



ВЕСТНИК

Московского
Онкологического
Общества

**ОТЧЕТЫ И ВЫБОРЫ (2013):
ИНФОРМАЦИЯ
К РАЗМЫШЛЕНИЮ ...**

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

№ 12
(603)

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.

2013

ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.

ДЕКАБРЬ

ЗАСЕДАНИЕ № 603

СОСТОИТСЯ В ЧЕТВЕРГ, 19 ДЕКАБРЯ 2013 г., в 17.00

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

ПОВЕСТКА ДНЯ:

1) Организационные вопросы: **ОТЧЕТЫ И ВЫБОРЫ В ОБЩЕСТВЕ**

МАТЕРИАЛЫ

К ОТЧЕТНОМУ ДОКЛАДУ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА
(ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОБЩЕСТВА в 2012-2013 гг.)

- 1.1 Доклад Председателя Московского Онкологического Общества, академика РАН, проф. М.Р.Личинниера
- 1.2 Прения по докладу Председателя Общества
- 1.3 Выборы Правления и Ревизионной комиссии Общества на 2014-2015 гг.

2) Демонстрации: **УСПЕХИ ОНКОЛОГИИ. ДЕМОНСТРАЦИИ УСПЕШНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ ИЗ ПРАКТИКИ СПЕЦИАЛИСТОВ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА**

2.1 УСПЕШНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ТИМОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ
ВРАСТАВШЕЙ В ВЕРХНИЮ ПОЛУЮ ВЕНУ С ФОРМИРОВАНИЕМ ОПУХОЛЕВОГО ТРОМБА,
РАСПРОСТРАНЯВШЕГОСЯ В ПОЛОСТЬ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

Давыдов М.И.¹, Белов Ю.В.², Герасимов С.С.¹, Комаров Р.Н.², Давыдов М.М.¹,

Тюрин И.Е.¹, Груздев В.Е.¹, Типисев Д.А.¹, Хасбулатов А.М.¹

(¹РОНЦ им. Н.Н.Блохина, ²РНЦХ им. Б.В.Петровского)

2.2 ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МАСТЭКТОМИЯ С ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ
ПРИ ГЕНЕТИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Соболевский В.А., Любченко Л.Н., Будик Ю.А., Крохина О.В. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

2.3 УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ
(МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ И РАКОМ ПЕЧЕНИ)

Зайцев А.М. (МНИОИ им. П.А.Герцена)



ВЕСТНИК ПРАВЛЕНИЯ

МОСКОВСКОГО
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО
ОБЩЕСТВА

В СООТВЕТСТВИИ С УСТАВОМ, ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ В ДЕНЬ ОТЧЕТНО-ВЫБОРНОГО СОБРАНИЯ,
ПРОВЕДЕНИЕ (19.12.2013) ЗАСЕДАНИЯ ЧЛЕНОВ ПРАВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВА, ОБСУЖДЕНИЕ ПЛАНОВ РАБОТЫ
(ТЕМАТИКИ ЗАСЕДАНИЙ) НА 2014 ГОД.

Предлагаемая тематика заседаний:

ОПУХОЛИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА
УСПЕХИ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ОНКОЛОГИИ
ФЕНОТИП РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНАЯ ОНКОХИРУРГИЯ ПРИ ВЫРАЖЕННЫХ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МАСТЭКТОМИЯ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПЭТ ДИАГНОСТИКИ В ОНКОЛОГИИ

Предложенная тематика может быть успешно дополнена, изменена, а также,
по итогам эффективного обсуждения – в том числе и изъята бесследно...

ТРУДЫ

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

Рефераты сообщений:

**PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY (№ #603, December 19, 2013)****THE ACTIVITIES OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY**

1.REPORTS (on 2012-2013) AND ELECTIONS (for 2014-2015). The present Society's Executive Board has been elected for 2 years – 2012-2013. The previous President, Prof. Alexander I. Paches, has become the Honored President, and Prof. Michail R. Litchenitzer (widely known chemotherapeutist, deputy director of the N.N.Blokhin Russian Cancer Reswarch Center) was elected as the President of the Moscow Cancer Society for 2012-2013. The two-year span of the Society's activities demonstrated stability of traditions and important innovations, proposed by the new leader of Moscow oncologists' professional community.

More than 1.000 oncologists belong to the Society. Most of them have their occupations in Moscow city-and-regional medical institutions in Moscow. The others members include leading oncologists from hospitals throughout Russia and neighboring countries. The Society's activity includes as usual 10 proceedings annually, supplemented with discussions on the most actual issues of cancer diagnostics, management and prognosis.

2.SPECIAL PRESENTATIONS: SUCCESSFUL CASES FROM MEDICAL PRACTICE OF MOSCOW ONCOLOGISTS (pages # 3-6).

1) Организационные вопросы. ОТЧЕТЫ И ВЫБОРЫ В ОБЩЕСТВЕ МАТЕРИАЛЫ

К ОТЧЕТНОМУ ДОКЛАДУ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОБЩЕСТВА В 2012-2013 гг. И ПЕРСПЕКТИВЫ НА 2014-2015 гг.)

Наиболее значимые события (2012-2013 гг.).

