. 2. Надплевратниковая гастрэктомия при раке проксимального отдела желудка с врастанием в левую долю печени и синхронном раке грудного отдела пищевода.

А); Б); В). Пищевод прошивают аппаратом и пересекают между аппаратом «УО-60» и зажимом. На уровне скрепочного шва пищевод дополнительно прошивают двумя 8-образными швами.



Г). Желудок после отсечения селезенки погружен в контейнер и фиксирован к лигатуре кисетного шва толстокишечного трансплантата.

Частичная диафрагмотомия выполняется всегда – не только с целью иссечения внутридиафрагмальных и наддиафрагмальных лимфатических узлов, но и для предотвращения сдавливания толстокишечного трансплантата после перемещения его в плевральную полость.

После выполнения мобилизационного этапа пищевод в неизменном отделе (ниже или выше диафрагмы, в зависимости от локализации и распространенности опухоли в желудке и пищеводе) прошивают аппаратом «УО-60». Желудок удаляют. Пищевод на уровне скрепок дополнительно прошивают двумя узловыми швами, не срезая их концов (рис. 2; Б-В). При невозможности выполнить аппаратную резекцию пищевода в неизменном отделе желудок можно погрузить в непроницаемый контейнер – например, в хирургическую перчатку (рис. 2Г), и удалить его в блоке с пищеводом на торакальном этапе.

Подготовка толстокишечного трансплантата. При эзофагогастрэктомии чаще всего применяется пластика левой половиной ободочной кишки. Ободочную кишку мобилизуют на всем протяжении.

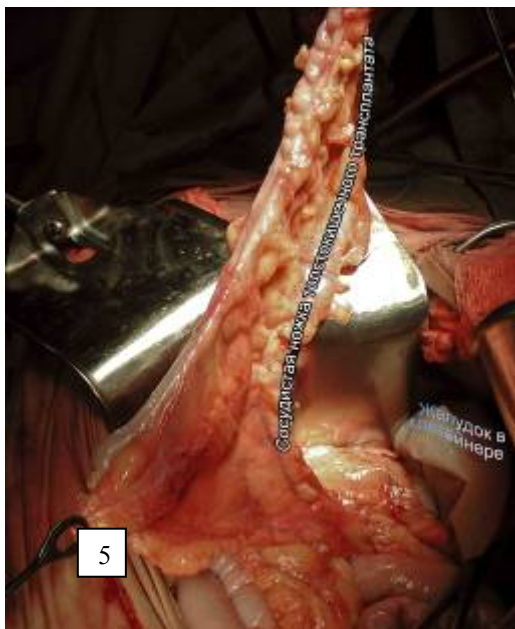
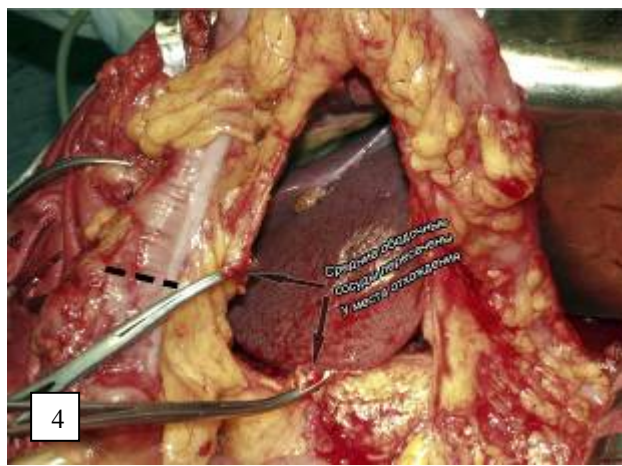
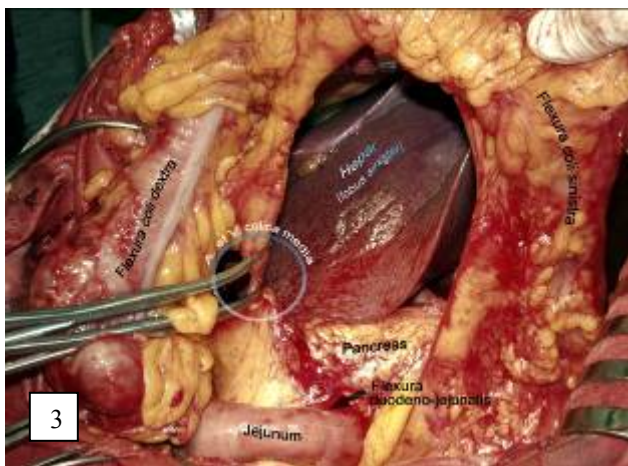


Рис. 3. Выделение и пересечение средних ободочных сосудов.

Рис. 4 и 5. Пересечение ободочной кишки в проксимальном направлении.

