

Протокол 500-го юбилейного заседания общества онкологов, посвященного теме «Гормонозависимые опухоли — особенности патогенеза и терапии» от 12 мая 2014 года

*Председатель чл.-корр. РАМН проф. В.Ф. Семиглазов
Секретарь к.м.н. Е.В. Цырлина*

А.М.Беляев. Вступительное слово.

Приветствует собравшихся от имени Института онкологии им. Н.Н.Петрова, который в свое время выступал учредителем Общества онкологов и был основной его движущей силой. Институт носит имя Н.Н. Петрова — основоположника отечественной онкологии, создателя отечественной онкологической службы и основателя общества онкологов Ленинграда и Ленинградской области. В декабре исполняется 60 лет сообществу профессионалов-онкологов, которые ставили перед собой задачи научной разработки вопросов теории и практики, содействия повышению квалификации онкологов, научно-методической помощи органам здравоохранения по внедрению новых лечебных технологий, пропаганды достижений медицинской науки в области онкологии.

Аналогичные задачи ставили перед собой и создатели Института с самого его возникновения в 1927 году. Общество стало дополнительным инструментом для их выполнения. Полвека назад авторитет Ленинградского общества онкологов и интерес к его заседаниям были очень высоки. Институт онкологии, общество онкологов, объединяющее онкологов-специалистов Ленинграда и области, журнал «Вопросы онкологии» — все эти важные позиции позволили успешно развиваться и занимать лидирующие позиции в стране онкологической службе города и Северо-Западного региона РФ.

Сейчас обстановка в области онкологической службы существенно изменилась. Если 50 лет назад Институт онкологии имел более совершенную техническую базу, отличающуюся от других онкологических учреждений, то сегодня в городе имеются крупные городские и федеральные онкологические центры, в том числе два специализированных института, прекрасно оснащенные, обладающие самыми современными технологиями, позволяющими проводить полноценное лечение злокачественных опухолей. Существуют также многопрофильные городские лечебные учреждения, которые могут конкурировать в области лечебных методов, быть учебными базами, заниматься научной разработкой вопросов лечения и диагностики онкологических заболеваний. Новые технологии позволяют, не выходя из дома, получать исчерпывающую научную и образовательную информацию.

Все это требует найти такое место профессиональному сообществу, которое не стало бы лишь данью нашему прошлому, а могло бы успешно решать современные задачи, стоящие перед онкологами. Важно, чтобы молодые сотрудники участвовали в работе общества. За последние 60 лет много что изменилось — государство уже другое и законы, в рамках которых мы работаем, тоже иные. Изменились положения «об общественных организациях» — это ФЗ 82 от 1995 года, предыдущий был от 1990 года с поправками разного рода. Наш действующий устав, на котором имеются пометки секретаря общества С.А.Холдина, устарел, и Общество по современным юридическим документам — это не «общество», а «движение», потому как нет всех атрибутов общества. Все это показывает, что в соответствии с объективной реальностью настоящего времени назрела реорганизация деятельности общества онкологов.

Несколько месяцев учредители общества, ученые Института, занимаются работой по его реорганизации. Переписан Устав Общества с сохранением преемственности в отношении задач, которые ставили перед собой наши учителя, но который учитывает и современные юридические требования, предъявляемые к общественным организациям. В ближайшее время новый Устав будет передан в Минюст на перерегистрацию. Идет работа над будущим форматом заседаний, они должны быть продуктивны, интересны и охватывать широкую аудиторию. Планируется привлечение новых информационных технологий для развития и расширения образовательной деятельности.

Е.В.Цырлина «История общества онкологов Санкт-Петербурга» (ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава России)