Избрание нового (ныне действующего) состава Правления и Ревизионной комиссии (26.01-01.03.2012). Председатель Общества – академик РАН, проф. М.Р.Личиницер (зам. директора по науке РОНЦ им. Н.Н.Блохина). Почетный Председатель Общества – проф.А.И.Пачес, руководивший обществом в 2000-2011 гг.

1 марта 2013 г. после тяжелой болезни скончался председатель Ревизионной комиссии общества, проф. В.В.Брюзгин.

Принятие Устава Общества (13.06.2013 г.) в новой, уточняющей редакции, с юридически безукоризненными формулировками. Вместо прежнего текста: «Общество осуществляет свою деятельность в Москве и Московской области, но открыто для специалистов из иных регионов» указано: «Межрегиональная общественная организация «Московское онкологическое общество». (Учредительные собрания состоялись уже в двух регионах – Москве и Московской области!)

Процедура регистрации Общества как юридического лица и его вхождение в состав Ассоциации онкологов России (2013). Возрастающее значение общественных организаций объясняется положениями, изложенными в ряде Федеральных законов, в том числе в законе № 82 «Об общественных объединениях» (от 19.05.1995) и № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (от 21.11.2011). Согласно этим положениям именно общественным организациям (как, например, Ассоциации онкологов России) передаются такие полномочия как разработка клинических рекомендаций по онкологии, проведение аттестации специалистов и другие.

Итоги жизнедеятельности: проведено 18 заседаний, возобновлено издание информ-бюллетеней и продолжена публикация научных трудов. В историю Общества вписана еще одна яркая, самобытная страница(!)

Часть I. Число членов Общества. В 2000-х гг. численность Общества достигла 1000 специалистов и остается в пределах 1100-1200 действительных членов*/. Число состоящих в Обществе онкологов уточняется по итогам ежегодных сборов членских взносов. Действительные члены Общества – это специалисты, которые подтверждают свою принадлежность к нашему профессиональному сообществу своевременной выплатой взносов и, в силу своих возможностей, со-участием в общественной жизни.

Среди действительных членов Общества порядка **60%** составляют онкологи РОНЦ им.Н.Н.Блохина;

Еще **30%** членов Общества являются сотрудниками Московских Федеральных центров (кроме РОНЦ), а также – крупных онкологических больниц и диспансеров. Это специалисты МНИОИ им. П.А.Герцена (10%), врачи Московской онкологической больницы № 62 (7%), сотрудники Московского онкологического клинического диспансера № 1, РНЦ рентгенорадиологии; Московского областного онкологического диспансера. Существенно возросли взносы, поступающие из этих коллективов.

Остальные **10%** состава Общества – это врачи и научные сотрудники многопрофильных Московских больниц и медицинских НИИ, сотрудники кафедр онкологии Московских ВУЗов, врачи военных госпиталей; немногочисленные районные онкологи.

Правление приветствует вступление в Московское онкологическое общество новых профессионалов, независимо от их места жительства и специализации. Для вступления достаточно обращения и выплаты взноса. Размер взносов специалистов, проживающих за пределами Российской Федерации, определяется стоимостью почтовых расходов на рассылку информационных бюллетеней.

*/ К Обществу имеют отношение «по должности» еще порядка 200 профессионалов. Это районные онкологи Московского региона, главные врачи онкологических диспансеров РФ, руководители кафедр онкологии медицинских учебных учреждений, директора онкологических центров стран Содружества. Оргкомитет, заинтересованный в распространении материалов профессионального онкологического сообщества, высылает этим специалистам наши информ-бюллетени.

Продолжение материалов «Отчеты и выборы в Обществе» – см. с. 7)

ТРУДЫМОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА
Рефераты сообщений:

PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY (№ #603, December 19, 2013)

THE ACTIVITIES OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY

2.SPECIAL PRESENTATIONS: SUCCESSFUL CASES FROM MEDICAL PRACTICE OF MOSCOW ONCOLOGISTS.

According to the Society's tradition, the official issues, such as «Reports and Elections» are supplemented obligatory with presentations, concerning the problems of general interest from oncology practice.

In 2013 the supplement includes presentations of multiple clinical successes, achieved by Moscow region oncologists.

