



ВЕСТНИК

Московского
Онкологического
Общества

**ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕПАТОБЛАСТОМЕ –
СЛОЖНОСТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ
ВОЗНАГРАЖДАЮТСЯ ДОСТИЖЕНИЕМ
УСПЕШНЫХ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ:
ДО 75% 5-ЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ !**

Интернет: www.cancercenter.ru (ronc.ru) //www.rosoncweb.ru //www.netoncology.ru //www.elibrary.ru //www.oncodome.narod.ru

**№ 5
(568)**

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.

ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.

**2010
МАЙ**

ЗАСЕДАНИЕ № 568

СОСТОИТСЯ В ЧЕТВЕРГ, **20** МАЯ 2010 г., в 17.00

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

Президиум: проф. А.И.Пачес; академик РАН и РАМН, проф. М.И.Давыдов; проф. С.Л.Дземешкевич; проф. М.Ш.Хубутя; академик РАМН, проф. М.Д.Алиев; проф. Ю.И.Патютко

Повестка дня:

РЕЗЕКЦИИ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕПАТОБЛАСТОМЕ

Доклад:

ПЛАНИРОВАНИЕ ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ И ЕЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ГЕПАТОБЛАСТОМОЙ

Рябов А.Б.¹, Ким Э.Ф.², Ашуба Т.М.², Керимов П.А.¹, Бурмистров Д.С.²,
Волобуев А.В.¹, Менткевич Г.Л.¹, Поляков В.Г.¹, Давыдов М.И.

(¹НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ;
²отделение трансплантации печени РНЦХ)

Доклад:

РОДСТВЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕПАТОБЛАСТОМАХ

Бурмистров Д.С., Джаманчин Д.С., Филин А.В., Семенов А.В., Коротеева Н.А.,
Келигова А.Я., Ховрин В.В., Ким С.Ю., Ашуба Т.М., Хизроев Х.М., Камалов Ю.Р., Ким Э.Ф.
(Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского)

Дискуссия, фиксированные выступления в прениях

/Состояние и перспективы хирургической гепатологии/ Патютко Ю.И. с соавт. (отделение опухолей печени и поджелудочной железы РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

Комбинированное лечение детей, страдающих гепатобластомой. Керимов П.А., Лебедев В.И., Казанцев А.П., Рубанский М.А., Капкова О.А., Поляков В.Г. (НИИ ДОГ РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

Лапароскопические резекции печени при гепатобластоме в детской онкологии. Волобуев А.В., Рябов А.Б., Комаров И.Г., Керимов П.А., Рыбакова Д.В. (НИИ ДОГ РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ



Современное состояние лечебных возможностей при гепатобластоме, и прежде всего – выполнение радикальной операции с проведением химиотерапии (платиносодержащими препаратами) – позволяет добиться 85-90% 5-летней выживаемости. Непременным условием достижения успеха является радикализм хирургического вмешательства, что иногда требует выполнения предельно допустимой резекции печени, либо ее трансплантации.

Очевидные сложности трансплантации включающие необходимость длительной иммуносупрессорной терапии, что сопряжено с повышенным риском прогрессирования процесса, тем не менее, могут быть преодолены, с возможностью клинического выздоровления (достижения 75% 5-летней выживаемости).

Предстоящее заседание Московского онкологического общества, совместное со специалистами – трансплантологами, обещает активное обсуждение различных материалов, включая дискуссию по организационным проблемам. В частности – оптимизацию организационных усилий по своевременному и

безотлагательному направлению пациентов страдающих гепатобластомами в высокоспециализированные онкологические учреждения.

ТРУДЫ

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА



Рефераты сообщений:

PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY №#568 (May 20, 2010)

**THE CHOICE OF SURGERY FOR HEPATOBLASTOMA:
HEPATIC RESECTION VERSUS HEPATIC TRANSPLANTATION**

Report-1: THE PLANNING OF SURGERY FOR HEPATOBLASTOMA: THE CHOICE BETWEEN HEPATIC RESECTION AND TRANSPLANTATION. By Dr. A.Riabov et al. (The Institute of Oncology of Childhood of the N.N.Blokhin Cancer Research Center); by Prof. E.Kim et al (The Department of hepatic transplantation of the B.V.Petrovsky Russian Research Center of Surgery).

