



# ВЕСТНИК

Московского  
Онкологического  
Общества

**НЭО = РЕДКИЕ И ГЕТЕРОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ  
ИЗ КЛЕТОК ДИФФУЗНОЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ.  
ОСОБЕННОСТИ БИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК  
И КРИТЕРИЕВ ПРОГНОЗА ОБОСНОВЫВАЮТ  
НЕОБХОДИМОСТЬ ОБСУЖДЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ**

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

№ 6-8  
(579)

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.

ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.

2011  
ИЮНЬ-  
АВГУСТ

ЗАСЕДАНИЕ № 579,

ПОСВЯЩЕННОЕ ПАМЯТИ ПРОФ. Б.Е. ПЕТЕРСОНА,

СОСТОИТСЯ В ЧЕТВЕРГ, **9 ИЮНЯ** 2011 г., в 17.00

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

**Президиум:** проф. А.И.Пачес, проф. В.А.Горбунова, проф. Л.А.Вашакмадзе, проф. Д.В.Комов

## НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ.

### 3) НОВООБРАЗОВАНИЯ ЖЕЛУДКА, ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ\*) (КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОГНОЗ)

**Доклад:**

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ  
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Поликарпова С.Б.<sup>1,2</sup>, Комов Д.В.<sup>1</sup>, Ожерельев А.С.<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>отделение диагностики опухолей РОНЦ им. Н.Н.Блохина;

<sup>2</sup>кафедра онкологии I МГМУ им. И.М.Сеченова)

**Дискуссия. Фиксированные выступления в прениях**

**НЕЙРОЭНДОКРИННЫЙ РАК ЖЕЛУДКА. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ,  
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Вашакмадзе Л.А., Белоус Т.А., Хомяков В.М., Черемисов В.В.

(Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена).

**ОПЫТ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЯХ  
ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА**

Маркович А.А., Горбунова В.А., Орел Н.Ф., Полозкова С.А. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

РЕТРОСПЕКТИВЫ Московского онкологического общества

**3) НОВООБРАЗОВАНИЯ ЖЕЛУДКА, ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ**

См. МАТЕРИАЛЫ ПРЕДЫДУЩИХ ЗАСЕДАНИЙ ПО НЕЙРОЭНДОКРИННЫМ ОПУХОЛЯМ:

1) № 571 от 14.10.2010 : **МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА**

2) № 572 от 18.11.2010 : **НОВООБРАЗОВАНИЯ ВНУТРИГРУДНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ**



## ВСЕОБУЧ АВТОРОВ ПУБЛИКАЦИЙ



По установившейся традиции накануне летних отпусков «Вестник Общества» публикует Правила составления рефератов сообщений, представляемых для обсуждения на заседаниях Московского онкологического общества. Эти сведения будут полезны для подготовительной научной работы в наступившем сезоне, а также и в более отдаленной перспективе.

## П Р А В И Л А

### СОСТАВЛЕНИЯ СООБЩЕНИЙ, ПРЕДЛАГАЕМЫХ К ПУБЛИКАЦИИ В ТРУДАХ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

Сообщения принимаются в виде рефератов, которые следует представлять в текстовом формате и, желательно, в электронной версии. В реферате в сжатой форме излагается основное содержание сообщения. Акцентируется внимание на новых сведениях, представляемых в сообщении. Текст должен обеспечить понимание основных положений, того нового, что содержится в работе. Недопустимо употреблять общие фразы и общие положения. Рекомендуется следующая схема:

(Продолжение – см. с. 2.)

**П Р А В И Л А СОСТАВЛЕНИЯ СООБЩЕНИЙ, ПРЕДЛАГАЕМЫХ К ПУБЛИКАЦИИ  
В ТРУДАХ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА**

1) Изложить, не повторяя заголовка, тему, объект, характер и цель работы; методику (если она новая или необходима для понимания сути и особенностей сообщения).

2) Отразить результаты работы, отдавая предпочтение новым проверенным фактам. Следует подтвердить полученные результаты цифровыми показателями, указав пределы точности, интервалы достоверности.

3) Представить выводы, оценки, рекомендации; принятые или отвергнутые гипотезы; сферу возможного применения результатов проведенного исследования.

Изложение должно быть предельно кратким, точным, понятным. Следует применять стандартные термины и разъяснять значение новых при первом упоминании.

Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять поступившие материалы без изменения их основного содержания.



**Рефераты сообщений:**

**PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY №579 (June 9, 2011)**

**NEURO-ENDOCRINE ABDOMINAL TUMORS  
(CLINICAL FEATURES, DIAGNOSTIC PROCEDURES, MANAGEMENT AND PROGNOSIS)**

**Report:** CLINICAL COURSE OF GASTRIC AND INTESTINAL NEURO-ENDOCRINE TUMORS. By Prof. S.Policarpova, Prof. D.Komov, Prof. A.Ojereliev (The N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center' Dept. of Diagnostics, The I.M.Sechenov 1<sup>st</sup> Moscow Medical University' Dept. of Oncology).

**Discussion:**

◆ NEURO-ENDOCRINE TUMORS OF THE STOMACH. PATHOLOGY, CLINICAL BEHAVIOUR, SURGICAL TREATMENT' RESULTS By Prof. L.Vashakmadze, Prof. T.Belous, Prof. V.Khomiakov, Dr. V.Cheremisov. (The P.A.Hertzen Moscow Research Institute of Oncology).

◆ CHEMOTHERAPY FOR NEURO-ENDOCRINE ABDOMINAL TUMORS. By Prof. V.Gorbunova, Prof. N.Orel, Dr. A.Markovich, Dr. S.Poloskova (The N.N.Blokhin Cancer Research Center).

**КОНСПЕКТ СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ**



Нейроэндокринные опухоли (НЭО) желудочно-кишечного тракта (и поджелудочной железы) выявляются в 1-3 случаях на 100.000 населения в год. Большинство исследователей отмечают рост заболеваемости за последние 30 лет, с ее ежегодным приростом на 3%. Улучшение диагностики НЭО связывается, в том числе, с развитием методов визуализации, в особенности – КТ, МРТ, ПЭТ.

Нейроэндокринные опухоли классифицируются по локализации (чаще всего – в желудке, поджелудочной железе, тонкой кишке, червеобразном отростке, прямой кишке); степени дифференцировки (высокая, низкая); функциональности (функционирующие опухоли синтезируют пептиды, обуславливающие клинические проявления НЭО /карциноидного синдрома/, в то время как нефункционирующие опухоли пептидов не синтезируют); биологическим особенностям (что характеризуется митотическим индексом, а также индексом пролиферации *Ki-67*) и злокачественному потенциалу, связанному с размером опухоли и особенностями инвазии в лимфатические или кровеносные сосуды.

Генетические исследования у больных НЭО позволяют определить семейный риск этих опухолей; с НЭО связано развитие ряда наследственных заболеваний. В прогрессии злокачественного фенотипа критическое значение придается определенным генам, в том числе связанным с опухолевым супрессором *p53*...

Хирургическое вмешательство остается единственным методом, который позволяет добиться клинического излечения. В литературе подтверждается целесообразность паллиативных операций в целях удаления основного массива опухоли.

Циторедукция создает условия для последующего эффективного лекарственного лечения. Показания к операции, однако, нередко ограничиваются нерезектабельностью опухоли из-за ее значительных размеров, вовлечения жизненно важных органов, множественных метастазов.

Консервативное лечение проводится аналогами соматостатина, что позволяет воздействовать на клинические проявления НЭО /карциноидного синдрома/, и в 30-50% случаев стабилизировать рост новообразований. Лекарственные методы лечения эффективны только при опухолях небольшого размера. В качестве химиотерапии при низкодифференцированных нейроэндокринных опухолях назначаются схемы с применением препаратов платины. Хотя эффективность химиотерапии достигает 60%, часто наблюдаются ранние рецидивы.

Среди проявлений прогрессирования процесса преобладают метастазы в печень. При выборе метода лечения применяются хирургическая резекция, радиочастотная абляция, трансартериальная эмболизация.

В литературе отмечается, что несмотря на применение указанных методов лечения «заболевание остается трудноизлечимым». Сведения об эффективности лечебных методов нередко ограничиваются данными о частоте стабилизации/регрессии новообразований; реже – показателями длительной выживаемости.

Общая 5-летняя продолжительность жизни больных НЭО различных локализаций соответствует 60-70%. Наиболее высокие показатели характерны для НЭО прямой кишки (88%), аппендикса (71%). Наиболее низкие – для нейроэндокринных опухолей НЭО печени и поджелудочной железы (18-37%).

