

ПРОТОКОЛ 487 ЗАСЕДАНИЯ НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ОНКОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ от 26 ЯНВАРЯ 2012 г.

Председатель—проф. А.С.Барчук
Секретарь—канд. мед. наук Е.В. Цырлина

ДОКЛАДЫ

С.Ф. Басос, С.Б. Шейко, С.М. Маркин (Санкт-Петербургская клиническая больница РАН). Опыт лапароскопических вмешательств при опухолевых поражениях органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Достижения лапароскопической хирургии последних десятилетий существенно снизили травматичность операционных доступов и расширили перечень показаний к их применению. Значительные успехи, достигнутые при лапароскопической холецистэктомии, привели к попыткам распространения этого доступа на другие абдоминальные операции, в том числе—вмешательства у онкологических больных.

На базе хирургического отделения больницы РАН в период с 2008 по 2011 г. выполнено 36 лапароскопических вмешательств по поводу опухолевого поражения органов брюшной полости и забрюшинного пространства, в том числе: 8—гемиколэктомий, 2—передние резекции прямой кишки, 2—резекции сигмовидной кишки, 4—резекции тонкой кишки, 8—адреналэктомий и 12—нефрэктомий.

С целью соблюдения принципа радикальности лапароскопические вмешательства выполнялись при ранних формах рака без признаков распространения и метастазирования (T1N0M0), а также при доброкачественных опухолях различных локализаций. Противопоказанием к выполнению лапароскопических вмешательств являлись urgentные осложнения опухолевого процесса, выраженное ожирение, наличие в анамнезе перенесенных операций, сопровождающихся развитием спаечного процесса. Вмешательства не выполнялись при наличии крупных опухолей, определяющих трудности мобилизации кишки и ее выведение через минилапаротомный разрез.

Диагностические подходы, применявшиеся при обследовании пациентов исследуемой группы, значимо не отличались от общепринятых. Помимо рутинных методов и УЗИ, по показаниям выполнялись эндоскопические исследования, КТ, МРТ.

При выполнении лапароскопических вмешательств у онкологических больных коллектив хирургов встретился с рядом технических сложностей: двухмерным изображением операционного поля, невозможностью пальпации тканей, проблемами с извлечением новообразований крупных размеров, необходимостью приобретения нестандартных навыков работы с видеоэндоскопическим оборудованием. В то же время качественная оптическая визуализация с возможностью увеличения позволяла провести полноценную ревизию органов брюшной полости, а использование биполярной коагуляции—существенно снизили объем средней интраоперационной кровопотери.

Выполнение лапароскопических вмешательств на толстой и тонкой кишке сопровождалось экстракорпоральным наложением анастомозов стандартными общехирургическими инструментами и методиками через минилапаротомный разрез, с использованием его в последующем для извлечения удаленных органов из брюшной полости.

При оценке непосредственных результатов оперативных вмешательств установлено, что в исследуемой группе из 36 пациентов интраоперационных осложнений не на-

блюдалось. В раннем послеоперационном периоде выявлен 1 эпизод нагноения послеоперационной раны (лапароскопическая нефрэктомия). За период с 2008 по 2012 г. у пациентов обследуемой группы не выявлено случаев формирования вентральных, троакарных грыж, не получено данных за возникновение метастазов.

Пациенты обследуемой группы нуждались в значимо меньшей по объему анальгетической терапии, проводимой в стационаре, имели короткие сроки госпитализации и реабилитации.

Представленный нами опыт использования лапароскопических вмешательств при опухолевых поражениях органов брюшной полости и забрюшинного пространства позволяет сделать вывод о значительной эффективности и перспективности методики.

Ответы на вопросы.

Основными критериями отбора пациентов для лапароскопических операций были стадия опухоли, возраст пациентов, отсутствие соматических противопоказаний. Негативный момент—наложение пневмоперитонеума. По нашим данным, отдаленные результаты не отличаются от отдаленных результатов, полученных при лапаротомических операциях. Размеры удаленных опухолей почки -3—6 см.

Прения

А.С. Барчук: Представленное сообщение показывает высокий уровень оперативного вмешательства. Представляется, что эти операции должны бы скорее быть показаны пожилым пациентам с сопутствующей патологией.

2. А.А.Локишина, И.И.Семёнов, В.В.Шукин, Е.А. Туркевич (ФГБУ НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова). Роль компьютерной томографии в визуализации рецидивов забрюшинных липосарком.

Среди злокачественных неорганных забрюшинных опухолей (НЗО) липосаркома встречается наиболее часто. Различают липосаркому: высокодифференцированную, миксоидную, круглоклеточную, плеоморфную, смешанную, неспецифицированную, дедифференцированную. Ряд авторов считают, что не существует патогномичных компьютерно-томографических (КТ) признаков липосаркомы. Другие, напротив, определяют различную КТ семиотику для разных гистологических типов последних.

Высокодифференцированная липосаркома по денситометрическим характеристикам близка к неизменённой жировой клетчатке с большим или меньшим количеством фиброзных структур. Денситометрическая плотность миксоидных липосарком приближается к воде, накопления контраста не отмечается. Для круглоклеточного и плеоморфного гистологических типов характерна так называемая «тканевая» плотность. Могут определяться признаки распада в центре опухоли. Обызвестления крайне редки.

Знание этих особенностей может быть полезным в диагностике первичных липосарком и их рецидивов для планирования адекватного хирургического вмешательства.

Известно, что рецидивирующие опухоли часто имеют более низкую дифференцировку клеток, следовательно, КТ картина их может быть отлична от таковой при выявлении первичных новообразований. Например, в ряде случаев на фоне жировой структуры появляются участки «тканевой» плотности. Рецидивные липосаркомы отличаются не только от первичных. В каждом конкретном случае их денситометрический портрет может быть весьма индивидуален.

Мы хотим представить три случая рецидивов липосарком, сочетающих в себе участки с различной дифференцировкой. Данным пациентам выполнялась компьютерная томография с применением внутривенного контрастного усиления в фазу портальной вены. На дооперационном этапе на серии сканов были маркированы участки патологической ткани. После оперативного вмешательства, в соответствии с описанием КТ, на гистологическое и иммуногистохимическое исследования направлялись кусочки препарата из маркированных областей. Все промаркированные зоны оказались опухолью.

Рецидивы липосарком могут не только быть многоузловыми, но и сочетать в себе участки с различной степенью дифференцировки клеток, что находит объективное отражение при компьютерной томографии. Визуализация низкодифференцированных узлов не вызывает затруднений, однако, участки опухоли, имеющие высокую степень дифференцировки клеток, могут быть пропущены на дооперационном этапе, что в конечном счёте приведёт к укорочению безрецидивного периода. КТ позволяет выявить различия в строении нормальной и «подозрительной на патологическую» забрюшинной клетчатки. В практике оперативного лечения забрюшинных липосарком не существует единого плана или алгоритма, в каждом конкретном случае требуется индивидуальный подход. Знание особенностей строения рецидивов липосарком, а также консолидированная работа с лучевым диагностом поможет оперирующему хирургу спланировать и произвести адекватную операцию, сведя возможность нового рецидива к минимуму.

Ответы на вопросы

О частоте ошибок в неспециализированных стационарах говорить трудно. Внеорганные лимфосаркомы не имеют специфической клиники. Ретроперитонеальные саркомы — редкое заболевание. Существует определенный алгоритм диагностики таких опухолей. С ПЭТ сравнения не проводили. Для определения прогноза важна длительность безрецидивного периода.

Прения

В.В. Щукин: Основанием для данной работы послужила гетерогенность рентгенологической структуры рецидивов забрюшинных новообразований и трудности интерпретации послеоперационных изменений в зоне лечения. Во время интраоперационной ревизии иногда трудно дифференцировать границу липосаркомы и жировую клетчатку. Поэтому важно до операции иметь представление о распространении опухоли и ее взаимоотношении с окружающими тканями. В этом помогает предоперационная КТ зоны поражения. В оценке результатов КТ принимает участие оперирующий хирург. КТ повторяется через 15 дней после операции с тем, чтобы оценить послеоперационные изменения и результаты лечения. Это исследование служит эталоном для последующего наблюдения за пациентом.

И.И. Семенов: Скintiграфия не является в данном случае специфическим методом исследования.

Г.И. Гафтон: «При липосаркомах забрюшинного пространства рецидивы возникают через различные периоды. При повторных рецидивах меняется морфология опухоли. Важны иммуногистохимические исследования, которые позволяют выявить различия между узлами».

А.С. Барчук: Забрюшинные липосаркомы — редкое заболевание. Течение этих опухолей может быть различным. От правильного подхода, как показано в представленном сообщении зависит эффективность лечения. Важно, чтобы с самого начала эти пациенты попадали в онкологические стационары, где может быть спланировано адекватное комбинированное лечение.

А.С. Жабина, С.А. Проценко, В.М. Моисеенко, Е.Н. Имянитов, А.Г. Иевлева (ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова»). Особенности экспрессии предсказательных маркеров у больных различными солидными опухолями.

Лекарственное лечение больных солидными опухолями представляет одну из наиболее сложных проблем. Это связано с отсутствием абсолютных признаков чувствительности и резистентности опухоли к современным противопухолевым препаратам, назначение которых носит эмпирический характер.

Целью настоящего исследования была оценка частоты и распределения экспрессии различных маркеров чувствительности к химиотерапевтическим препаратам (DPD, TP, ERCC1, β -тубулина, PDGFR- α , PDGFR- β , c-kit, msc-1, NY-ESO1, VEGF, COX2, мутации EGFR, k-ras и амплификация Her-2/neu) в опухолевой ткани больных с солидными новообразованиями.

В исследование были включены 1058 больных с различными солидными опухолями, находившихся на обследовании и лечении в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова в период с октября 2004 по март 2009 г. В работу были включены пациенты: 486 (45,9%) — немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ), 262 (24,8%) — колоректальным раком (КРР), 19 (1,8%) — раком шейки матки (РШМ), 55 (5,2%) — раком молочной железы (РМЖ), 35 (3,3%) — раком почки (РП), 15 (1,4%) — плоскоклеточным раком головы и шеи (ПРГШ), 51 (4,8%) — раком желудка (РЖ), 25 (2,4%) — раком яичников (РЯ), 58 (5,5%) — меланомой кожи (МК), 52 (4,9%) — саркомой мягких тканей (СМТ). В опухолевом материале изучаемых опухолей определяли комплекс таких маркеров, как DPD, TP, TS, ERCC-1, COX2, Muc-1, c-kit, β -тубулин, VEGFR, NY-ESO-1, амплификация Her-2/neu, наличие мутаций в гене EGFR, k-ras.

Для большинства больных с различными солидными опухолями отмечена высокая частота маркеров чувствительности к препаратам платины и таксанам [более 60%, кроме СМТ, где ERCC1(-) выявлен в 39,0% случаев]. Около трети пациентов с НМРЛ, КРР, РШМ, РЖ, ПРГШ могут быть чувствительны к ингибиторам COX2. Треть больных НМРЛ, МК и имели молекулярно-генетические признаки чувствительности к фторпиримидинам (30,9%; 39,5%). Среди больных НМРЛ мутация EGFR выявлена в 22,0% случаев и у одного больного РП. Наличие экспрессии белка NY-ESO1 высокого уровня было выявлено у больных НМРЛ (12,5%), МК (20,7%), СМТ (10,0%).

Экспрессия в опухоли ряда предсказательных маркеров коррелирует с гистологическим типом (DPD (-) в 65% при плоскоклеточном раке по сравнению с 45,5% при аденокарциноме легкого, $r=-0,3$; $p=0,045$), полом (DPD (-) у больных НМРЛ в 60,7% у мужчин по сравнению с 32,4% у женщин, $r=0,3$; $p=0,004$ и РГШ в 71,4% у мужчин по сравнению с 14,3% у женщин, $r=0,7$; $p=0,03$; мутация EGFR у больных НМРЛ 22,6% у женщин по сравнению с 10,6% у мужчин, $r=0,3$; $p=0,001$; мутация k-ras у мужчин в 41,9%, у женщин в 18,9%, $r=-0,3$; $p=0,038$) и возрастом (мутация EGFR у больных НМРЛ старше 66 лет встречалась в 24,4%, а у более молодых в 14,1% и 14,2%, $r=0,2$; $p=0,05$; амплификация Her-2/neu у лиц моложе 40 лет в 27,3%, а у более старших в 5,4%; $r=-0,3$; $p=0,019$) больных.

Изучение экспрессии молекулярно-генетических маркеров показало, что «портрет опухоли» у пациентов с солидными опухолями различных локализаций носит неоднородный характер и может зависеть от пола или возраста пациента. Все изученные злокачественные опухоли характеризуются значительной гетерогенностью экспрессии маркеров как между отдельными нозологиями, так и внутри каждой. Характерная экспрессия предсказательных маркеров наблюдается чаще в опухолях, чувствительных к соответствующим цитостатикам, но никогда не выявляется у всех больных (30—88%). Часть опухолей (4—35%) экспресси-

рует предсказательные маркеры для цитостатиков, которые не входят в стандарты их лечения и обычно не используются на практике (30,9% больных НМРЛ и 39,5% меланомой кожи имеют фенотип высокой эффективности фторпиримидинов). Потенциальные мишени таргетной терапии экспрессируются не только опухолями стандартных нозологий (Her-2/neu амплификация у 22,2% РМЖ; мутации EGFR у 22% больных аденокарциномой легкого), но и другими (амплификация Her-2/neu у 8,7% РЖ, 11,1% НМРЛ, 14,3% СМТ; мутации EGFR—3,6% РП). Нам представляется целесообразной клиническая оценка эффективности цитостатиков с учетом экспрессии предсказательных маркеров. Определение уровня экспрессии маркеров чувствительности к терапии или маркеров токсичности до начала терапии может позволить индивидуализировать лечение.

Ответы на вопросы

Исследование проведено на операционном материале и блоках. Маркеры позволяют более точно рекомендовать тот или иной вид химиотерапии. Воспроизводимость методов зависит от технического оснащения лаборатории.

Прения

А.С. Барчук: По современным представлениям, до начала лечения важно определить молекулярно-генетический профиль.

