

нящемся на лепесток надгортанника и валлекулы, а также грушевидные синусы. Прорастание рака в ткани передних отделов шеи, верхнюю треть трахеи, а также наличие регионарных метастазов не является противопоказанием к применению УГ-70.

Таким образом, многолетние клинические наблюдения убедительно показывают обоснованность и целесообразность использования при ларингэктомии ушивателя глотки УГ-70. Компактность аппарата, простота конструкции и небольшие размеры делают его удобным для манипулирования в ране, оставляя при этом для хирурга свободный обзор операционного поля. Конструктивные особенности УГ-70 позволяют легко наложить его на глотку до удаления гортани и получить герметичный двухрядный механический шов (рис. 4) без инфицирования раны содержимым глотки, что способствует снижению числа местных послеоперационных осложнений в 2 раза и сокращает сроки пребывания в стационаре. Ушиватель УГ-70 после стерилизации может использоваться многократно.

© Коллектив авторов, 1992

УДК 618.19-006.6:616-036.2

П.М.Пихут В.Ф.Левшин, В.Я.Мазурин, Е.Н.Кудина

Использование эпидемиологических данных при отборе больных раком молочной железы для органосохраняющих операций

Институт онкологии Молдовы, Кишинев

Органосохраняющие операции при ранних стадиях рака молочной железы (РМЖ) в последние годы успешно конкурируют с радикальной мастэктомией. Переход к ним стал возможным вследствие переоценки взглядов современной науки на опухолевый процесс.

Современная наука рассматривает опухолевый процесс как системное заболевание. Операбельный рак — это системное заболевание, и биологическая радикальность всегда сомнительна, так как локальный рост и генерализация процесса происходят практически синхронно. Объем локального лечения не оказывает существенного влияния на продолжительность жизни больных. Поэтому улучшение результатов лечения опухолей может быть связано только с системным воздействием на организм больного [6, 17].

Разнообразие клинических форм РМЖ, многовариантность течения и результатов лечения свидетельствуют о существовании разнообразных биологических характеристик этой опухоли, биологической гетерогенности опухоли, оказывающих существенное влияние на течение и исход заболевания [3]. Поэтому в некоторых случаях даже при раке *in situ* могут быть метастазы, а в других — при больших опухолях — их нет.

В настоящее время существует мало критериев биологической потенции опухоли для прогнозирования ее

4. Битюцкий П.Г. // Труды по клинической и экспериментальной онкологии. — М., 1971. — С. 120-123.
5. Гамбург Ю.Л., Битюцкий П.Г. // Вестн.оторинолар. — 1971. — № 4. — С. 107-110.
6. Лукьянченко А.Г. // Журн.ушн., нос.и горл.бол. — 1973. — № 1. — С. 98-99.
7. Огольцова Е.С., Пачес А.И., Акопов Э.М. Применение ушивателя глотки УГ-70 у больных раком гортани при ларингэктомии: Метод. рекомендации. — М., 1983.
8. Огольцова Е.С. Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей. — М., 1984. — С. 146-204.
9. Пачес А.И., Огольцова Е.С., Цыбырнэ Г.А. // Журн.ушн., горл. и нос.бол. — 1972. — № 2. — С. 61-66.
10. Пачес А.И., Огольцова Е.С., Петрова Н.П., Цыбырнэ Г.А. // Вестн. АМН СССР. — 1972. — № 5. — С. 43-56.
11. Пачес А.И., Огольцова Е.С., Акопов Э.М. и др. // Опухоли головы и шеи. — М., 1975. — С. 111-120.
12. Сигал М.З. // Труды Казанского ин-та усовершенствования врачей. — 1962. — Т. 17. — С. 177-179.
13. Шапошников Ю.Г., Милиц В.Я., Акопов Э.М. // Сов.мед. — 1976. — № 2. — С. 50-52.
14. Цыбырнэ Г.А. Применение сшивающих аппаратов УКЛ-60, СБ-2, СМТ-1 при ушивании дефекта глотки после ларингэктомии по поводу рака гортани : Автореф. дис. ... канд.мед.наук. — М., 1972.

Поступила 31.10.91./Submitted 31.10.91.

P.M.Pihut, V.F.Levshin, V.Ya.Mazurin, E.N.Kudina

Epidemiological Data in Selection of Breast Cancer Patients for Organ-Saving Surgery

Oncological Institute of Moldova, Kishinev

Organ-saving surgery in early stage breast cancer (BC) has recently successfully competed with radical mastectomy. This has become possible due to re-evaluation of the tumor disease by the modern science.

