

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ

РОО «ПЕТЕРБУРГСКОЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО»
№ 528 от 04.07.2025 г. В РАМКАХ XI ПЕТЕРБУРГСКОГО МЕЖДУНАРОДНОГО
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ФОРУМА «БЕЛЫЕ НОЧИ-2025»
(2–5 июля 2025 г.)

Присутствовали:

6 из 11 членов Правления РОО «Петербургское онкологическое научное общество»

1. Президент РОО «Петербургское онкологическое научное общество» д.м.н., профессор *Орлова Рашида Вахидовна*
2. Профессор, член-корр. РАН *Беляев Алексей Михайлович*
3. Д.м.н., профессор *Топузов Эльдар Эскендерович*
4. Д.м.н., профессор *Семиглазова Татьяна Юрьевна*
5. К.м.н. *Комаров Юрий Игоревич*
6. К.м.н. *Брянцева Жанна Викторовна*

Присутствовали 52 члена РОО «Петербургское онкологическое научное общество» и 28 специалистов из других регионов РФ.

ДОКЛАД

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ СТАДИЙ ЛИМФЕДЕМЫ
ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Л.А.Гор, к.м.н. В.А.Скворцов, д.м.н., профессор Э.Э.Топузов

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время в России проживает около 3 млн женщин, которым проводилось радикальное лечение по поводу РМЖ. Однако развитие стойких функциональных нарушений в ряде случаев не позволяет им вернуться к полноценной трудовой деятельности и снижает их социальную активность. Частота развития лимфедемы верхней конечности после применения комбинированного лечения РМЖ достигает 40,0%, большая часть этих пациенток — люди трудоспособного возраста. Таким образом, становится понятной высокая значимость проблемы реабилитации этой категории пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность применения лимфовенулярных анастомозов в лечении ранних стадий лимфедемы верхних конечностей при раке молочной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Перспективное исследование на базе СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» отделение хирургических методов лечения (молочной железы) № 2. За период с 12.2021 по 04.2025 г. нами прооперировано 30 пациенток с лимфедемой верхней

конечности. Всем пациенткам выполнялось наложение лимфовенулярных или лимфовенулярных анастомозов при помощи стационарного микроскопа ZEISS OPMI Vario 700. Основными критериями включения в работу являлись пациентки, пролеченные по поводу рака молочной железы, с вторичной лимфедемой верхних конечностей 0–II стадии. Предоперационная разметка лимфатических протоков и венул проводилась с помощью индоцианина зеленого (ICG) — 18 пациенток и УЗИ аппарата SIEMENS ACUSON S2000 — 12 пациенток.

Всем пациенткам в качестве первого этапа комплексного лечения планировалось выполнение шунтирующей операции на лимфатическом коллекторе — наложение лимфовенулярных анастомозов. Затем все пациентки отправлялись в отделение реабилитации для проведения комплексной физической противоотечной терапии. В послеоперационном периоде пациентки постоянно носили компрессионный трикотаж минимум 6 месяцев для достижения оптимального результата. После выписки все пациенты приглашались на контрольные визиты с периодом 1 неделя, 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего было прооперировано 30 пациенток с лимфедемой верхней конечности. Медиана

наблюдения составила 17 месяцев. Для расчета регресса отека верхней конечности использовалась модернизированная формула для расчета объема усеченных конусов. Средний регресс отека оценивался путем вычисления медианы для переменного объема «ДО» и медианы для переменной объем «ПОСЛЕ». Средний регресс отека у пациенток после наложения лимфовенулярных анастомозов при наблюдении от 6 мес до 26 мес составил 20%.

Выводы

Наложение лимфовенулярных анастомозов является эффективным и перспективным направлением в лечении вторичной лимфедемы верхних конечностей.

Вопросы и обсуждения

Д.м.н. Гладышев Д.В.: Людмила Андреевна, спасибо большое. У меня вопрос по одному из представленных случаев, где вы показали лимфовенозный анастомоз между бедром и лицом. Реконструкция была выше, при этом диаметр сосуда отличался. Можно прокомментировать этот момент?