С.А. Проценко: Работа А.С. Жабиной уникальна по количеству обследованных опухолей и исследованных маркеров. Современная таргетная терапия направлена на индивидуальный подбор препаратов—конкретное лекарство конкретному больному. Это альтернатива эмпирического подхода в выборе терапии. Пример—препарат герцептин, который ингибирует рецептор HER2. Этот рецептор активирован в 25% опухолей молочной железы и только у этих пациентов герцептин дает хороший эффект. Герцептин оказался эффективным в терапии не только рака молочной железы, но и, как показало исследование TOGA, опухолей желудка. Другой пример—препарат иресса, который показан больным раком легкого только, если в опухоли имеется мутация гена эпидермального фактора роста. Доля больных с этой мутацией невелика, поэтому важно заранее выделить группу пациентов, где применение иресса будет эффективно.

В.Г. Иванов: Воспроизводимость результатов определяется опытом исследователей.

А.С. Барчук: Работа уникальна. Нужно стремиться, чтобы исследование молекулярно-генетических особенностей опухоли стало бы рутинным.

ПРОТОКОЛ 488 ЗАСЕДАНИЯ НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ОНКОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ от 1 МАРТА 2012 г.

Председатель—чл. корр. РАМН проф. В.Ф. Семиглазов

Секретарь—канд. мед. наук Е.В. Цырлина

ДЕМОНСТРАЦИЯ

А.В. Нохрин, Н.А.Карасева, Э.Я.Дружин, Д.А.Полежаев (СПб ГКОД). Резекция пищевода по Lewis в связи с его стриктурой через 22 года после лучевого лечения рака пищевода.

Отдаленные результаты лечения рака пищевода (РП) неудовлетворительны. Пятилетняя выживаемость после лучевого, хирургического, комбинированного и комплексного лечения не превышает 20 %, а продолжительность жизни пациентов более 10 лет описывается в единичных случаях. В связи с этим мы считаем оправданным представить редкое наблюдение длительного безрецидивного течения РП у больной после лучевой терапии.

Больная Х., 73 года, поступила в клинику ГКОД 31.01.2011 г. с диагнозом: рубцовая стриктура пищевода. Из анамнеза известно, что в 1990 г. у пациентки в НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова был диагностирован плоскоклеточный рак среднегрудного отдела пищевода (гистологические препараты пересмотрены и диагноз подтвержден), больная отказалась от операции и ей была проведена лучевая дистанционная гамма-терапия по расщепленному курсу (СОД—58 Гр). После лучевой терапии у больной сформировалась стриктура пищевода. С 2005 г. дисфагия стала нарастать, что потребовало выполнения регулярных бужирований через каждые 3 мес., к 2010 г. потребовались бужирования через каждые 2 нед. Бесперспективность консервативной терапии заставила больную обратиться за помощью в ГКОД, где 11.02.2011 г. ей была выполнена резекция пищевода по Lewis. При эндоскопическом и рентгенологическом контроле после операции эзофагогастроанастомоз хорошо проходим, диаметр анастомоза около 1,5 см. Привратник не спазмирован. Пассаж бария не нарушен. Гистологическое исследование операционного материала—рубцовая стриктура пищевода, грубоволокнистый постлучевой фиброз, гиалиноз всей толщи ткани пищевода с распространением на окологидроэзофагальную клетчатку, хроническое воспаление с изъязвлением. 04.03.2011 г. больная в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение.

В настоящем сообщении мы хотели показать, что лучевая терапия может давать хороший эффект при лечении РП, а также то, что консервативное лечение постлучевых стриктур пищевода не всегда эффективно и в ряде случаев следует использовать активную хирургическую тактику.

Ответы на вопросы

Стентирование при доброкачественных рубцовых стриктурах пищевода бесперспективно по данным литературы и по нашему собственному опыту, так как существует большая вероятность миграции стента, фрагментирования, прогрессирование дисфагии из-за прорастания рубцовой ткани стента. Гистологическое исследование подтвердило наличие плоскоклеточного рака пищевода.

Прения

А.З. Довгалюк: У пациента действительно был рак пищевода. Лучевая терапия дала хороший результат и затем, как следствие лучевой терапии, развились рубцовые изменения пищевода.

Е.В. Левченко: «Возможно, это был вариант рефлюксной болезни. То, что слизистая оболочка желудка имела сразу за стриктурой, говорит о коротком пищеводе, что могло быть причиной рефлюксной болезни. Мы имеем опыт 9-летнего наблюдения за больным РП. После успешного лечения рака нижнего отдела пищевода возник рак верхнего отдела пищевода. В данном случае это, скорее, не рецидив заболевания, а новая опухоль. Что касается лечения, то, если высок риск рецидива опухоли, нужно использовать лучевую терапию, если риск рецидива невелик, то показано хирургическое лечение».

А.В. Нохрин: В литературе есть данные по сопоставлению хирургического и лучевого методов лечения. Показано, что оба эти методы эффективны в терапии РП.

В.Ф. Семиглазов: Демонстрация очень интересна. Что касается лечения РП, то хочу отметить, что в советское время в Средней Азии применялись главным образом два метода лечения РП—лучевой и химиотерапевтический. Сейчас широко применяют хирургическое лечение и лучевую терапию, и эти методы дают неплохие результаты.

ДОКЛАДЫ

С.В.Канаев, А.М.Щербаков, Е.И.Тюряева, А.А.Аванесян (ФГБУ НИИ онкологии им.Н.Н.Петрова). Консервативное лечение местнораспространенного и неоперабельного рака пищевода: возможности и перспективы.

В работе проанализированы результаты проводимого в институте (1990—2011 гг.) консервативного (эндоскопического и лучевого) лечения местнораспространенного и неоперабельного рака пищевода (РП). Используемая в последнее десятилетие оригинальная методика, объединяющая реканализацию стенозированного опухолью пищевода (аргоноплазменная коагуляция + высокочастотная электрохирургия/ химический некролиз опухоли) с последующей сочетанной лучевой терапией (ЛТ) обеспечивает выраженный клинический ответ у 79,5% больных. У 89,3% больных была сохранена возможность перорального питания. Одногодичная выживаемость составила 68,9% (58,8% при сочетанной лучевой терапии), 2-летняя выживаемость—22,7% и 21,2% соответственно.

Применение сочетанного лучевого воздействия (дистанционное + внутривидеооблучение) обеспечивало повышение локальных очаговых доз до 62—65 Гр без увеличения радиационной нагрузки на смежные органы и ткани. Результатом использования сочетанной ЛТ стало достоверное улучшение показателей местного контроля (частичный и полный регресс в 84,8% случаев), длительности бессобытийного периода (медиана 105 дней) и общей выживаемости (однолетняя скорректированная выживаемость 58,8%, 2-летняя—22,3%).

В ходе многолетнего (2000—2011 г.) лечения пациентов с неоперабельным РП эндоскопическая хирургия применялась у 560 человек (352 мужчин, 208 женщин) в возрасте от 29 до 85 лет (в среднем—64 года). 180 пациентов (32,1%) имели дисфагию II степени, 380 человек (67,9%)—дисфагию III и IV степени. Морфологически у 520 больных (92,9%) верифицирован плоскоклеточный рак, у 40 (7,1%)—аденокарцинома. На эндоскопическом этапе лечения выполнено 2472 сеанса эндоскопической хирургии (от 1 до 11, в среднем 4,4 процедуры у одного больного), в том числе: 1347 (54,5%)—аргоноплазменные коагуляции в самостоятельном варианте, 670 (27,1%)—со-

вместно с химическим некролизом и 455 (18,4%) процедур — в комбинации с высокочастотной электрохирургией. В 132 случаях эндоскопическая деструкция предшествовала сочетанной лучевой терапии (ЭХ+СЛТ). 98 пациентам (22,9%) в последующем были установлены пищеводные стенты. Объективный ответ опухоли на лечение имел место у всех больных, по итогам эндоскопического этапа лечения частота полных местных регрессов опухоли составила 68,2% (292 случая), а частичных эффектов — 31,8% (136 случаев). В ходе динамического наблюдения больных, подвергавшихся только эндохирургическому лечению, период до возобновления местного прогрессирования процесса составил в среднем 43 дня (1,4 мес.).

В целях предупреждения рестеноза пищевода опухолью выполнено в общей сложности 879 сеансов поддерживающей эндоскопической аргонплазменной коагуляции (от 1 до 16, в среднем 4,3 у одного больного). В результате обеспечить более или менее полноценную возможность перорального питания на протяжении всего периода наблюдения удалось у 405 человек (94,6%). К формированию гастростомы пришлось прибегнуть лишь в 4 случаях при генерализации процесса и резком снижении соматического статуса больных. Медиана выживаемости в этой группе составила 8 мес.

Одногодичная скорректированная выживаемость составила 27%, 2-летняя — 9,9%, 3-летняя — 5,6%. При метастатическом РП продолжительность жизни пациентов оказалась вдвое меньше (6 мес.), чем при отсутствии отдаленных метастазов до начала проведения ЭХ опухоли (12 мес.).

С 2008 г. синхронная химиолучевая терапия проведена 16 пациентам в качестве самостоятельного метода лечения местнораспространенного неоперабельного РП. Алгоритм проведения ХЛТ базируется на основе разработанного ранее способа (предварительная эндоскопическая деструкция опухоли, сочетанная лучевая терапия с одновременным назначением комбинации химиопрепаратов).

Имеющиеся предварительные результаты свидетельствуют о хорошей переносимости лечебных схем (токсические реакции III степени наблюдались у 6 пациентов, IV степени — у 1 больного). Полный клинический регресс достигнут у 6 больных. Продолжительность бессобытийного периода составила в среднем 18 мес. (при полном регрессе) и 11,5 мес. при частичном регрессе опухоли.

Полученные данные расширяют представления о роли консервативных методов лечения рака пищевода и позволяют надеяться на повышение эффективности терапии путем оптимизации лучевого и лекарственного компонентов.

Ответы на вопросы

Хирургическое лечение не применяли у больных тяжелых соматически, с отдаленными метастазами, III—IV степенью стеноза. Эндоскопические методы воздействия в таких случаях дают непосредственный эффект и позволяют присоединить лучевую терапию и проводить брахитерапию. Осложнений при эндоскопических вмешательствах не наблюдалось. В случае образования свищей сразу проводили стентирование. В работе представлены больные, которых лечили на протяжении 10 лет.

Прения

А.М. Щербаков: Эндоскопические методы лечения позволяют проводить лечение больных в амбулаторных условиях. Это паллиативный метод, который не дает осложнений, достаточно легко переносится. Болевые ощущения возникают при реканализации рубцовых постлучевых изменений.

А.В. Нохрин: Непосредственный результат этого лечения хороший, но он тяжело переносится больными.

К.Г. Шостка: Необходимо четко сформулировать показания для того или иного метода лечения.

Е.В. Левченко: Альтернативный вариант терапии в этом случае — гастростома, но это лишает больного возможности ощущать вкус пищи. Гастростоме накладывают, если есть противопоказания к лучевому и хирургическому лечению. Реканализацию проводят, как правило, при медленно текущих раках.

Е.В. Левченко, С.В. Канаев, А.М. Щербаков, С.Ю. Дворецкий, Е.И. Тюреева, З.А. Раджабова, А.Е. Карелов, И.В. Комаров, А.А. Аванесян, Е.А. Хохлова (ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова»). Опыт использования внутриспросветной брахитерапии в комплексном лечении рака грудного отдела пищевода.

Комплексный метод лечения опухолей пищевода (ОП) является на сегодняшний день общепризнанным, что подтверждается результатами рандомизированных исследований. Данный подход улучшает результаты лечения больных раком пищевода (РП) по сравнению с только хирургическим методом. Для уменьшения местного распространения ОП был применен метод предоперационного индукционного химиолучевого лечения, основанный на комбинации внутриспросветного облучения опухоли и радиомодифицирующего действия химиопрепаратов.

С 2009 г. в исследовании приняли участие 25 больных РП. Средний возраст — 54 года (43 — 70 лет). Распределение больных по клиническим стадиям заболевания было следующим (TNM 7-я, 2010): IA — 1 человек (4%), II A — 13 человек (52%), IB — 4 человека (16%), IIIA — 6 человек (24%), IV — 1 человек (4%). Верхнегрудная локализация опухоли была у 3 человек (12%), среднегрудная — у 15 (60%), нижнегрудная — у 7 (28%). До начала лечения по данным рентгеноскопии протяженность ОП больше 60 мм была у 15 пациентов (60%). В предоперационном периоде индукционное лечение состояло из 3 сеансов внутриспросветной брахитерапии пищевода (СОД — 21 Гр) и 2 циклов неoadьювантной полихимиотерапии (цисплатин/5-фторурацил). После проведенного индукционного химиолучевого лечения по данным рентгеноскопии у 1 пациента (4%) выявлен полный регресс опухоли, у 9 человек (36%) — регресс опухоли на 30—50%, у 5 человек (20%) — регресс опухоли на 10—29% и у 10 человек (40%) получена стабилизация процесса. Прогрессирования роста опухоли не отмечено. По данным ФГДС, полный местный регресс опухоли имел место у 2 пациентов (8%), частичный регресс — у 9 (36%), рубцовый стеноз у в зоне опухоли, затруднивший осмотр пищевода — у 7 больных (28%), стабилизация процесса — у 7 человек (28%). Прогрессирования роста опухоли не отмечено. Таким образом, у 15 человек отмечен регресс опухоли и у 10 человек (40%) — стабилизация процесса.

Осложнения, связанные с проведением химиотерапии (эзофагит, рубцовый стеноз пищевода, нейтропения, рвота, флебиты), развились у 11 пациентов (44%). Через 4—5 нед. после проведенного химиолучевого лечения больным проводилось оперативное вмешательство. При средне- и нижнегрудной локализации РП выполнялась субтотальная резекция пищевода с трехзональной лимфодиссекцией, пластикой широким желудочным стеблем и наложением эзофагогастроанастомоза в куполе правого гемиторакса (типа Lewis) — 23 человека. При верхнегрудной локализации опухоли выполнялась экстирпация пищевода (транстрахеальная) с пластикой узким желудочным стеблем — 2 человека. При морфологическом исследовании операционного материала в 6 случаях (24%) достигнут полный морфологический регресс первичной опухоли, а у 5 больных (20%) — полный патоморфологический ответ. У 2 пациентов морфологами обнаружена резидуальная опухоль пищевода. Осложнения в послеоперационном периоде развились

у 17 (68%) больных: послеоперационная пневмония—3 человека, ОНМК по ишемическому типу—1 человек, дисфункция надгортанника—3 человека, экссудативный плеврит—2 человека, послеоперационный делирий—3 человека. Все осложнения носили нехирургический характер и не требовали повторных оперативных вмешательств. Несостоятельности анастомоза отмечено не было. Послеоперационный летальный исход в связи с развившейся на 4-е сутки острой сердечно-сосудистой недостаточностью был у 1 пациента. Длительность раннего послеоперационного периода составила в среднем 21 день. В позднем послеоперационном периоде 7 пациентам (28%) проводилась химиолучевая терапия.