60 лет назад в 1953 г было организовано Общество онкологов Ленинграда и Ленинградской области. Создание его было инициировано Ученым Советом МЗ СССР и осуществлено ведущими онкологами нашего города. Первым председателем общества был академик АМН СССР Н.Н.Петров, первым ученым секретарем профессор С.А.Холдин. Тогда же был написан и утвержден Устав общества, который не менялся до настоящего времени. Изменение жизни в стране повлекло за собой и изменение характера работы общества онкологов. В последние годы оно утратило юридические и административные функции, но продолжало быть местом, где обсуждались актуальные вопросы экспериментальной и клинической онкологии. Были сделаны попытки выйти за рамки только онкологической аудитории, в связи с чем проводились заседания совместно с Ассоциацией акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области и Хирургическим обществом Н.И. Пирогова. Подробные протоколы выступлений и научных дискуссий публиковались в журнале «Вопросы онкологии». На 500-ом юбилейном заседании общества проф. А.М.Беляев довел до сведения собравшихся, что принято решение переработать Устав Общества онкологов с преемственностью в отношении тех задач, которые ставились раньше, но которые должны отвечать современным юридическим требованиям к общественным организациям. Предполагается также привлечь новые информационные технологии, изменить формат заседаний, чтобы они были продуктивны, интересны и охватывали широкую аудиторию.

Л.М.Берштейн (ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава России) «Механизмы гормон-опосредованного канцерогенеза и резистентности к эндокринотерапии: рак молочной и предстательной железы»

Рак молочной (РМЖ) и предстательной желез (РПЖ) характеризуются достаточно высокой (хотя и не во всех странах в одинаковой степени нарастающей) частотой и — в силу этого — выраженной медицинской и социальной значимостью. Типичные ключевые слова, на протяжении десятилетий «сопровождающие» эти заболевания (соответственно, эстрогены и андрогены), сохраняют свое значение, хотя с годами отношение к ним как к инициаторам

и/или промоторам гормонального канцерогенеза заметно менялось. В случае РМЖ эстрогены приобрели новое звучание после того, как было доказано, что их проканцерогенная роль реализуется не только на основе пролиферативного, но и генотоксического (после превращения в особые метаболиты) эффекта. Сохраняет важность то обстоятельство, что эстрогемия (как и тестостеронемия) в области четвертого квартиля нормальных значений — важный фактор риска заболевания и что в менопаузе содержание эстрогенов в ткани молочной железы, в противоположность их концентрации в крови, не снижается. Комбинация эстрогенов с прогестинами — более мощный фактор индукции РМЖ, чем «чистые» эстрогены. У лиц, болеющих РПЖ, уровень тестостерона в крови не выше, чем у здоровых мужчин. Однако, значение придается метаболической активации этого гормона (его конверсии в дигидротестостерон) непосредственно в простате, а также проканцерогенной роли комбинации тестостерона с эстрогенами и локальному образованию последних, катализируемому ароматазой. Существенно, что эстрогены (значение которых при РПЖ, равно как и андрогенов при РМЖ, ранее недооценивалось) могут применительно к гормональному канцерогенезу в предстательной железе участвовать в т.н. «краевых эффектах», оказывая влияние на стволовые клетки на самых ранних этапах онтогенеза (включая неонатальный период), с одной стороны, и демонстрируя относительное превосходство над содержанием андрогенов в циркуляции у пожилых людей, с другой. К числу совпадающих моментов в эндокринотерапии двух заболеваний относится, в первую очередь, тот факт, что рано или поздно ее эффективность снижается и превращается в свою противоположность, а также то, что механизмы резистентности и при РМЖ, и при РПЖ базируются на принципе той или иной модификации стероидного сигналинга и усиления относительной роли пептидных сигнальных систем, реализующегося через подключение ростовых факторов, разнообразных киназ (включая МАПК и PI3K), а также HER-2/neu, mTOR и т.д. С учетом того обстоятельства, что резистентность к эндокринотерапии делится на два основных варианта (выявляемую *de novo* и приобретенную) и того факта, что свойства ряда средств эндокринотерапии РМЖ и РПЖ демонстрируют переход от антагонистических (по отношению к опухолевой ткани) к агонистическим, обоснованно происходит процесс обогащения терапевтического репертуара препаратами, способными воздействовать на пептидный сигналинг (например, ингибиторы PI3K), учитывать особенности стероидогенеза (абиратерон) и механизм передачи сигнала через стероидные рецепторы (энзалутамид, деносумаб) и изменять свойства стволовых клеток молочной и предстательной железы и окружающей опухолевые клетки стромы. Существенно, что ряд упомянутых средств рекомендуется применять с означенными целями и при РМЖ, и при РПЖ (достаточно назвать, в частности, ингибитор CYP17 абиратерон или деносумаб — модулятор RANKL, т.е. регулятора функции и костной ткани, и рецепторов прогестерона), что является лишь одним из свидетельств сходства этих двух заболеваний. К числу подобных свидетельств можно отнести и вовлечение в процесс формирования предрасположенности как к РМЖ (прежде всего, в менопаузе), так и к РПЖ некоторых важных «нестероидных» процессов, таких как инсулинорезистентность, ожирение, метаболический синдром, хотя связи этих заболеваний с диабетом, как полагают, разнятся. Отличает между собой РМЖ и РПЖ и тот факт, что если в первом случае формирование представлений о существовании отдельных молекулярно-биологических подтипов опухоли уже давно «набрало обороты» и постепенно придается все большее значение изучению эндокринной составляющей этой классификации, при РПЖ такой подход — дело, возможно недалекого, будущего. В целом, можно заключить, что установ-