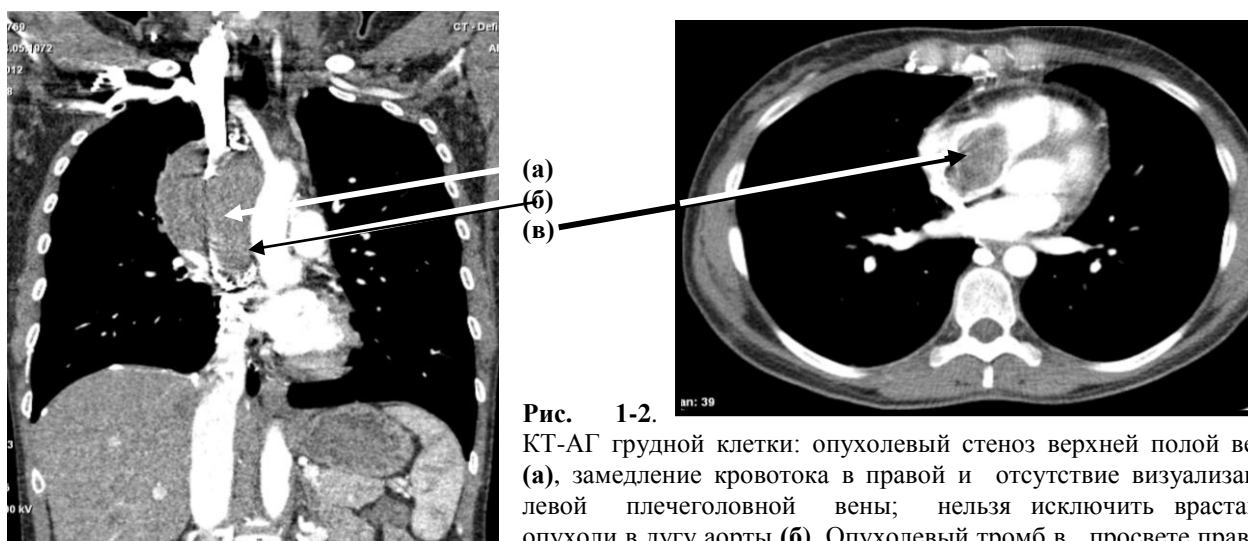
2) Демонстрации: **УСПЕХИ ОНКОЛОГИИ.** **ДЕМОНСТРАЦИИ УСПЕШНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ** **ИЗ ПРАКТИКИ СПЕЦИАЛИСТОВ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА**

УСПЕШНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ТИМОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ ВРАСТАВШЕЙ В ВЕРХнюю ПОЛУЮ ВЕНУ С ФОРМИРОВАНИЕМ ОПУХОЛЕВОГО ТРОМБА, РАСПРОСТРАНЯВШЕГОСЯ В ПОЛОСТЬ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

Давыдов М.И.¹, Белов Ю.В.², Герасимов С.С.¹, Комаров Р.Н.², Давыдов М.М.¹,
Тюрин И.Е.¹, Груздев В.Е.¹, Типисев Д.А.¹, Хасбулатов А.М.¹
(¹РОНЦ им. Н.Н.Блохина, ²РНЦХ им. Б.В.Петровского)

Удаление опухолей, осложненных формированием опухолевых тромбов, поражением магистральных сосудов и камер сердца остается дискуссионным разделом современной онкохирургии из-за редкости подобных случаев, травматизма хирургических вмешательств, недостаточного опыта их выполнения в условиях искусственного кровообращения [1-3]. Успешным примером хирургического вмешательства при осложненном течении новообразования внутригрудной локализации является операция по поводу тимомы переднего средостения врастающей в верхнюю полую вену с опухолевым тромбом, распространявшимся в правое предсердие. Особенность вмешательства – оригинальная хирургическая методика, ее успешное реанимационно-анестезиологическое обеспечение.

Больная 39 лет обратилась в РОНЦ в апреле 2012 г. с выраженной компрессией верхней полой вены. Длительность клинических проявлений составляла 6 мес. При осмотре – отечность лица, шеи; развитая сеть венозных коллатералей на передней грудной стенке; одышка при легкой нагрузке, тахикардия. По данным КТ-ангиографии (3.05.12; **рис. 1-2**) в переднем средостении – массивная опухоль размером до 10 см, связанная со структурами средостения. Опухоль врастала в верхнюю полую, обе плечеголовные вены, с формированием опухолевого тромба, который распространялся в правое предсердие и пролабировал через трехстворчатый клапан в правый желудочек. Размер опухолевого тромба в предсердии составлял 3,5-4,5 см., в правом желудочке – до 2,0 см. Опухолевый тромб также распространялся в правую плечеголовную вену (где ее диаметр составлял 2,0 см), левая плечеголовная вена не визуализировалась. Дифференцировать опухоль от дуги аорты также не представлялось возможным (также отмечены множественные массивные коллатерали между венами передней грудной стенки и диафрагмальными, вдававшимися в нижнюю полую).

**Рис. 1-2.**

КТ-АГ грудной клетки: опухолевый стеноз верхней полой вены (а), замедление кровотока в правой и отсутствие визуализации левой плечеголовной вены; нельзя исключить врастание опухоли в дугу аорты (б). Опухолевый тромб в просвете правого предсердия (в).

Эхо-КГ подтверждала новообразование в полости правого предсердия, пролабировавшее в систолу в полость правого желудочка на расстояние до 1,6 см (сократительная функция миокарда расценивалась как удовлетворительная, зон гипокинезии не выявлялось, давление в легочной артерии в – пределах нормы).

Морфологическое исследование материала трансторакальной пункции и биопсии в условиях диагностической торакоскопии – «вероятнее всего тимома». По данным комплексного обследования (КТ легких, МРТ головного мозга, УЗИ шейно-надключичных областей, печени, забрюшинного пространства, скенирование скелета) иных проявлений заболевания не выявлено. Принято решение о выполнении операции в условиях искусственного кровообращения.

