



V СЪЕЗД ОНКОЛОГОВ И РАДИОЛОГОВ СНГ (14—16 мая 2008 г., Ташкент)

В.П. Летагин

ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Отличительной чертой прошедшего форума стало выступление ведущих представителей медицинской науки. Так, президент РАМН, акад. РАН и РАМН, директор РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, проф. М.И. Давыдов рассказал об основных достижениях современной онкологии и наметил перспективы ее развития в XXI в.

Положительные результаты работы и прогресс в диагностике и лечении опухолей головного мозга были представлены в докладе акад. РАН и РАМН А.Н. Коновалова.

В своем блестящем выступлении, посвященном памяти И.А. Кассирского, акад. РАН и РАМН А.И. Воробьев осветил значительные достижения онкогематологии последних лет.

Научная программа съезда охватывала все аспекты онкологической науки. Особое место заняли научные сообщения, касающиеся роли и значения расширенных и комбинированных операций при раке легкого, пищевода, желудка.

Актуальные вопросы онкоурологии нашли свое отражение в целой серии докладов, посвя-

щенных использованию современных методов лечения больных раком предстательной железы, почки и мочевого пузыря, а также пациентов с тромбозом нижней полой вены.

Изучение прогностических факторов у больных раком молочной железы привело к созданию современных стандартов лечения этой категории больных, с успехом использующихся в практической деятельности онкологических диспансеров СНГ.

Новые достижения в онкоортопедии позволили сформулировать некоторые основополагающие принципы лечения больных с метастатическими и первичными поражениями костей.

Значительный прогресс отмечен в лечении больных с метастатическим поражением головного мозга, где предпочтение отдается комбинированным методам, в частности, сочетанию хирургического и химиолучевого методов.

В работе съезда приняли участие 1500 делегатов.

ИТОГИ РАБОТЫ VI ЕВРОПЕЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПО РАКУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ЕВСС-6, Берлин, Германия, 15—19 апреля, 2008 г.)

В.П. Летагин

ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Основное внимание в работе конференции и публикациях уделялось 4 аспектам.

1. Эффективность различного рода скрининговых программ.
2. Современные возможности хирургического метода лечения, в том числе и реконструктивно-пластических операций.
3. Эффективность лучевого лечения.
4. Особенности использования лекарственной терапии на современном этапе.

Анализируя значительное количество исследований по скринингу, можно утверждать, что обязательным компонентом, повышающим их эффективность, являются современные методики маммографии, ультразвукового исследования. Оп-

ределенное место в диагностике рака молочной железы занимает магнитно-резонансная томография (14R1), в ряде случаев — ПЕТ-томография, эластография.

Говоря о необходимости морфологической верификации, подчеркивается роль различных вариантов (fine needle aspiration, cytology, core needle biopsy) и рекомендуется более широкое использование так называемой вакуумной биопсии при помощи маммотома — VAB (Vacuum Assisted Biopsy).

В странах Европейского Союза в 2007 г. принята очередная (4-я редакция) скрининговая программа, согласно которой женщинам в возрасте 50—69 лет маммография должна выполняться каждые 2 года.

Основное направление развития хирургических методов — применение различных вариантов консервативной хирургии.

Альтернативными методиками следует считать так называемые кожесберегающие мастэктомии с одновременной реконструктивной маммопластикой с использованием различных имплантатов. Данная методика имеет значительные преимущества по сравнению с предыдущими, в которых использовались аутологичные кожно-мышечные лоскуты.

Для больных раком *in situ* обязательным компонентом хирургического лечения является биопсия сторожевого лимфоузла.

Лучевая терапия как компонент адъювантного комбинированного или комплексного лечения применяется при различных вариантах консервативной хирургии и показана в случаях высокого риска возникновения локорегионарного рецидива. Эффективность ее возрастает в комбинации с лекарственной терапией, проводимой одновременно или последовательно.

Дискутабельными остаются вопросы целесообразности и эффективности послеоперационной лучевой терапии у больных с низким и средним риском.

Назначение того или иного вида лекарственного лечения основывается на ряде прогностических факторов, к которым относят возраст пациентки, гистологическую структуру и размеры опухоли, наличие метастазов в регионарных лимфоузлах, их число, рецепторы эстрогенов и прогестерона, статус Her-2 и т.д. Особенно важное значение придается изучению экспрессии генов, ответственных за плохой прогноз.

Использование ингибиторов ароматазы у менопаузальных больных с положительными рецепторами эстрогенов в качестве адъювантной гормонотерапии — более эффективно по сравнению с применением тамоксифена.

Создание мультигенной классификации экспрессий позволит в будущем идентифицировать тип индивидуального лекарственного лечения у каждого конкретного больного.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

1. Статьи, направляемые в журнал «Опухоли женской репродуктивной системы», должны быть представлены на дискете или CD-носителях (электронная версия) с распечаткой на бумаге (в 2 экз., через 1,5 интервала, шрифт — Times New Roman, 14 пунктов).
К статьям должны быть приложены резюме на русском и желательно на английском языках объемом не более 1/3 машинописной страницы.
2. В выходных данных следует указать: название статьи, инициалы и фамилии всех авторов, название учреждения, город.
Необходимо также приложить рекомендацию руководителя учреждения.
В конце статьи обязательно следует дать контактные телефоны, адрес электронной почты и Ф.И.О. авторов для связи.
3. Объем лекции и обзора не должен превышать 10—12 стр., оригинальной статьи — 8 стр. машинописного текста. Список литературы соответственно не должен превышать 20 и 40 источников.
4. Если статья сопровождается рисунками и таблицами, ссылки на них в тексте обязательны.
5. Все рисунки должны быть пронумерованы и снабжены подрисуночными подписями.
На рисунке указываются: «верх» и «низ»; фрагменты рисунка обозначаются строчными буквами русского алфавита — «а», «б» и т.д. Все сокращения и обозначения, использованные

на рисунке, расшифровываются в подрисуночной подписи. Электронный вариант рисунков должен быть выполнен в формате TIFF, 300dpi. Векторные иллюстрации — в формате EPS Adobe Illustrator 7.0—10.0.

Рисунки в программе Word не принимаются.

6. Все таблицы должны быть пронумерованы и иметь заголовки. Все сокращения расшифровываются в примечании к таблице.
7. Список литературы приводится в порядке цитирования. Для каждого источника необходимо указать: Ф.И.О. авторов (если авторов не более четырех, то перечислить все их фамилии. Если более четырех — следует указать фамилии и инициалы трех первых авторов, а вместо перечисления остальных ставится «и др.» или «et al.»). Также следует дать название книги или статьи, название журнала, год, том и номер выпуска (для книги — место издания, название издательства, год), страницы.
8. Буквенные сокращения в тексте статьи допускаются только после полной расшифровки понятия.
9. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать статьи.
10. Все статьи, в том числе подготовленные аспирантами и соискателями ученой степени кандидата наук по результатам собственных исследований, принимаются к печати бесплатно.