Гор Л.А.: Да, действительно, в этом случае наблюдалась разница в диаметре сосудов. Мы вставляли анастомоз в области ладони, и реконструкция проходила выше. Это был необходимый технический шаг, обусловленный анатомическими особенностями.

К.м.н. Брянцева Ж.В.: Людмила Андреевна, как радиотерапевт и специалист, хочу уточнить. Речь идет о лимфовенозных анастомозах, накладываемых одновременно с лимфаденэктомией. Коллеги из Казани рассказывали об этом, но на вопрос о дальнейшей лучевой терапии ответа

не дали. А у вас представленные случаи — это уже лечение лимфедемы после лучевой терапии?

Гор Л.А.: Да, все представленные пациенты уже прошли комплексное лечение, включая лучевую терапию. Это случаи вторичной лимфедемы, а не профилактической одномоментной коррекции.

К.м.н. Брянцева Ж.В.: Хочу порекомендовать, если будете выполнять лимфовенозные анастомозы сразу после лимфаденэктомии — обязательно маркируйте их и передавайте информацию радиотерапевту. Эту зону следует считать критической структурой и снижать на нее дозовую нагрузку, потому что основной риск развития лимфедемы связан не столько с хирургией, сколько с радиоиндуцированным фиброзом. Есть метаанализы, показывающие, что через два года нет разницы между пациентами с анастомозами и без них. Эффект нивелируется радиоиндуцированным фиброзом. Так что, возможно, я вам дала идею — метить анастомозы для планирования лучевой терапии.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Стоит ли делать лимфаденэктомию, если потом придется устранять её последствия? Может, лучше ограничиться биопсией сигнальных лимфоузлов?

К.м.н. Брянцева Ж.В.: Это правильный вопрос. Лучшее лечение лимфедемы — не допустить её развития. В ряде случаев аксиллярная хирургия может быть избыточной. Например, исследование SOUND показало, что при раннем раке молочной железы (у женщин старше 50 лет с люминальным подтипом опухоли) можно отказаться от удаления лимфоузлов.

ДОКЛАД

ИНТЕРСФИНКТЕРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ НИЗКОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Р.Э. Топузов, Э.Э. Топузов, В.В. Усиков, Д.Е. Попов, К.М. Сидоркина, А.Ж. Кукебаева, А.А. Сайденова

ВВЕДЕНИЕ

Рак прямой кишки остается актуальной проблемой, являясь одной из самых распространенных локализаций злокачественных опухолей. Особые трудности в хирургическом лечении связаны с «низкими» опухолями прямой кишки без инвазии в тазовое дно и наружный сфинктер. Данный раздел хирургии сопряжен со множеством проблем, во многом связанных с функциональными результатами, сохранени-

ем как запирающей функции анального канала, так и физиологического процесса дефекации, в то время как радикальность подобных вмешательств на сегодняшний день уже не вызывает сомнений. Основной методикой, применяемой в таких случаях, является интерсфинктерная резекция прямой кишки (ИСР). Данная методика до сих пор является предметом изучения и улучшения. Один из перспективных подходов заключается

в трансанальном начале операции и выполнении трансанальной мезоректумэктомии посредством трансанальной эндоскопической микрохирургии (ТЭМ). Такой подход помогает выполнить экономную резекцию внутреннего сфинктера прямой кишки, который в конечном счете играет основную роль в запирающей функции прямой кишки, а также облегчает выделение сосудисто-нервных пучков, проходящих между слоями тазовой фасции и обеспечивающих функцию анального канала, в частности, аноректального рефлекса. С другой стороны, данная методика технически сложнее, чем конвенциональная лапароскопическая хирургия, так как требует работы в ограниченном пространстве через монопорт.

Цель исследования

Изучение функциональных результатов ИСР с трансанальной мезоректумэктомией.

Материалы и методы

Основная группа включает 29 пациентов, которым была выполнена ИСР с трансанальной мезоректумэктомией. Функциональные результаты оценены с помощью опросников LARS, Wexner, SF-36, а также сфинктерометрии на нескольких этапах лечения.