(По материалам руководства для врачей «Нейроэндокринные опухоли» (M. Caplin, L. Kvols; 2010); см. ниже.)

#### Доклад:

### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Поликарпова С.Б.<sup>1,2</sup>, Комов Д.В.<sup>1</sup>, Ожерельев А.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>отделение диагностики опухолей РОНЦ им. Н.Н.Блохина;

<sup>2</sup>кафедра онкологии I МГМУ им. И.М.Сеченова)

Представлен анализ данных о 158 больных нейроэндокринными опухолями органов желудочно-кишечного тракта, наблюдавшихся в РОНЦ с 1955 по 2003 гг. Для стадирования анализируемых наблюдений применена система SEER (*Surveillance, Epidemiology, and End Results*). Опухоли были классифицированы как локализованные, местнораспространенные, метастатические. Локализованными НЭО считались новообразования, не выходящие за пределы пораженного органа; местнораспространенными – новообразования, прораставшие серозную оболочку и/или вовлекавшие регионарные лимфатические узлы; метастатическими – опухоли с отдаленными метастазами, диагностированными при выборе метода лечения.

Клинические проявления НЭО часто не определялись до возникновения осложнений или до развития карциноидного синдрома (приливы, диарея, фиброз сердца, удушье, одышка, др.), что затрудняло диагностику первичной опухоли и метастазов в большинстве случаев. Наиболее часто клинические симптомы НЭО органов брюшной полости и забрюшинного пространства характеризовались болями в животе; тошнотой, рвотой, диареей; гастроинтестинальными кровотечениями; кишечной непроходимостью. В 1990–2000-х гг. в диагностике НЭО активно применялись определения маркеров (серотонин, хроматогранин, 5-ГИУК) и потенциала злокачественности (индекса пролиферации *Ki-67*).

Наибольшая частота локализованных опухолей выявлена в червеобразном отростке (80%) и прямой кишке (75%), диссеминированных – в ободочной (43,5%) и тонкой (30,5%) кишках. При выборе метода лечения у каждого третьего больного (29%) диагностированы отдаленные метастазы. При локализованной форме заболевания выполнение радикальной операции нередко обеспечивает возможность клинического излечения. Учитывая значительную вероятность метастазирования НЭО тонкой кишки при данной локализации новообразований показана адьювантная химиотерапия в плане комбинированного лечения.

**1. Нейроэндокринные опухоли желудка** составили 50 (31,6%) наблюдений. Они одинаково часто встречались у мужчин и женщин; чаще (25 случаев) – в возрасте 50-60 лет. Поражение тела и антрального отдела желудка диагностировано в 28 (56%) наблюдениях. Новообразования характеризовались инвазивным, экзофитным 35 (70%) ростом, 15 (30%) из них превышали 5 см в диаметре. Средний размер 14 опухолей с высоким потенциалом злокачественности составил  $8,2 \pm 1,2$  см (от 1 до 15 см), а 19 с низким –  $2,5 \pm 0,6$  см (от 0,3 до 10 см) – при значении  $p=0,051$ . Мультицентрический характер роста отмечен у 6 (12%) пациентов. Локализованная форма заболевания диагностирована у 31 (62%), местнораспространенная – у 12 (24%), диссеминированная – у 7 (14%) пациентов.

Заболевание проявлялось болями в эпигастральной области (41; 82%), потерей веса (9; 18%), анемией (4; 8%). Частота карциноидного синдрома составила 10%; в наших 5 случаях этот синдром развивался как в начале, так и при прогрессировании заболевания, и не зависел от потенциала злокачественности опухоли.

При НЭО желудка размером до 1,0 см возможна эндоскопическая полипэктомия; при новообразованиях размером 1-5 см выполняется субтотальная резекция, более 5 см – гастрэктомия.

Метастазы НЭО желудка локализовались в печени и забрюшинных лимфатических узлах (в 15 и 3 случаях соответственно). Первично-множественные опухоли у 3 пациентов выявлены в желудке (синхронный рак), эндометрии, толстой кишке, из гиперпластического полипа. При локализованных опухолях отдаленные метастазы в дальнейшем выявлены только у 4 (12,9%), при местнораспространенных – у 8 (66,7%) пациентов.