The modern science treats the tumor disease as a systemic malady. Operable cancer is a systemic disease and therefore the biologic radicality is always doubtful, as the local growth and the disease generalization are practically synchronous. Local treatment fails to take a considerable effect on the patients' life time. Therefore improvement of tumor treatment results may be achieved by systemic influence on the patient's body only [6, 17].

The variety of BC clinical forms, multivariance of the disease course and treatment results prove the existence of various biologic characteristics of this tumor, tumor biologic heterogeneity that exert a considerable influence on the course and outcome of the disease [3]. That is why in some cases metastases may occur from *in situ* cancer, while being absent in cases of great tumors.

There are a few prognostic criteria of tumor biologic potential so far, in particular concerning local relapses and metastases, that are now of especial significance due to the pronounced tendency to organ-sav-

развития, в частности в отношении местных рецидивов и метастазов, что особенно актуально сейчас, когда наметилась выраженная тенденция к органосохраняющим операциям. Это также важно для построения индивидуального плана лечения (комбинированное, комплексное).

Нас интересовало определение целесообразности и адекватности использования органосохраняющих операций при РМЖ. По данным большинства авторов [1, 5, 6, 19, 22], практически отсутствуют различия в выживаемости после радикальной мастэктомии и органосохраняющего лечения у больных РМЖ начальных стадий. Однако органосохраняющие операции предпочтительнее из-за лучшего функционального, психологического, социального и косметического эффекта [2, 13, 22].

Наряду с этим большинство авторов указывают на большую частоту рецидивов после органосохраняющего лечения по сравнению с радикальной мастэктомией, что связывают с мультицентричным ростом опухоли, который, по данным разных авторов [12, 16, 21], встречается в 20-64% случаев. Поэтому при определении показаний к органосохраняющему лечению учитываются в основном местные факторы: размеры опухоли, ее локализация, отсутствие фиксирования опухоли, состояние регионарных лимфатических узлов, исключение мультицентричности маммографически и т.д. [1, 4, 5, 10, 14, 15, 18-20], а также отказ самой больной от радикальной мастэктомии и послеоперационного курса лучевой терапии [7]. В то же время возникновение локального рецидива, а также рецидива в аксиллярной зоне связывают с биологическими взаимоотношениями опухоль—организм, состоянием иммунологического статуса [9].

В настоящей работе проведен анализ эпидемиологических факторов, позволяющих прогнозировать появление рецидива после органосохраняющего лечения.

Мы располагаем данными проспективного наблюдения 243 больных РМЖ в возрасте от 19 до 79 лет, которым с 1982 по 1989 г. проведено органосохраняющее лечение. Больные прослежены от 1,5 года до 8 лет, все они к моменту первичного лечения были опрошены по специальной анкете с целью изучения эпидемиологического анамнеза, включающего определение факторов репродуктивного анамнеза, наследственности, перенесенных в прошлом заболеваний молочных желез, некоторых антропометрических параметров.

Органосохраняющее лечение проведено в связи с ранними стадиями заболевания у 158 (65%) больных, в связи с отказом от мастэктомии у 51 (21%), из-за выраженной сопутствующей патологии у 34 (14%) больных.

По стадиям больные распределялись следующим образом: рак *in situ* — 21 (8,6%), I стадия — 108 (44,4%), IIa — 47 (19,4%), IIb — 48 (19,8%), IIIa,b — 19 (7,8%) больных.

ing surgery. This is also of great value for individual design of treatment (combined, complex).

We have tried to find out whether organ-saving surgery in BC is reasonable and adequate. By many authors [1, 5, 8, 19, 22] there is practically no difference in survival after radical mastectomy and organ-saving treatment in patients with early stage BC. While the organ-saving surgery is preferable due to the better functional, psychological, social and cosmetic effect [2, 13, 22].

However most reports mention higher rate of relapses after the organ-saving surgery as compared to radical mastectomy which is associated with multicentric growth of the tumor observed in 20-64% of cases by different authors [12, 16, 21]. Therefore in determination of indications to the organ-saving surgery local factors are mainly taken into account such as tumor size, localization, absence of tumor fixation, status of regional lymph nodes, mammographically verified absence of multicentricity etc. [1, 4, 5, 10, 14, 15, 18-20], as well as the patient's refusal of radical mastectomy and post-operative radiotherapy [7]. At the same time occurrence of local or axillary relapses is related to the tumor-organism biological interaction, immunity status [9].