ление, как сходства, так и различий между механизмами гормонального канцерогенеза и резистентности к гормонотерапии двух ведущих онкологических заболеваний гормонозависимых тканей, является убедительным свидетельством и достижением, и необходимости продолжения исследований в этой, несомненно, важной области онкологии.

Ответы на вопросы.

Показано, что прием тамоксифена может предупредить развитие опухолей молочной железы. Как может проводиться профилактика рака предстательной железы, не совсем ясно, так как, например, финастерид оказался «палкой о двух концах». Ингибиторы ароматазы снижают уровень эстрадиола, но пока данные о их превентивном влиянии на развитие РМЖ отрывочны. Возможно, дело в том, что ингибиторы ароматазы невозможно использовать в достаточно молодом возрасте.

В.Ф.Семиглазов (ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава России) «Патогенетические подходы к местному и системному лечению рака молочной железы».

12-я Международная конференция по раку молочной железы (РМЖ) в St.Gallen (2011) приняла новый подход к планированию терапии этого заболевания, основанный на распознавании биологических подтипов РМЖ (Goldhirsch et al., 2011). Анализ профилей генной экспрессии позволил идентифицировать несколько фундаментально отличающихся подтипов РМЖ (Pegou, 2000). Поскольку технологически не всегда осуществимо получение информации о генной экспрессии, Cheang (2009) предложил упрощенную гистохимическую классификацию, адаптированную как «полезная альтернатива» генной классификации. Подтипы РМЖ, определяемые по клинко-патоморфологическим критериям похожи, но не тождественны молекулярно-генетическим подтипам, и, скорее, представляют «подходящее приближение» к биологическому оригиналу. Этот подход основан на иммуногистохимическом определении рецепторов эстрогенов (РЭ) и прогестерона (РП), сверхэкспрессии HER2 и маркера клеточной пролиферации Ki-67. В пределах предложенной классификации индекс Ki-67 особенно важен в разделении «Люминального А» и «Люминального В» (HER2-негативного) подтипов. Если надежная и достоверная оценка индекса Ki-67 недоступна, в качестве альтернативы оценки пролиферации может быть использована оценка гистологической степени злокачественности. Панель поддержала клинко-морфологическое определение РЭ, РП, HER2, Ki-67 как важнейших признаков для определения подтипов РМЖ, но не поддержала включение тестов на цитокератины 5/6 или EGFR/HER1 для установления «базально-подобных» опухолей.

Одобрены клинко-патоморфологические критерии рассматриваются как подходящая, хотя и временная альтернатива «формальному» субтипированию. Подчеркивается, что клинко-морфологические маркеры, описанные выше, обычно достаточны для практических рекомендаций и планирования лечения РМЖ.

В конечный анализ было включено 1188 больных РМЖ I-II стадий (T1-3N0M0 — 54,5%, T1-2N1M0 — 45,5%). После разделения на биологические подтипы больные распределились следующим образом: Люминальный-А — 461 (38,8%), Люминальный-В (HER2-негативный) — 275 (23,1%). Люминальный-В (HER2-позитивный) — 137 (11,5%) HER2-сверхэкспрессирующий (не-люминальный РМЖ) — 90 (7,6%) трижды-негативный — 225 (19%). Среди 1188 больных, включенных в исследование, местно-регионарные рецидивы были выявлены у 22 больных. При люминальном-А подтипе местно-регионарные опухоли выявлены у 3 больных из 461 (0,6%), при люминальном-В HER2-положительном у 3 из 275 больных

