



ВЕСТНИК

Московского
Онкологического
Общества

**СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ КЛИНИКИ
ВЫПОЛНЯЮТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ
В 85-90% СЛУЧАЕВ. ПРИ ЭТОМ
5-ЛЕТНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ
ДОСТИГАЕТ 75% У ВЗРОСЛЫХ И 85% – У ДЕТЕЙ**

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

**№4
(577)**

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.

ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.

**2011
АПРЕЛЬ**

ЗАСЕДАНИЕ № 575

СОСТОИТСЯ В ЧЕТВЕРГ, **28** АПРЕЛЯ 2011 г., в 17.00

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

Президиум: проф. А.И.Пачес; академик РАМН, проф. М.Д.Алиев, проф. А.Н.Махсон

Повестка дня:

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ

Доклад: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕГАПРОТЕЗОВ
В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ

Алиев М.Д.^{1,2}, Соколовский В.А.¹, Дзампаев А.З.², Нисиченко Д.В.^{1,2}, Сергеев П.С.¹, Хестанов Д.Б.²

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

¹отделение общей онкологии НИИ клинической онкологии РОНЦ;

²отделение опухолей опорно-двигательного аппарата НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ)

Доклад: ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ
ПРИ ДЕФИЦИТЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Шаталов А.М., Бухаров А.В.,

Державин В.А., Мысливцев И.В., Урлова А.Н., Собченко Л.А.

(Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена –
хирургическое отделение онкологической ортопедии)

Дискуссия: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ
В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ

Фиксированные выступления в прениях. Махсон А.Н. (Московская онкологическая больница № 62),
Балберкин А.В. (ЦНИИ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова)

КОНСПЕКТ СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ



Органосохраняющие операции активно применяются в хирургии опухолей костей и суставов с 1980–1990-х гг. Сохранение пораженной конечности достигается эндопротезированием – замещением пораженного фрагмента искусственными конструкциями, которые закрепляются к сохраненным костным основам. В современной онкоортопедии эндопротезирование возможно при поражении практически любого крупного сустава (плечевого, локтевого, лучезапястного; тазобедренного, коленного, голеностопного), выполняются тотальные эндопротезирования плеча, бедра, голени, диафизов плечевых, бедренных, большеберцовых костей. Подробности этих разработок отражены в исследованиях *J.Eckardt*, *A.Ferruzzi*, *R.Kotz*, *W.Winkelman*, С.Т.Зацепина, А.С.Имамалиева, Н.Н.Приорова, К.М.Сиваша, Н.Н.Трапезникова.

В эндопротезировании применяются стальные и титановые эндопротезы с пластиковым компонентом, инертным к окружающим тканям. Для коррекции длины оперированной конечности используются модульные раздвижные («растущие») эндопротезы, которые могут быть инвазивными и неинвазивными.

(Продолжение – см. с 2.)

Создание модульных протезов привело к революционным изменениям в органосохраняющем лечении. Модульные системы позволяют реконструировать значительные дефекты в области суставов, безотлагательно проводить хирургическое лечение (модульный эндопротез собирается во время операции), фиксировать ножки эндопротеза в костномозговом канале цементным или бесцементным способом, вносить в конструкцию протеза изменения, связанные с неожиданными интраоперационными находками и др.

Модульный протез состоит из суставного компонента, тела и ножек. Пористое покрытие дает возможность бесцементной фиксации эндопротеза. В некоторых случаях это позволяет снизить нагрузку на стержень и обеспечить более физиологичное распределение давления на корковый слой кости. Для замещения больших костных дефектов эндопротезы онкологическим больным создаются больших размеров, чем в ортопедии. Такие **мегапротезы**, однако, изменяют биомеханику сустава, что снижает стабильность.