Медиана наблюдения составила 11 мес. За время наблюдения умерли 3 пациента: 2—от прогрессирования заболевания (через 1 и 2,5 года после начала лечения) и 1—от острого инфаркта миокарда (через 6 мес. после операции).

Таким образом, первый опыт применения индукционной химиолучевой терапии с использованием внутрипросветной брахитерапии свидетельствует об удовлетворительной переносимости пациентами предложенной методики, эффективность которой в отношении повышения резектабельности и радикальности оперативного вмешательства требует дальнейшего изучения.

Ответы на вопросы

Операцию при полном регрессе опухоли производили во всех случаях кроме шейной локализации новообразования. Трахею резецировали, так как было вращение опухоли в трахею. Трехзональная лимфодиссекция на данном этапе производилась всем больным. Лимфатические узлы

в воротах селезенки не убирали. Критерий Т до операции определяли по ультрасонографии.

Прения

К.Г. Шостка: По М.И. Давыдову, 80% больных и с ранними стадиями опухолей пищевода имеют метастазы в лимфатических узлах. Важно оценивать поражение лимфатических узлов.

А.З. Довгалюк: Предоперационная лучевая и химиотерапия позволяют получить хорошие результаты при лечении РП. Важно, что в НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова занимаются этой проблемой.

Е.В. Левченко: Оперативная трехзональная лимфодиссекция позволяет достичь хорошего результата, так как метастазы в лимфатических узлах обнаруживаются достаточно часто. Химио- и лучевая терапия не дают полного излечения. Через 2 мес. после завершения этого лечения ПЭТ выявляет метастазы. Важно разработать критерии для того или иного вида терапии. В Санкт-Петербурге нужно организовать рандомизированные многоцентровые исследования по лечению РП.

Л.Д. Роман: Важно, что выбрана методика лечения РП. Теперь не нужно отступать от этой методики и оценить отдаленные результаты.

В.Ф. Семиглазов: РП является патологией, которая характеризуется обычно тяжелым течением. В связи с этим следует высоко оценить результаты, представленные на настоящем заседании. По данным МАИР, частота возникновения РП через 0 лет увеличится в 2 раза. Возникновение РП связано с действием табака, алкоголя и ожирения. Ранее неоадьювантная химиотерапия при РП не применялась. Представленный доклад показывает, что такая терапия целесообразна.

ПРОТОКОЛ 489 СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ АССОЦИАЦИИ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ И НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ОНКОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ от 14 МАРТА 2012 г.

Председатель: академик РАМН Э.К. Айламазян
Сопредседатели: проф. А.Ф. Урманчеева, проф.
С.Я. Максимов
Секретарь: к.м.н. Е.В. Цырлина

ТЕМА: «ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА У МОЛОДЫХ»

ДЕМОНСТРАЦИИ:

1. *К.Д. Гусейнов, С.Я. Максимов, И.В. Берлев, Э.Д. Гершфельд, Т.В. Городнова, А.В. Хаджимба, И.И. Алиев, А.О. Иванцов, О.А. Смирнова* НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. Пограничная опухоль яичника и рак яичника III стадии.

До настоящего времени у 75% больных РЯ как пожилого, так и репродуктивного возраста заболевание выявляется на поздних стадиях, с шансами пятилетней выживаемости не более 15-20%. В то же время, до 15% всех эпителиальных злокачественных новообразований яичников у молодых пациенток, составляют опухоли низкой степени злокачественности (т.н. пограничные опухоли). Некоторые особенности терапии пограничных опухолей яичников (ПОЯ) и хороший прогноз заболевания позволяют выделить их в отдельную группу. Приводим два случая различного по течению РЯ у молодых женщин.

Пациентка П. 25 лет (1986 г.р.) с 13 лет находилась под наблюдением гинеколога по месту жительства с диагнозом аменорея, получала Диане-35. При контрольном эхографическом исследовании малого таза (12.12.2011)—выявлено жидкостное образование, исходящее из левого яичника размерами 35x41 мм, с сосочковыми разрастаниями по внутренней поверхности капсулы кисты. 23.12.2011 лапароскопия, удаление кисты левого яичника. Гистологическое исследование: пограничная серозная опухоль яичника. С целью определения дальнейшей тактики лечения пациентка направлена в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. Пересмотр стекол и блоков операционного материала: фрагменты яичника с фокусом пограничной серозной опухоли. СА-125 26 Ед/мл. С учетом нерадикальности предыдущего хирургического вмешательства 12.03.12 произведены лапароскопическая левосторонняя аднексэктомия, резекция правого яичника, оментэктомия. Гистологическое заключение—пограничная серозная опухоль левого яичника, желтое тело правого яичника, большой сальник без метастазов. Учитывая наличие опухоли в левом яичнике, начата специфическая лекарственная терапия по схеме СР: цисплатин 60 мг/м², циклофосфан 750 мг/м².

После двух циклов полихимиотерапии клиническая ремиссия, подтвержденная данными эхографического и рентгенологического обследования, а также нормальным уровнем СА-125.

Пациентка М., 39 лет (1973 г.р.) поступила на онкогинекологическое отделение НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова с диагнозом рак яичников ПС. УЗИ от 12.10.09—картина солидного образования левого яичника размерами 60x53 мм, СА-125—876 Ед/мл. КТ малого таза с контрастированием от 13.01.10 выявила объемное образование кистозно-солидной структуры 14x15 см интимно прилежащее к задней стенке матки и ее шейке на всем протяжении, с признаками вовлечения в процесс стенки кишки.

СА-125—1279 Ед/мл. С учетом распространения опухолевого процесса комбинированное лечение начато с проведения четырех циклов неoadьювантной полихимиотерапии по схеме СР/21 день. Достигнут частичный регресс опухоли (64%), что позволило подготовить больную к хирургическому вмешательству. 31.05.2010 произведены циторедуктивная пангистерэктомия, оментэктомия, резекция прямой кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Гистологическое исследование: низкодифференцированная серозная аденокарцинома яичника с метастазами в подслизистом слое толстой кишки и большом сальнике. С 15.06.10. по 29.08.10. проведено 4 цикла химиотерапии по схеме СР.

В настоящий момент сохраняется клиническая ремиссия, подтвержденная данными компьютерной и магнитно-резонансной томографии. СА-125—22 Ед/мл.

2. *Э.Д. Гершфельд, С.Я. Максимов, К.Д. Гусейнов, А.В. Хаджимба, Е.А. Вышинская, А.О. Иванцов* НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. Гранулезоклеточная опухоль яичника.

Гранулезоклеточные опухоли яичников (ГКОЯ) входят в состав группы гранулезо-стромальноклеточных опухолей, относятся к неэпителиальным образованиям, составляют 3-5% от всех злокачественных новообразований яичников. Принято выделять два варианта ГКОЯ—взрослый (95%) и ювенильный (5%). Опухоли взрослого типа сопровождаются «дисгормональными» симптомами омоложения, что обусловлено продукцией стероидных и пептидных гормонов. Примерно 90-95% случаев ГКОЯ в результате осмотра, УЗИ и КТ малого таза и брюшной полости диагностируются в I стадии. Маркером ГКОЯ является ингибин СА-125 в этом отношении не информативен. ГКОЯ характеризуются благоприятным прогнозом, рецидивы после выполнения оперативного вмешательства наблюдаются у 20-40% больных, половина из которых развивается после 5-10 лет с момента выполнения операции. Высока 5- и 10-летняя выживаемость, составляющая 85-70%.

Приводим описание клинического случая.

Пациентка В., 37 лет. В НИИ онкологии обратилась впервые 07.11.2007 г. после того, как в сентябре 2007 г гинекологом была выявлена киста правого яичника и 23.10.2007 г. произведена лапароскопия, правосторонняя тубовариоэктомия, биопсия левого яичника. Гистологическое исследование от 12.11.2007 г.: ГКОЯ, диффузный вариант. В левом яичнике—без патологии. Ингибин В от 07.10.2007—95.2 пг/мл (N—40-100 пг/мл).

Гинекологический анамнез: менархе с 12 лет, менструации регулярные, безболезненные, умеренные. Половая жизнь с 19 лет. Беременности—2, роды—1, аборт—1. Последние месячные с 02.10.2007 г. ВМС—1997—2000 гг. 2000 г.—острый эндометрит на фоне ВМС (консервативная терапия). КОК—2001—2005 гг.

Учитывая молодой возраст пациентки и ее настойчивое желание сохранить фертильность, от дополнительного лечения решено воздержаться. С 2007 г.—динамическое наблюдение в НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова. В январе 2010 г.—при контрольном обследовании выявлен рецидив ГКОЯ в проекции правого яичника (33x25 мм с фестончатыми контурами). Ингибин В от 15.01.2010 г.—287,1 пг/мл.

26.03.2012 г в НИИ онкологии—операция: Надвлагалищная ампутация матки с левыми придатками. Оментэктомия. В ходе операции обнаружено: по париетальной и висцеральной брюшине малого таза, петлям кишки, мочевому пузырю определяются мелкие диссеминаты 0,3-0,5 см в диаметре, местами сливного характера. Левый яичник не увеличен, изменен. Гистологическое исследование № О-297031 от 02.04.2010 г.: ГКОЯ взрослого типа левого яичника с низкой пролиферативной активностью. Метастазы опухоли в большой сальник и клетчатку кишки. В период 07.04.2010 г.—12.11.2010 г. проведено 6 циклов ПХТ по схеме «ВЕР». Лечение перенесла удовлетворительно, после 4-го цикла зафиксирована клиническая ремиссия, уровень ингибина В колебался в пределах 104,2—89,31 пг/мл. По завершению лечения пациентка была под наблюдением онколога по месту жительства.

В ноябре 2011 г.—при контрольном обследовании выявлен повторный рецидив заболевания. Ингибин от 08.11.2011 г.—296,15 пг/мл. В период 12.12.2011 г.—23.01.2012 г. проведен курс дистанционной лучевой терапии на аппарате «ЛУЭ-75-5» (Е эф. = 6 МЭВ); РОД—2 Гр; СОД—48 Гр на малый таз. Лечение перенесла удовлетворительно. Ингибин В—101,14 пг/мл. При контрольном обследовании в апреле 2012 г. данных за рецидив не получено. Ингибин В—78,12 пг/мл.

Заключительный диагноз: ГКОЯ I A стадии, состояние после консервативного лечения в 2007 г.; рецидив в 2010 г., состояние после комбинированного лечения и 6 циклов ПХТ по схеме «ВЕР»; рецидив в 2011 г.; состояние клинической ремиссии после курса ЛТ.

ГКОЯ, в целом, характеризуется благоприятным прогнозом и хорошими отдаленными результатами лечения. Однако подобные результаты достигаются только в случае ранней постановки диагноза, при проведении адекватного стадирования заболевания, особенно на этапе выполнения достаточного по объему хирургического вмешательства и последующего системного лечения.

3. *А.А.Цыпурдеева*¹, *В.Ф. Беженарь*¹, *С.А.Кулева*², *А.О.Иванцов*² (НИИAG им. Д.О. Отта РАМН, ²НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. Демонстрация клинического случая: герминогенная опухоль яичника.

Для детского возраста помимо злокачественных новообразований, подобных взрослым (лимфомы, саркома Юинга, остеогенная саркома и т.д.), характерны варианты дизонтогенетических опухолей, развивающихся из эмбриональных недифференцированных клеток, уклонившихся в силу каких-либо причин от пути миграции из желточного мешка при формировании каудального конца уrogenитального гребня. Появление этих опухолей может быть связано также с нарушением дробления с неполным отщеплением некоторых blastомеров в ранний эмбриональный или ранний фетальный периоды. К таким новообразованиям относятся герминогенные опухоли. Выделяют гонадную (41%) и экстрагонадную (59%) локализации. Гонадная локализация чаще всего встречается у подростков в возрасте от 13 до 19 лет.

Больная М.Е., 13 лет, по месту жительства обнаружено образование в малом тазу. В ноябре 2011 г. больная поступила для обследования в НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта с образованием левого яичника. Рост больной составлял 158 см, вес—42 кг. Менструаций не было, половой жизнью больная не жила, гинекологическими заболеваниями не болела. При ректальном исследовании в малом тазу пальпировалась опухоль плотной консистенции диаметром 15 см с неровными контурами, малоподвижная, безболезненная. При УЗИ в малом тазу визуализировался опухолевый конгломерат неправильной формы размерами 12x9x10 см, структура узлов неоднородная, имелись гиперэхогенные включения. Онкомаркеры были в пределах референтных значений.

Первым этапом лечения выполнена лапароскопия, биопсия опухоли. Гистологическое заключение—дисгерминома яичника с метастазами в 4 из 7 лимфатических узлах.

Больная госпитализирована в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, где при КТ органов брюшной полости выявлены множественные узловые образования «тканевой» плотности размерами от 3 мм до 21x19 мм между маткой и прямой кишкой и два жидкостных образования 19x12 мм и 25x14 мм слева от прямой кишки. Уровень ХГЧ составил 20,4 Ед/мл (N 0-5), АФП = 1,5 нг/мл (N 0-15). Данные находки не противоречили основному диагнозу.

Учитывая распространенность опухолевого процесса, начата специфическая лекарственная терапия по ветке для высокого риска злокачественного заболевания (6 циклов полихимиотерапии по схеме VIP).

После 1 цикла полихимиотерапии отмечена нормализация ХГЧ. После 3 цикла—клинически полная ремиссия, подтвержденная данными МРТ.

Герминогенные опухоли—гетерогенная группа злокачественных новообразований. Каждый случай требует индивидуального подхода к лечению, основанного на представлениях о возрасте больного, локализации, гистологическом варианте опухоли, уровне биологических маркеров. Преимущество и системность планирования ведения—залог успешного лечения таких пациентов.