(1%), при люминальном-В HER2-сверхэкспрессирующем у 4 из 137 больных (2.9%), при трижды-негативном у 7 из 225 больных (3.1%). Максимальная частота местно-регионарного рецидивирования наблюдалась при HER2-сверхэкспрессирующем РМЖ и составила 5% (5 из 91 больных). Таким образом, при трижды-негативном, HER2-сверхэкспрессирующем и люминальном-В (HER2-положительном) подтипах риск местно-регионарного рецидивирования является наиболее высоким как после выполнения органосохраняющей операции, так и после мастэктомии. Местные рецидивы при люминальном-А подтипе после выполнения мастэктомии не были зарегистрированы, после органосохраняющей операции отмечены в 1,8% больных. При люминальном-В (HER2-отрицательном) РМЖ частота местно-регионарных рецидивов составила 0,4% и 3,1% после выполнения мастэктомии и органосохраняющей операции, соответственно. Способность к отдаленному метастазированию является одним из важных признаков биологического подтипа РМЖ, определяя в конечном итоге выживаемость больных. Всего из 1188 больных отдаленные метастазы в различные органы были выявлены у 139 больных. При люминальном-А РМЖ отдаленные метастазы были выявлены у 23 больных из 461, в группе люминального-В РМЖ у 39 из 275 больных. Таким образом, относительный риск (RR) развития отдаленных метастазов для люминального-В HER2-отрицательного подтипа по сравнению с люминальным-А равнялся $RR=2,8$ [$p<0,005$]. При люминальном-В (HER2+) отдаленные метастазы были выявлены у 20 из 137 больных, при HER2-сверхэкспрессирующем у 21 из 90 больных, при трижды-негативном у 36 из 225 больных. Таким образом, значение относительного риска для люминального-В HER2-положительного РМЖ составило $RR=2,95$ ($p<0,005$), трижды-негативного $RR=3,26$ ($p<0,005$) и достигало $RR=4,7$ ($p<0,005$) для сверхэкспрессирующего (не-люминального РМЖ). Подтверждено, что определение ИГХ подтипов РМЖ эффективно в индивидуальном прогнозировании заболевания. Наиболее благоприятный прогноз и высокие показатели выживаемости оказались при люминальном-А подтипе и чуть хуже при люминальном-В (HER2-отрицательном). Агрессивное течение заболевания с быстрым развитием висцеральных метастазов и поражением головного мозга наблюдается при HER2-сверхэкспрессирующем и трижды-негативном РМЖ.

В настоящее время отсутствуют данные крупных клинических испытаний III фазы о роли подтипов как предсказывающего инструмента пользы химиотерапии. Оценки генной экспрессии (gene expression arrays) воспроизводимы и могут быть выражены количественно, но их стоимость ограничивает широкое применение. Получение приблизительных результатов, близких к оценке генной экспрессии в настоящее время возможно, используя фиксированный в парафине материал опухоли с последующим иммуногистохимическим окрашиванием.

Ответы на вопросы.

Применение органосохраняющих операций связано с тем, что в последнее время опухоли выявляются на более ранних стадиях. Абсолютное число больных во всем мире очень велико. Ценность неoadъювантного лечения состоит в том, что больные переводятся в более ранние стадии, что позволяет делать органосохраняющую операцию. Важно сочетание этих операций с лучевой терапией, так как в 30% случаев речь идет о мультицентрических опухолях.

И.В.Берлев, Урманчеева А.Ф., Микая Н.А., Некрасова Е.А., Сапаров А.Б. (ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава России) «Лапароскопическая

пангистерэктомия с тазовой лимфодиссекцией при раке тела матки у больных с ожирением»

Хирургический метод является основным в лечении рака эндометрия (РЭ). Местно-локализованный РЭ диагностируется у 75%-80% больных. Стандартным объемом хирургического лечения при I клинической стадии является выполнение пангистерэктомии с возможной тазовой лимфодиссекцией. В настоящее время широко обсуждаются уровни удаления лимфатических узлов. Показанием к тазовой лимфодиссекции являются группы опухолей эндометрия с высоким и промежуточным риском метастазирования, а именно неэндометриоидные и низкодифференцированные эндометриоидные гистотипы при любой глубине инвазии в миометрий, а также умеренно- и высокодифференцированные эндометриоидные опухоли с инвазией более половины миометрия (IA/B G3, IB G1/2).