При эндопротезировании костей и суставов необходимо соблюдать основные принципы онкохирургии – футлярность и абластичность: резецировать кость на достаточном (5-6 см) отдалении от опухоли, удалять *en bloc* зону биопсии, предшествовавшей эндопротезированию, и все очаги потенциальной диссеминации; выполнять адекватную мышечную пластику, укрывая протез мягкими тканями для снижения риска инфицирования. Основными местными осложнениями эндопротезирования являются инфекционные (в ложе эндопротеза), а также нестабильность и перелом протеза. Частота осложнений, по данным ряда обзоров, достигает 40-50%.

Улучшение результатов в онкоортопедии связывается с неуклонным соблюдением абластики, асептики, совершенствованием конструктивных параметров эндопротезов, техники их применения, организационной работы, включая разъяснение пациентам необходимости соблюдения требований, направленных на профилактику повреждений протезов в раннем послеоперационном и реабилитационном периодах.

В оценке отдаленных результатов хирургического и комбинированного (с назначением современной химиолучевой терапии) учитывается продолжительность жизни больных (продолжительность жизни без прогрессирования опухоли), а также функциональные результаты эндопротезирования, прежде всего – срок использования эндопротеза («*endoprosthesis survival*»). Кроме того, функциональные результаты рассчитываются по шкале *MSTS (Musculo-Skeletal Tumor Staging /System/)*, разработанной Международным обществом органосохраняющей хирургии конечностей. Параметры, определяющие функцию сохраненной конечности, оцениваются по 5-балльной шкале; по сумме набранных баллов вычисляется относительный показатель (в процентах от максимально возможных 30 баллов – *W.F.Enneking et al*, 1993). При эндопротезировании тазобедренного сустава оценка *MSTS* составляет 63-73% после резекции проксимального и 75-88% – дистального отделов бедренной кости. Отдаленные функциональные результаты эндопротезирования коленного сустава соответствуют 70-73%, тотального эндопротезирования бедренной кости – 58%. Функциональный итог эндопротезирования голеностопного сустава находился в пределах 70–88% от нормальной функции конечности. Функциональные результаты реконструктивных вмешательств по поводу опухолей проксимального отдела плечевой кости составляют 63-83%; опухолей, требующих резекции локтевого сустава – 72-76% от нормальной функции.

Заключение. Успехи онкохирургии, противоопухолевой химиотерапии, совершенствование ортопедической техники улучшили отдаленные результаты. Если в 1960-е гг. 5-летняя выживаемость оперированных соответствовала 20%, то к 2010-м гг., 5-летняя продолжительность жизни возросла до 75% у взрослых и 85% у детей (Алиев М.Д. с соавт.; 2008-2010 *). При этом существенно расширились показания к органосохраняющим операциям. Эндопротезирование, не снижая радикализма операции, позволяет улучшить функциональные и психологические результаты противоопухолевого лечения, изменить качество жизни пациентов.

(По материалам аспиранта П.С.Сергеева)

*) ЛИТЕРАТУРА:

1. *Первичные злокачественные опухоли костей* / Под редакцией М.Д.Алиева/ – М.: Издательская группа РОНЦ, 2008. – 408 с.: ил. // ISBN 5-98811-056-8.

В руководстве, написанном сотрудниками РОНЦ им. Н.Н. Блохина – ведущего онкологического учреждения страны – обобщен обширный клинический материал по первичным злокачественным опухолям костей. Отдельные главы посвящены классификации, патологической анатомии и стадированию данной группы опухолей. Представлены современные возможности диагностики и взгляды на лечение. Подробно изложены принципы хирургического лечения. Отражены последние достижения и перспективы лекарственной терапии сарком костей. Отдельная глава посвящена вопросам диагностики и лечения опухолей костей в детском возрасте. Руководство рассчитано на онкологов, хирургов, ортопедов и студентов медицинских ВУЗов.

2. *Sokolovskiy V.A., Nisichenko D.V., Orekhov M.N., Saravanan S.A., Sokolovskiy A.V., Aliev M.D.* The use of megaprotheses at total replacement of the femur at oncological patients. The 23-rd Annual meeting of the European Musculo-Skeletal Oncology Society (EMSOS 2010). – Abstract book. Birmingham, 2010.