Выделяют начальный отдел средних ободочных сосудов, лигируя и пересекая их у места отхождения (рис. 3). Ободочную кишку и сосудистую аркаду пересекают в проксимальном направлении с таким расчетом, чтобы оральный конец трансплантата свободно достигал яремной вырезки грудины (рисунки 4 и 5).

Дистально толстую кишку пересекают на границе нисходящего отдела и сигмовидной кишки, сохраняя аркаду и прямые сосуды. Кровоснабжение трансплантата осуществляется из левых ободочных сосудов (рис. 6). Пластика левой половиной ободочной кишки на средних ободочных сосудах предпочтительна только в случаях когда калибр левой ободочной артерии значительно уступает калибру средней (рис. 7).

После гастрэктомии последовательно формируют толсто-толстокишечный, впередиободочный толсто-тонкокишечный анастомозы и анастомоз по Брауну (рис. 8-10). Если выполнена надпривратниковая гастрэктомия, формируют желудочно-толстокишечный анастомоз по типу «конец-в-бок», после чего восстанавливают непрерывность толстой кишки. Нить на оральном конце толстокишечного трансплантата после завязывания кисетного шва связывают с лигатурой, фиксирующей аборальный конец пищевода (рис. 10).

Трансплантат укладывают, ориентируя его верхушку в диафрагмальном окне, таким образом, чтобы не допустить его перекрута вокруг оси при перемещении в правую плевральную полость на торакальном этапе.

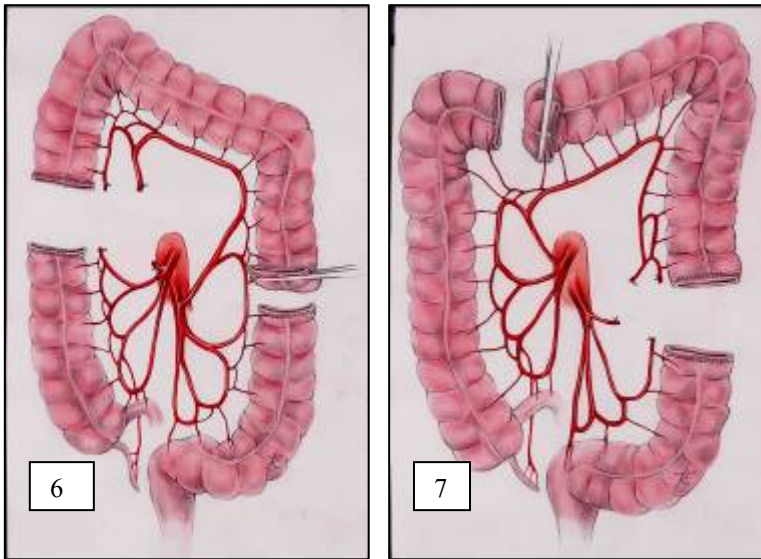


Рис. 6. Схема формирования изоперистальтического трансплантата из поперечно-ободочной кишки с кровоснабжением из левой ободочной артерии.

Рис. 7. Схема формирования антиперистальтического трансплантата из левой половины ободочной кишки с кровоснабжением из средней ободочной артерии.

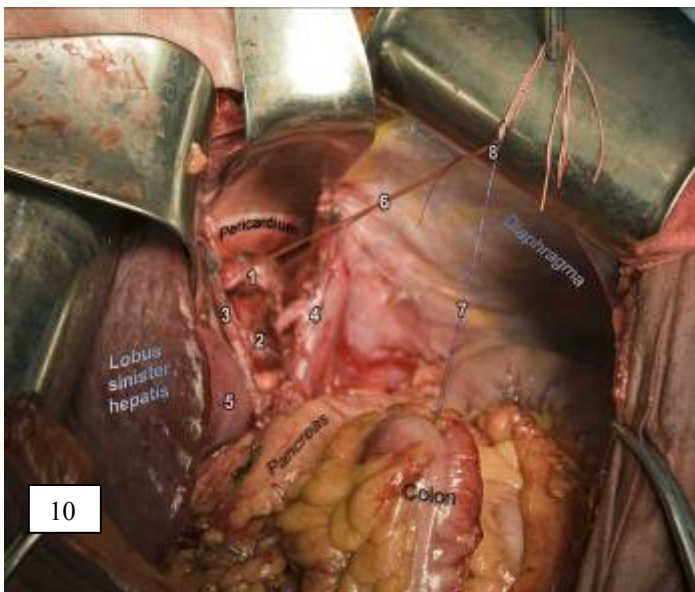
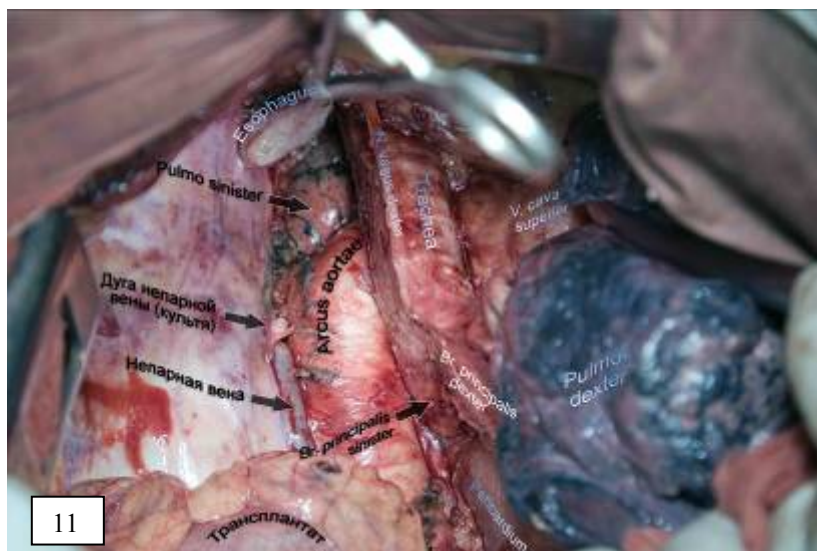