4. *А.А. Сидорук*¹, *М.А. Данилова*², *А.С.Калугина*³, *Г.Ф. Кутушева*⁴, *А.Ф. Урманчеева*^{5,6}, *Е.А. Некрасова*⁵, *А.О. Иванцов*⁶ (СПбКНпЦСВМП(о))¹, Сахалинский областной онкологический диспансер², клиника «АВА-ПЕТЕР»³, ГБОУВПО СПбГПМА⁴, ГБОУВПО «СЗГМУ им.И.И.Мечникова»⁵, ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова»⁶ Минздравсоцразвития России). Гинандробластома яичника.

Гинандробластома—крайне редко встречающаяся опухоль смешанного строения, включающая элементы гранулезноклеточной опухоли и андробластомы. Пик заболеваемости приходится на период полового созревания. Морфологическая верификация опухоли представляет значительные трудности. Эти смешанные опухоли ведут себя как новообразования низкой степени злокачественности. Приводим описание клинического случая гинандробластомы яичника.

Пациентка У., 1984 года рождения, под наблюдением онкодиспансера г.Южно-Сахалинска с 1993 г. В возрасте 9 лет обратилась с жалобами на резкое увеличение объема живота. Анамнез жизни: ребенок от первых родов, доношенная беременность, родилась весом 2950гр, менархе—с 8,5 лет. Объективно: в брюшной полости объемное, несмещаемое, плотное образование, исходящее из малого таза. По данным УЗИ—весь малый таз и брюшную полость занимает массивное многокамерное жидкостное образование с множеством перегородок, исходящее из левого яичника. Пациентка направлена в детскую областную больницу г. СПб, где обнаружено плотноэластическое образование левого яичника, 30*20*20 см. Гистологическое заключение: злокачественная опухоль яичника. При пересмотре операционных препаратов в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова была верифицирована гинандробластома левого яичника IA стадия pT1aNxMo. Для дальнейшего лечения больная переведена в педиатрическое отделение НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. Проведено 4 цикла полихимиотерапии по схеме «VAC». Далее пациентка находилась под наблюдением онкодиспансера г.Южно-Сахалинска.

В 2002 году (возраст 18 лет) в правом яичнике выявлено гиперэхогенное образование округлой формы 22 мм в диаметре, в динамике отмечен рост образования. АФП=2,0 кЕд/л; СА-125=13,3ед/мл; рентген органов грудной клетки; УЗИ органов брюшной полости без патологии, virgo. Установлен диагноз: Рецидив опухоли яичника? Дермоидная киста правого яичника? Пациентка направлена в НИИ

онкологии им Н.Н. Петрова, где произведены лапаротомия, резекция правого яичника, оментэктомия. Гистологическое заключение: дермоидная киста правого яичника. Сальник без опухолевых клеток.

В 2011 году (возраст 27 лет), при контрольном обследовании выявлено образование в правом яичнике 28*25мм. АФП=1,8 кЕд/л; СА-125=9 ед/мл. С учетом планируемого хирургического лечения и возможного удаления единственного яичника решено выполнить криоконсервацию ооцитов для последующей беременности. Пациентка направлена в Санкт-Петербург для данной манипуляции. Консультирована онкогинекологом, репродуктологом. После оценки состояния фолликулярного аппарата проведен длительный протокол овариальной стимуляции с использованием а-ГнРГ под ультразвуковым мониторингом роста фолликулов. На 15-й день менструального цикла произведена пункция фолликулов яичника, получено 15 ооцитов. Далее выполнена витрификация полученных 15-ти ооцитов—криоконсервация женских половых клеток на длительный срок с возможностью дальнейшего применения в циклах ЭКО. В июле 2011г. в онкодиспансере г.Южно-Сахалинска больной произведена органосохраняющая операция в объеме резекции правого яичника, с минимальным сохранением ткани яичника. Гистологическое заключение: дермоидная киста правого яичника.

Пациентка продолжает наблюдаться онкогинекологом в Южно-Сахалинске. 2012 г - ремиссия.

ДОКЛАД

А.Ф. Урманчеева^{1,2}, Г.Ф. Кутушева³, Е.А. Ульрих^{1,2,3} (ГБОУВПО «СЗГМУ им.И.И. Мечникова»¹, НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова², ГБОУВПО СПбГПМА Минздравсоцразвития России³). Злокачественные опухоли яичника у молодых.

Среди больных злокачественными опухолями яичника пациентки репродуктивного возраста составляют 25%. Морфологическая классификация включает первичные опухоли (эпителиальные и неэпителиальные) и метастатические. У женщин старше 50 лет выявляются в 99% злокачественные эпителиальные опухоли (карциномы) и только в 1% неэпителиальные опухоли, тогда как у юных и молодых пациенток в 90% диагностируются злокачественные неэпителиальные опухоли и только в 10% карциномы.

Неэпителиальные опухоли: опухоли стромы полового тяжа, герминогенные, гонадбластомы. Герминогенные опухоли выявляются преимущественно у пациенток детского и юного возраста (дисгерминомы в 60%, незрелые тератомы в 15-20%, опухоли желточного мешка, хориокарциномы, эмбриональные карциномы). Основной симптом—абдоминальные боли, нарушение менструального цикла. Преимущественно диагностируются в I стадии (60-70%), редко—во II, IV, в 25-30%- III (FIGO). Пути метастазирования—лимфогенный, гематогенный, имплантационный. Опухолевые маркеры АФТ, β-ХГ, ЛДГ. Опухоли имеют высокую чувствительность к химиотерапии. Лечебная тактика—органосохраняющая операция (односторонняя аднексэктомия) с адъювантной химиотерапией по схеме ВЕР по показаниям. прогноз благоприятный. пятилетняя выживаемость достигает 95%. Беременность возможна через 3 года после окончания лечения при благоприятном прогнозе заболевания, частота пороков у потомства не выше, чем в популяции.

Опухоли стромы полового тяжа: гранулезоклеточные, андробластомы, смешанные. Гранулезоклеточные опухоли ювенильного типа (5%) выявляются у девочек и женщин в первые три десятилетия жизни (пик заболеваемости в первые 10 лет жизни). Отмечается преждевременное половое созревание, быстрый рост опухоли с возможностью ее разрыва и перекрута. Опухолевые маркеры ингибин и АМГ. Гранулезоклеточные опухоли взрослого типа (95%) возникают у женщин в пери- или постменопаузе с развитием «дисгормональных» симптомов омоложения, обусловленных продукцией стероидных (эстрогенов, реже—прогестерона и андрогенов) и пептидных (ингибина, миоллеровской ингибирующей субстанции) гормонов. У женщин с сохраненным менструальным циклом наступает аменорея или отмечается нарушение менструального цикла. Часто опухоль сочетается с развитием гиперпластических процессов в эндометрии. Быстрый рост опухоли может явиться причиной ее разрыва с развитием внутрибрюшинного кровотечения. Опухоли мало чувствительны к химиотерапии. Основной метод лечения хирургический, у молодых органосохраняющее лечение, у женщин в период перименопаузы—пангистерэктомия с оментэктомией. Адъювантная химиотерапия (ВЕР) по показаниям. При рецидивах—повторные циторедуктивные операции, при неэффективности лекарственной химиотерапии возможно назначение лучевой терапии при локальных рецидивах в малом тазу. Прогноз относительно благоприятный. Андробластома яичника—редко встречающаяся опухоль (менее 0,5%). Средний возраст 25 лет (2-75 лет). У 1/3 больных определяются симптомы вирилизации, у других—эстрогенизации, у 50% нет гормональной манифестации. В 95% устанавливается I стадия, прогноз благоприятный, прогностические факторы: стадия, дифференцировка.

Карциномы яичника (серозные, эндометриоидные, муцинозные и другие) в 10% являются наследственными формами заболевания, особенно у молодых и связаны с мутацией генов BRCA1, 2. Характерно скрытое бессимптомное течение заболевания, опухоль нередко выявляется уже на стадии диссеминации. Основные методы диагностики УЗИ, КТ, ПЭТ. Опухолевый маркер—СА 125. У молодых больных чаще выявляются опухоли низкой степени злокачественности (пограничные). Операции выполняются в объеме максимальной циторедукции, органосохраняющие операции показаны только при пограничных опухолях и, как исключение, при высокодифференцированных карциномах с целью сохранения фертильности. После операции назначается химиотерапия в зависимости от стадии заболевания. Прогноз при раке яичника крайне неблагоприятный, пятилетняя выживаемость не превышает 40%.

Злокачественные опухоли яичника—гетерогенная группа опухолей: по гистогенезу, клиническому течению, диагностической и лечебной тактике, прогнозу заболевания. У девочек и девушек преобладают неэпителиальные опухоли: герминогенные и гранулезоклеточные опухоли юного типа и эпителиальные опухоли низкой степени злокачественности (пограничные). У женщин репродуктивного возраста—эпителиальные опухоли: карциномы различной степени злокачественности локализованных и диссеминированных стадий и неэпителиальные опухоли—гранулезоклеточные опухоли взрослого типа, а также метастатические опухоли желудочно-кишечного тракта и рак молочной железы. При контакте с подобными пациентами врачей общей практики необходима онкологическая настороженность. Лечение таких больных проводится в онкологических клиниках.

ПРОТОКОЛ 490 ЗАСЕДАНИЯ НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ОНКОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ от 26 АПРЕЛЯ 2012 г.

Председатель — чл. корр. РАМН проф. В.Ф. Семиглазов
Секретарь — канд. мед. наук Е.В. Цырлина

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. С.Б. Петров, А.К. Носов, И.В. Карнаухов, Э.М. Мамжидов, А.С. Шатров, А.В. Иванцов, А.В. Мищенко, А.В. Воробьев (НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. Гамартома мочевого пузыря у женщины, представленная типичной тканью предстательной железы.

Пациентка Б., 48 лет поступила в ноябре 2010 г. с макрогематурией в городской стационар г. Санкт-Петербурга, где было выявлено мягкотканное образование мочевого пузыря с четкими контурами размером 23х22х26 мм. Выполнена трансуретральная биопсия стенки мочевого пузыря. Гистологический диагноз — мономорфная гамартома стенки мочевого пузыря, состоящая из участков зрелой ткани предстательной железы с признаками аденоматозной гиперплазии. От дальнейшего хирургического лечения пациентка на момент госпитализации отказалась.

В августе 2011 г. пациентка обратилась в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова с жалобами на периодическое появление примеси крови в моче. В просвете мочевого пузыря визуализировалось экзофитное образование передней стенки размерами 36х23 мм, без изменений паравезикальной клетчатки. В полости малого таза свободной жидкости не определялось и регионарные лимфоузлы не были увеличены. Биохимические и клинические анализы в пределах нормы: ПСА общий 0,261 нг/мл, В-ХГЧ <0,10 мМЕд/мл, ФСГ 5,5 мМЕд/мл, ЛГ 8,6 мМЕд/мл, пролактин 338,7 мкМЕд/мл, прогестерон 14,4 нмоль/л, тестостерон 1,230 нмоль/л, эстрадиол 114,8 пг/мл. Результаты анализа кариотипирования: 46, XX — кариотип нормальный женский.

Гистологическое исследование: гамартома стенки мочевого пузыря, состоящая из зрелой ткани предстательной железы. Иммуногистохимическое исследование: СК18 положителен в апикальных клетках желез, СКНМВ экспрессируют базальные клетки, андрогенные рецепторы выражены положительно в ядрах эпителия желез, эстрогенные рецепторы слабо положительны в стромальных клетках, PSA — (++) в цитоплазме эпителия.

Выполнена электрорезекция опухоли мочевого пузыря. Представленный клинический случай интересен с позиции несоответствия гендерной принадлежности новообразования мочевого пузыря, состоящего из ткани предстательной железы. Полученные результаты полностью исключают наличие объективных признаков скрытого гермафродитизма у пациентки. Механизм появления ткани предстательной железы в женском организме неясен и нуждается в дальнейшем изучении и подтверждении.

Ответы на вопросы

Дизурических явлений не было. С 15 лет пациентка жила в 30 км от Чернобыля. В литературе описан один случай гамартоты с присутствием в ней ткани предстательной железы.

Прения

А.К. Носов: «У женщин в дистальной трети мочеиспускательного канала обнаруживаются железы Скина — аналоги простаты. Интерес представляет тот факт, что простата в данном случае развивалась при низком уровне те-

стостерона и высоком уровне женских половых гормонов. Не понятно, что определяло ее рост».

В.Ф. Семиглазов (председатель): «Сообщение интересное». Благодарит авторов.

2. В.М. Моисеенко, С.А. Проценко, Т.Д. Михайличенко, В.А. Чубенко, Н.В. Брежнев, А.С. Жабина, Г.М. Телетаева, А.И. Семенова, Ф.В. Моисеенко, Н.М. Волков, А.В. Новик, А.О. Иванцов, Д.Е. Мацко, И.И. Семенов, Г.И. Гафтон, Л.М. Берштейн, Д.А. Васильев, Ю.И. Комаров (НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, ЛДЦ МИБС. Случай применения золедроновой кислоты при диссеминированном аденокарциномном раке.

Аденокарцинома (АКК) относится к редким опухолям с агрессивным течением. Прогноз заболевания зависит от степени распространения опухоли к моменту выявления. Медиана выживаемости пациентов, страдающих локализованными формами АКК, составляет около 28 мес., при наличии отдаленных метастазов она сокращается до 8 мес. В качестве препарата первой линии лекарственного лечения АКК применяется препарат митотан, медиана общей выживаемости при котором составляет 10-14 мес., а частота объективных ответов достигает 33%. Р. Boudou-Rouquette и соавт. сообщили о выраженном лечебном эффекте бисфосфоната — золедроновой кислоты (ЗК) у пациента с висцеральными метастазами АКК. Опубликованы также результаты исследований *in vitro* и *in vivo*, которые позволяют предположить наличие у бисфосфонатов противоопухолевой активности при таких солидных опухолях, как рак молочной железы, фибросаркома, мезотелиома, рак легкого и других.

Представлен опыт применения ЗК у пациентки с диссеминированным АКК.

Пациентка З., 53 лет, больна с декабря 2009 года, когда появились повышение температуры до 38-39°C, слабость, боли в суставах, ускорение СОЭ до 62 мм/ч. Обнаружены образование левого надпочечника, мелкоочаговые изменения в легких.

Выявлено также узловое увеличение щитовидной железы. Из анамнеза пациентки известно, что в 1996 г. ей было произведено удаление левой доли щитовидной железы по поводу диффузно-узловой зоба, в дальнейшем по этому поводу не наблюдалась.