Оперирована (17.05.12) в объеме удаления опухоли с резекцией верхних долей легких, резекцией и протезированием верхней полой и плечеголовных вен, тромбэктомией из правого предсердия в условиях искусственного кровообращения. Операция была начата с канюляции правой бедренной артерии и вены, поскольку блок опухолью верхней полой вены и наличие тромба в полости правого предсердия исключали возможность безопасного стандартного канюлирования правых отделов сердца после стернотомии. Кроме того, доступ, выполненный через бедренные сосуды, позволял в случае заклинивания трикуспидального клапана или тромбоэмболии легочной артерии внутривидеальным компонентом опухоли, начать искусственное кровообращение уже на этапе стернотомии или мобилизации опухоли. (Вензная канюля была установлена до уровня устья нижней полой вены перед входом в полость правого предсердия, что было признано достаточным для проведения искусственного кровообращения в необходимом объеме.)

При ревизии после полной продольной стернотомии выявлено врастание опухоли средостения в верхнюю долю правого и левого легкого, в верхнюю полую и плечеголовные вены. Выполнена краевая резекция верхних долей, перикардия. Врастания в правое предсердие и другие структуры сердца не установлено.

Определялось врастание опухоли в верхнюю полую вену на всем протяжении с формированием опухолевого тромба в ней и плечеголовных венах. Ключевым этапом операции стало выделение свободных от опухоли (дистальных) отделов правой и левой плечеголовных вен. С техническими трудностями острым путем выделены и пересечены правая, а затем левая плечеголовные вены (при пересечении левой вены в ее просвете выявлены фрагменты опухолевого тромба, что потребовало ре-резекции).

Острым путем опухоль отделена от дуги аорты и ее ветвей. Мобилизованная опухоль средостения оставалась фиксированной лишь к пророщенной верхней полой вене; также оставался опухолевый тромб в полости правого предсердия.

Начато вспомогательное искусственное кровообращение без использования кардиopleгии и без полной остановки сердечной деятельности. Установлен поперечный зажим на нижнюю полую вену у места ее впадения в правое предсердие. Продольным боковым разрезом вскрыт просвет правого предсердия: опухолевый тромб оказался не связанным со стенками правого предсердия и трикуспидальным клапаном.

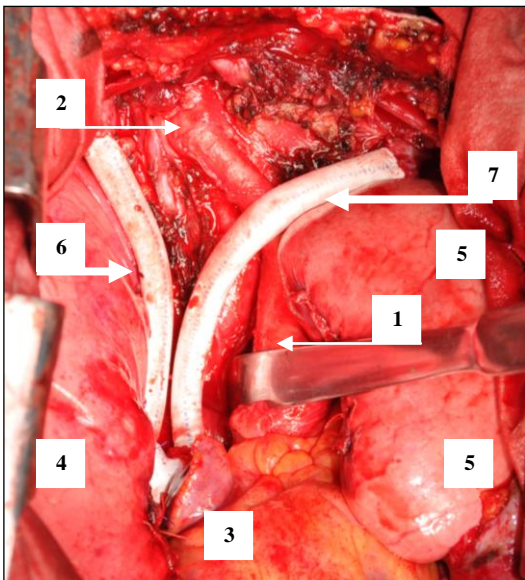


Рис. 3. Состояние после стернотомии, удаления опухоли средостения с резекцией и протезированием верхней полой и плечеголовных вен.

1)-восходящая аорта 2)-артериальный правый плечеголовный ствол 3)- правое предсердие 4)-правое и 5)-левое легкое. :6)-протез правой и 7)-левой плечеголовной вены (с подлежащей трахеей).

Пояснения в тексте.

Произведено циркулярное иссечение верхней полой вены с удалением опухолевого тромба из предсердия в едином блоке с опухолью средостения, верхней полой веной и резецированными участками плечеголовных вен.

Диаметр ножки на которой удерживался внутривидеальный компонент опухоли не превышал 5 мм, что подтверждало высокий риск отрыва опухолевого тромба. Произведено ушивание боковой стенки предсердия с формированием нового устья верхней полой вены.

Для протезирования верхней полой вены и плечеголовных вен использован бифуркационный протез *Gor-tex®* (рис. 3). В условиях искусственного кровообращения сформирован анастомоз между устьем верхней полой вены и широкой частью бифуркационного протеза. Затем сформированы анастомозы между левой браншей протеза и левой плечеголовной веной, а также правой браншей протеза и правой плечеголовной веной. Снят поперечный зажим с нижней полой вены, прекращено искусственное кровообращение, выполнена деканюляция. Тщательный гемостаз, дренирование средостения и плевральных полостей, ушивание раны. Продолжительность операции – 6 часов 10 минут, искусственного кровообращения – 1 час, интраоперационная кровопотеря составила 5.000 мл. Гистологическое исследование показало, что удаленная опухоль, тромбы в верхней полой вене и правом предсердии соответствовали тимоме B2, врастающей в перикард и верхнюю полую вену.

На IV сутки послеоперационного периода развилась двусторонняя пневмония, дыхательная недостаточность, на XVII сутки – тромбоз протеза левой плечеголовной вены. На фоне проводимой терапии состояние стабилизировалось. Выписана на XXXV сутки в удовлетворительном состоянии.