Результаты

Пациентов женского пола было 34,5%, мужского пола — 65,5%. Возраст на момент исследования составил от 41 до 79 лет. Расстояние между дистальным краем опухоли и верхним краем пуборектальной мышцы (ПРМ) — в диапазоне от –9 мм (дистальнее ПРМ) до 26 мм (проксимальнее ПРМ). ИСР 1-го типа была выполнена в 17 (58,6%) случаях, ИСР 2-го типа — в 9 (31%) случаях, ИСР 3-го типа — в 3 (10,3%) случаях. Функциональные результаты продемонстрированы в таблицах и графиках.

Выводы

Предварительный анализ демонстрирует, что ИСР с трансанальной мезоректумэктомией является многообещающей в функциональном плане процедурой. Для окончательных выводов требуется большее количество случаев, а также сравнение с группой контроля.

Вопросы и обсуждения

Д.м.н. Гладышев Д.В.: Какие варианты анастомоза предпочтительны — «конец в конец» или «бок в конец»?

К.м.н. Топузов Р.Э.: Мы используем анастомоз «конец в конец». Он технически сложнее, но больше соответствует принципам нашего подхода. «Бок в конец» выполняется реже.

Д.м.н. Гладышев Д.В.: На слайде с локализацией опухоли указано, что большинство опухолей выше зубчатой линии. Почему?

К.м.н. Топузов Р.Э.: Возможно, дело в масштабировании изображения. Самое высокое расстояние от верхнего края пуборектальной мышцы — 26 мм. Это соответствует опухолям, расположенным выше зубчатой линии.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Сейчас такие операции выполняются не только в специализированных онкологических центрах, но и в многопрофильных стационарах. Как к этому относится онкологическое сообщество?

Д.м.н., профессор Карачун А.М.: Пациенты действительно ищут хирургов, которые выполняют сфинктеросохраняющие операции. Мы, как онкологи, должны давать объективную информацию пациентам после неoadьювантного лечения — возможно ли сохранение сфинктера или нет. Что вы хотели продемонстрировать в вашей работе? Чем она отличается от других аналогичных работ?

К.м.н. Топузов Р.Э.: То, что было продемонстрировано, все же я не могу сказать, что это широко везде выполняется, отдельные элементы этой техники проводятся в отдельных учреждениях. Мы хотели провести анализ функциональных результатов ИСР с трансанальной мезоректумэктомией у больных.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Нет, на самом деле у нас это не очень широко практикуется в городе. Ваша клиника — одна из немногих, где эти операции выполняются. Клинический материал 30 больных — это большой опыт таких операций.

К.м.н. Топузов Р.Э.: Мы скомбинировали лучшие практики, которые мы нашли.

К.м.н. Пелипась Ю.В.: У меня комментарий и несколько вопросов. Я бы хотел все-таки понимать распределение этих больных по стадиям. Мы ведь обсуждаем больных раком прямой кишки нижнеампулярного отдела. Объясню почему. В большинстве случаев при стадии cT2 и выше, это пациенты после химиолучевого лечения. Вы не включали больных с инвазией в смежные органы? Например, для cT4 опухолей интерсфинктерная резекция невозможна. Такие операции технически сложны и возможны далеко не у всех больных. Например, у мужчин с избыточным весом и глубокой анальной воронкой, длинным

анальным каналом доступ ограничен. Это что касается этой операции, действительно, это для хирурга очень серьезное испытание. У меня есть второй вопрос. Я был убежден, что интерсфинктерная резекция — это опция только для cT1–2. Я не представляю себе, как можно выполнить интерсфинктерную резекцию при cT4b. Рустем Эльдарович говорит, я могу прооперировать и сохранить сфинктер. А кто-то говорит, что этому пациенту показана только брюшно-промежностная экстирпация после химиолучевой терапии. Почему?

К.м.н. Топузов Р.Э.: Опухоли в нашем исследовании были на разных уровнях.