Report-2: HEPATIC TRANSPLANTATION IN ONCOLOGY OF CHILDHOOD. By Prof. D.Burmistrov, Prof. E.Kim et al. (The Department of hepatic transplantation of the B.V.Petrovsky Russian Research Center of Surgery).

Discussion: The perspectives of surgical hepatology. By Prof. Yu.Patutko et al.; **Chemotherapy in combined treatment modalities for children with hepatoblastoma.** By Dr. P.Kerimov et al.; **The use of laparoscopy' hepatic resections in oncology of childhood.** By Dr. A.Volobuev et al. (The Institute of Oncology of Childhood of the N.N.Blokhin Cancer Research Center).

Доклад:

**ПЛАНИРОВАНИЕ ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ
И ЕЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ГЕПАТОБЛАСТОМОЙ**

Рябов А.Б.¹, Ким Э.Ф.², Ашуба Т.М.², Керимов П.А.¹, Бурмистров Д.С.²,
Волобуев А.В.¹, Менткевич Г.Л.¹, Поляков В.Г.¹, Давыдов М.И.

¹НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ;
²отделение трансплантации печени РНЦХ)

При планировании предельно допустимой резекции печени (с сохранением всего 2-3 сегментов) и ее трансплантации необходимо учитывать ряд составляющих этой сложной проблемы. Во-первых, расширенная, радикально выполненная, гемигепатэктомия лучше трансплантации печени, так как в послеоперационном периоде не требуется иммуносупрессивная терапия, которая может стать фактором-предшественником прогрессирования опухолевого процесса. Во-вторых, трансплантация печени затрудняет проведение адьювантной полихимиотерапии; следует также учитывать чрезвычайную сложность организации трансплантации печени. В-третьих, группа пациентов, которым планируется предельно допустимая резекция печени, неоднородна. В нее входят больные, у которых опухоль оказалась как чувствительной, так и рефрактерной к предоперационной полихимиотерапии. Если опухоль, будучи чувствительной к неоадьювантной химиотерапии, уменьшилась лишь до возможности выполнения предельно допустимой резекции или трансплантации печени, то возникает несколько вопросов. Исчерпаны ли возможности полихимиотерапии? Насколько будет эффективна лекарственная терапия второй линии? Не ухудшит ли дальнейшее проведение полихимиотерапии функциональных свойств оставшейся после резекции паренхимы печени? Скажется ли на прогнозе заболевания отсроченность хирургического этапа в случае неэффективности второй линии химиотерапии?

Важно отметить, что у 10% детей выявляется рефрактерность к современным программам лечения. Эти пациенты не могут лечиться в рамках стандартных схем; они составляют группу высокого риска со значительной вероятностью прогрессирования заболевания. В этой связи неизбежно возникают вопросы о том, следует ли продолжать лекарственное лечение (высокодозную полихимиотерапию с поддержкой стволовыми клетками, с применением препаратов таргетного действия, выполнением трансартериальной химиоэмболизации, др.), или выполнять трансплантацию печени в связи с опасностью побочных эффектов интенсификации лекарственного лечения (прежде всего – миелосупрессии и кардиотоксичности).

В случаях множественных метастатических поражений печени, а также – эффективности предоперационной полихимиотерапии, после которой опухолевые очаги подверглись регрессии, но продолжает визуализироваться резидуальная опухоль, удалимая в случае выполнения радикальной резекции,

также возникает вопрос о выборе объема хирургического вмешательства. Показана ли таким больным: резекция печени, либо, принимая во внимание первичную распространенность опухолевого процесса, следует принимать решение о трансплантации?

Важным аспектом проблемы планирования предельно допустимой резекции печени является дооперационная количественная и качественная оценка состояния ее паренхимы. Для решения этой задачи наиболее эффективно сочетанное применение спиральной компьютерной томографии и пункционной биопсии остающейся части печени. По результатам компьютерной томографии возможно математическое вычисление массы печени, необходимой для обеспечения жизнедеятельности, а морфологическое исследование биоптата печени в совокупности с биохимическими показателями характеризует функциональное состояние паренхимы.

В мировой практике большинство трансплантаций печени больным гепатобластомой выполняется от умерших доноров. Учитывая непродолжительность временного интервала между циклами химиотерапии у детей, страдающих гепатобластомой, срок ожидания операции должен быть минимальным. В связи с организационным несовершенством системы донорства от умерших, в России более эффективны родственные трансплантации печени (от живых доноров).

