

ВЕСТНИК



Московского
Онкологического
Общества

МНОГОГРАННОСТЬ ТАЛАНТА ПРОФ. Б.Е.ПЕТЕРСОНА —
УЧЕНОГО, ХИРУРГА-ОНКОЛОГА, ПЕДАГОГА.
ОДАРЕННОСТЬ ЭТОГО ВЫДАЮЩЕГОСЯ ЧЕЛОВЕКА
ПРОЯВЛЯЛАСЬ ВО ВСЕМ, ЧЕМ ОН ЗАНИМАЛСЯ.

Интернет: www.ronc.ru // www.oncology.ru // www.elibrary.ru // www.oncodome.narod.ru

№ 6-8
(599)

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.
ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.

2013
ИЮНЬ -
АВГУСТ

ЗАСЕДАНИЕ № 599

СОСТОИТСЯ В ЧЕТВЕРГ, **13** ИЮНЯ 2013 г., в 17.00

В МОСКОВСКОМ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ИНСТИТУТЕ им. П.А.ГЕРЦЕНА

ПОВЕСТКА ДНЯ:

ЮБИЛЕЙ: 90 ЛЕТИЕ ПРОФ. Б.Е.ПЕТЕРСОНА (1923-1981)

Торжественная часть; юбилейные выступления:

ПРОФ. Б.Е.ПЕТЕРСОН – ВЫДАЮЩИЙСЯ ДЕЯТЕЛЬ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ОНКОЛОГИИ

Давыдов М.И.¹, Каприн А.Д.²,

Дарьялова С.Л.², Летягин В.П.¹, Мамонтов А.С.², Поддубный Б.К.¹, Соловьев Ю.Н.¹, Трахтенберг А.Х.²

(¹РОНЦ им. Н.Н. Блохина; ²МНИОИ им. П.А. Герцена)

Доклад:

ЭВОЛЮЦИЯ ХИРУРГИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ

Трахтенберг А.Х., Пикин О.В., Колбанов К.И.

(МНИОИ им. П.А. Герцена)

Выступление в прениях:

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

Полоцкий Б.Е., Лактионов К.К., Волков С.М. (РОНЦ им. Н.Н. Блохина)

Представление книги о проф. Б.Е.Петерсоне:

ГРАНИ ТАЛАНТА

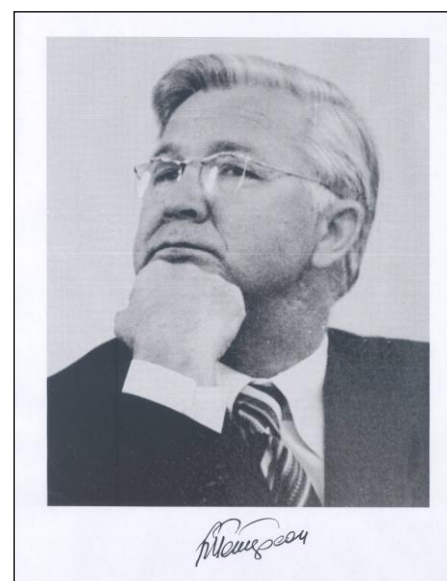
Петерсон С.Б. (Кафедра онкологии РНИГУ им. Н.И.Пирогова)

ПРОФ. Б.Е.ПЕТЕРСОН – ВЫДАЮЩИЙСЯ ДЕЯТЕЛЬ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ОНКОЛОГИИ

Борис Евгеньевич ПЕТЕРСОН родился 14 июня 1923 г. в г. Горьком в семье врачей. Окончив медицинский институт работал в Горьковском институте травматологии и ортопедии под руководством проф. Н.Н.Блохина, в клинике проф. Е.Л.Березова, а также ассистентом, а затем – доцентом кафедры хирургии.

Накопленный опыт позволил Б.Е.Петерсону создать в 1959 г. 1-е хирургическое отделение Института экспериментальной и клинической онкологии в Москве (в последующем – торакальное отделение Онкологического центра). С 1964 г. Б.Е.Петерсон руководил кафедрой онкологии Центрального института усовершенствования врачей (ныне – кафедра онкологии Российской медицинской академии последипломного образования). Результаты исследований отражены в монографиях «Рак легкого», «Рак проксимального отдела желудка», многих других публикациях. С 1977 г. Б.Е.Петерсон стал директором Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена. На этом посту многогранно проявились его качества ученого, педагога, руководителя и организатора. За четыре года были поставлены новые задачи, начаты многочисленные преобразования, вышла в свет монография «Ранняя онкологическая патология»...