22.04.2010 выполнена адреналэктомия с удалением опухоли. Гистологическое исследование: аденокарцинома щитовидной железы. Биопсия узла щитовидной железы: метастаз аденокарциномы в щитовидную железу.

В связи с наличием отдаленных метастазов с июня 2010 года начата терапия ЗК (внутривенные инфузии в дозе 4 мг каждые 28 дней). На фоне введения препарата 08.09.2010 выполнено удаление метастаза АКК в щитовидной железе вместе с тиреоидным остатком. При контрольном обследовании после 6 мес. лечения ЗК отмечено уменьшение размеров отдельных очагов. В то же время, очаг в S8 правого легкого увеличился до 11 мм (от 5,1 мм) и появились признаки инфильтрирующего роста. Несмотря на это, было принято решение о продолжении терапии ЗК.

В настоящее время спустя 24 мес. пациентка продолжает лечение, данных за прогрессирование не выявлено.

Учитывая агрессивный характер опухоли у данной пациентки (опухоль диагностирована с отдаленными висцеральными метастазами), представляется, что наблюдаемая в течение 24 мес. стабилизация процесса является несомненным свидетельством противоопухолевой активности ЗК и показывает возможность использования препаратов из группы бисфосфонатов у этой категории больных. Можно предполагать, что противоопухолевый эффект ЗК обусловлен эффектами, не связанными с их воздействием на костную ткань.

Ответы на вопросы

Заместительной терапии гормонами надпочечников пациентка не получает. Отмечено распространение опухоли в щитовидную железу и легкие. Гистологической верификации узлов в легких нет. На фоне применения зометы некроза нижней челюсти не отмечено. Описаны данные по угнетению роста зометой различных опухолей *in vitro* и *in vivo*.

Прения

С.А. Проценко: Опухоль характеризовалась агрессивным течением и резистентностью к химиотерапии. В данном случае применение зометы позволило улучшить качество жизни больного.

Е.В. Левченко: В легких могут быть множественные гамартомы или аденоматоз. Можно было ставить вопрос о хирургическом удалении метастазов.

В.Ф. Семиглазов (председатель): Представлено интересное сообщение. Зомета при раке молочной железы применяется для профилактики остеопороза и терапии костных метастазов. Однако есть наблюдение, что на фоне терапии зометой сокращается время до появления вторичных метастазов.

ДОКЛАДЫ

1. *А.К. Носов, К. Ченг, С.В. Канаев, Г.И. Гафтон, В.Г. Туркевич, М.С. Молчанов, А.В. Мищенко, А.В. Воробьев* (НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова). Предварительные результаты исследования в первой фазе безопасности и эффективности фокальной абляции локализованного рака предстательной железы низкого риска высокоинтенсивным ультразвуком под МРТ контролем.

Фокальная абляция рака предстательной железы (РПЖ)—новая лечебная стратегия, направленная на максимальное сохранение функционирующей ткани органа. Она позволяет минимизировать тяжелые осложнения, характерные для радикальных методов лечения, сохраняя адекватный локальный контроль над опухолью.

В НИИ онкологии Н.Н. Петрова в Санкт Петербурге и в Центральной Больнице и Национальном Раковом Центре Сингапура проведено проспективное, мультицентровое, одобренное локальным этическим комитетом исследование фокальной терапии РПЖ высоко сфокусированным ультразвуком под контролем магнитнорезонансной томографии в реальном времени на оборудовании ExAblate 2100 (InSightech). Для лечения отбирались больные с монофокальным поражением (1 позитивный столбик ткани, стадия cT1cN0M0), высоко и умеренно дифференцированными опухолями (Глисон не более 6). На этапе скрининга и после лечения проводилось исследование крови на ПСА, мультипараметрическая МРТ, анкетирование при помощи опросников качества жизни, оценки мочеиспускания и сексуальной функции. Через 6 мес. после терапии выполнялась биопсия простаты.

Пролечен 21 больной со средним возрастом 64.4±8.7 (49-88) года; средний уровень ПСА составил 7,4 нг/мл (0,99-16,4), Глисон 6(3+3). Все пациенты имели локализованный РПЖ низкого риска. Средний объем предстательной железы составил 37 мл (22-95 мл), разрушению было

подвержено в среднем 28% (9,0-78,9) ткани железы от исходного ее объема. Опухоль визуализировалась на МРТ и ее изображение совпадало с биопсией только у 5 пациентов из 21 (23,8%).

Уретральный катетер Фоли установлен 16 пациентам, у 14 из них (87,5%) извлечен в течение 24 час. после окончания лечения. У 1 пациента катетер остался на 1 нед. (заранее принято клиническое решение), еще у 1 из-за острой задержки мочи катетер оставался 29 дней. Эпицистостома у 5 больных была извлечена в сроки от 3 дней до 5 нед. после лечения. Все пациенты удерживали мочу на всех этапах исследования.

У 14 больных в течение 3 мес. после лечения эректильная функция оставалась на базовом уровне. Только у 4 пациентов (28.5%) при наблюдении в течении 3-х мес. было ухудшение на 2 балла по шкале эректильной функции. Всем 4 пациентам намеренно производилось воздействие на сосудисто-нервный пучок с одной стороны из-за близко располагающегося фокуса рака.

Промежностная биопсия через 6 мес. после лечения выполнена у 14 из 21 пациентов. Во всех пролеченных участках признаков рака не выявлено. У 5 пациентов (35,7%) обнаружен РПЖ в новых очагах. У одного из них проведен повторный сеанс абляции.

Уровень ПСА, по всей видимости, у этой категории больных не может служить критерием лечебного эффекта, т.к. он зависел не от наличия рака, а от объема разрушенной ткани простаты. У пациентов с объемом абляции менее 20% ПСА практически не менялся во все сроки наблюдения, при объеме более 20% имел четкую тенденцию к последовательному снижению после лечения. Эти результаты требуют дальнейших более масштабных исследований как самого принципа фокальной терапии, так и использования высокосфокусированного УЗИ с МРТ контролем для оценки полноты абляции ткани предстательной железы.

Ответы на вопросы

В дальнейшем при ограниченных процессах эта процедура может производиться амбулаторно. Полная абляция предстательной железы требует госпитализации, но более короткой, чем при других методах лечения. Критерии отбора пациентов жесткие. Препаратов, снижающих ПСА, не применяли.

Прения

В.Ф. Семиглазов: При фибромиомах молочных желез этот метод не дал эффекта.

Е.В. Левченко: Интересный метод. Требуется строгого отбора пациентов. Нужно шире информировать о нем специалистов.

В.Ф. Семиглазов (председатель): Представлены первые результаты. Исследование нужно продолжить, определить критерии отбора пациентов, оценить частоту возникновения рецидивов. Заболеваемость раком простаты растет и важно разрабатывать новые эффективные методы лечения.

2. *С.Д. Иванов* Российский научный центр радиологии и хирургических технологий. Прединдиктивные молекулярные маркеры эффективности лучевой и химио/лучевой терапии онкологических больных.

Одной из актуальных задач в решении проблемы индивидуализации лечения становится выявление и отбор пациентов для известных (протокольных) схем терапии. Представляется перспективным определить прединдиктивные показатели эффективности планируемой терапии для конкретного пациента, чтобы создать научно-обоснованную схему индивидуально подобранного лечения до его начала и расширить спектр предсказательных показателей. В представленном докладе эффективность планируемой лучевой (ЛТ) и химиолучевой терапии (ХЛТ) больных раком молочной

железы (РМЖ) IIIb-IV стадий или комбинированной терапии больных инвазивным раком мочевого пузыря (РМП) II-III стадий оценивали с помощью S-индекса — показателя степени радиационно-индуцированного распада ДНК проб крови *ex vivo*, который определяли до начала лечения пациентов. Технология определения этого показателя радиочувствительности (РЧ) запатентована и требует для исполнения 4 час. Её осуществляли путем анализа 1-1,5 мл периферической крови больных, у которых измеряли степень снижения содержания ДНК относительно контроля в пробах после тестирующего облучения и инкубации. Сравнение этого биохимического показателя с результатами цитогенетического анализа тех же проб показало, что изменения S-индекса коррелируют с вариациями нестабильных хромосомных aberrаций в лимфоцитах — суммарным количеством дицентриков и колец, но не с другими повреждениями хромосом.

У радиочувствительных больных РМЖ и РМП (при значении S-индекса выше 1,0) наблюдалась в 1,5—2 раза более длительная безрецидивная выживаемость в сравнении с радиорезистентными пациентами. В абсолютном выражении это составляло от 5 до 32 мес. в зависимости от локализации новообразования, первичности и стадии запущенности заболевания. Проведённые исследования дают основания полагать, что S-индекс кро-

ви организма-опухоленосителя позволяет оценить радиочувствительность соматических клеток, что даёт возможность улучшить подбор больных для комбинированного лечения, включающего ЛТ. S-индекс даёт возможность прогнозировать длительность безрецидивного периода, не уступая в этом, по полученным данным, такому параметру, как стадия заболевания. В дополнение, установлена связь S-индекса с надиром последующей лейкопении, как одним из показателей гематотоксического действия ЛТ и химиотерапии на организм больных РМЖ и лимфомой Ходжкина, что, в свою очередь, также может отражать эффективность лечения.

В результате проведённых исследований впервые разработан лабораторный показатель для целенаправленного применения ЛТ у больных с РМЖ и РМП.

Ответы на вопросы

S-индекс используется как рутинный метод.

Прения

Г.И. Гафт о н: Авторами представлены результаты поиска индивидуального критерия оценки чувствительности пациентов к химио- и лучевому лечению. Хотелось бы видеть результаты, полученные на большем клиническом материале.

Передовая статья

1. Анисимов В.Н., Забежинский М.А., Попович И.Г., Плисс Г.Б., Беспалов В.Г., Александров В.А., Стуков А.Н., Аникин И.В., Алимова И.Н., Егормин П.А., Панченко А.В., Пискунова Т.С., Семенченко А.В., Тындык М.Л., Юрова М.Н. Современные подходы к изучению канцерогенной безопасности, противоопухолевой, антиканцерогенной и геропротекторной активности фармакологических препаратов. 1, 7-19.
2. Беляев А.М. Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.Н. Петрова: сегодня и завтра. 2, 140-148
3. Плисс Г.Б., Щербаков А.М., Демин Е.В. К 85-летию создания Научно-исследовательского института онкологии им. Н.Н. Петрова. 2, 133-140.

Обзоры

4. Алейник А.Н., Кондакова И.В. Сигнальная система notch и онкогенез. 5, 593-598.
5. Белоусова Т.А. Инфекционные осложнения в колоректальной хирургии. 6,
6. Берштейн Л.М. Гетерогенность ожирения и рак: потенциальная роль бурой жировой ткани. 4, 464-473.
7. Берштейн Л.М. Урсоловая кислота как противоопухолевое средство и активатор белка-онкосупрессора PTEN и бурого жира. 6,
8. Даниленко А.А., Шахтарина С.В. Проблемы сохранения репродуктивной функции у женщин после лечения лимфомы Ходжкина. 3, 320-327.
9. Забежинский М.А., Тындык М.Л. Канцерогены в водной среде и проблемы профилактики рака. 2, 164-171.
10. Имянитов Е.Н. Молекулярная диагностика в онкологии. 2, 153-164.
11. Какурина Г.В., Кондакова И.В., Чойнзонов Е.Л. Прогнозирование метастазирования плоскоклеточных карцином головы и шеи. 1, 26-33.
12. Ключкова Т.Г., Евтушенко В.И. Роль цитомегаловируса человека в патогенезе опухолевого роста и агрессивности рака предстательной железы. 1, 33-41.
13. Коваль В.Д., Кондакова И.В., Спирина Л.В. Роль убиквитин-протеасомной системы в развитии рака эндометрия. 4, 473-481.
14. Корита П.В., Троценко О.Е., Анненков А.Ю., Филимонов В.В. Молекулярные основы онкогенеза, индуцированного вирусами папилломы человека. 5, 598-606.
15. Корман Д.Б. Антиангиогенные и противоопухолевые свойства хрящевой ткани. 6,
16. Кулева С.А., Колыгин Б.А. Вторые опухоли, возникающие после терапии злокачественных опухолей у детей. 5, 606-616.
17. Кулева С.А., Колыгин Б.А. Отдаленные последствия противоопухолевой терапии у детей. 4, 454-464.
18. Михнин А.Е., Тарков С.А., Фролова О.С. Меланомы кожи головы и шеи: современное состояние проблемы. 1, 19-26.
19. Петров В.Г., Гудзь Ю.В., Иванова Т.В., Гафтон И.Г., Гафтон Г.И., Семиглазов В.В., Тришкин В.А. Эффективность эндопротезирования при злокачественных опухолях конечностей. 6,

20. Рагулин Ю.А. Осложнения послеоперационной лучевой терапии немелкоклеточного рака легкого и их влияние на результаты комбинированного лечения. 3, 303-312.
21. Семиглазов В.Ф. Стратегические и практические подходы к решению проблемы рака молочной железы. 2, 148-153.
22. Скородумова Л.О., Мураев А.А., Володина Е.В., Иванов С.Ю., Гнучев Н.В., Георгиев Г.П., Ларин С.С. Молекулярные маркеры риска злокачественной трансформации лейкоплакии слизистой оболочки полости рта. 3, 327-333.
23. Тюреева Е.И., Канаев С.В. Химиолучевое лечение рака пищевода: реальные результаты и ближайшие перспективы. 3, 312-320.
24. Филатова Л.В., Тарасенкова А.А., Семиглазова Т.Ю., Гершанович М.Л. Основные подходы к терапии рефрактерных форм и рецидивов лимфомы Ходжкина. 4, 443-454.

Статистика

25. Анисимов В.Н., Борисенков М.Ф. Климато-географические и экономические детерминанты ожидаемой продолжительности жизни и заболеваемости злокачественными новообразованиями у мужчин. 2, 179-189.
26. Ассесорова Ю.Ю. Сравнительная оценка потребления алкоголя и табачных продуктов как факторов риска возникновения рака желудка среди мужского и женского населения Республики Узбекистан. 5, 616-620.
27. Мерабишвили В.М. Методологические аспекты анализа деятельности онкологической службы на основе новых разработок информационных технологий. 2, 171-179.
28. Мерабишвили В.М., Лалианци Э.И., Субботина О.Ю. Рак шейки матки: заболеваемость, смертность (популяционное исследование). 1, 41-45.
29. Мерабишвили В.М., Лалианци Э.И., Чепик О.Ф., Субботина О.Ю. Динамика наблюдаемой и относительной выживаемости больных раком шейки матки (популяционное исследование). 3, 333-339.
30. Мерабишвили В.М., Лалианци Э.И., Чепик О.Ф., Субботина О.Ю. Рак тела матки: динамика заболеваемости, смертности и выживаемости больных. 3, 339-346.