Поскольку при планировании предельно допустимой резекции печени не исключается развитие неуправляемой острой печеночной недостаточности, это может потребовать трансплантации печени. Для решения этой проблемы возможно привлечение родственного донора с целью получения печеночного фрагментарного трансплантата. Поэтому при планировании предельно допустимой резекции необходимо обследовать родителей ребенка на предмет возможной родственной трансплантации.

С 1980 г. в НИИ ДОГ РОНЦ оперирован 141 ребенок по поводу гепатобластомы. В 6 случаях обеспечение радикализма требовало выполнения ресширенных гемигепатэктомий с сохранением лишь 2-3 сегментов печени. Летальных исходов не отмечено. У двух пациентов отмечались явления печеночной недостаточности в раннем послеоперационном периоде. Все дети живы без признаков прогрессирования в течение 3-11 мес.

С 1997 г. в РНЦХ произведено 4 родственных трансплантации фрагмента печени, 2 расширенные гемигепатэктомии и 2 резекции печени по поводу гепатобластомы. В течение первых трех лет наблюдения после трансплантации двое детей умерли от прогрессирования заболевания, двое живы и наблюдаются после трансплантации без признаков прогрессирования заболевания в течение 7 и 26 мес.

Выбор объема операции по поводу распространенных поражений печени у детей, страдающих гепатобластомой, должен определяться с участием онкологов и трансплантологов. Трансплантацию печени при гепатобластоме (частота которой не превышает порядка 2% всех трансплантаций у детей) необходимо рассматривать, как современный и эффективный метод лечения. Следует отметить, что по данным литературы, несмотря на распространенность опухоли, хирургическое лечение в объеме трансплантации печени позволяет обеспечить 75% 5-летней и 66% – 10-летней выживаемости. В прогностически благоприятной (чувствительной к химиотерапии) группе 10-летняя выживаемость составляет 80%, что соизмеримо с отдаленными результатами стандартных резекций.

Доклад: РОДСТВЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕПАТОБЛАСТОМАХ

Бурмистров Д.С., Джаманчин Д.С., Филин А.В., Семенков А.В., Коротеева Н.А.,
Келигова А.Я., Ховрин В.В., Ким С.Ю., Ашуба Т.М., Хизроев Х.М., Камалов Ю.Р., Ким Э.Ф.
(Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского)

В 2005 г. на базе отделения пересадки печени РНЦХ им. академика Б.В. Петровского была инициирована первая отечественная программа педиатрической трансплантации печени под руководством академика РАМН, проф. Б.А. Константинова и члена-корреспондента РАМН, проф. С.В. Готье.

За весь период работы отделения, включая 2009 г., ортотопическая трансплантация печени была произведена 178 больным детского возраста. В возрастной структуре реципиентов преобладали дети от 1 года до 17 лет (151; 84,8%), младенцы первого года жизни составили меньшую часть педиатрического контингента (27; 15,2%). В качестве фрагментарного печеночного трансплантата 76 больным (42,7%) использован левый латеральный бисегмент, 95 (53,4%) пациентам – правая, 7 (3,9%) – левая доля печени. Послеоперационная летальность составила 6%; 1-3-5-летняя выживаемость – 94; 86,1; 76,6%. Осложнения в раннем послеоперационном периоде развились у каждого четвертого из числа оперированных больных (41; 23,1%).

Трансплантации по поводу гепатобластомы выполнены 8 детям в возрасте 1-9 лет после повторных курсов неоадювантной полихимиотерапии (ПХТ). Четырем детям в возрасте 2,5-5,0 лет была произведена ортотопическая трансплантация фрагментов печени от живых родственников доноров в связи с

мультифокальным (билобарным) поражением и рецидивом основного заболевания после обширной резекции (табл. 1).

Четырем детям в возрасте от 1 года до 9 лет произвели различные по объему анатомические резекции печени с последующими курсами полихимиотерапии (табл. 2).

Таблица 1.