ТРУДЫ

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

**Рефераты сообщений:**

**PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY №#577 (April 28, 2011)
THE RESULTS OF ENDOPROSTHESIS SURGERY
FOR TUMORS OF BONES AND JOINTS**

Report-1: REMOTE RESULTS OF ENDOPROSTHESIS SURGERY FOR TUMORS OF BONES AND JOINTS. By Prof. M.Aliev^{1,2}, Prof. V.Sokolovsky², Prof. A.Dsampaev², et al. (¹The N.N.Blokhin Cancer Research Center' Department of General Oncology. ²The N.N.Blokhin Cancer Research Center' Department of Bones and Soft Tissues' Tumors from Research Institute of Oncology and Haematology of Childhood)

Report-2: THE USE OF ENDOPROSTHESES FOR TUMORS OF BONES AND JOINTS IN CASES WITH SOFT TISSUES' DEFICIENCY. Prof. V.Tepliakov et al. (The P.A.Hertzen Moscow Research Institute of Oncology' Department of Onco-Orthopaedics).

Discussion: CURRENT STATUS AND THE PERSPECTIVES OF ENDOPROSTHESES. By Prof. A.Mahson et al. (Moscow Cancer Hospital №# 62), Prof. A.Balberkin et al. (Central Research Institute for Traumatology and Orthopaedics); .

Доклад:

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕГАПРОТЕЗОВ
В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ**

Алиев М.Д.^{1,2}, Соколовский В.А.¹, Дзампаев А.З.², Нисиченко Д.В.^{1,2}, Сергеев П.С.¹, Хестанов Д.Б.²
(Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина –

¹отделение общей онкологии НИИ клинической онкологии РОНЦ;

²отделение опухолей опорно-двигательного аппарата НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ)

За период с 1979 по 2009 гг. в отделении общей онкологии НИИ КО РОНЦ выполнено 956 органосохраняющих операций в объеме сегментарной резекции или тотального удаления длинной трубчатой кости с последующим эндо- или реэндопротезированием; в 794 случаях выполнены первичные, в 162 – повторные операции. Поражение кости были обусловлены первичными опухолями у 92% пациентов, метастатическими – у 8%. Средний возраст больных составил 28±14 лет (от 10 до 80 лет), мужчин было 53,5%, женщин – 46,5%. Преобладали остеосаркомы (46%); в остальных случаях диагностированы хондросаркомы (10%), саркомы Юинга (5%), гигантоклеточные опухоли (14%), другие морфологические формы составили 25%.



Рис. 1.



Рис. 2.

Рис. 1. Больной 18 лет. Диагноз: состояние после комбинированного лечения по поводу остеосаркомы нижней трети бедренной кости. Операция выполнена в объеме дистальной резекции бедренной кости с замещением дефекта эндопротезом коленного сустава. Рентгенограммы проксимального и дистального отделов эндопротеза. Оценка *MSTS* составила 87%; срок наблюдения – 54 мес.

Рис. 2. Больная 17 лет. Диагноз: состояние после комбинированного лечения по поводу остеосаркомы правой бедренной кости. Укорочение ноги составило 12 см. Операция в объеме тотального реэндопротезирования бедренной кости с замещением дефекта модульным раздвижным эндопротезом. Рентгенограммы проксимального и дистального отделов эндопротеза. Оценка *MSTS* – 72%; срок наблюдения – 42 мес.

Результаты. Органосохраняющее лечение выполнено более 85% пациентам, госпитализированным в клинику общей онкологии НИИ КО РОНЦ. Частота рецидивов составила 12%. Среди осложнений отмечены инфекции (11%), нестабильность эндопротеза (13,7%). Функциональная оценка по шкале *MSTS* составила 70% для операций по эндопротезированию плечевого сустава, 80% – для тазобедренного. Показатели *MSTS* после эндопротезирования бедренной кости соответствовали 58% – при ее тотальном замещении и 92% – резекции дистального отдела; оценка после резекции проксимального отдела большеберцовой кости – 75%.