Рис. 8. Впередиободочный толсто-тонкокишечный анастомоз по типу «конец в бок» формируется после толсто-толстокишечного.

Рис. 9. Формирование толстокишечно-желудочного анастомоза после надплевратниково-гастрэктомии.

Рис. 10. Нити, фиксирующие толстокишечный трансплантат и пищевод, связаны. Они играют роль проводника при перемещении толстой кишки в плевральную полость.

Торакальный этап. Выполняется боковая торакотомия по V межреберью. После окончания мобилизации пищевода с медиастинальной лимфодиссекцией рассекают пищеводно-диафрагмальную связку, после чего толстокишечный трансплантат за нить-проводник выводят в правую плевральную полость через диафрагмальное окно, не допуская его перекрута по оси.



Пищевод пересекают на уровне трахеального сегмента, оставляя небольшой избыток слизистой. Окончательный вид операционного поля после типичной трансторакальной резекции грудного отдела пищевода представлен на рис. 11.

Рис. 11. Вид операционного поля после резекции грудного отдела пищевода с билатеральной медиастинальной лимфодиссекцией.

На рис. 12 представлены препараты после надпривратниковой гастрэктомии с резекцией грудного отдела пищевода (12А) и после тотальной гастрэктомии с резекцией грудного отдела пищевода (рис. 12Б).

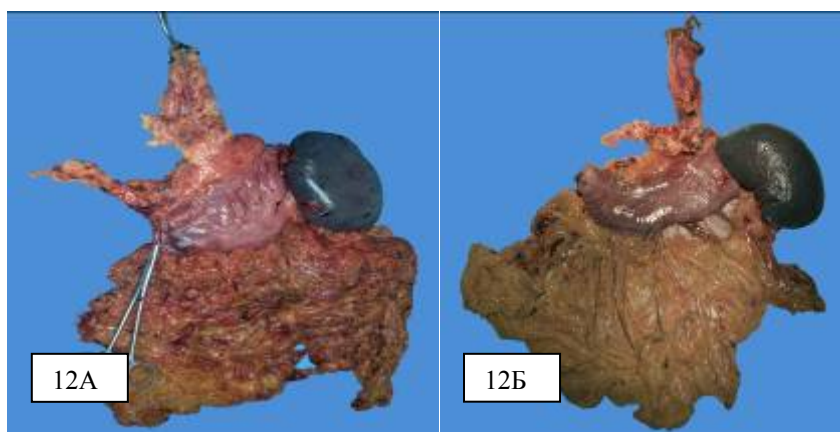


Рис. 12А. Препарат «en bloc» после надпривратниковой гастрэктомии с резекцией грудного отдела пищевода из доступа по I.Lewis.

Рис. 12Б. Препарат после экстирпации желудка с резекцией грудного отдела пищевода из доступа по I.Lewis.

Иллюстрации из книги: Давыдов М.И., Туркин И.Н., Давыдов М.М. Энциклопедия хирургии рака желудка. М., «Эксмо», 2011.

Непосредственные результаты. В группе из 38 оперированных частота послеоперационных осложнений составила 28,9%; умерли 3 (7,9%) больных – от гнойно-септических осложнений вследствие некроза толстокишечного трансплантата, деструктивной двухсторонней пневмонии, острой печеночной недостаточности.

Представление книги:

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ХИРУРГИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Давыдов М.И., Туркин И.Н., Давыдов М.М.