Б.Е.Петерсон погиб 17 декабря 1981 г.



См. также: «Научные разработки проф. Б.Е.Петерсона». - Заседание № 499 (19.06.2003). – Протоколы заседаний Московского онкологического общества, 2000-2003. – с.59-60.

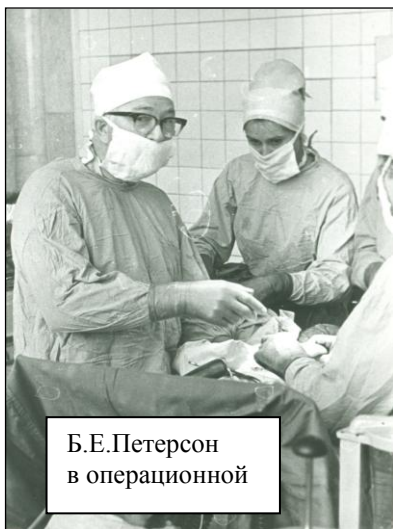
ПРОФ. Б.Е. ПЕТЕРСОН – ВЫДАЮЩИЙСЯ ДЕЯТЕЛЬ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ОНКОЛОГИИ
(Цитаты из книги «ГРАНИ ТАЛАНТА»)

Нашим общим учителем в профессии был член-корреспондент РАМН, профессор Борис Евгеньевич Петерсон. Я, как и многие выпускники московских медицинских вузов, был отобран им в клиническую ординатуру в отделение торакальной онкологии и работал под непосредственным руководством этого выдающегося ученого и талантливого хирурга. Высокий, стройный, подтянутый, всегда элегантно одетый человек с великолепными манерами, негромким глуховатым голосом с характерным нижегородским выговором, он производил потрясающее впечатление на окружающих. Он казался самым опытным, самым эрудированным, самым близким по духу. Хотя сам Борис Евгеньевич, казалось, не прилагал никаких усилий для этого: в нем все было естественно. А ведь ему в то время было всего лишь 40 лет... Главное, что поражало нас в этом человеке, – его высокая профессиональная активность и великолепная хирургическая техника. Что неудивительно, ведь он был выходцем из великолепной нижегородской клиники, руководимой профессором Е.Л. Березовым. Имея за плечами такую блестящую школу, Борис Евгеньевич сосредоточил свои научные изыскания в области наиболее распространенных в нашей стране злокачественных опухолей: рака желудка, пищевода, легкого, средостения. Его перу принадлежит значительное количество монографий, руководств и статей. К научной работе привлекались все сотрудники – от ординатора до профессора. Он был научным руководителем десятков ученых. Возглавив старейшую и ведущую кафедру онкологии ЦОЛИУВ, которой длительное время руководил опытнейший онколог нашей страны академик А.И. Савицкий, профессор Петерсон по-новому построил педагогический процесс. В тематику кафедры были включены вопросы эндоскопии, химиотерапии, др. К работе были привлечены молодые сотрудники – Б.К. Поддубный, В.И. Борисов и автор этих строк. И каждый из нас благодарен Учителю за науку, за воспитание, за помощь в самом начале жизненного пути.

Вспоминая Бориса Евгеньевича, все непременно отмечают, что он любил нашу русскую природу, был страстным охотником. Но главным увлечением была живопись. Он был потрясающим художником-пейзажистом!

Заканчивая, хочу привести слова нашего соотечественника, русского писателя Ивана Бунина: «Венец каждой человеческой жизни есть память о ней...».