Таким образом, эндопротезирование костей и суставов в клинической онкологии является эффективным методом, обеспечивающим достижение клинического выздоровления и благоприятного функционального результата. Органо-сохраняющие операции – это золотой стандарт современной онкоортопедии (рис.1-2).

С 1979 года по 2009 г. в НИИ ДОГ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН выполнено 279 хирургических вмешательств в объеме резекции или экстирпации длинных трубчатых костей с последующим эндопротезированием. Из них 140 пациентам были имплантированы «растущие» эндопротезы. Для 80 пациентов старше 12 лет использованы «растущие» эндопротезы *LINK* и *PROSPON* с последующей поэтапной коррекцией длины конечности при дополнительных микрохирургических вмешательствах (рис. 3.).



Рис. 3. Больной 13 лет. Диагноз: состояние после комбинированного лечения по поводу остеосаркомы верхней трети бедренной кости. Операция выполнена в объеме тотального эндопротезирования бедренной кости с последующей поэтапной дистракцией (3 см) замещением дефекта коленного сустава. Рентгенограммы до и после лечения. Оценка *MSTS* составила 60%; срок наблюдения – 36 мес.



Для 60 детей младшего возраста (3-12 лет) применены «растущие», неинвазивные протезы *WRIGHT* и *IMPLANTCAST*, производство которых основано на новейших технологиях. Увеличение длины протезированной конечности достигается без повторного оперативного вмешательства, в результате воздействия на нее электромагнитного поля (*WRIGHT*), или подключением электромагнитного прибора к раздвижному протезу (*IMPLANTCAST*) через имплантируемый порт (рис. 4.). Как правило, коррекция длины конечности осуществляется 2-3 раза в год. Органосохраняющее лечение выполняется более чем 90% пациентов.

Рис. 4. Больной 10 лет. Диагноз: состояние после комбинированного лечения по поводу остеосаркомы дистального отдела правой бедренной кости. Операция с применением «растущего», неинвазивного эндопротеза. Рентгенограммы до и после лечения. Оценка *MSTS* – 80%; срок наблюдения – 24 мес.

Местные рецидивы после органосохраняющих операций выявлены в 6% случаев. Из неонкологических осложнений, чаще отмечено инфицирование ложа эндопротеза (18%). Функциональная оценка осуществлялась по шкале *MSTS* и составила: 90% после резекций дистального отдела бедренной кости с замещением дефекта эндопротезом коленного сустава, 80% – после эндопротезирования голеностопного и тазобедренного суставов; 72% – после резекций проксимального отдела большеберцовой кости; 70% – после эндопротезирования локтевого и плечевого суставов; 55% – после тотального замещения бедренной и плечевой костей

Таким образом, неинвазивные эндопротезы целесообразно применять у детей младшего возраста, когда предполагается многократная поэтапная коррекция длины оперированной конечности. У детей старшего возраста оправдано применение раздвижных эндопротезов механического типа, а также эндопротезов модульной конструкции.

Доклад: ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ ПРИ ДЕФИЦИТЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Шаталов А.М., Бухаров А.В.,
Державин В.А., Мысливцев И.В., Урлова А.Н., Собченко Л.А.

(Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена –
хирургическое отделение онкологической ортопедии)

Эндопротезирование больных первичными и метастатическими опухолями длинных трубчатых костей сопряжено с трудностями при дефиците мягких тканей, необходимых для укрытия протеза. Расширение показаний к эндопротезированию этих пациентов возможно благодаря разработке пластических этапов операций.