This paper analyses epidemiological factors that allow prognosis of relapsing after organ-saving surgery.

We have studied data of prospective observation of 243 BC patients of age ranging from 19 to 79 years, who underwent organ-saving treatment during 1982-1989. The patients were followed-up for 1.5-8 years. By initiation of the first treatment all of them filled in a special questionnaire including items about reproductive history, heredity, previous breast pathology, some anthropometric parameters.

Organ-saving treatment was performed in 158 (65%) patients due to early stage disease, in 51 (21%) as a result of the patient's refusal of mastectomy and in 34 (14%) patients because of pronounced concurrent pathology.

The cases were stratified by disease stage as follows: 21 (8.6%) *in situ* cancers, 108 (44.4%) stage I, 47 (19.4%) stage IIa, 48 (19.8%) stage II b, 19 (7.8%) stage III a,b cancers.

During the follow-up term progressive disease was detected in 64 (26.3%) patients, including 27 (10.9%) cases of distant metastases alone, 5 (2.1%) cases of distant metastases and local relapses and 37 (15.2%) cases of local relapses only.

In this investigation we were mainly interested in study of the last group of the patients, in whom the organ-saving surgery was not sufficient to achieve the expected treatment radicality. We composed a control group of the relapse-free patients. We chose 2 cases free from disease per 1 relapse case coinciding by

Таблица / Table

Сравнительная частота различных факторов риска в анамнезе больных РМЖ с рецидивом и без него
Rate of various factors in histories of relapsed and relapse-free BC patients

Фактор риска	Больные РМЖ		ОР (доверительный интервал)	p
	с рецидивом	без рецидива		
Возраст начала менструаций 12 лет и моложе/Age of menses beginning 12 y and less	7(18,9)	7(9,5)	2,2 0,7-6,8	—
Отсутствие беременностей в анамнезе/No pregnancy in history	7(18,9)	7(9,5)	2,2 0,7-6,8	—
0-1-е роды в анамнезе/0-1st delivery in history	14(37,8)	22(29,8)	1,8 0,8-4,1	—
1-е роды в 30 лет и старше/1st delivery at the age of 30 y and more	10(27)	5(6,8)	6,2 1,9-19,8	<0,01
РМЖ у кровных родственников/BC in close relatives	15(40,5)	7(9,5)	6,5 2,3-18	<0,001
Ушиб молочной железы в анамнезе/Breast contusion in history	6(16,2)	26(35,1)	—	<0,05
Мастит в анамнезе/Mastitis in history	4(10,8)	8(10,8)	—	—
Гипо-, агалактия после последних родов/Hypo-, agalaxia after the last delivery	5(13,3)	3(4,1)	3,6 0,8-15,8	—
Ожирение II-III степени/Grade II-III obesity	13(35)	9(12,2)	3,9 1,5-10,1	<0,05
Risk factor	relapsed	relapse-free	RR (confidence interval)	p
	BC patients			

Примечание. В скобках — процент.

Note. Numbers in parentheses represent percent.

За время наблюдения прогрессирование заболевания отмечено у 64 (26,3%) больных, из которых у 27 (10,9%) развились только отдаленные метастазы, у 5 (2,1%) — отдаленные метастазы и местный рецидив, у 37 (15,2%) — только местный рецидив.

В настоящем исследовании нас прежде всего интересовала последняя группа больных, у которых выполнение органосохраняющей операции не дало ожидаемого радикализма лечения. К этой группе был подобран контроль из числа больных без рецидива заболевания. К каждому случаю с рецидивом было подобрано 2 случая без рецидива, совпадающие с первым по следующим параметрам: возраст, состояние менструального статуса, год взятия на учет, локализация опухоли, степень распространенности процесса к моменту начала лечения, проведенные методы лечения, гистологическая структура опухоли.

В обеих группах больных (с рецидивом и без него) был определен удельный вес лиц с наличием известных эпидемиологических факторов риска РМЖ в анамнезе и рассчитан показатель относительного риска (ОР) развития рецидива РМЖ при наличии того или иного фактора риска (см. таблицу).