В августе-сентябре 2012 г. проведена дистанционная лучевая терапия на область средостения СОД= 50 Гр. В июне 2013 г. выявлено метастатическое поражение плевры слева; назначена и проводится полихимиотерапия (с эффектом).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Пациентке местнораспространенной тимомой средостения выполнено хирургическое вмешательство, не имеющее аналогов – в литературе нет описания операций, которые были бы выполнены при столь значительной распространенности процесса и с применением комплекса высокотехнологичных лечебных методов (аллопластика сосудов, искусственное кровообращение, адекватное реанимационно-анестезиологическое обеспечение). «Агрессивность» хирургической методики позволила удалить опухоль «*with the curative intent*» – т.е., с целью исцеления. Должный радикализм хирургического вмешательства подтвержден полным удалением опухоли в пределах непораженных тканей, что предполагало, в последующем, возможность достижения клинического излечения.

Несмотря на развитие прогрессирования процесса «агрессивное» хирургическое вмешательство оправдано уже достигнутым результатом: время жизни без прогрессирования (и в условиях удовлетворительного состояния) составило 13 мес. Продолжительность безрецидивной выживаемости и улучшенного качества жизни резко контрастирует с показателями естественного течения заболевания, когда в течение 6 мес от начала клинических проявлений самочувствие пациентки изменилось до состояния средней тяжести, с нарастанием сердечно-легочной недостаточности, что определяло очевидно неблагоприятный прогноз.

Представляется, что совершенствование методов системного воздействия (химио- и таргетной терапии), в том числе в плане современных комбинированных методов, позволит достигнуть дальнейшего улучшения результатов лечения.

Литература

1. Давыдов М.И., Матвеев В.Б. Хирургическое лечение больных раком почки с опухолевым тромбозом почечной и нижней полой вены. – Онкоурология. – 2005. – № 2. – С. 8-15.
2. Белов Ю.В., Комаров Р.Н. Одномоментные сердечно-сосудистые и онкологические операции: когда, кому и как? М.: Медицинское информационное агентство. – 2012. – 192 с.
3. Lubahn J.G., Sagalowsky A.I., Rosenbaum D.H. et al. Contemporary techniques and safety of cardiovascular procedures in the surgical management of renal cell carcinoma with tumor thrombus. – J Thorac Cardiovasc Surg. – 2006. – 131:1289-1295.

2.3 ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МАСТЭКТОМИЯ С ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ПРИ ГЕНЕТИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Соболевский В.А., Любченко Л.Н., Будик Ю.А., Крохина О.В.

(РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

Генетическое консультирование становится важной составляющей онкологической диагностики и профилактики. Критерии генетического диагноза наследственного рака молочной железы (РМЖ) – это наличие в семье одной и более родственницы I–II степени родства, страдающих РМЖ, ранний возраст манифестации заболевания, двустороннее поражение молочных желез, первичная множественность новообразований у больной (пробанда) и/или ее родственников, специфические опухолевые ассоциации. Оптимальной является ДНК-диагностика генов *BRCA1/2*, *TP53*, *CHEK2*.

Превентивная мастэктомия является самым эффективным методом первичной профилактики РМЖ. По результатам оценки эффективности этих операций, которые выполняются с 1960-х гг., эффективность контрлатеральной профилактической мастэктомии у больных репродуктивного возраста, из семей, в которых наблюдался РМЖ и/или рак яичников, оценена в 94,4%; при этом у больных в менопаузе (старше 50 лет) снижение риска развития болезни составило 96,0% (McDonnell S.K. et al.; 2001).

Выполнение превентивных мастэктомий в России сдерживалось отсутствием юридических нормативов. Лишь в феврале 2011 г. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития для РОНЦ им. Н.Н.Блохина было выдано разрешение применять данную медицинскую технологию. С марта 2011 г. профилактическая мастэктомия указывается как вид хирургической профилактики РМЖ в перечне медицинских технологий, разрешенных к применению на территории РФ.

За 2011-2013 гг. в отделении реконструктивной и пластической онкохирургии РОНЦ выполнено 40 профилактических мастэктомий. Рак обнаружен у 4 (10%) оперированных. В том числе – протоковый рак *in situ* с микроинвазией до 0,1 см в подсосковой зоне; внутрипротоковый рак *in situ* III степени злокачественности; а также инфильтративный тубулярный рак 0,5 см в диаметре I степени злокачественности и инфильтративный протоковый рак диаметром 1,0 см II степени злокачественности.

Следует отметить, что эти доклинические новообразования не выявлялись при маммографии и УЗИ. Очевидна перспектива выявления пациенток с высоким генетическим риском, внедрение в клиническую практику превентивных мастэктомий.

2.3 УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ (МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ И РАКОМ ПЕЧЕНИ)

Зайцев А.М.

(МНИОИ им. П.А.Герцена)

Больной 63 лет обратился в МНИОИ в ноябре 2009 г. в связи с выявлением новообразований на коже поясничной области и в печени. Оперирован (02.12.2009) в объеме удаления опухоли кожи и атипичной резекции IV-V сегментов печени. Установлен диагноз первично- множественных злокачественных опухолей:

1)-Веретенклеточная беспигментная неизъязвленная меланома кожи (IV стадии pT4aN0M1), узловая форма, толщина 3 см по Бреслоу (*A.Breslow; 1970*), V уровень инвазии по Кларку (*W.Clark; 1967*), с участками некроза, с подрастанием под фасцию без её прорастания, с наличием метастаза в IV сегменте печени под собственной капсулой без её прорастания. Опухоль удалена в пределах здоровых тканей.