В.П. Летягин, Заслуженный деятель науки Российской Федерации,
доктор медицинских наук, профессор



Б.Е. Петерсон
в операционной

Мне выпало счастье не только лично знать Бориса Евгеньевича Петерсона, но и быть одной из его учениц в онкологии. Я работала с ним бок о бок много лет, но все равно не в силах рассказать о всех его достоинствах. Яркая одаренность этого выдающегося человека проявлялась во всем, чем бы он ни занимался. Он был прекрасным художником, который видел цвета, полутона, оттенки, природу и людей. При общении с людьми Б.Е. Петерсон был предельно деликатен, интеллигентен, не позволял себе ни капли высокомерия, и в тоже время не допускал какого-либо панибратства. Он запомнился мне красивым, высоким мужчиной благородной осанки и тонкого ума. В его глазах всегда вспыхивали огоньки, если его посещали какая-либо новая мысль или идея. А посещали они часто, их было много...

Мне кажется, что в первую очередь надо сказать о том, что Борис Евгеньевич стал авторитетом и основоположником абсолютно новой идеологии в онкологии – органосохранного, функционально щадящего лечения. Это был итог многолетних раздумий о судьбах пациентов и качестве их жизни после различных видов комбинированного и комплексного лечения. Эти его революционные подходы явились основой современных воззрений и стали активно развиваться учениками и коллегами.

Предшественники старались добиться излечения онкологического больного любой ценой. Борис Евгеньевич показал необходимость обеспечения должного качества жизни больных, важность сохранения органа, его функции; возможности возвратиться к полноценной жизни, сохранить семью и работу. Несомненной заслугой Бориса Евгеньевича является его настойчивость в плане создания кафедр онкологии в вузах, преподавания нашей специальности как самостоятельной дисциплины. Благодаря этому начинанию тысячи врачей получили представление о злокачественных опухолях и методах лечения, что положительно сказалось впоследствии как на их работе, так и на качестве жизни пролеченных ими больных. Уникальной клинической школой были обходы Б.Е. Петерсона, создание клиники торакальной хирургии, и организация послеоперационной реанимационной службы. Монографии «Рак легкого», «Рак проксимального отдела желудка», «Ранняя онкологическая патология» стали настольными книгами его современников. Эти работы и сегодня не утратили актуальности, революционного духа, общемедицинского и междисциплинарного подхода. Б.Е. Петерсон оставил заметный след в онкологии, где его имя ставят вровень с такими светилами медицины, как Е.Л. Березов и Н.Н. Блохин. Очень повезло молодым докторам, имевшим такого Учителя. Его познания, педагогический талант, человеческие добродетели явились основой становления учеников, многие из которых сегодня занимают высокие посты в учреждениях здравоохранения.

С.Л. Дарьялова, доктор медицинских наук, профессор

ТРУДЫ

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА



Рефераты сообщений:

PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY

(№ #599; June 13, 2013)

JUBILEE: PROF. B.E. PETERSON AN OUTSTANDING RUSSIAN ONCOLOGIST

The Proceedings is held to celebrate the 90-th birthday of the late Prof. Boris E. Peterson (1923-1981). He was specialized in surgery of thoracic and abdominal malignancies, was known as the author and the editor of highly professional publications on the problems of oncology in the 1970-th. Prof. B.E. Peterson was the head of thoracic department in the N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center (1858-1977) and the director of the P.A. Herten Moscow Research Institute of Oncology (1977-1981).

Report and Discussion: THE PROGRESS OF SURGERY FOR PULMONARY MALIGNANCIES. By Prof. A. Trahtenberg, Dr. O. Pikin, Dr. K. Kolbanov, et al. (The P.A. Herten Moscow Research Institute of Oncology).

Book-presentation on the achievements of Prof. B.E. Peterson: The presentation by Prof Sergei B. Peterson, the head of the department of oncology in the N.I. Pirogov Russian Medical University, the son of the jubilee-person.

Доклад:**ЭВОЛЮЦИЯ ХИРУРГИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ**

Трахтенберг А.Х., Пикин О.В., Колбанов К.И. (МНИОИ им. П.А. Герцена)