IV. Оригинальные статьи, краткие сообщения, доклады и демонстрации на заседаниях Научного общества онкологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области

- А. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, некоторые вопросы патогенеза опухолей человека, организация онкологической помощи*
31. Алиев И.И., Гуляев А.В., Правосудов И.В., Карачун А.М. Современные принципы и подходы к лечению больных местнораспространенным раком прямой кишки. 2, 203-207.
 32. Асфандиярова Н.С., Скопин А.С., Демко А.Н. Иммунологические предикторы сахарного диабета при раке молочной железы у женщин в период менопаузы. 1, 50-54.

33. Балдуева И.А., Новик А.В., Моисеенко В.М., Нехаева Т.Л., Данилова А.Б., Данилов А.О., Проценко С.А., Петрова Т.Ю., Улейская Г.И., Щекина Л.А., Семенова А.И., Михайличенко Т.Д., Телетаева Г.М., Жабина А.С., Волков Н.В., Комаров Ю.И. Клинические исследования (II фаза) вакцины на основе аутологичных дендритных клеток с иммунологическим адьювантом у больных с меланомой кожи. 2, 212-222.
34. Бахидзе Е.В., Лавринович О.Е., Чепик О.Ф., Киселев О.И. Прогностическое значение теста на ДНК вируса папилломы человека при хирургическом лечении плоскоклеточного рака шейки матки. 2, 233-238.
35. Берштейн Л.М., Бояркина М.П., Цырлина Е.В., Порошина Т.Е., Божок А.А. Снижение уровня тестостерона в крови у больных раком молочной железы репродуктивного возраста, получавших неoadьювантную химиотерапию. 5, 639-644.
36. Берштейн Л.М., Васильев Д.А., Коваленко И.Г., Порошина Т.Е., Кисельников К.С., Бояркина М.П., Зайцев А.Н. Влияние метформина и N-ацетилцистеина на маммографическую плотность молочных желез у женщин постменопаузального возраста. 1, 45-50.
37. Берштейн Л.М., Туркевич Е.А., Бояркина М.П. Метформин не подавляет экспрессию ароматазы в ткани рака молочной железы у больных, страдающих сахарным диабетом 2 типа. 2, 194-199.
38. Билык Е.А., Бучинская Л.Г., Полищук Л.З., Пеевич Т. Морфологические и иммуногистохимические особенности придатков матки у женщин с генетической предрасположенностью рака яичников. 4, 507-514.
39. Близнюков О.П., Замогильная Я.А. Плеоморфная фибросаркома. 1, 54-61.
40. Бусько Е.А., Семенов И.И., Семиглазов В.В. Возможности соноэластографии в диагностике опухолей молочных желез размерами до 2 см. 3, 359-363.
41. Васильев Д.А., Порошина Т.Е., Раджабова З.А.-Г., Берштейн Л.М. Клиническое значение трехнедельного тиреоглобулинового теста у больных раком щитовидной железы, подвергнутых тиреоидэктомии. 4, 481-486.
42. Глушков Н.И., Гуляев А.В., Павелец К.В., Мусукаев Х.М., Черных Д.А., Иогансон Д.Р. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики осложнений у больных раком прямой кишки. 4, 498-502.
43. Даценко П.В., Панышин Г.А., Сотников В.М., Ивашин А.В., Евстихеев Э.В., Голуб С.В., Гомболевский В.А. Оптимальные суммарные очаговые дозы лучевой терапии после химиотерапии первой линии при лимфоме Ходжкина. 4, 527-532.
44. Даценко П.В., Панышин Г.А., Сотников В.М., Ивашин А.В., Гомболевский В.А., Голуб С.В., Евстихеев Э.В. Роль противоопухолевого ответа после химиотерапии первой линии и уровня первичного поражения при лимфоме Ходжкина. 1, 66-71.
45. Добродеев А.Ю., Завьялов А.А., Чернов В.И., Тузиков С.А., Мусабаева Л.И., Синилкин И.Г. Влияние комбинированного лечения с интраоперационной лучевой терапией на морфофункциональное состояние миокарда у больных раком легкого III стадии. 5, 620-627.
46. Друй А.Е., Цаур Г.А., Попов А.М., Тупоногов С.Н., Шориков Е.В., Цвиренко С.В., Савельев Л.И., Фечина Л.Г. Исследование возможности определения экспрессии генов TH, ELAVL4 и GD2 для оценки поражения костного мозга у пациентов с нейробластомой. 4, 515-521.
47. Зайцев А.Н., Семенов И.И. Эхографическая картина опухолей мягких тканей. 2, 207-212.
48. Иванов В.М., Матякин Г.Г., Иванова О.В., Шейкин М.В., Романцов М.Г. Сопроводительная терапия местнораспространенного рака слизистой полости рта. 6,
49. Ивашин А.В., Даценко П.В., Панышин Г.А., Сотников В.М., Гомболевский В.А., Голуб С.В., Евстихеев Э.В. Оптимальный объем лучевой терапии после химиотерапии первой линии при лимфоме Ходжкина. 1, 61-66.
50. Измайлов Т.Р., Панышин Г.А., Даценко П.В. Роль возраста и степени злокачественности в выборе режима фракционирования при лечении глиом высокой степени злокачественности. 3, 374-380.
51. Измайлов Т.Р., Панышин Г.А., Даценко П.В. Роль функционального состояния и классов RPA в выборе режима фракционирования при лечении глиом высокой степени злокачественности. 3, 369-374.
52. Измайлов Т.Р., Панышин Г.А., Даценко П.В., Зотов В.К. Роль классификации RPA при лечении глиом высокой степени злокачественности. 4, 521-527.
53. Исмаил-Заде Р.С., Кочубинский Д.В., Шиманский А.Т., Назарук С.И., Руцкая Е.А., Бегун И.В., Федорова А.С., Савва Н.Н., Быданов О.И. Органосохранные операции при лечении нефробластомы у детей. 4, 502-507.
54. Канаев С.В., Новиков С.Н., Бейнусов Д.С., Гиршович М.М., Левченко Е.В., Барчук А.С., Семенов И.И., Жукова Л.А., Мацко Д.Е. Опыт использования одномоментной двухизотопной эмиссионной компьютерной томографии с ^{99m}Tc-технетрилом и ⁶⁷Ga-цитратом при обследовании больных немелкоклеточным раком легкого. 3, 346-352.
55. Канаев С.В., Новиков С.Н., Гиршович М.М., Криворотько П.В., Бейнусов Д.С., Крживицкий П.И. Значение методов ядерной медицины для определения тактики лучевого лечения у больных со злокачественными новообразованиями различной локализации. 2, 189-194.
56. Канаев С.В., Новиков С.Н., Криворотько П.В., Семиглазов В.Ф., Крживицкий П.И., Жукова Л.А., Семиглазова Т.Ю. Методические вопросы радионуклидной диагностики рака молочной железы с помощью ^{99m}Tc-технетрила. 6,
57. Канаев С.В., Щербачев А.М., Тюреева Е.И., Аванесян А.А. Консервативное лечение местнораспространенного и неоперабельного рака пищевода: возможности и перспективы. 2, 199-203.
58. Короленкова Л.И., Степанова Е., Ермилова В.Д., Барышников А.Ю., Брюзгин В.В. Экспрессия pAkt при цервикальных интраэпителиальных неоплазиях и микроинвазивном раке шейки матки. 6,
59. Максимов С.Я., Каргополова М.В., Берлев И.В., Хаджимба А.С., Урманчеева А.Ф., Микая Н.А. Роль лапароскопии в диагностике и лечении больных местнораспространенным раком шейки матки. 2, 222-227.
60. Новик В.И. Верификация цитологического диагноза карциномы in situ шейки матки при расхождении его с цитологическими данными. 2, 227-233.
61. Носов А.К., Гафтон Г.И., Мерабишвили В.М., Мамижев Э.М., Воробьев А.В., Петров С.Б. Герминогенные опухоли яичка; состояние диагностики и стадирования в Санкт-Петербурге. 2, 238-243.
62. Польшалов В.Н., Верясова Н.Н., Долгих С.Д., Гапбаров А.Ч. Регионарная химиотерапия при местнораспространенном раке желудка. 6,
63. Проценко С.А., Рудакова А.В., Моисеенко Ф.В., Левченко Е.В., Мацко Д.Е., Иванцов А.О., Семенов И.И.,

- Иевлева А.Г., Митюшкина Н.В., Того А.В., Новик А.В., Имянитов Е.Н., Моисеенко В.М. Фармакоэкономический анализ терапии гефитинибом больных немелкоклеточным раком легкого. 3, 352-359.
64. Расулов А.О., Шельгин Ю.А., Рыбаков Е.Г., Бойко А.В., Дрошнева И.В. Уменьшение количества регионарных лимфатических узлов как следствие предоперационной химиолучевой терапии рака прямой кишки. 4, 493-498.
65. Решетников О.В., Опенко Т.Г., Симонова Г.И., Курилович С.А., Малютина С.К., Рагино Ю.И., Воевода М.И. Риск развития рака желудка в зависимости от серологических маркеров атрофического гастрита: популяционное исследование. 5, 644-649.
66. Роман Л.Д., Костюк И.П., Шостка К.Г., Павленко А.Н., Крестьянинов С.С., Васильев Л.А. Эвисцерация малого таза в хирургии колоректального рака. 3, 363-369.
67. Самсонов Р.Б., Ключкова Т.Г., Евтушенко В.И. Инфицированность предстательной железы вирусами семейства *herpesviridae* и HPV у больных раком простаты. 6,
68. Семенов Д.Ю., Борискова М.Е., Зарайский М.И., Сабурова И.Ю., Панкова П.А., Фарафонова У.В., Быков М.А. Использование мутации *brca1* v600e в дифференциальной диагностике фолликулярных опухолей и папиллярного рака щитовидной железы и оптимизации тактики лечения. 5, 649-653.
69. Скородумова Л.О., Мураев А.А., Захарова Е.С., Шепелев М.В., Коробко И.В., Задеренко И.А., Иванов С.Ю., Гнучев Н.В., Георгиев Г.П., Ларин С.С. Изучение экспрессии раково-тестикулярных генов в образцах лейкоплакии и плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта. 4, 486-493.
70. Скоропад В.Ю., Бердов Б.А., Рухадзе Г.О. Полинеоплазии у больных раком желудка: закономерности развития, результаты лечения. 6,
71. Филатова Л.В., Тарасенкова А.А., Гершанович М.Л., Семиглазова Т.Ю. Первично-рефрактерные формы лимфомы Ходжкина. 5, 627-639.
72. Хмелевский Е.В., Паньшин Г.А., Канчели И.Н., Хорошков В.С. Варианты гипофракционирования протонного буста при местнораспространенном раке простаты. 6,
73. Хмелевский Е.В., Паньшин Г.А., Добровольская Н.Ю., Большакова С.А. Поиск оптимальных доз и режимов дистанционного облучения метастазов в скелет при прогнозируемой продолжительности жизни больных более трех месяцев. 3, 380-387.
74. Храновская Н.Н., Гриневиц Ю.А., Потребня Г.П., Воробьева Л.И., Свилицкий В.С., Цип Н.П., Скачкова О.В., Ситько В.В., Лисовенко Г.С., Танасиенко О.А., Свергун Н.Н., Мельник В.А., Горбач А.И., Никулина В.В. Влияние дендринноклеточной аутовакцины на эффективность основного лечения больных раком яичника. 6,
75. Шевченко А.В., Коненков В.И., Гарбуков Е.Ю., Стахеева М.Н. Полиморфизм регуляторных регионов гена фактора роста эндотелия сосудов *vegfa* у пациенток, больных раком молочной железы с наследственной отягощенностью. 6,
76. Андреева О.Е., Щербаков А.М., Шатская В.А., Крайильников М.А. Значение транскрипционного фактора SNAIL1 в регуляции гормональной чувствительности культивируемых *in vitro* клеток рака молочной железы. 1, 71-77.
77. Антропов В.И., Самойлов В.О., Слепян Э.И. Изменение клеточного метаболизма под воздействием азотосодержащих соединений, обладающих канцерогенной активностью. 4, 532-537.
78. Беспалов В.Г., Александров В.А., Семенов А.Л., Кованько Е.Г., Иванов С.Д. Ингибирующий эффект биоженшена на радиационный канцерогенез у крыс. 2, 248-253.
79. Беспалов В.Г., Александров В.А. Антиканцерогенное действие солей калия глюкаровой и глюкуроновой кислоты на индуцированные опухоли шейки матки и пищевода. 4, 537-541.
80. Васин М.В., Ковтун В.Ю., Комарова С.Н., Семенова Л.А., Афанасьев Р.В. Эффективность кверцетина и радиопротектора Б-190 при сочетанном применении: снижение гемотоксичности карбоплатины. 1, 77-81.
81. Волницкий А.В., Виноградская Г.Р., Филатов М.В. Экспрессия гена *p73* в глиомах. 4, 545-549.
82. Каледин В.И., Багинская Н.В., Васюнина Е.А., Ильницкая С.И., Овчинникова Л.П. Усиление общетоксического и ослабление гепатоканцерогенного действия диэтилнитрозамина при введении его в смеси с изопропаном. 5, 658-663.
83. Кобляков В.А., Антошина Е.Е., Горькова Т.Г., Гольдман И.Л., Труханова Л.С., Садчикова Е.Р. Тормозящее действие лактоферрина человека (неолактоферрина) на рост перевиваемой опухоли шейки матки мышей. 5, 668-674.
84. Ковалев Р.А., Штамм Т.А., Ибатулин Ф.М., Бондарев Г.Н., Филатов М.В. Возможности противоопухолевой терапии эпигенетической направленности на моделях *in vitro*. 6,
85. Козлов А.П., Забежинский М.А., Попович И.Г., Полев Д.Е., Шилов Е.С., Мурашев Б.В. Гиперпластические разрастания на коже головы золотых рыбок – сравнительно-онкологические аспекты. 3, 387-394.
86. Моисеева И.А., Зиновьев А.И., Никишин С.А., Небольсин В.Е. Изучение гематопротекторной эффективности дикарбамина в условиях экспериментального пострадиационного костномозгового синдрома. 1, 81-85.
87. Моисеева И.Ю., Зиновьев А.И., Ионичева Л.В., Никишин С.А., Небольсин В.Е., Кинзирская Ю.А. Влияние дикарбамина на костномозговое кроветворение в условиях экспериментального пострадиационного костномозгового синдрома. 5, 663-668.
88. Попович И.Г., Пискунова Т.С., Тындык М.Л., Аникин И.В., Забежинский М.А., Анисимов В.Н. Влияние метморфина на развитие опухолей, индуцируемых уретаном у мышей. 4, 549-555.
89. Рязанцева Н.В., Кайгородова Е.В., Марошкина А.Н., Белкина М.В., Новицкий В.В. Моделирующие апоптоз эффекты белков теплового шока: влияние шаперона Hsp27 на белки семейства Bcl-2 в опухолевых клетках линии Jurkat. 4, 541-545.
90. Стуков А.Н., Филатова Л.В., Гершанович М.Л., Семиглазова Т.Ю., Тарасенкова А.А., Латипова Д.Х., Вершинина С.Ф., Заргарова Н.И. Изучение комбинированного действия гемцитидина и ломустина у мышей с лимфосаркомой ЛИО-1, трансплантированной интракраниально. 3, 394-398.
91. Тындык М.Л., Попович И.Г., Аникин И.В., Егормин П.А., Юрова М.Н., Забежинский М.А., Анисимов В.Н. Влияние препарата SSH&H на продолжительность жизни

Б. Экспериментальные исследования

76. Андреева О.Е., Щербаков А.М., Шатская В.А., Крайильников М.А. Значение транскрипционного фактора SNAIL1 в регуляции гормональной чувствительности культивируемых *in vitro* клеток рака молочной железы. 1, 71-77.