2)-Холангиоцеллюлярная высокодифференцированная тубулярная аденокарцинома V сегмента печени (II стадии T2N0M0), с подрастанием к собственной капсуле без инвазии, на фоне гиперплазии желчных протоков с дисплазией их эпителия при наличии признаков хронического гепатита. В крае резекции ткани печени без признаков опухолевого роста.

Проведено (в январе-октябре 2010) 8 курсов химио-иммунотерапии по поводу меланомы. В январе 2012 г. отмечены судороги, расстройства чувствительности, снижение мышечной силы в левой ноге; в последующем – проявления гемипареза слева. При МРТ головного мозга с контрастным усилением (23.03.12) выявлен метастаз в правую лобную долю – субкортикальный, интенсивно накапливающий контраст, размерами 20×20×19 мм, окруженный зоной перифокально отека.

Оперирован (05.04.12) в объеме удаления метастатической опухоли. **Гистологическое исследование** – метастаз веретенклеточной беспигментной меланомы, индентичной меланоме в препаратах первичной опухоли. При контрольном обследовании – послеоперационные изменения в правой лобной доле; на остальном протяжении – без очагов патологического накопления контрастного препарата. В неврологическом статусе частично регрессировал левосторонний гемипарез (сила в руке 5 баллов, в ноге 4 балла).

Наблюдается 20 мес после удаления церебрального метастаза без проявлений онкологического заболевания.



ПРОВОЗВЕСТНИК

ЗАСЕДАНИЕ № 604 Состоится в четверг, 30 января 2014 г., в РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

Повестка дня: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОНКОЛОГИИ;



ОПУХОЛИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

«Информирую, следовательно существую!» (лат.)

УДК 616-006. ВЕСТНИК (ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЕТЕНЬ) 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 71 7 2 8 3 0 0 0 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 ЛИЧНИНЦЕР 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 Декабрь 2013; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 9.12.2013; Заказ 820 | | |

Организационные вопросы (продолжение)**ОТЧЕТЫ И ВЫБОРЫ В ОБЩЕСТВЕ****МАТЕРИАЛЫ К ОТЧЕТНОМУ ДОКЛАДУ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА****Часть II. Обзор жизнедеятельности.**

За 2012-13 гг. проведено 18 заседаний (их порядковые номера – 584-603).

В 2012 г. обсуждалась следующая тематика: «Состояние, перспективы интенсивной терапии, реанимации в онкологии», «Перспективы развития онкологии в Москве», «Скрининг рака шейки матки», «Юбилей: столетие основателя Онкологического центра, академика Н.Н.Блохина (1912-1993)», «Скрининг рака молочной железы», «Морфологическая классификация рака почки и ее значение для клинической практики», «Рациональная таргетная терапия в онкологии», «Современная онкохирургия (лекция академика М.И.Давыдова)», «Имплантируемые инфузионные системы. Практика центрального венозного доступа»,

В 2013 г. тематика заседаний определилась следующим образом: «Регионарная гипертермическая перфузия в онкологии», «Медицинские стандарты и персонафицированная медицина. Основы персонафицированной медицины; молекулярно-генетические маркеры и выбор лечебного метода», «Лечебная стратегия при метастатическом колоректальном раке», «Современные возможности хирургии внеорганных забрюшинных опухолей», «Современная онкоортопедия. Заседание памяти академика Н.Н.Трапезникова (1928-2001)», «Юбилей: 90-летие проф. Б.Е.Петерсона – хирурга, ученого, педагога (1923-1981)», «Мелкоклеточный рак легкого. Совершенствование возможностей диагностики и лечения», «Немелкоклеточный рак легкого. Новые возможности диагностики и лечения», «Отчеты и выборы в Обществе» и «Успехи онкологии – демонстрации успешных клинических наблюдений из практики специалистов Общества».

Несмотря на отсроченный выход в свет сборников протоколов заседаний 2010-2011 гг. (в сотрудничестве с компаниями *B.Braun* и *Roche*), публикация этих материалов стала важным информационным итогом жизнедеятельности Общества. Подготовлены сборники протоколов 2012-2013 гг.; после одобрения Отчетно-выборным собранием (заседанием) они будут переданы в печать. Содержание сборников 2012-2013 гг. доступно на сайте www.ronc.ru.

Обращает внимание сокращение числа научных докладов, заслушанных на заседаниях Общества. За отчетный 2-летний срок уменьшилось (с 45 до 36) число представленных докладов. Научные сообщения поступили из РОНЦ им. Н.Н.Блохина (23); Московской онкологической больницы № 62 (7), МНИОИ им.П.А.Герцена (4), Московского онкологического клинического диспансера № 1 (2). Доклады были представлены также из НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова (Санкт-Петербург), НИИ фтизиопульмонологии, кафедры онкологии РМАПО.

Задачей особой значимости становится проведение фиксированного числа заседаний по фиксированным датам. Предполагается проводить 10 заседаний в год с заблаговременным обсуждением и утверждением тематики на совещаниях Правления, а также – с публикацией тезисов докладов в информационном бюллетене.