В тоже время ряд коморбидных состояний у больных РЭ (сердечно-сосудистые заболевания, патология органов дыхательной системы, ожирение) ограничивают возможность выполнения тазовой лимфаденэктомии.

Ожирение является одним из факторов риска развития РЭ. У женщин с ожирением ($ИМТ \geq 30 < 40$ кг/м²) РЭ встречается в 2,5 раза чаще, а у пациенток с морбидным ожирением ($ИМТ \geq 40$ кг/м²) — в 6,3 раза. При этом 70% пациенток с РЭ имеют избыточную массу тела, а более чем половина больных страдают от ожирения. Приблизительно 50% больных РЭ имеют сопутствующие заболевания, такие как сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром и др. Эти пациентки подвержены повышенному анестезиологическому и хирургическому риску. Использование лапаротомного доступа до 60 % случаев обуславливает развитие послеоперационных осложнений. При этом у 38-40% больных послеоперационное течение осложняется развитием инфекционно-воспалительных процессов со стороны послеоперационной раны. В связи с этим, выбор доступа хирургического вмешательства имеет важное значение у пациенток с ожирением.

Внедрение эндовидеохирургии в лечение онкологических заболеваний позволило минимизировать интраоперационную кровопотерю, риск развития интра- и послеоперационных осложнений, улучшить показатели качества жизни. В настоящее время применение лапароскопии в лечении РЭ становится методом выбора. При этом использование данной методики характеризуется радикальностью и не ухудшает отдаленные результаты лечения РЭ.

За период с 2010 по 2014 год в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова проанализированы результаты лечения РЭ у 61 пациентки. Все больные разделены на 2 группы: первую составили 26 больных, у которых лечение проведено лапароскопическим доступом. Вторую группу составили 35 пациенток, прооперированных лапаротомным доступом.

Для проведения лапароскопических операций использовали эндовидеохирургический комплекс с визуализацией высокого разрешения. Техника выполнения лапароскопической гистерэктомии включала коагуляцию и пересечение круглых связок, переднего листка широкой связки матки. Важным этапом являлась диссекция и фенестрация заднего листка широкой связки матки. Этот методический прием обеспечивал профилактику повреждения мочеточников при мобилизации воронко-тазовых, крестцово-маточных и кардинальных связок. Затем производилось рассечение пузырно-маточной складки и диссекция пузырно-влагалищного пространства. После этого выполнялись коагуляция и пересечение маточных сосудов. После круговой кольпотомии матка и тазовые лимфатические узлы извлекались из брюшной полости через влагалище. Кольпотомическую рану ушивали монофиламентным рассасывающимся материалом с использованием техники экстракорпорального шва. Следует отметить, что у 73,2% перенесших хирургическое лечение открытым

доступом, наблюдалось осложненное течение послеоперационного периода. В каждом втором случае у пациенток второй группы послеоперационный период сопровождался развитием анемии, у 26% пациенток длительной (более 3 суток) гипертермией. После лапаротомии в 9 раз чаще имели место инфекционно-воспалительные осложнения со стороны послеоперационной раны, и у 2-х пациенток развилась эвентрация. В одном случае эвентрация осложнилась развитием перитонита с летальным исходом. Тромбоэмболии ветвей лёгочной артерии имели место у 3 пациенток только лапаротомной группы. В одном случае тромбоэмболия ветвей легочной артерии привела к летальному исходу.

Выводы. Ожирение не оказывает существенного влияния на выполнимость лапароскопической пангистерэктомии с тазовой лимфодиссекцией у пациенток с местнораспространённым РЭ. У больных с ожирением лапароскопическая пангистерэктомия в сочетании с тазовой лимфодиссекцией является радикальной в сравнении с традиционной методикой. Использование эндовидеохирургического доступа позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений и способствует ускорению реабилитационного периода у этих пациенток.

Ответы на вопросы.