развитие спонтанных опухолей у трансгенных мышей HER-2/neu. 2, 243-248.

92. Шевцов М.А., Хачатрян В.А., Поздняков А.В., Романо-ва И.В., Гужова И.В., Маргулис Б.А. Шаперонная тера-пия в модели интракраниальной глиобластомы крыс. 5, 653-658.

V. Опыт работы онкологических учреждений

93. Арсеньев А.И., Аристов Н.Ю., Барчук А.С., Левчен-ко Е.В., Вагнер Р.И., Барчук А.А., Лемехов В.Г., Нефе-дов А.О., Канаев С.В., Тарков С.А., Гагуа К.Э., Бейну-сов Д.С., Мамонтов О.Ю., Левченко Н.Е. Сравнитель-ная оценка эффективности лечения больных раком легкого. 3, 398-402.
94. Арсеньев А.И., Нефедов А.О., Левченко Е.В., Барчук А.С., Вагнер Р.И., Барчук А.А., Гагуа К.Э., Аристов Н.Ю., Желбунова Е.А., Канаев С.В., Тарков С.А., Щер-баков А.М., Шутов В.А., Рыбас А.Н. Оптимизация ме-тодов лечения хирургических осложнений при раке легкого. 5, 674-679.
95. Арсеньев А.И., Веденин Я.О., Барчук А.С., Дунаевский И.В., Нефедов А.О., Барчук А.А., Гагуа К.Э., Аристов Н.Ю., Канаев С.В., Тарков С.А., Долгопольский М.Н. Особенности анестезиологического обеспечения эн-дотрахеобронхиальных операций при опухолевом по-ражении центральных бронхов и трахеи. 1, 89-94.
96. Барчук А.С., Левченко Е.В., Арсеньев А.И., Вагнер Р.И., Гельфонд М.Л., Барчук А.А., Лемехов В.Г., Канаев С.В., Ергян С.М., Гагуа К.Э., Тимофеева Е.С., Бейну-сов Д.С., Тарков С.А., Мамонтов О.Ю., Левченко Н.Е. Актуальные вопросы комбинированного лечения рака легкого. 2, 253-260.
97. Воздвиженский М.О. Современные подходы к хирур-гическому лечению метастазов колоректального рака в печень. 6,
98. Джабаров Ф.Р., Розенко Л.Я., Гуськова Н.К. Возмож-ности гематопротекторного действия дикарбамина при химиолучевом лечении злокачественных опухолей. 4, 572-578.
99. Жаринов Г.М., Некрасова Н.Ю., Зимин А.А. Клиниче-ское и прогностическое значение исходного времени удвоения простатспецифического антигена у больных раком предстательной железы. 6,
100. Зайцев А.Н., Семенов И.И. Эластографическая карти-на опухолей мягких тканей и ее роль в диагностиче-ском процессе. 4, 564-568.
101. Закурдяева И.Г., Цыб А.Ф., Паршин В.С., Башкатова Т.А. Лечение больных с изолированными метастазами в регионарные лимфатические узлы в отдаленные сроки после терапии первичной меланомы кожи. 3, 402-406.
102. Иванова О.В. Применение дикарбамина в качестве ге-матопротектора при лекарственном лечении гемобла-стозов. 3, 416-420.
103. Ильин Н.В., Леенман Е.Е., Виноградова Ю.Н., Крицкая Ф.В., Токаева А.В. Значение дистанционной лучевой те-рапии больных множественной миеломой и плазмоци-томой в эру современного лекарственного лечения. 6,
104. Карелов А.Е. Перспективы развития анестезиолого-реаниматологической службы в онкологии. 2, 282-286.
105. Кочоян Т.М., Беришвили А.И., Слетина С.Ю., Комов Д.В., Керимов Р.А., Логачев А.В., Беляева Т.В., Цага-раева К.К., Левкина Н.В. Оценка эффективности раз-

личных методов кастрации у больных раком молочной железы. 1, 85-89.

106. Лазарев А.Ф., Россоха А.В., Мамаев А.Н., Ходоренко С.А., Мамаева И.В., Назаров А.В., Цыпкина Л.П. При-менение рекомбинантного фактора VIIa для снижения гемотрансфузионной нагрузки при кровотечениях у пациентов, оперированных по поводу злокачествен-ных образований. 4, 568-572.
107. Левченко Е.В., Дворецкий С.Ю., Канаев С.В., Щерба-ков А.М., Барчук А.С., Мацко Д.Е., Тюряева Е.И., Рад-жабова З. А.-Г., Семенова А.И., Карелов А.Е., Горохов Л.В., Комаров И.В., Аванесян А.А., Хохлова Е.А. Опыт использования индукционной химиолучевой терапии со среднетозной брахитерапией при хирургическом лечении рака пищевода. 2, 260-265.
108. Ломаков С.Ю. Анализ использования квот в РНЦ РХТ различными регионами Российской Федерации. 6,
109. Лубянский В.Г., Михайлов А.Г., Жариков А.Н., Савельев С.Г., Авдалян А.М. Хирургическое лечение гастроинте-стинальных стромальных опухолей. 4, 559-564.
110. Манихас Г.М., Жукова Н.В. Качество жизни больных местнораспространенным оперированным раком же-лудка на этапах химиотерапевтического лечения. 5, 679-684.
111. Мочалова А.С., Королева И.А. Профилактика нейтро-пении при проведении адьювантной терапии рака мо-лочной железы таксотером. 6
112. Неред С.Н., Стилиди И.С., Клименков А.А., Болотский В.И., Анурова О.А. Клинико-морфологические особен-ности и результаты хирургического лечения забрю-шинных неорганных липосарком. 1, 94-101.
113. Петрунин Д.Д., Оковитый С.В., Косталевская А.В., Сучков С.В. Подходы к иммунокоррекции пациентов с рецидивирующим базальноклеточным раком кожи с различными иммунофенотипами. 3, 406-416.
114. Пуанов Ю.А., Гафтон Г.И., Гудзь Ю.В., Набоков В.В., Иванова Т.В., Сафонова С.А., Левченко Е.В., Купатад-зе Д.Д., Новик В.И., Лазарева Ю.Р., Крживицкий П.И., Петрова В.Г. Органосохраняющие операции в комби-нированном лечении детей и подростков с остеосар-комой. 2, 275-282.
115. Роман Л.Д., Карпенко А.В., Сибгатуллин Р.Р., Белова Е.Н., Чуманихина Н.С., Джалилов Д.Н. Опыт примене-ния свободных ревааскуляризованных лоскутов для пластики онкологических дефектов головы и шеи. 5, 684-688.
116. Тарасенкова А.А., Филатова Л.В., Гершанович М.Л., Семиглазова Т.Ю. Первично-рефрактерные формы и рецидивы лимфомы Ходжкина с неблагоприятным прогнозом. 1, 101-110.
117. Фомин Д.К., Смирнов Ю.Н., Тарарухина О.Б., Назаров А.А. Методика фракционного введения ⁸⁹Sr-хлорида в лечении метастатического поражения костей. 1, 166-119.
118. Филатова Л.В., Тарасенкова А.А., Гершанович М.Л., Семиглазова Т.Ю. Рецидивы лимфомы Ходжкина. 2, 265-275.
119. Черенков В.Г., Петров А.Б., Шпенкова А.А., Васильева Т.М. Применение реамберина для снижения опухоле-вой интоксикации при циторедуктивной полихимиоте-рапии рака яичников III-IV стадии. 1, 110-116.
120. Яковлев А.Ю., Чичканова А.С., Улитин Д.Н., Мокров К.В., Акуленко С.В. Коррекция печеночной дисфунк-ции при подготовке к системной лекарственной тера-

пии больных со злокачественными новообразованиями желчевыводящих путей. 4, 555-559.

Краткие сообщения и рефераты

121. Блудов А.Б., Близиюков О.П., Замогилина Я.А., Неред А.С., Кочергина Н.В. Высокодифференцированная центральная (интрамедуллярная) остеосаркома: рентгенологическое и морфологическое описание двух случаев. 5, 694-698.
122. Гафтон Г.И., Семилетова Ю.В., Анисимов В.В., Мацко Д.Е., Лемехов В.Г., Егоренков В.В., Кочнев В.А., Петров В.Г., Шукин В.В., Гафтон И.Г., Малых И.Ю. Меланома кожи: клиничко-морфологический анализ состояния диагностики. 2, 286-289.
123. Гафтон Г.И., Татьяничева Н.В., Сенчик К.Ю., Егоренков В.В., Гельфонд В.М., Анисимов В.В., Кочнев В.А., Семиглазов В.В., Петров В.Г., Гафтон И.Г., Шукин В.В., Семилетова Ю.В., Малых И.Ю. Непосредственные результаты лечения больных с меланомой кожи и саркомами мягких тканей конечностей с применением изолированной регионарной химиоперфузии. 2, 289-292.
124. Наврузов С.Н., Полатова Д.Ш., Гафур-Ахунув М.А., Абдикаримов Х.Г. Значение маркерных белков p53, bcl-2, ki-67 в прогнозировании эффективности терапии при остеогенной саркоме трубчатых костей. 5, 691-694.
125. Промзелева Н.В., Зорина В.Н., Зорин Н.А. Белки семейства макроглобулинов при раке молочной железы. 5, 688-691.
126. Фридман М.В., Демидчик Ю.Е., Папок В.Е., Савва Н.Н., Зборовская А.А., Спивак Л.В., Schmid K.W. Морфологические особенности спонтанного папиллярного рака щитовидной железы у детей и подростков в современных условиях в Республике Беларусь. 4, 578-582.

VI. Лекции по онкологии

127. Демин Е.В., Беляев А.М., Лемехов В.Г. Должно быть понимание, что рак – это не только лечебная проблема, но и важный аспект преподавания онкологии в вузах.
128. Корман Д.Б. Средства альтернативной лекарственной терапии рака: летрил. 5, 698-705.
129. Ломаков С.Ю. Значение высокотехнологичных методов лучевой диагностики в онкологии
130. Мацко Д.Е., Имянитов Е.Н., Мацко М.В., Иевлева А.Г., Соколова И.А., Иванцов А.О. Морфо-молекулярные

основы индивидуализированной терапии опухолей головного мозга. 2, 292-303.

131. Мацко М.В. Темодал – цитостатик алкилирующего действия. Эффективность у больных со злокачественными глиомами. 3, 425-429.
132. Программа молекулярно-генетической диагностики. 4, 586-587.
133. Тараненко А.В., Батороев Ю.К., Лелявин К.Б. Сравнительная характеристика систем стадирования рака предстательной железы в историческом аспекте. 4, 582-586.

VII. История онкологии

134. Плисс Г.Б. Николай Николаевич Петров: этапы становления отечественной онкологии. 1, 119-133.