Клинические данные случаев родственной трансплантации фрагментов печени при гепатобластомах

Возраст	Диагноз	Дата и объем операции		Состояние на 30.04.10
3 года	Гепатобластома с поражением обеих долей печени, состояние после ПХТ.	30.04.09	Трансплантация II-III сегментов печени	Без рецидива и метастазов
2,5 года	Рецидив во II-III сегментах печени после расширенной гемигепатэктомии справа и повторных курсов ПХТ.	7.12.07	Трансплантация II-III сегментов печени	Рецидив и метастазы через 6 мес.; летальный исход через 9 мес. после трансплантации.
5 лет	Гепатобластома с поражением обеих долей печени, состояние после повторных курсов ПХТ.	9.02.07	Трансплантация правой доли печени	Множественные метастазы в легкие через 6 мес. ПХТ с эффектом, стабилизация состояния.
3 года	Гепатобластома с поражением обеих долей печени, состояние после повторных курсов ПХТ.	5.09.07	Трансплантация левой доли печени	Без рецидива и метастазов

Таблица 2.

Клинические данные случаев анатомических резекций печени при гепатобластомах

Возраст	Диагноз	Дата и объем операции		Состояние на 30.04.10
1 год	Гепатобластома с поражением V-VI сегментов печени, состояние после ПХТ	13.06.07	Резекция правой доли печени	Без рецидива и метастазов
2,5 года	Гепатобластома с поражением IV сегмента печени, состояние после ПХТ	03.05.07	«Центральная» резекция (резекция IV сегмента печени)	Без рецидива и метастазов
9 лет	Гепатобластома с поражением правой доли печени, состояние после ПХТ	16.02.09	Расширенная правосторонняя Гемигепатэктомия	Без рецидива и метастазов
1 год.	Гепатобластома с поражением правой доли печени, состояние после ПХТ	08.04.10	Расширенная правосторонняя Гемигепатэктомия	Без рецидива и метастазов

После 4 родственных трансплантаций фрагментов печени рецидив основного заболевания диагностирован у 2 больных; причем один ребенок умер на 9-м месяце посттрансплантационного периода. Еще у одного ребенка через 6 месяцев после хирургического вмешательства диагностировано метастатическое поражение легких. Таким образом 1-летняя выживаемость составила 75%; у 2 больных не выявлено проявлений заболевания на третьем году наблюдения. После анатомических резекций печени все 4 пациента наблюдаются без проявлений заболевания; 1- и 3-летняя выживаемость составила 75 и 50%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Операцией выбора у больных гепатобластомами является анатомическая резекция печени в сочетании с неoadьювантной и адьювантной ПХТ. В сравнении с этим, ортотопическая трансплантация печени с неотъемлемой иммуносупрессивной терапией выглядит прогностически менее благоприятной, так как в условиях медикаментозно редуцированного иммунного статуса возникает высокий риск прогрессирования опухолевого процесса.



Дискуссия.

Фиксированные выступления в прениях

Комбинированное лечение детей, страдающих гепатобластомой

Керимов П. А., Лебедев В.И., Казанцев А. П., Рубанский В.А., Капкова О.А. Поляков В.Г.
(НИИ ДОГ РОНЦ)

Первичные опухоли печени детей являются относительно редкой патологией (до 4% новообразований детского возраста), характеризуются медленным ростом и отсутствием субъективных жалоб; 70% больных поступают в специализированные клиники с распространенными опухолями. Современные возможности лечения детей, страдающих гепатобластомой, предусматривают комбинированное лечение с проведением как неоадьювантной, так и адьювантной химиотерапии в сочетании с выполнением резекции печени различного объема.

В НИИ ДОГ РОНЦ с 1999 по 2009 гг. оперированы по поводу гепатобластомы 110 детей в возрасте от 1 мес до 15 лет. Их них 102 больным высокого риска (при III-IV стадии) проводилась системная химиотерапия карбоплатином (100 мг/м^2 с 1-го по 5-й дни), доксорубицином (30 мг/м^2 в 1-й и 2-й дни), цисплатином (40 мг/м^2 в 15-й и 16-й дни). Остальным 8 больным стандартного риска (при I-II стадии) проводилась монокимиотерапия препаратом цисплатин (40 мг/м^2 в 1-й и 2-й дни).

Полный и частичный эффекты отмечены в 19,0 и 72,0% случаев соответственно; суммарный эффект составил 91%. Применение неоадьювантной полихимиотерапии способствовало существенному сокращению размеров опухоли и позволило выполнить в последующем адекватное хирургическое вмешательство всем 110 пациентам.