Часть III. Бюджет Общества; взносы и платежи. Бюджет Общества формировался из членских взносов (а также был дополнен доходами издательской деятельности). Бюджет является бездефицитным; расходы соответствуют доходам. С 2004 г. размеры взносов остаются неизменными и составляют 100 рублей в год для начинающих онкологов (ординаторов и аспирантов), 300 – для дипломированных врачей-онкологов и 500 – для онкологов-руководителей. В клинических подразделениях РОНЦ им. Н.Н.Блохина взносы более дифференцированы – от 100 рублей для ординаторов и аспирантов до 1.000 рублей для профессоров и руководителей отделений.

Если в 2008-2009 гг. поступило взносов (округленно) 426.000 руб, а в 2010-2011 гг. – 480.000, то за отчетный срок 2012-2013 гг. поступления составили 430.000 рублей; из них в 2012 г. – 230.000 и в 2013 г. – 200.000 рублей. Тенденция к уменьшению количества поступающих взносов определяется различными причинами (включая банальные недоимки). Анализ этого явления последует.

За отчетный срок в бюджет также поступило 110.000 руб доходов от издательской деятельности. Средства 2012-2013 гг., составившие таким образом 540.000 руб направлены на обеспечение жизнедеятельности Общества.

Затраты на издание сборников протоколов заседаний Общества 2010 и 2011 гг. составили по 150.000 руб. за каждый выпуск. Кроме того, 45.000 руб затрачены на оплату издания (в 2013 г.) информационного бюллетеня, 100.000 – на почтовые и 40.000 на организационные расходы по проведению заседаний. Оставшиеся 55.000 руб расходуются в связи с различными организационными и текущими нуждами.

Формирование бюджета становится актуальной задачей Правления. Для этого необходимо следующее:

1. Определение расчетного показателя поступлений взносов (с ответственностью руководителей подразделений и учреждений). 2. Определение расчетного показателя поступлений доходов от издательской и др. видов деятельности, кроме поступлений взносов (с ответственностью руководства Общества). 3. Определение расчетного показателя расходов по поддержанию жизнедеятельности Общества – расходов на бухгалтерию в плане соответствия статусу юридического лица, членства в Ассоциации онкологов и др.; утверждение показателей выплат заработной платы, текущих расходов, др. (с ответственностью руководства Общества).

Часть IV. Проблемы и перспективы.

Современная общественная жизнь онкологов организуется созданием профессиональных сообществ – урологов, колопроктологов, гинекологов, химиотерапевтов, специалистов в онкологии области головы и шеи, и др. Московское онкологическое общество поддерживает стремление профессионалов решать свои специфические вопросы в своем монодисциплинарном кругу.

Вместе с тем, мультидисциплинарная организация Московское онкологическое общество стремится обсуждать общие вопросы, важные онкологам различных специализаций, как и вопросы, актуальные не только для онкологов. В недавних повестках дня – совместные заседания онкологов и хирургов, онкологов и терапевтов, онкологов и морфологов, др. На заседаниях Общества обсуждаются результаты обследования и лечения, полученные различными, в том числе альтернативными методами. Успехи, достигнутые в одной из узких областей, могут безотлагательно стать востребованными и найти применение в других сферах онкологической практики.

В соответствии с новой редакцией Устава, заседания Правления необходимы 2-3 раза в год для принятия решений по различным вопросам жизнедеятельности Общества, в том числе по вопросам проведения и повестки дня предстоящих заседаний, публикации материалов и другим актуальным вопросам.

В декабре 2014 г. Московское Онкологическое общество отметит 60-летие со дня основания. Предыдущие юбилеи были отмечены успешными научно-практическими конференциями «Экстренная хирургия и терапия в онкологии» и «Продолжительность жизни онкологических больных». Очевидна целесообразность достойной встречи предстоящего юбилея. В этой связи, тематику новой конференции Общества следует определить в ближайшей перспективе.

Выборы Правления и Ревизионной комиссии Общества на 2014-2015 гг. **ПРОЕКТ РЕШЕНИЯ**

Примечания, а также сведения о специалистах, впервые избираемых в состав Правления, выделены курсивом.

Президиум Правления Московского онкологического общества

Председатель Московского Онкологического общества академик РАН, проф. М.Р.ЛИЧНИЦЕР (Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина)

Почетный Председатель Московского Онкологического общества проф. А.И.ПАЧЕС (Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина)

Заместители Председателя: проф. В.В.СТАРИНСКИЙ (Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена), Главный онколог Москвы, проф. А.Н.МАХСОН (Московская онкологическая больница № 62), проф. А.М.СДВИЖКОВ (Московский онкологический клинический диспансер №1), проф. В.Д.ЧХИКВАДЗЕ (Российский научный центр рентгено-радиологии), Главный онколог Московской области.

В соответствии с Уставом, заместителями Председателя являются руководители (или заместители руководителей) Московских онкологических учреждений (Федеральных центров, ведущих онкологических больниц и диспансеров) формирующих Общество. Следует отметить, что ряд руководителей учреждений «по должности» могут быть не только заместителями Председателя, но и формировать состав Совета Общества. Выбор решения Уставом не регламентируется.

Исполнительный директор Московского Онкологического общества (предложенная кандидатура – С.М.Волков). Должность Исполнительного директора вводится в соответствии с новой редакцией Устава Общества.