Как видно из таблицы, почти все учтенные в работе эпидемиологические факторы риска (за исключением перенесенных в прошлом маститов и травм молочных желез) увеличивали в той или иной степени риск развития рецидива РМЖ после первичного органосохраняющего лечения. Однако достоверное увеличение ОР развития рецидива отмечено при первых родах в 30 лет

parameters of age, menstrual status, year of disease detection, tumor localization, disease extension by initiation of the treatment, treatment given, tumor histology.

In both groups (relapsed and disease-free patients) we determined the fraction of women having epidemiological BC risk factors in their histories and calculated the index of relative risk (RR) of BC relapsing in the presence of each factor (see the table).

As is seen in the table almost every epidemiological risk factor included in the questionnaire (except previous mastitis or breast traumas) increased the risk of BC relapsing after the organ-saving treatment. However a statistically significant increase of relapsing RR was found in women with the first baby delivery at the age of 30 years and more — RR=6.2 (1.9-19.8), with close relatives having BC — RR=6.5 (2.3-18), with grade II-III obesity — RR=3.9 (1.5-10.1).

So, these findings prove the fact already reported [11, 21, 23, 24] that some epidemiological factors increasing the BC risk may take effect on prognosis of the tumor disease after the first treatment. The correlation is supposedly based on interrelation of etiologic and pathogenetic mechanisms of development of the disease that require a more profound study and accurate definition. This study is of great theoretical and practical value. It may help to find simple and cheap (requiring no laboratory trial) criteria for individual disease prognosis and adequate treatment design.

Литература / References

1. Демидов В.П., Пак Д.Д., Комиссаров А.Б., Джубалиева С.К. // Всесоюзная конф. "Органосохраняющие и реконструктивные операции в онкологии": Тезисы докладов. — Томск, 1991. — С. 40—42.
2. Джумакулиева С.И., Андросова Н.С., Цихисели Г.Р. //

и старше — $OP=6,2(1,9-19,8)$, при наличии кровных родственников, болевших РМЖ, — $OP=6,5(2,3-18)$, при ожирении II—III степени — $OP=3,9(1,5-10,1)$.

Таким образом, полученные данные подтверждают уже отмечавшуюся некоторыми авторами [11, 21, 23, 24] закономерность, что отдельные известные по эпидемиологическим исследованиям факторы, увеличивающие риск развития РМЖ, могут в последующем после первичного лечения уже развившегося опухолевого заболевания влиять на прогноз развития опухолевого процесса. В основе этой закономерности можно предположить наличие каких-то взаимосвязей между этиологическими и патогенетическими механизмами развития заболевания, которые требуют дальнейшего изучения и уточнения. Исследования в этом направлении и их результаты важны не только в теоретическом отношении, но и в практическом. Они открывают возможность выработки простых, легкодоступных и дешевых (не требующих лабораторных исследований) критериев оценки индивидуального прогноза развития заболевания и адекватного составления плана лечения.

© Коллектив авторов, 1992

УДК 613.36-006-053.2

Ю.Б.Высоцкий, Ю.В.Пашков, И.А.Турабов

Первичные опухоли печени у детей

НИИ детской онкологии и СДФ им.
В.И.Ленина

Первичные опухоли печени у детей составляют от 0,5 до 4% среди всех опухолей и занимают 10-е место по частоте [9].

Частота опухолей печени у детей не везде одинакова. Так, в Англии частота опухолей печени у детей составляет 0,5% от всех случаев заболевания, в Европе и Северной Америке — от 1 до 5,8%, в Азии и Африке — от 3 до 4,5% [10, 19].

По данным литературы [3, 4, 7, 17], приблизительно 57% опухолей печени у детей являются злокачественными, а значительное большинство (60%) от всех доброкачественных опухолей печени представлены ангиомами и гамартомами.