Хирургия злокачественных опухолей легких началась в МНИОИ им. П.А. Герцена в 1947 г., когда А.И. Савицкий выполнил пневмонэктомию, одну из первых в России. С тех пор накоплен опыт более 5.000 операций; в том числе по поводу немелкоклеточного и мелкоклеточного рака легкого (НМРЛ и МРЛ), нейроэндокринных опухолей, неэпителиальных злокачественных новообразований и др. При этом 4.400 операций выполнены при немелкоклеточном раке легкого. Анализ опыта операций в этой, наиболее многочисленной группе подтверждает значительное расширение показаний к хирургическому лечению, наряду с безусловным улучшением непосредственных и отдаленных результатов. Это обусловлено совершенствованием радикализма хирургической техники, функциональной диагностики, реанимационно-анестезиологического обеспечения, успехами в различных аспектах как хирургического, так и комбинированного лечения. Представляет особый интерес изучение результатов современной (после 1960-х гг.) хирургии рака легкого, когда лоб-и-пневмонэктомию выполняют с раздельной обработкой элементов корня, обязательной медиастинальной лимфаденэктомией (лимфодиссекцией), при показаниях – с резекцией прилежащих внелегочных органов и структур, резекцией и пластикой сосудов, бронхов; назначением комбинированного лечения на основе анализа факторов прогноза, включая молекулярно-генетические.

Среди оперированных в 1990-х – 2000-х гг. частота пациентов пожилого возраста (60 и более лет) повысилась до 65%, частота IIIA стадии с вовлечением средостенных лимфатических узлов (N2) – до 45%, частота IIIB стадии, с поражением устьев главных бронхов, трахеи, магистральных сосудов средостения, предсердия, пищевода – до 20,0%. Улучшение диагностики распространенности процесса, состояния адаптационных возможностей, способствовало повышению в целом показателя резектабельности (97%) и снижению частоты эксплоративных торакотомий (3%). Послеоперационная летальность в анализируемые десятилетия соответствует 3%. Благодаря развитию эндовидеоскопической техники в последние десятилетия улучшилась диагностика и возможности лечения больных начальными стадиями рака легкого (*carcinoma in situ*, микроинвазивный рак). При центральном раке стало возможным проведение эндобронхоскопической хирургии, а при периферическом – видеоторакоскопические операции. К настоящему времени при периферическом раке легкого I стадии радикальные лобэктоми с использованием видеотехники выполнены у 68 больных – что составляет 20% от числа оперированных в объеме лобэктоми. При местнораспространенном НМРЛ у каждого пятого больного (20%) выполнены комбинированные операции. В том числе резекции бифуркации трахеи (92), мышечной стенки пищевода (42); резекции перикарда (262), предсердия (60), верхней полой вены (31), адвентиции аорты (14), ствола легочной артерии (12); резекции париетальной плевры (201), грудной стенки (117) и диафрагмы (14).

Прежний (до 1980-х гг.) стандартный объем медиастинальной лимфаденэктомии при органосохранных операциях по поводу НМРЛ, независимо от макроскопического состояния внутригрудных лимфатических узлов, предусматривал при раке верхних долей обязательное удаление верхних средостенных (трахеальных, трахеобронхиальных верхних), а при раке нижних долей – нижних средостенных лимфатических узлов (бифуркационных, паразофагеальных, легочной связки). При интраоперационном морфологическом подтверждении метастаза в удаленных узлах границы лимфаденэктомии расширяли за счет средостенных узлов других зон. В отличие от органосохранных операций пневмонэктомию расценивали как расширенные операции. При хирургических вмешательствах данного объема лимфаденэктомия выполняли с удалением клетчатки и лимфатических узлов как верхнего так и нижнего средостения. Как показал анализ внутригрудного метастазирования, у каждого третьего оперированного (28,8%) выявляли поражение средостенных лимфоузлов, а у 10% пациентов – нефизиологические варианты метастазирования (скачкообразный и ретроградный).