Совет Общества:

В соответствии с Уставом, Совет Общества составляют руководители формирующих Общество Московских онкологических учреждений (Федеральных центров, ведущих онкологических больниц и диспансеров):

М.И. Давыдов; М.Д.Алиев; А.Ю.Барышников; М.А.Красильников (НИИ клинической онкологии; НИИ детской онкологии; НИИ экспериментальной диагностики и терапии опухолей; НИИ канцерогенеза – РОНЦ им. Н.Н.Блохина), А.Д.Каприн (МНИОИ им.П.А.Герцена); А.Н.Махсон (Московская онкологическая больница № 62); А.М.Сдвижков (Московский онкологический клинический диспансер №1); В.А.Солодкий (Российский научный центр рентгено-радиологии); А.П.Серяков (Московский областной онкологический диспансер).

Комитет Экспертов: Действующий состав комитета Экспертов:

Л.М.Александрова, В.И.Борисов, П.Г.Брюсов, Л.В.Демидов, А.П.Ильницкий, А.А.Клименков, М.А.Кропотов, И.В.Кузьмин, В.П.Летягин, А.С.Мамонтов, Г.Л.Менткевич, Г.А.Новиков, И.В.Поддубная, Б.К.Поддубный, В.Г.Поляков, И.В.Решетов, В.Ю.Сельчук, Ю.Н.Соловьев, А.Х.Трахтенберг. Руководитель комитета – чл.-корр. РАМН, проф. И.В.ПОДДУБНАЯ (Российская медицинская академия последипломного образования). Зам. руководителя – проф. А.С.МАМОНТОВ (МНИОИ им.П.А.Герцена) и проф. В.П.ЛЕТЯГИН (РОНЦ им.Н.Н.Блохина). *Новые кандидатуры: В.П.Харченко, Ю.А.Барсуков, Л.А.Вашиакмадзе, М.М.Константинова, Б.И.Долгушин, Ю.И.Патютко.*

Организационный Комитет (включая редколлегию информ- бюллетеня и журнала «Вестник Общества»):

(Комитет сформирован по итогам работы 2012-2013 гг.; его составляют сотрудники редколлегии и специалисты ответственные за укрепление связей Общества с формирующими его коллективами) Н.В.Аблицова, С.М.Волков, И.А.Гладилина, И.О.Кондратьев, И.В.Кузьмин, Е.А.Куколева, Д.Р.Насхлеташвили, И.Н.Пустынский, В.В.Реишеникова, М.Т.Тагиев, Г.В.Хведелидзе.

Ревизионная комиссия: З.О.Мачаладзе (РОНЦ им.Н.Н.Блохина), Г.Р.Абузарова (МНИОИ им.П.А.Герцена), А.А.Соколов (Московская онкологическая б-ца № 62), Л.Г.Кожанов (Московский онкологический клинический диспансер №1), Представители РНЦ рентгено-радиологии и Московского областного онкологического диспансера.

«Информирую, следовательно существую!» (лат.)

УДК 616-006. ВЕСТНИК (ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ) МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

Ежемесячный научный журнал. Учредитель -- РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

(ВЫХОДНЫЕ ДАННЫЕ УКАЗАНЫ НА СТР. 6)



СМ. ДАЛЕЕ (стр.9) – «ДОСКА ОБЪЯВЛЕНИЙ»:

«Ассоциация онкологов России»

«Научно-практическое общество по диагностике и лечению рака молочной железы»

**Научно-практическая конференция
для онкологов г. Москвы и Московской области**

**«СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ
ПРИМЕНЕНИЯ ANTI-HER2 ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РМЖ»**

17 января 2014; 10 часов утра

Председатели:

Заместитель директора по научной работе,

ФГБУ «РОНЦ им.Н.Н. Блохина» РАМН, профессор М.Р. Личиницер

Главный онколог г. Москвы, профессор А.Н. Махсон

| Время | Название доклада | Докладчик |
|-------------------------------|---|---------------------------------|
| 10.00-10.15 | Открытие конференции | |
| 10.15-10.45 | Достижения таргетной терапии HER2+ рака молочной железы | М.Р. Личиницер |
| 10.45-11.45 | Использование двойной анти-HER2 блокады в лечении больных HER2+ мРМЖ (исследование EGF104900) | В.И. Борисов |
| 11.45-12.30 | Современные стандарты терапии HER2+ мРМЖ (отечественные, европейские, американские рекомендации) | Л.Г. Жукова |
| 12.30-12.45 Кофе-брейк | | |
| 12.45-13.30 | Опыт применения двойной таргетной терапии в отделении химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей РОНЦ им.Н.Н. Блохина | И.П.Ганьшина Е.В.Лубенникова |
| 13.30-14.15 | Клинические примеры применения таргетной терапии при HER2+ раке молочной железы | Т.А. Анциферова |
| 14.15-14.40 | Перспективы использования Абраксана при раке молочной железы | Е.И. Борисова |
| 14.40-15.00 | Дискуссия | |

Адрес: Каширское шоссе д.24, Конференц- зал Клинического корпуса
ФГБУ «РОНЦ им.Н.Н. Блохина» РАМН