В послеоперационном периоде всем больным назначалось 2-4 курса адьювантной полихимиотерапии, в зависимости от стадии заболевания и выраженности лечебного патоморфоза.

Комбинированное лечение позволило более чем в 2 раза увеличить общую и безрецидивную выживаемость. Общая 5 летняя выживаемость составила 96%, безрецидивная – 90%.

Полихимиотерапия целесообразна как в неоадьювантном, так и в адьювантном режиме; она способствует максимальному уменьшению опухоли, возможности выполнения радикальной операции.

Лапароскопическая резекция печени при гепатобластоме у детей

Волобуев А.В., Рябов А.Б., Комаров И.Г., Керимов П.А., Рыбакова Д.В.

(НИИ ДОГ РОНЦ)

С июля 2008 г. в НИИ ДОИГ РОНЦ выполнено 13 лапароскопических операций на печени по поводу гепатобластомы: 5 правосторонних гемигепатэктомий и 8 бисегментэктомий (с резекцией II-III (5 операций); II-III-IV (2 операции) и IV-V сегментов печени).

Продолжительность оперативного вмешательства составляла 150-440 минут после гемигепатэктомии и 90-120 – после бисегментэктомии; кровопотеря – 150-400 и 60-80 мл соответственно. Послеоперационное обезболивание обеспечивалось постоянной эпидуральной инфузией 1%-ного лидокаина. Количество отделяемого по дренажам не превышало 80 мл в сутки. Больные переводились в отделение на II сутки, дренажи удалялись на II-III, активизация достигалась на I-III сутки.

Время наблюдения составило от 6 до 22 месяцев. В одном случае, при изначальном мультифокальном поражении печени, диагностировано прогрессирование процесса – метастазы в оставшуюся долю и забрюшинные лимфоузлы.

Представляют интерес данные о первой выполненной в России, в декабре 2009 г., анатомической правосторонней гемигепатэктомии с лимфодиссекцией у девочки 10 лет.

Гепатобластома правой доли печени выявлена в сентябре. По данным УЗИ и КТ-ангиографии опухоль размерами $6,1 \times 7,0 \times 9,0$ см, занимала V-VII сегменты печени. АФП = $12,475 \text{ МЕ/мл}$. Проведено 2 курса неоадьювантной химиотерапии карбоплатином, доксорубицином, цисплатином. Уменьшения размеров опухоли не отмечено. Выявлено снижение АФП до 215 МЕ/мл .

Положение больной на операционном столе – лежа на спине. Установлены 5 портов: 10 мм – параумбиликально, 12 мм – в правой подвздошной области, 5 мм – в правом подреберье по средней подмышечной линии, 10 мм – в левом подреберье, 10 мм – по ЛЕВОЙ (???) среднелючичной линии на уровне пупка. При ревизии подтверждено наличие опухоли (размером $8,0 \times 8,0 \times 10,0$ см) в V-VII сегментах. С помощью ультразвукового скальпеля рассечены правая треугольная, серповидная и венечная связки. Выделен, клипирован и пересечен пузырный проток. Выделена пузырная артерия. Выполнена лимфодиссекция гепатодуоденальной зоны от уровня чревного ствола. Выделена общая печеночная артерия и прослежены ее правая и левая ветви. Правая печеночная артерия клипирована и пересечена (2 клипсы на остающуюся, 1 – на уходящую части). Далее выделены воротная вена, прослежены ее правая и левая ветви. Правая ветвь клипирована и пересечена (2 клипсы на остающуюся, 1 – на уходящую части). Выделена правая печеночная вена в области кавальных ворот печени, намечена линия резекции паренхимы по зоне демаркации. Холецистэктомия. При помощи 5 мм и 10 мм эндоскопического инструмента «LIGA SURE» осуществлена коагуляция коротких печеночных вен и рассечена паренхима печени. На правую печеночную вену наложен эндоскопический сшивающий аппарат «ENDO GIA 30». Выполнена правосторонняя гемигепатэктомия. Гемостаз аргоноплазменной коагуляцией. Препарат погружен в контейнер и извлечен через лапаротомный разрез в правой подвздошной области длиной 6 см. Кровопотеря составила 400 мл, время операции – 440 минут.