В отделении онкогинекологии НИИ онкологии 70% операций могут быть выполнены лапароскопически. Несмотря на преимущества лапароскопического метода, его применение в других клиниках ограничивается отсутствием оборудования и определенным консерватизмом, присутствующим некоторым хирургам. Лапароскопический метод позволяет по новому посмотреть на хирургию малого таза. При минимальных раках может применяться гистероскопическое удаление опухоли.

А.Е.Михнин (ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава России) **«Рак щитовидной железы и доказательная медицина: спорные вопросы лечебной тактики».**

Цель сообщения — оценка уровня доказательности исследований, лежащих в основе выбора основных тактических решений при лечении рака щитовидной железы (РЩЖ). Гемитиреоидэктомия. В основе американских стандартов лечения NCCN National Comprehensive Cancer Network, 2013 лежит многоцентровой отчет, основанный на анализе 53836 случаев РЩЖ и обладающий наивысшим уровнем доказательности. Гемитиреоидэктомия может выполняться при дифференцированном РЩЖ T1aN0M0 благоприятных гистологических подтипов у больных 15-45 лет, не имевших облучения в анамнезе, и в этом случае обеспечивает одинаковую с тиреоидэктомией 10- и 20-летнюю скорректированную выживаемость. Профилактическая центральная лимфатическая диссекция (VI уровня). При дифференцированном РЩЖ влияние центральной лимфодиссекции на выживаемость не доказано. Возможная польза в виде снижения частоты регионарных рецидивов долж-

на быть сбалансирована оценкой риска гипопаратиреоза. При медуллярном РЩЖ доказано значимое снижение частоты регионарных рецидивов при выполнении центральной лимфодиссекции. Влияние этой процедуры на 5-летнюю выживаемость не достоверно. Радиойодтерапия. Рекомендуются при T3-4 (первичная опухоль >4 см, большое распространение за пределы капсулы железы и/или обширная инвазия сосудов), выявленных или подозреваемых отдаленных метастазах. Не рекомендуется: при папиллярных карциномах T1b/T2 (1-4 см) при N0N1aM0, если послеоперационный уровень Tg < 1ng/mL при отсутствии антител к Tg (T1aN0M0); при фолликулярных или Гюртлеклеточных карциномах T1N0M0 (<2 см) Tg < 1ng/mL. Выборочно рекомендуется: при метастазах в шейных л/у (N1), наличии индивидуальных клинических факторов риска (инвазия сосудов, мультифокальность, неблагоприятные гистологические варианты и др.). В настоящее время для уточнения показаний к радиойодтерапии у больных РЩЖ в группах среднего и низкого риска в Великобритании проводится многоцентровое рандомизированное исследование II/III фазы. Супрессивная гормонотерапия. Эффективность доказана в многоцентровом исследовании, охватывающем 37440 больных и продемонстрировавшем почти 15% разницу в 10-летней выживаемости у больных, получавших и не получавших супрессивную гормонотерапию. Дискуссионным остается вопрос о необходимом уровне снижения ТТГ у пациентов в группах среднего и низкого риска.

Ответы на вопросы

Необходим индивидуальный подход в решении вопроса об объеме операции — гемитиреоидэктомия или экстирпация щитовидной железы. Учитывается стадия, а также было ли в анамнезе облучение щитовидной железы. Инвазия капсулы и сосудов оценивается, главным образом, морфологически. УЗИ менее информативно в этом отношении. Радиотерапия может проводиться в Обнинске и в Гомеле, ожидание и там, и там 4-6 месяцев. Оценить эффективность лечения РЩЖ в Санкт-Петербурге трудно, так как 80% больных оперируются не в специализированных стационарах.

Прения

С.В.Канаев Вопрос радиойодтерапии трудный. Существуют 5 вариантов терапии радиоактивным йодом. У нас такой возможности нет.

А.С.Барчук В Северо-Западном окружном медицинском центре пытались организовать йодотерапию, но СЭС не дает разрешения. Отсутствие в Петербурге этого вида терапии — позор.

В.Ф. Семиглазов (председатель) Прошло 500 заседаний общества онкологов, которые сыграли важную роль в пропаганде достижений в области клинической и экспериментальной онкологии. Конечно, сегодня нужны новые формы проведения заседаний. Общество должно занять свое место в городе, иметь возможность влиять на организацию городской онкологической службы.