Пациент, который был продемонстрирован, имел стадию cT4b, и это была опухоль среднего ампулярного отдела прямой кишки с инвазией в подвздошно-копчиковую мышцу. Все пациенты получали неоадьювантную терапию, кроме T1. Критерием исключения в нашей работе является инвазия в соседние органы.

Д.м.н. профессор Орлова Р.В.: Предлагаю вам в следующий раз представить материал с онкологическим уклоном: какие больные подходят для этой операции, какие стадии, анатомические критерии. Это важно для клинической практики.

ДОКЛАД

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТОЧКИ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИММУНОТЕРАПИИ

Д.м.н. А.В.Новик

Актуальность

Иммунотерапия занимает одно из ведущих мест в современном лечении злокачественных опухолей и может применяться у определенной подгруппы пациентов практически при любой злокачественной опухоли. Известно, что данный вид лечения может приводить к длительно сохраняющимся эффектам даже при завершении терапии. Однако оптимальная длительность лечения во многом не определена.

Цель исследования

Провести оценку существующих подходов к остановке анти-PD-1 иммунотерапии при отсутствии у больного прогрессирования процесса.

Материалы и методы

Нами был проведен анализ доступных источников литературы из баз Elibrary, PubMed и анализ материалов конференций ASCO и ESMO для поиска и оценки клинических исследований, оценивающих возможность остановки анти-PD-1 терапии у больных без признаков прогрессирования процесса.

Результаты

Выявлен ряд работ, оценивающих возможность завершения терапии у больных меланомой кожи (Мел), немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) и различными солидными опухолями.

В исследовании M. Amior (ASCO 2024) проводилось моделирование ранней остановки лечения у больных Мел. При завершении терапии после 12 мес лечения различий в общей выживаемости не наблюдалось, а после 18 мес лучшую выживаемость имели пациенты, завершившие лечение. В метаанализе K. Lallas (2025) было установлено, что риск рецидива у больных меланомой при отмене лечения без прогрессирования и токсичности составлял 21%, а медиана времени до рецидива — 15 мес. При этом у 57% пациентов удавалось добиться контроля над заболеванием при повторном назначении анти-PD-1 терапии.

В исследованиях G. Bilger (2022), K. Ding (2025) и H. Kim (2022) установлено, что выживаемость больных НМРЛ при остановке терапии при достижении объективного ответа существенно превышает таковую при стабилизации. При этом различий в общей выживаемости при завершении лечения после 18 мес. терапии не было выявлено. Риск прогрессирования после 24 мес лечения был низким.

В нашем исследовании (Новик А.В., 2023) был предложен метод оценки риска прогрессирования заболевания на основе клинических и иммунологических параметров с использованием технологий машинного обучения, позволяющий оценивать риски при продолжении и прекращении терапии с точностью в 80%. Исследования у больных преимущественно с меланомой показали, что выживаемость пациентов с низким риском прогрессирования

часто не зависит от продолжения терапии и иногда тактика завершения лечения существенно снижает вероятность прогрессирования. Полученные результаты требуют валидации в проспективных исследованиях.

Выводы

Терапия анти-PD-1 препаратами может быть безопасно завершена без потери эффекта. Момент завершения зависит от заболевания и достигнутого эффекта лечения и чаще наступает после 1 года терапии. Помочь определить данный момент может комплексная оценка клинических и иммунологических параметров.

Вопросы и обсуждения

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Алексей Викторович, с практической точки зрения — как нашим коллегам направить пациента для проведения нужных исследований?

Д.м.н. Новик А.В.: Начнем с того, что базовая иммунограмма, которая доступна практически везде. Например, в ВИЧ-центрах, они есть в большинстве городов.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Можете дать нам методические рекомендации — что конкретно нужно делать и как оценивать данные?

Д.м.н. Новик А.В.: Мы обязательно подготовим методичку с рекомендациями по оценке иммунологических данных.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Нужно ли делать иммунограмму до начала лечения?

Д.м.н. Новик А.В.: Да, желательно проводить анализ до лечения. Это позволяет выбрать оптимальную тактику терапии. Подход должен быть осторожным, и тактику нужно подбирать индивидуально.