Видеохирургические операции большого объема на печени у детей имеет значительные перспективы в клиниках, где имеется достаточный опыт подобных оперативных вмешательств, выполнявшихся «открытым» способом.



ПРОВОЗВЕСТНИК

ЗАСЕДАНИЕ № 569 Состоится в четверг, 10 июня 2010 г., в РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

Заседание традиционно посвящается памяти проф. Б.Е.Петерсона

Повестка дня: **ВИДЕО-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНОЙ ОНКОЛОГИИ.** Заявлен доклад (с демонстрацией видеопленки): ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ РАКА ЖЕЛУДКА. Стилиди И.С., Меликов С.А. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина).

ЗАСЕДАНИЕ № 570 Состоится в четверг, 9-16 сентября 2010 г., в РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

Повестка дня: **ЮБИЛЕЙ МОСКОВСКОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №62**

50-летний юбилей будет отмечен докладом Главного врача Онкологической больницы №62 – проф. А.Н.Махсона, с соавт. о достижениях одного из ведущих учреждений Московского практического здравоохранения. Заседание будет успешно дополнено обсуждением **ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ВОПРОСОВ ОНКОЛОГИИ** с представлением ранее анонсированных докладов проф. В.В. Старинского, с соавт. (МНИОИ им. П.А.Герцена) и проф. В.Ю. Сельчука с соавт. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина) о статистике онкологических заболеваний, организации и совершенствовании онкологической помощи.

В сентябре предполагается также совместное заседание онкологического и терапевтического обществ.

Повестка дня: **ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИБС.** Шестопалова И.М. с соавт. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина).

В 2002-2008 гг. в РОНЦ по поводу сочетанной кардиологической и опухолевой патологии проведено обследование и лечение 500 больных. Анализируемые случаи характеризовались выраженностью ИБС (частота III-IV ФК ИБС – 22,3%; ХСН – 17,8%), значительной распространенностью опухолей (частота III-IV стадий 51,2%). Терапевтическая подготовка лишь в 11,8% случаев ограничилась стандартной терапией, а в остальных была дополнена лечением осложнений ИБС и коморбидных состояний. Операции выполнены по поводу рака легкого (239), легочных метастазов (27), рака желудка (108), пищевода (79), толстой кишки (47). Радикальное хирургическое и адекватное терапевтическое лечение сочетанной патологии позволяют своевременно выявлять до 40% случаев бессимптомной ИБС, снизить до 5,8% непосредственную летальность, добиться 64,8-75,7% 1-летней (общей) выживаемости.

VI СЪЕЗД ОНКОЛОГОВ И РАДИОЛОГОВ СТРАН СНГ

Г. Душанбе, 1-4 октября 2010 г.

www.oncocenter.tj

oncology_6@mail.ru; firuzik49@mail.ru; rsulsnaky@mail.ru

В тематике Съезда: Эпидемиология опухолей. Организация онкологической помощи и профилактика рака. Канцерогенез и прогрессия опухолей. Патоморфология и клиническая цитологическая диагностика опухолей. Иммунология опухолей. Диагностика злокачественных новообразований. Опухоли головы и шеи. Рак легкого и опухоли средостения. Рак молочной железы. Опухоли органов желудочно-кишечного тракта. Злокачественные опухоли кожи, мягких тканей, костей. Онкоурология. Онкогинекология. Забрюшинные новообразования. Гемобласты. Опухоли нервной системы. Детская онкология. Проблемы анестезии и интенсивной терапии в онкологии. Химиотерапия злокачественных новообразований. Лучевая терапия и радиохимирургия. Восстановительное лечение, реабилитация и проблемы качества жизни. Подготовка студентов и врачей по онкологии.

«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.

Выссылается 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 71 728 30000	Председатель Общества	проф. Александр Ильич ПАЧЕС. Москва, 115478, Каширское шоссе 24 (т. /+7 495/ 324-1970)
	Главный редактор	Сергей Михайлович ВОЛКОВ (т./+7 495/ 324-2640; 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. /+7 495/324-11-55
НАПЕЧАТАНО В ОТДЕЛЕ МНОЖИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ РОНЦ им. Н.Н.БЛОХИНА Май 2010. Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 11.05.2010; Заказ 448		