По данным многофакторного анализа неблагоприятный прогноз определяется наличием 2-3 симптомов заболевания, прорастанием серозной оболочки, местной распространенностью или диссеминацией процесса,

Общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость составили  $75,5 \pm 7,9$  и  $37,4 \pm 8,7\%$  соответственно.

**2. Нейроэндокринные опухоли тонкой кишки** составили 36 (22,8%) случаев. Опухоли локализовались в двенадцатиперстной (6; 16,7%), тощей (12; 33,3%) и подвздошной (14; 38,9%) кишках, в брыжейке тонкой кишки (4; 11,1%). Размер опухоли в 47% случаев соответствовал 1-2 см, в 52,8% случаев отмечены инвазивные экзофитные опухоли. Локализованная форма заболевания диагностирована у 9 (25%), местнораспространенная – у 16 (44%), диссеминированный процесс – у 11 (30,5%) пациентов. Преобладали ( $p=0,03$ ) опухоли высокого потенциала злокачественности (26; 72,2%) наблюдений.

В большинстве наблюдений, (как у мужчин, так и у женщин), возраст соответствовал 41-60 годам. Наиболее характерный симптом – боль в мезогастральной области – отмечен у 30 (83,3%) пациентов. Карциноидный синдром развился в 14% наблюдений – преимущественно в случаях опухолей с высоким потенциалом злокачественности. Осложненное течение заболевания наблюдалось также при опухолях с высоким потенциалом злокачественности.

Локализованное заболевание, как правило, протекало бессимптомно (или с болями в мезогастральной области). По мере развития опухолевого процесса пальпаторно определялось опухолевое образование в мезогастральной области, развивалась анемия. Течение болезни осложнялось, в ряде случаев, кишечным кровотечением, кишечной непроходимостью, перфорацией кишки; диссеминация процесса сочеталась с астенией и кахексией.

При локализации опухолей в двенадцатиперстной кишке выполнялись панкреатодуоденальные резекции; по поводу НЭО тощей и подвздошной кишок – резекции этих органов.

Метастазы НЭО локализовались в печени (16; 61,5%), забрюшинных лимфоузлах (10; 38,5%), лимфоузлах брыжейки тонкой кишки (3; 11,5%), в надпочечнике и по брюшине. Как при локализованном, так и при местнораспространенном заболевании отдаленные метастазы развились у каждого второго пациента. Это свидетельствует о злокачественном течении НЭО тонкой кишки, что подтверждается отсутствием статистически достоверных различий в показателях общей и безрецидивной выживаемости. Общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость при НЭО тонкой кишки составила  $60,3 \pm 11,6$  и  $26,3 \pm 8,3\%$ , соответственно.

**3. Нейроэндокринные опухоли толстой кишки** диагностированы в 47 (29,8%) наблюдениях. Опухоли локализовались в правой половине толстой кишки у 16 (34,0%) больных (причем 13 из них – в слепой кишке); остальные НЭО были выявлены у 7 (14,9%) пациентов в сигмовидной кишке, а у 24 (51,1%) – в прямой.

Средний размер НЭО с высоким потенциалом злокачественности составил  $5,5 \pm 1,3$  см (от 1 до 12 см), с низким –  $2,3 \pm 1,2$  см (от 0,4 до 8 см);  $p=0,06$ . Большинство опухолей (34; 77,3%) характеризовалось экзофитным характером роста. Локализованные формы НЭО ободочной кишки составили 34,5%, местнораспространенные – 21,7%, метастатические – 43,5% случаев. Частота этих форм при НЭО прямой кишки составила 75,0; 16,7; 8,3% соответственно.

Частота опухолей высокого потенциала злокачественности составила 53,2%, низкого – 40,4%. В 76,5% случаев опухоли с высоким потенциалом злокачественности прорастали все слои и жировую клетчатку, в то время как 46,2% опухолей с низким потенциалом злокачественности не распространялись за пределы подслизистого слоя. Первично-множественные опухоли отмечены у 6,8% больных (рак яичников, анального канала, меланома кожи).