С октября 2005 по февраль 2011 г. в МНИОИ оперированы 100 пациентов с опухолевым поражением длинных трубчатых костей, в объеме сегментарной резекции или экстирпации кости с последующим эндопротезированием. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1; возраст больных составлял от 16 до 72 лет и в среднем соответствовал 29 годам. Преобладали (74) первичные опухоли – хондросаркомы (32), остеосаркомы (23), гигантоклеточные опухоли (17), злокачественные фиброзные гистиоцитомы кости (3), саркома Юинга (1), а также вставшие в кости мягкотканые опухоли (5). Среди 16 метастатических опухолей диагностированы наблюдения рака молочной железы и почки (по 5), легкого (3), саркомы Юинга, злокачественной фиброзной гистиоцитомы и меланомы кожи. Кроме того, эндопротезирование проведено больным В-крупноклеточной лимфомой, фибромой-десмоидом и фиброзной дисплазией кости.

При обращении у 18 пациентов был диагностирован патологический перелом длительностью от 7 суток до 5 месяцев. Наиболее часто объем опухоли соответствовал 200-300 см³ (от 42 до 592 см³). Средняя протяженность резекции кости составила 15 см (максимально – 24 см).

Выполнено эндопротезирование коленного сустава (52 – в том числе при поражениях дистального отдела бедренной (37) и проксимального отдела большеберцовой кости (15)). Также проведено протезирование тазобедренного (14), плечевого (20), локтевого суставов (5). Кроме того выполнены тотальное эндопротезирование бедренной кости (3), эндопротезирование диафизов бедренной (3) и большеберцовой костей (1), резекция дистального отдела большеберцовой кости и эндопротезирование голеностопного сустава (1), эндопротезирование лучезапястного сустава (1).

Следует отметить, что у 33 пациентов после установки импланта не представлялось возможным сформировать адекватный мышечный футляр для укрытия эндопротеза, что требовало проведения дополнительного пластического этапа операции. В качестве пластического материала у 32 больных использованы перемещенные васкуляризированные лоскуты, у 1 – свободный мышечный лоскут на микрососудистых анастомозах. Применялись мышечные лоскуты сформированные из медиальной части икроножной мышцы (18), медиальной части широкой мышцы бедра (4), медиальных частей двуглавой и четырехглавой мышц бедра, др. После сегментарной резекции проксимального отдела бедренной кости с эндопротезированием тазобедренного сустава в качестве пластического материала использована портняжная мышца¹⁾; при эндопротезировании локтевого сустава (4) – лоскут из лучевого сгибателя кисти²⁾; после сегментарной резекции проксимального отдела плечевой кости с эндопротезированием плечевого сустава – перемещенный торакодorzальный лоскут; при эндопротезировании локтевого сустава – свободный лоскут из прямой мышцы живота на микрососудистых анастомозах.

Онкологические результаты: Отдаленные результаты прослежены у всех пациентов. Средний срок наблюдения составил 23,2 мес. При этом у 13 больных диагностировано прогрессирование заболевания, включая 3 рецидива (в том числе у пациента, которому выполнялся пластический компонент операции); 11 больных умерли от прогрессирования заболевания в сроки от 9 до 40 мес.

Осложнения. Частота осложнений составила 18%. Инфекционные развились у 4 больных (в том числе у 1 – после дополнительного пластического этапа операции); ятрогенные – у 5 (в том числе: вывих в тазобедренном суставе (3), перелом диафиза бедренной кости (2)); механические – у 7 (включая нестабильность ножки эндопротеза в костном канале, обусловленную остеопорозом (3), износ вкладыша коленного сустава (2), перелом ножки и перелом бедренного компонента эндопротеза (по 1)). По поводу развившихся осложнений выполнено 14 хирургических вмешательств: открытое вправление вывиха эндопротеза в тазобедренном суставе (3), чрескожная остеопластика при нестабильности ножки эндопротеза³⁾, замена вкладыша узла эндопротеза (2), удаление эндопротеза с установкой цементного спейсера (2), реэндопротезирование посеребренным эндопротезом (1), реимплантация бедренного компонента (1), замена чашки тазобедренного эндопротеза (1), ампутация конечности (1).