Технология позволяет оптимизировать лечение конкретного пациента. Важно вовремя оценить эффективность терапии, особенно если наблюдается экспрессия, указывающая на возможность прогрессирования. После повторной терапии у этой группы пациентов наблюдаются высокие показатели — до 50–60% положительных ответов. Это позволяет предотвратить рецидив и улучшить прогноз. Мы рассчитываем на развитие технологий и поиск дополнительных источников финансирования. У нас уже есть наработки, и в ближайшее время планируется расширение доступности. Даже если пациент находится в ремиссии, но у него высокая экспрессия есть смысл вмешиваться раньше. Высокая экспрессия может указывать на скрытую активность процесса. В таких случаях можно вовремя скорректировать терапию и предотвратить прогрессирование. Раннее вмешательство у пациентов с признаками потенциального рецидива может дать до 50–60% эффективных ответов. У большинства пациентов происходит рецидив после прекращения лечения. И поэтому важно не просто добиться ответа, но и поддерживать его — иногда даже продолжительной терапией.

ДОКЛАД

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ «КОМБИНИРОВАННОГО» ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

К.Н.Тесленко, Ю.В.Пелипась, Р.В.Орлова

Цель демонстрации

Показать возможности использования локальных методов лечения в случае метастатического рака эндометрия.

Лекарственная терапия метастатического рака эндометрия является сложной задачей в онкологии вследствие ограниченного количества эффективных опций терапии и раннего появления резистентности опухоли к проводимому лечению. В настоящий момент не существует рекомендаций по применению локальных методов лечения в случае метастатического рака эндометрия. В данном клиническом примере мы демонстрируем случай

успешного хирургического лечения у пациентки с метастатическим раком эндометрия.

Пациентка М., 57 лет на момент постановки диагноза. В сентябре 2019 года в связи с маточным кровотечением госпитализирована в экстренном порядке в хирургический стационар — выполнено выскабливание цервикального канала и полости матки. По данным пересмотра гистологического материала: гистологическая картина соответствует эндометриоидной аденокарциноме эндометрия G3. Установлен диагноз: рак тела матки cT3bN0M0(IIIB).

Лечение пациентки в 2019 году включало: проведение 3 циклов «неoadьювантной»

химиотерапии по схеме паклитаксел+карбоплатин (эффект: частичный регресс), 04.12.2019 выполнена экстирпация матки с придатками, оментэктомия. В послеоперационном периоде пациентка получила консолидирующий цикл химиотерапии по схеме паклитаксел + карбоплатин, а также курс лучевой терапии: 1) брахитерапия СОД — 20 Гр; 2) ДЛТ на область ложа опухоли и зон регионарного метастазирования СОД — 40 Гр; на область регионарных лимфоузлов СОД — 50 Гр.

После проведенного лечения пациентка наблюдалась в динамике, через 1 год 8 мес было зарегистрировано прогрессирование в виде распространенной лимфаденопатии. По данным КТ трех зон: в левой надключичной области отмечаются увеличенные лимфатические узлы, из которых отмечен размерами 29×20 мм. Определяются множественные лимфатические узлы забрюшинного пространства, сливающиеся в конгломераты, из них отмечены: парааортальный справа 54×33 мм, слева 34×22 мм. С 01.2022 по 05.2022 г. была проведена 1-я линия химиотерапии по схеме паклитаксел+карбоплатин № 6. Оценка эффекта: частичный регресс.

Через 4 месяца после завершения 1-й линии химиотерапии было зарегистрировано прогрессирование заболевания в виде: увеличения плотности парааортальной клетчатки в инфраренальном отделе, увеличения количества и размеров лимфатических узлов (размер контролируемого 38×32 мм). Учитывая отсутствие признаков микросателлитной нестабильности в опухолевом материале, в качестве 2-й линии лечения пациентке назначена терапия пембролизумаб+ленватиниб.