НЭО встречались одинаково часто у мужчин и женщин; возраст пациентов соответствовал 41-60 лет, но опухоли толстой кишки преобладали у женщин (61%), а опухоли прямой – у мужчин (58,3%) случаев. Частота клинических проявлений оказалась следующей: боль (63,8%), потеря веса и кровь в кале (по 21,3%), запоры (12,8%), кишечная непроходимость (4,3%). У 12,8% больных отмечено бессимптомное течение заболевания, у 53,2% – сочетание 2-3 симптомов. Различия в клинических проявлениях опухолей с высоким и низким потенциалом злокачественности статистически не достоверны ( $p=0,053$ ). Не отмечено также специфических симптомов в зависимости от распространенности опухолевого процесса. Бессимптомное течение заболевания отмечено только при локализованном процессе, а такое осложнение как кишечная непроходимость наблюдалось только при местно-распространенной и диссеминированной формах. Карциноидный синдром развился в 24% наблюдений – только при опухолях с высоким потенциалом злокачественности.

При опухолях толстой кишки размером до 1,0 см возможна эндоскопическая полипэктомия; при новообразованиях большего размера показана гемиколэктомия или резекция прямой кишки.

Клиническое течение НЭО толстой кишки характеризовалось выраженным метастазированием. Частота отдаленных метастазов при локализованных опухолях составила 22-37%, при местнораспространенных – 50-80% больных. Метастазы НЭО толстой кишки были выявлены в печени, забрюшинных лимфоузлах, большом сальнике и яичниках (в 80; 20; 12% наблюдений), а также в легких и периферических лимфоузлах (по 8% случаев).

По данным многофакторного анализа неблагоприятный прогноз определяется размером опухоли более 1 см, прорастанием серозной оболочки, местной распространенностью или диссеминацией процесса,

Общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость составили, соответственно: 68,6±11,4 и 35,5±10,6% при локализации НЭО в толстой; 86,1±9,4 и 65,3±12,2% – при их локализации в прямой кишке.

**4. Нейроэндокринные опухоли червеобразного отростка** диагностированы у 25 (15,8%) пациентов. В 60% случаев опухоли были диагностированы у женщин молодого возраста (до 40 лет). Новообразования характеризовались инвазивным ростом независимо от потенциала злокачественности.

В пределах подслизистого слоя локализовались не более 6,3% наблюдений. В остальных случаях отмечено распространение опухоли за пределы аппендикса. Средний размер опухолей червеобразного отростка составил 1,4±0,1 (0,8-2,5) см. Локализованная форма заболевания диагностирована в 80%, местнораспространенная – в 16%, диссеминированная – в 4% случаев. Преобладали (88%) опухоли с низким потенциалом злокачественности (p=0,01).

Заболевание проявлялось преимущественно (в 92% случаев) болями в правой подвздошной области, что симулировало клинику острого аппендицита. Лишь у 2 из 25 пациентов течение процесса оставалось бессимптомным. Проявлений карциноидного синдрома не отмечено. Во всех наблюдениях выполнены аппендектомии (лечение проводилось в хирургических стационарах больниц Скорой помощи). Выявление опухоли размером более 2 см и/или локализация НЭО в основании червеобразного отростка, также как и поражение брыжейки аппендикса обусловили в 3 случаях выполнение повторной операции в объеме гемиколэктомии.

Клиническое течение заболевания после хирургического лечения оставалось относительно благоприятным. Общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость составили 100,0±13,7 и 92,0±5,4% соответственно.

#### Дискуссия. Фиксированные выступления в прениях

### **ОПЫТ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА**

Маркович А.А., Горбунова В.А., Орел Н.Ф., Полозкова С.А. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина)



При диссеминированных нейроэндокринных опухолях органов брюшной полости и забрюшинного пространства в РОНЦ изучается эффективность химиотерапии по схеме XELOX (*Xeloda* + *Oxaliplatin*) и химиотерапии с применением аранозы.

По схеме XELOX проведено лечение 29 пациентам. В этой группе морфологически подтвержден диагноз НЭО желудка (2), поджелудочной железы (9), кишечника (11), печени без выявленного первичного очага (7). Клинические проявления карциноидного синдрома с повышением уровня хромогранина А, серотонина, 5-ОИУК, отмечены у 20 (69%) больных. Сопутствующая терапия аналогами соматостатина проведена 15 (51,7%) больным. Всего проведено 137 курсов химиотерапии.