VIII. О новых книгах

135. Лемехов В.Г. Рецензия на монографию В.М. Мерабишвили «Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии). Руководство для врачей. 6,
136. Шелехова К.В., Константинова А.М. Рецензия на монографию D.V. Kazakov, M. Michal, D. Kacerovska, P.H. McKee «Cutaneous Adnexal Tumors». 6,

IX. Хроника

137. Протоколы 483 и 484-го заседаний Научного общества онкологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области. 4, 429-443.
138. Протоколы 485 и 486-го заседаний Научного общества онкологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области от 27 октября 2011 г. 5, 705-
139. Протоколы 487, 488, 489, 490 и 491-го заседаний Научного общества онкологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области. 6,

X. Юбилей

140. Марк Абрамович Забежинский (к 75-летию со дня рождения). 4, 587.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Абдикаримов Х.Г. 124
Аванесян А.А. 57, 107
Авдалян А.М. 109
Акуленко С.В. 120
Алейник А.Н. 4
Александров В.А. 1, 78, 79
Алиев И.И. 31
Алимова И.Н. 1
Андреева О.Е. 76
Аникин И.В. 1, 88, 91
Анисимов В.В. 122, 123
Анисимов В.Н. 1, 25, 88, 91
Анненков А.Ю. 14
Антошина Е.Е. 83
Антропов В.И. 77
Анурова О.А. 112
Аристидов Н.Ю. 93, 94, 95
Арсеньев А.И. 93, 94, 95, 96
Ассесорова Ю.Ю. 26
Асфандиярова Н.С. 32
Афанасьев Р.В. 80
Багинская Н.В. 82
Балдуева И.А. 33
Барчук А.А. 93, 94, 95, 96,
Барчук А.С. 54, 93, 94, 95, 96, 107
Барышников А.Ю. 58
Батороев Ю.К. 133
Бахидзе Е.В. 34
Башкатова Т.А. 101
Бегун И.В. 53
Бейнусов Д.С. 54, 55, 93, 96
Белкина М.В. 89
Белова Е.Н. 115
Белюсова Т.А. 5
Беляев А.М. 2, 127
Беляева Т.В. 105
Бердов Б.А. 70
Беришвили А.И. 105
Берлев И.В. 59
Берштейн Л.М. 6, 7, 35, 36, 37, 41
Беспалов В.Г. 1, 78, 79
Билык Е.А. 38
Близнюков О.П. 39, 121
Блудов А.Б. 121
Божок А.А. 35
Бойко А.В. 64
Болотский В.И. 112
Большакова С.А. 73
Бондарев Г.Н. 84
Борисенков М.Ф. 25
Борискова М.Е. 68
Бояркина М.П. 35, 36, 37
Брюзгин В.В. 58
Бусько Е.А. 40
Бучинская Л.Г. 38
Быданов О.И. 53
Быков М.А. 68
Вагнер Р.И. 93, 94, 96
Васильев Д.А. 36, 41
Васильев Л.А. 66
Васильева Т.М. 119
Васин М.В. 80
Васюнина Е.А. 82
Веденин Я.О. 95
Вершинина С.Ф. 90
Верясова Н.Н. 62
Виноградова Ю.Н. 103
Виноградская Г.Р. 81
Воевода М.И. 65
Воздвиженский М.О. 97
Волков Н.В. 33
Волницкий А.В. 81
Володина Е.В. 22
Воробьев А.В. 61
Воробьева Л.И. 74
Гагуа К.Э. 93, 94, 95, 96
Гапбаров А.Ч. 62
Гарбуков Е.Ю. 75
Гафтон Г.И. 19, 61, 114, 122, 123
Гафтон И.Г. 19, 122, 123
Гафур-Ахунов М.А. 124
Гельфонд В.М. 123
Гельфонд М.Л. 96
Георгиев Г.П. 22, 69
Гершанович М.Л. 24, 71, 90, 116, 118
Гиршович М.М. 54, 55
Глушков Н.И. 42
Гнучев Н.В. 22, 69
Голуб С.В. 43, 44, 49
Гольдман И.Л. 83
Гомбелевский В.А. 43, 44, 49
Горбач А.И. 74
Горохов Л.В. 107
Горькова Т.Г. 83
Гриневич Ю.А. 74
Гудзь Ю.В. 19, 114
Гужова И.В. 92
Гуляев А.В. 31, 42
Гуськова Н.К. 98
Даниленко А.А. 8
Данилов А.О. 33
Данилова А.Б. 33
Даценко П.В. 43, 44, 49, 50, 51, 52
Дворецкий С.Ю. 107
Демидчик Ю.Е. 126
Демин Е.В. 3, 127
Демко А.Н. 32
Джабаров Ф.Р. 98
Джалилов Д.Н. 115
Добровольская Н.Ю. 73
Добродеев А.Ю. 45
Долгих С.Д. 62
Долгопольский М.Н. 95
Дрошнева И.В. 64
Друй А.Е. 46
Дунаевский И.В. 95
Евстихеев Э.В. 43, 44, 49
Евтушенко В.И. 12, 67
Егоренков В.В. 122, 123
Егормин П.А. 1, 91
Ергнян С.М. 96
Ермилова В.Д. 58
Жабина А.С. 33
Жариков А.Н. 109
Жаринов Г.М. 99
Желбунова Е.А. 94
Жукова Л.А. 54, 56,
Жукова Н.В. 110
Забезинский М.А. 1, 9, 85, 88, 91
Завьялов А.А. 45
Задеренко И.А. 69
Зайцев А.Н. 36, 47, 100
Закурдяева И.Г. 101
Замогильная Я.А. 39, 121
Зарайский М.И. 68
Заргарова Н.И. 90
Захарова Е.С. 69
Зборовская А.А. 126
Зимин А.А. 99
Зиновьев А.И. 86, 87
Зорин Н.А. 125
Зорина В.Н. 125
Зотов В.К. 52
Ибатулин Ф.М. 84
Иванов В.М. 48
Иванов С.Д. 78
Иванов С.Ю. 22, 69
Иванова О.В. 48, 102
Иванова Т.В. 19, 114
Иванцов А.О. 63, 130
Ивашин А.В. 43, 44, 49
Иевлева А.Г. 63, 130
Измайлов Т.Р. 50, 51, 52
Ильин Н.В. 103
Ильницкая С.И. 82
Имянитов Е.Н. 10, 63, 130
Иогансон Д.Р. 42
Ионичева Л.В. 87
Исмаил-Заде Р.С. 53
Кайгородова Е.В. 89
Какурина Г.В. 11
Каледин В.И. 82
Канаев С.В. 23, 54, 55, 56, 57, 93, 94,
95, 96, 107
Канчели И.Н. 72
Карачун А.М. 31
Каргополова М.В. 59
Карелов А.Е. 104, 107
Карпенко А.В. 115
Керимов Р.А. 105
Кинзирская Ю.А. 87
Киселев О.И. 34
Кисельников К.С. 36
Клименков А.А. 112

- Клочкова Т.Г. 12, 67
 Кобляков В.А. 83
 Ковалев Р.А. 84
 Коваленко И.Г. 36
 Коваль В.Д. 13
 Кованько Е.Г. 78
 Ковтун В.Ю. 80
 Козлов А.П. 85
 Колыгин Б.А. 16, 17
 Комаров И.В. 107
 Комаров Ю.И. 33
 Комарова С.Н. 80
 Комов Д.В. 105
 Кондакова И.В. 4, 11, 13,
 Коненков В.И. 75
 Константинова А.М. 136
 Корита П.В. 14
 Корман Д.Б. 15, 128
 Коробко И.В. 69
 Королева И.А. 111
 Короленкова Л.И. 58
 Косталевская А.В. 113
 Костюк И.П. 66
 Кочергина Н.В. 121
 Кочнев В.А. 122, 123
 Кочоян Т.М. 105
 Кочубинский Д.В. 53
 Красильников М.А. 76
 Крестьянинов С.С. 66
 Крживицкий П.И. 55, 56, 114
 Криворотько П.В. 55, 56
 Крицкая Ф.В. 103
 Кулева С.А. 16, 17
 Купатадзе Д.Д. 114
 Курилович С.А. 65
 Лавринович О.Е. 34
 Лазарев А.Ф. 106
 Лазарева Ю.Р. 114
 Лалианци Э.И. 28, 29, 30.
 Ларин С.С. 22, 69
 Латипова Д.Х. 90
 Левкина Н.В. 105
 Левченко Е.В. 54, 63, 93, 94, 96, 107,
 114
 Левченко Н.Е. 93, 96
 Леенман Е.Е. 103
 Лелявин К.Б. 133
 Лемехов В.Г. 93, 96, 122, 127, 135
 Лисовенко Г.С. 74
 Логачев А.В. 105
 Ломаков С.Ю. 108, 129
 Лубянский В.Г. 109
 Максимов С.Я. 59
 Малых И.Ю. 122, 123
 Малютина С.К. 65
 Мамаев А.Н. 106
 Мамаева И.В. 106
 Мамижев Э.М. 61
 Мамонтов О.Ю. 93, 96
 Манихас Г.М. 110
 Маргулис Б.А. 92
 Марошкина А.Н. 89
 Матякин Г.Г., 48
 Мацко Д.Е. 54, 63, 107, 122, 130
 Мацко М.В. 130, 131
 Мельник В.А. 74
 Мерабишвили В.М. 27, 28, 29, 30, 61
 Микая Н.А. 59
 Митюшкина Н.В. 63
 Михайличенко Т.Д. 33
 Михайлов А.Г. 109
 Михнин А.Е. 18
 Моисеева И.Я. 86
 Моисеева И.Ю. 87
 Моисеенко В.М. 33, 63
 Моисеенко Ф.В. 63
 Мокров К.В. 120
 Мочалова А.С. 111
 Мураев А.А. 22, 69
 Мурашев Б.В. 85
 Мусабаева Л.И. 45
 Мусукаев Х.М. 42
 Набоков В.В. 114
 Наврузов С.Н. 124
 Назаров А.А. 117
 Назаров А.В. 106
 Назарук С.И. 53
 Небольсин В.Е. 86, 87
 Некрасова Н.Ю. 99
 Неред А.С. 121
 Неред С.Н. 112
 Нефедов А.О. 93, 94, 95
 Нехаева Т.Л. 33
 Никишин С.А. 86, 87
 Никулина В.В. 74
 Новик А.В. 33, 63
 Новик В.И. 60, 114
 Новиков С.Н. 54, 55, 56
 Новицкий В.В. 89
 Носов А.К. 61
 Овчинникова Л.П. 82
 Оковитый С.В. 113
 Опенко Т.Г. 65
 Павелец К.В. 42
 Павленко А.Н. 66
 Панкова П.А. 68
 Панченко А.В. 1
 Паньшин Г.А. 43, 44, 49, 50, 51, 52,
 72, 73
 Папок В.Е. 126
 Паршин В.С. 101
 Пеевич Т. 38
 Петров А.Б. 119
 Петров В.Г. 19, 122, 123
 Петров С.Б. 61
 Петрова В.Г. 114
 Петрова Т.Ю. 33
 Петрунин Д.Д. 113
 Пискунова Т.С. 1, 88
 Плисс Г.Б. 1, 3, 134
 Поздняков А.В. 92
 Полатова Д.Ш. 124
 Полев Д.Е. 85
 Полищук Л.З. 38
 Польшалов В.Н. 62
 Попов А.М. 46
 Попович И.Г.1, 85, 88, 91
 Порошина Т.Е. 35, 36, 41
 Потребня Г.П. 74
 Правосудов И.В. 31
 Промзелева Н.В. 125
 Проценко С.А. 33, 63
 Пунанов Ю.А. 114
 Рагино Ю.И. 65
 Рагулин Ю.А. 20
 Раджабова З. А.-Г. 41, 107
 Расулов А.О. 64
 Решетников О.В. 65
 Розенко Л.Я. 98
 Роман Л.Д. 66, 115
 Романова И.В. 92
 Романцов М.Г. 48
 Россоха А.В. 106
 Рудакова А.В. 63
 Рухадзе Г.О. 70
 Руцкая Е.А. 53
 Рыбаков Е.Г. 64
 Рыбас А.Н. 94
 Рязанцева Н.В. 89
 Сабурова И.Ю. 68
 Савва Н.Н. 53, 126
 Савельев Л.И. 46
 Савельев С.Г. 109
 Садчикова Е.Р. 83
 Самойлов В.О. 77
 Самсонов Р.Б. 67
 Сафонова С.А. 114
 Свергун Н.Н. 74
 Свилицкий В.С. 74
 Семенов А.Л. 78
 Семенов Д.Ю. 68
 Семенов И.И. 40, 47, 54, 63, 100
 Семенова А.И. 33, 107
 Семенова Л.А. 80
 Семенченко А.В. 1
 Семиглазов В.В. 19, 40, 123
 Семиглазов В.Ф. 21, 56
 Семиглазова Т.Ю. 24, 56, 71, 90, 116,
 118
 Семилетова Ю.В. 122, 123
 Сенчик К.Ю. 123
 Сибгатуллин Р.Р. 115
 Симонова Г.И. 65
 Синилкин И.Г. 45
 Ситько В.В. 74
 Скачкова О.В. 74
 Скопин А.С. 32

- Скородумова Л.О. 22, 69
 Скоропад В.Ю. 70
 Слепян Э.И. 77
 Слетина С.Ю. 105
 Смирнов Ю.Н. 117
 Соколова И.А. 130
 Сотников В.М. 43, 44, 49
 Спивак Л.В. 126
 Спирина Л.В. 13
 Стахеева М.Н. 75
 Степанова Е. 58
 Стилиди И.С. 112
 Стуков А.Н. 1, 90
 Субботина О.Ю. 28, 29, 30.
 Сучков С.В. 113
 Танащенко О.А. 74
 Тараненко А.В. 133
 Тарарухина О.Б. 117
 Тарасенкова А.А. 24, 71, 90, 116, 118
 Тарков С.А. 18, 93, 94, 95, 96
 Татьяничева Н.В. 123
 Телетаева Г.М. 33
 Тимофеева Е.С. 96
 Того А.В. 63
 Токаева А.В. 103
 Тришкин В.А. 19
 Троценко О.Е. 14
 Труханова Л.С. 83
 Тузиков С.А. 45
 Тупоногов С.Н. 46
 Туркевич Е.А. 37
 Тындык М.Л. 1, 9, 88, 91
 Тюреева Е.И. 23, 57, 107
 Улейская Г.И. 33
 Улитин Д.Н. 120
 Урманчеева А.Ф. 59
 Фарафонова У.В. 68
 Федорова А.С. 53
 Фечина Л.Г. 46
 Филатов М.В. 81, 84
 Филатова Л.В. 24, 71, 90, 116, 118
 Филимонов В.В. 14
 Фомин Д.К. 117
 Фридман М.В. 126
 Фролова О.С. 18
 Хаджимба А.С. 59
 Хачатрян В.А. 92
 Хмелевский Е.В. 72, 73
 Ходоренко С.А. 106
 Хорошков В.С. 72
 Хохлова Е.А. 107
 Храновская Н.Н. 74
 Цагараева К.К. 105
 Цаур Г.А. 46
 Цвиренко С.В. 46
 Цип Н.П. 74
 Цыб А.Ф. 101
 Цывкина Л.П. 106
 Цырлина Е.В. 35
 Чепик О.Ф. 29, 30, 34
 Черенков В.Г. 119
 Чернов В.И. 45
 Черных Д.А. 42
 Чичканова А.С. 120
 Чойнзонов Е.Л. 11
 Чуманихина Н.С. 115
 Шатская В.А. 76
 Шахтарина С.В. 8
 Шевцов М.А. 92
 Шевченко А.В. 74
 Шейкин М.В. 48
 Шелехова К.В. 136
 Шелыгин Ю.А. 64
 Шепелев М.В. 69
 Шилов Е.С. 85
 Шиманский А.Т. 53
 Шориков Е.В. 46
 Шостка К.Г. 66
 Шпенкова А.А. 119
 Штамм Т.А. 84
 Шутов В.А. 94
 Щекина Л.А. 33
 Щербаков А.М. 3, 57, 76, 94, 107
 Щукин В.В. 122, 123
 Юрова М.Н. 1, 91
 Яковлев А.Ю. 120
 Schmid K.W. 126