Из предисловия: Ситуация, отражающая состояние диагностики и лечения рака желудка в России драматична: одногодичная летальность этой категории больных составляет 57%. Выявление рака в ранних стадиях, с учетом возможностей современной онкологии, было бы идеальным решением проблемы, однако, как показал мировой опыт, массовый скрининг, за исключением Японии, не привел к желаемым результатам.

Не оправдываются пока надежды, возлагаемые онкологами на различные схемы мультимодальной терапии.

Отдаленное метастазирование обусловлено биологическими особенностями опухоли и относится к хирургически неконтролируемым факторам прогноза. Проблема же локорегионарного рецидивирования находится в пределах досягаемости хирургического метода и в значительной степени определяет место и принципы этого метода в онкологии.

На сегодняшний день объем хирургического вмешательства, набор технических приемов и их последовательность в различных хирургических клиниках весьма вариабельны, что делает невозможным корректное сравнение как непосредственных, так и отдаленных результатов оперативного лечения рака желудка. В связи с этим назрела острая необходимость стандартизации операций при раке желудка. Главные ее задачи – обеспечение онкологической адекватности и технической безопасности вмешательства, а также профилактика послеоперационных хирургических осложнений и максимально возможная функциональность.

Настоящая книга построена не по принципу классического научного труда. Она задумана как иллюстрированное практическое руководство с акцентом на технические нюансы хирургических вмешательств.

Ее главная цель – представить идеологию хирургического лечения рака желудка в РОНЦ им. Н.Н.Блохина, сформировать у читателя философию хирурга-онколога, помочь освоить современную хирургию рака желудка. Хирургию в том виде, в каком она должна быть с точки зрения хирурга-онколога: агрессивная, носящая примерно в половине наблюдений комбинированный характер, сопровождающаяся широкой превентивной лимфодиссекцией.

Представленные методологические приемы операций основаны на многолетнем опыте отдела торако-абдоминальной онкологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина (зав. – академик РАН и РАМН, проф. М.И.Давыдов). Их использование позволит хирургам избежать многих интра- и послеоперационных осложнений, а также минимизировать вероятность местного рецидива.

Большое внимание в книге уделено многочисленным вариантам сосудистой системы желудка, значению лимфогенного метастазирования, сравнительной характеристике применяемых в настоящее время классификаций рака желудка.

Коллективом отделения эндоскопии РОНЦ им. Н.Н. Блохина (зав. – проф. Г.В.Унгиадзе) представлен опыт, касающийся радикальных эндохирургических вмешательств при раннем раке желудка.

Из представленных в настоящем руководстве 1038 фотографий и схематических изображений 1009 являются оригинальными. Рисунки выполнены К.В.Телициной и Т.А.Красавиной. Единичные иллюстрации заимствованы из современных отечественных и зарубежных руководств по хирургии рака желудка. Гистологическая классификация рака желудка и фотографии гистологических препаратов представлены отделом патологической анатомии опухолей человека РОНЦ им. Н.Н. Блохина (зав. – проф. А.И.Карселадзе). Рентгенограммы представлены отделом лучевой диагностики и рентгенохирургических методов диагностики и лечения (зав. – чл.-корр. РАМН, проф. Б.И.Долгушин).

Раздел по анатомии лимфатической системы основан на результатах исследований нашего соотечественника, пионера лимфологии профессора Д.А.Жданова, работы которого по настоящее время являются основополагающими в понимании механизмов лимфогенного метастазирования рака желудка.

Мы надеемся, что представленная работа окажется востребованной и полезной для хирургов, занимающихся лечением больных раком желудка.

М.И. Давыдов, И.Н. Туркин, М.М. Давыдов



ПРОВОЗВЕСТНИК

ЗАСЕДАНИЕ № 575 состоится в четверг, **17 февраля** 2011 г.,
в РОНЦ им. Н.Н.Блохина

Повестка дня: **ИНТЕНСИВНАЯ СОПРОВОДИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
ПРИ ВЫСОКОДОЗНОМ ЛЕКАРСТВЕННОМ ЛЕЧЕНИИ**

АНОНСЫ ЗАСЕДАНИЙ – 2011;

Повестка дня:

- **НОВООБРАЗОВАНИЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА (КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ).**
- **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. 2) МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫЕ И ДИСSEМИНИРОВАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ (См. МАТЕРИАЛЫ ЗАСЕДАНИЯ № 567 ОТ 22.04.2010 : ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. 1) ПЕРВИЧНО ОПЕРАБЕЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ.)**

«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./+7 925/ 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 БЕЛУОСОВА т. /+7 495/324-11-15 |
| НАПЕЧАТАНО В ОТДЕЛЕ МНОЖИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ РОНЦ им. Н.Н.БЛОХИНА Январь 2011; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 17.01.2011. Заказ 007 | | |