В последующем, (с 2000-х гг.), независимо от локализации первичной опухоли, объема удаляемой легочной ткани (лоб-или-пневмонэктомии) и состояния лимфогенного метастазирования, во всех случаях выполняли расширенную лимфодиссекцию, т.е. удаление всех ипсилатеральных верхних и нижних групп средостенных лимфоузлов, а при их массивном поражении – дополнительное удаление клетчатки переднего средостения с одноименными лимфоузлами. В каждом втором из этих случаев (43,7%) в удаленных лимфоузлах были диагностированы метастазы. Согласно современным представлениям о радикальности операции при НМРЛ систематическая медиастинальная лимфаденэктомия является стандартом оперативного вмешательства. Продолжает изучаться возрастающая роль хирургии в лечении больных НМРЛ IV стадии (при отдаленных солитарных метастазах). Среди 21 больного, оперированного по поводу рака легкого с метастазом в головном мозге, 3-летняя выживаемость составила 19%. Продолжается накопление опыта операций при метастазах в надпочечник. До конца 1990-х гг. существовало мнение о том, что МРЛ является «терапевтическим», при котором хирургическое лечение противопоказано. Клинические наблюдения МНИОИ позволили сформулировать положение о том, что и мелкоклеточный рак имеет истинно локализованную стадию. При опухолях T1 у 66,7% больных не определяются метастазы во внутригрудных узлах, при T2 – у 31,0%, а при T3 – у 15%. Это обусловило возможность проведения радикального хирургического лечения. Опыт 125 операций у пациентов МРЛ с послеоперационной химиотерапией показал, что срок более 5 лет пережили 24%. При этом 5-летняя выживаемость больных I-II стадией соответствует 43,2-22,0%. Это значительно превышает аналогичный показатель после химиолучевой терапии (5,8%). Прогрессирование заболевания после хирургического и комбинированного лечения выявлено в целом у 41,9% больных НМРЛ: локорегионарный рецидив – у 15,4%, отдаленные метастазы – у 23,4%. Основным фактором прогноза хирургического лечения больных НМРЛ является стадия заболевания. Общая 5-летняя выживаемость больных после хирургического лечения при IA стадии составляет 65,5%, IB – 54,5%, IIA – 49,0%, IIB – 40,8%, IIIA – 18,8%, IIIB – 13,4%. Крайне важно, что при III (N2) стадии с поражением одной зоны средостенных узлов этот срок пережили 32%, а двух и более зон – 16%; при раке верхних долей и метастазах в верхних средостенных узлах – 45%, верхних и нижних – 7,2%. Отдаленные результаты хирургического лечения в значительной мере определяются морфологическим типом опухолей. В сравнительном аспекте лучшие результаты достигаются при карциноиде (81,0%), удовлетворительные – при неэпителиальных опухолях (саркомах) (52,0%), 5-летняя выживаемость больных НМРЛ и МРЛ соответствует 33,6% и 24%.

В заключение следует отметить, что несмотря на достигнутые успехи в хирургии злокачественных опухолей легких возможности метода не исчерпаны. Перспективными направлениями дальнейших научных исследований следует считать совершенствование альтернативных методов лечения ранних форм центрального (фотодинамическая терапия, эндоскопические операции) и периферического рака легкого (видеоторакоскопические операции). При распространенных формах рака легкого необходим дальнейший поиск более эффективных вариантов комбинированного лечения с неоадьювантной и/или адьювантной лучевой и/или полихимиотерапией, возможно в сочетании с иммунотерапией. Крайне желательны совместные рандомизированные кооперированные исследования по единому протоколу.



ПРОВОЗВЕСТНИК – 2013

ЗАСЕДАНИЕ № 600 (26 сентября 2013 г.) АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОНКОЛОГИИ

- Тема заседания еще не определена окончательно.
- См. сведения о предстоящих заседаниях на онкологических сайтах,



«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  7 771 728 13 000 0	Почетный Председатель Московского Онкологического общества	проф. Александр Ильич ПАЧЕС. Москва, 115478, Каширское шоссе 24 т. (+7) 499-324-1970
	Председатель Московского Онкологического общества	академик РАН, проф. Михаил Романович ЛИЧНИНИЦЕР Москва, 115478, Каширское шоссе 24 т. (+7) 499-324-1890
	Главный редактор	Сергей Михайлович ВОЛКОВ т. (+7) 495 741-9265 (моб.) E-mail: volkov_sm@mail.ru
	Заместители главного редактора	Илья Николаевич ПУСТЫНСКИЙ т. /499/324-1754 Ирина Анатольевна ГЛАДИЛИНА т. /499/ 324-9714 Давид Романович НАСХЛЕТАШВИЛИ т. /499/324-9464
	Секретарь	Ираида Ивановна БЕЛОУСОВА т. /499/324-11-15
НАПЕЧАТАНО В ОТДЕЛЕ МНОЖИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ РОНЦ им. Н.Н.БЛОХИНА Июнь 2013; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 3.06.2013; Заказ 666		