Стабилизация достигнута в 25 (86,2%), прогрессирование процесса – в 4 (13,8%) случаях. Уменьшение проявлений карциноидного синдрома, подтвержденное определением уровней хромогранина А, серотонина, 5-ОИУК отмечено у 13 (65%) из 20 пациентов, наблюдавшихся в связи с карциноидным синдромом.

Среднее время наблюдения составило 29 мес. Медиана выживаемости без признаков прогрессирования соответствовала 14 мес.

Применение аранозы оценено у 23 пациентов. В этой группе морфологически подтвержден диагноз НЭО поджелудочной железы (13), тонкой (5), слепой (3) и прямой (1) кишки, печени (1). Сопутствующая терапия аналогами соматостатина проведена 18 (78,3%) больным. Частичный эффект достигнут у 1, стабилизация процесса – у 19 (82,6%), прогрессирование – у 2 (8,7%) больных; еще в 1 случае эффект не оценен.

Результаты исследований позволяют дать заключение о том, что режимы с применением кселоды, оксалиплатина, аранозы могут применяться в плане химиотерапии больных диссеминированными нейроэндокринными опухолями органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

**НОВАЯ КНИГА!**

Нейроэндокринные опухоли: руководство для врачей.  
Перевод с англ. / под ред. *M. Caplin, L. Kvols*.  
– М.: Практическая медицина, 2010. – 224 с.

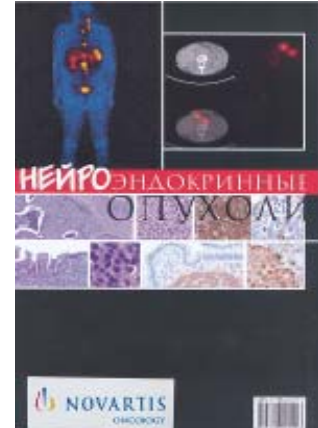
В руководстве представлено современное состояние проблемы нейроэндокринных опухолей.

Подробно рассмотрены история вопроса, эпидемиология и классификация НЭО.

Отдельные главы посвящены генетике и диагностике этой группы заболеваний.

Представлены рекомендации по консервативному и хирургическому лечению, алгоритмы и перспективы лечения, данные о качестве жизни больных.

Руководство предназначено для онкологов, эндокринологов, специалистов по диагностике.



Оригинальное издание на английском языке поддержано образовательным грантом компании Ipsen.

**ПРОВОЗВЕСТНИК**

**ЗАСЕДАНИЕ № 580** состоится в четверг, 29 сентября 2011 г., в РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

**Повестка дня:** • **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.**

**2) ОПУХОЛИ С ГИПЕРЭКСПРЕССИЕЙ HER-2**

**См. МАТЕРИАЛЫ ЗАСЕДАНИЯ № 567 ОТ 22.04.2010 :**

**ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. 1) ПЕРВИЧНО ОПЕРАБЕЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ**

**ЗАСЕДАНИЕ № 581,**

совместное с обществом патологоанатомов (посвященное памяти академика Н.А.Краевского) состоится во вторник, 4-11 октября 2011 г., в РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

**Повестка дня:** • **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ Т-КЛЕТОЧНЫМИ ЛИМФОМАМИ**

*«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  9 771728 300000	<b>Председатель Общества</b>	проф. Александр Ильич ПАЧЕС. Москва, 115478, Каширское. шоссе 24 (т. /+7 495/ 324-1970)
	<b>Главный редактор</b>	Сергей Михайлович ВОЛКОВ E-mail: <a href="mailto:volkov_sm@mail.ru">volkov_sm@mail.ru</a> (т./+7 495/ 324-2600; /+7 925/741-9265)
	<b>Зам. Главного редактора</b>	Илья Николаевич ПУСТЫНСКИЙ т. /+7 495/324-1754 Ирина Анатольевна ГЛАДИЛИНА т. /+7 495/ 324-9714
	<b>Ответственный секретарь</b>	Давид Романович НАСХЛЕТАШВИЛИ т. /+7 495/324-9464
	<b>Секретарь-референт</b>	Ираида Ивановна БЕЛЮСОВА т. /+7 495/324-11-55
<b>НАПЕЧАТАНО В ОТДЕЛЕ МНОЖИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ РОНЦ ИМ. Н.Н.БЛОХИНА</b> Июнь 2010; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 1.06.2010; Заказ 506		