В ходе лечения оценка эффекта расценивалась как стабилизация, однако отмечался рост парааортального конгломерата лимфоузлов. В январе 2023 г. предпринята попытка циторедуктивной операции, однако в связи с выявленным интраоперационно интимным прилеганием конгломерата опухоли к аорте, попытка ограничилась ревизией с биопсией. При исследовании гистологического материала выявлено: профиль опухоли соответствует эндометриоидной аденокарциноме с метапластическими изменениями, с выраженным лечебно-терапевтическим патоморфозом (содержание опухолевых клеток до 5% в опухолевых массах). С учетом данного заключения пациентке была продолжена иммунотар-

гетная терапия с планированием хирургического лечения в условиях сосудистого центра с привлечением сосудистой бригады, в связи с высокой вероятностью резекции и протезирования аорты.

30.05.2023 пациентке выполнена лимфаденэктомия метастатических пораженных парааортальных, левых подвздошных лимфоузлов единым блоком. Резекция левого мочеочника. Резекция нижней брыжеечной артерии. Резекция участка передней стенки нижней полой вены. Парциальная мезоректумэктомия. Формирование десцендоректоанастомоза в условиях сосудистого центра. Несмотря на прилегание опухоли к аорте, ее резекция не потребовалась.

Послеоперационный период протекал без осложнений, и через месяц после вмешательства пациентке была продолжена иммунотаргетная терапия.

На момент мая 2025 года у пациентки по данным КТ трех зон признаков опухолевого процесса не выявлено. Общая длительность терапии составляет 21 месяц. Пациентка продолжает лечение.

На данном клиническом примере было показано, как может действовать мультидисциплинарная команда в случае изолированного прогрессирования на фоне инновационной лекарственной терапии. Хирургическое лечение может и должно обсуждаться даже в случае метастатического заболевания. Диалог между специалистами может повысить ожидаемую эффективность лечения, найти нестандартное решение и выбрать наиболее эффективную тактику.

Вопросы и обсуждения

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Алексей Викторович Новик, мы бы прекратили пембролизумаб данной пациентке? Сейчас пациентка получает ленватиниб — 10 мг, без осложнений. Признаков заболевания нет. Как вы оцениваете ситуацию?

Д.м.н. Новик А.В.: Если терапия шла два года и сейчас нет признаков заболевания, это хороший результат. Продолжение лечения ленватинибом возможно, особенно если переносимость хорошая, но решение должно опираться на клинические показатели и риски рецидива.

Д.м.н., профессор Топузов Э.Э.: Этот случай — пример командной работы: участие хирургов, химиотерапевтов, сосудистых хирургов. Некоторые этапы выполнялись

в других учреждениях, где была нужная экспертиза. Такой подход мы считаем правильным. Важно, чтобы учреждения не работали изолированно. Сотрудничество и обмен опытом — залог развития. Стагнация начинается там, где каждый замыкается только на себе.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Сегодня мы рассмотрели несколько новых подходов в лечении, включая хирургическое вмешательство при лимфедеме и опухолях прямой кишки. Все они требуют индивидуального подхода. Многие из озвученных проблем выходят за рамки конкретных диагнозов. Это системные вопросы как регионального, так и федерального уровня. Главное — понимать, нужно ли конкретное вмешательство конкретному пациенту в конкретный момент, а не просто выполнять протокол ради протокола.

Фармацевтическим компаниям выгодно лечение до самого конца, но врачам важно руководствоваться интересами пациента. Мы должны уметь сказать «нет», если лечение нецелесообразно. Это не вопрос бюджета — это вопрос ответственности. Именно для этого и существует «Школа трудных случаев в онкологии». Мы обсуждали эту пациентку на одном из таких заседаний. Тогда решение было непростым, но коллеги рекомендовали хирургическое удаление образования. Сейчас, спустя время, видно, что это было правильное решение. Пациентка жива, чувствует себя хорошо, работает.

Дорогие коллеги! Разрешите на этом завершить наше очередное, 528-е заседание, в рамках XI Петербургского международного онкологического форума «Белые ночи-2025». Благодарю всех за участие!