Ортопедическая оценка функции конечности после эндопротезирования проведена по *MSTS*. Она составила (в среднем): для коленного сустава 79-73% (соответственно – при опухолях дистального отдела бедренной и проксимального отдела большеберцовой кости); для тазобедренного сустава 74%. При тотальном эндопротезировании бедренной кости, диафизов костей и голеностопного сустава – 68; 80; 82% соответственно.

1) Патент РФ № 2395239 С. Авторы: Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Шаталов А.М.).

- 2) Патент РФ № 2329769 С1. Авторы: Тепляков В.В., Агзамов Д.С., Карпенко В.Ю).
3) Приоритетная справка № 2010127787.

Ортопедическая оценка функции верхней конечности составила в среднем 73% – для плечевого и 70% – для локтевого суставов. Функциональные результаты в группе из 33 пациентов, которым выполнялся пластический этап операции в целом составили 77%, что соответствует оценке «хорошо». В этой группе результаты расценены как «отличные» (20), «хорошие» (11) и удовлетворительные (2). Эти оценки соответствовали показателям в аналогичных группах больных, которым пластического компонента операции не требовалось.

Резюме. Эндопротезирование костей и суставов является основным методом реконструкции после сегментарных резекций и экстирпаций длинных трубчатых костей при опухолевых поражениях. Это позволяет, при минимальной частоте осложнений, достигнуть хороших функциональных результатов. Выполнение дополнительного пластического этапа операции требуется, по нашим данным, в 33% органосохраняющих операций. Функциональные результаты *MSTS* 33 пациентов, которым выполнялся пластический компонент эндопротезирования составили 77%, что соответствует оценке «хорошо».



ПРОВОЗВЕСТНИК

ЗАСЕДАНИЕ № 578.

В среду и четверг, **26-27 мая** 2011 г., в РОНЦ им. Н.Н.Блохина состоится

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ:

«КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ»

Конференция посвящается памяти проф. **В.И. КНЫША**

Справки: <http://www.oncoproct.ru>

Организационные вопросы: тел./факс: +7 (495) 988-8992. моб. тел.: +7 (962) 954-0119.

Анонсы событий:

IX ЕЖЕГОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ:

«ИНФЕКЦИИ В ОНКОЛОГИИ И ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ»

Конференция состоится во вторник и среду, 17-18 мая 2011 г., в РОНЦ им. Н.Н.Блохина. Начало регистрации 17 мая – в 11.00; 18 мая – в 9.00.

XI ШКОЛА ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ И АСПИРАНТОВ:

«ИНФЕКЦИИ В ОНКОЛОГИИ»

Школа состоится во вторник, 17 мая 2011 г.,

в РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

В программе:

- Новые антибактериальные и противогрибковые препараты
- Рациональные подходы к лечению госпитальных инфекций
- Сепсис: этиология, патогенез, иммунологические аспекты и терапия
- Биологические маркеры инфекции, прокальцитонин
- Лечение инфекций, вызванных мультирезистентными возбудителями

Справки: www.ronc.ru www.netoncology.ru

Организационные вопросы: тел.: (495) 324-9724. (495) 324-1840. факс: (495) 324-1830.

E-mail: irinapet@list.ru zlatadoc@mail.ru nvd18@rambler.ru



«Информирую, следовательно существую!» (лат.)



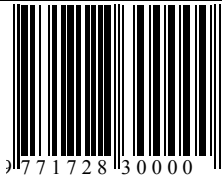
УДК 616-006. ВЕСТНИК (ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ) МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА
Распространяется в ведущих онкологических и медицинских учреждениях Москвы, рассылается в районные онкологические диспансеры Москвы и Московского региона; в Российские республиканские, краевые, областные и городские 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	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 БЕЛОУСОВА т. /+7 495/324-11-15



НАПЕЧАТАНО В ОТДЕЛЕ МНОЖИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ РОНЦ им. Н.Н.БЛОХИНА
Апрель 2011; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 18.04.2011. Заказ 396.