Морфологическая картина злокачественных неоплазий печени очень разнообразна. Так, по данным G.Perilongo и соавт. [17], гепатобластома встречается в 44%, гепатоцеллюлярный рак — в 33% случаев [17]. Отмечены и более редкие варианты злокачественных опухолей печени (недифференцированная саркома, рабдомиосаркома и ангиосаркома) [17]. По данным Ю.В.Пашкова [4], G.Baggenstoss в 1970 г. предложил классифицировать опухоли печени у детей по нозологическим формам:

I. Доброкачественные неопухолевые эпителиальные поражения:

Вопр.онкол. — 1988. — Т. 34, № 7. — С. 771—777. 3. Корман Д.Б. // Там же. — 1990. — Т. 36, № 9. — С. 1027—1036. 4. Семизлазов В.Ф., Чазунова О.И. // Там же. — Т. 36, № 5. — С. 535—539. 5. Boffi L., Siliani L.M., Mercatelli A. Minerva chir. — 1989. — Vol. 44, № 3. — P. 423—427. 6. Bonadonna G., Valagussa P. // Cancer Res. — 1988. — Vol. 48, № 9. — P. 2314—2324. 7. Caruso F., Motta S., Ciaccio G. et al. // G.chir. — 1989. — Vol. 10, № 3. — P. 124—127. 8. Cavicchi A., Alo F.P., Mindolla F. et al. Revisione casistica della neoplasie mammarie operate con chirurgia conservativa Senologia 88 // Soc. ital. Senol. — Roma, 1988. — P. 105—109. 9. Evans R.A. // Med.Hypotheses. — 1989. — Vol. 29, № 3. — P. 151—153. 10. Harada Yoshhide, Oh Shimei, Akama Fumitaka et al. // Acta med.nagasaki. — 1989. — Vol. 34, № 2. — P. 209—212. 11. Lees Alan W., Jenkins Heather J., May Carole L. et al. // Breast Cancer Res. and Treat. — 1989. — Vol. 13, № 2. — P. 143—151. 12. Leuzzi R., Barillari P., Bianco C. et al. // Minerva chir. — 1989. — Vol. 43, № 18. — P. 1445—1449. 13. Maguire Peter // Seminars Surg.Oncol. — 1989. — Vol. 5, № 2. — P. 137—144. 14. Mignot L. // Path.Biol. — 1989. — Vol. 37, № 2. — P. 130—131. 15. Mossetti C., Monzeglio C., Carnino F. et al. // Minerva chir. — 1988. — Vol. 43, № 18. — Suppl. — P. 21—25. 16. Patchegsky Arthur S., Schwartz Gordon F. et al. The heterogeneity of intraductal carcinoma of the breast // 17-th Int.Acad.Pathol. and 8-th World Congr. Acad. and Environ Pathol. Dublin, 4—9 Sept., 1988: Book Abstr. — Dublin, 1988. — P. 3. 17. Petrella G., Limite G. // Argomenti Oncol. — 1989. — Vol. 10, № 1. — P. 107—110. 18. Pujol H., Domergue J., Rouanet Ph. // G.Chir. — 1988. — Vol. 9, № 11. — P. 757—759. 19. Rasponi A., Luini A., Sacchini V. et al. // Argomenti Oncol. — 1989. — Vol. 10, № 1. — P. 115—116. 20. Reynier J. // Minerva chir. — 1989. — Vol. 44, № 3. — P. 431—435. 21. Rulli A., Costa A.M., Giordano G. et al. // Acta chir Ital. — 1988. — Vol. 44, № 2. — P. 154—165. 22. Yamashita Takashi, Sekiguchi Kenji, Nakazawa Masanori // J.Cancer Chemother. — 1989. — Vol. 16, № 9. — P. 3124—3128. 23. Hebert J.R., Augustine A., Barone J. et al. // Int.J.Cancer. — 1988. — Vol. 42. — P. 315—318. 24. Verreault R., Brisson J., Deschenes L. et al. // Amer. J. Epidemiol. — 1989. — Vol. 129. — P. 260—268.

Поступила 25.12.91/Submitted 25.12.91.

Yu.B.Vysotsky, Yu.V.Pashkov, I.A.Turabov

Primary Hepatic Tumors in Children

Research Institute of Pediatric Oncology,
Lenin Soviet Children Foundation

Primary hepatic tumors in children are 0.5-4% of all childhood tumors and occupy the 10th position by frequency [9].

The rate of pediatric hepatic tumors is not the same in different countries, e.g. hepatomas in childhood are 0.5% of all the cases in UK, 1-5.8% in Europe and North America, 3-4.5% in Asia and Africa [10, 19].

As reported in the literature about 57% of liver tumors in children are malignant, while a vast majority (60%) of benign tumors are angiocomas and hamartomas [3, 4, 7, 17].

The morphologic pattern of liver malignancies is diverse. By G.Perilongo et al. [17] hepatoblastoma is found in 44%, hepatocellular carcinoma in 33% of cases. There are reports about less frequent types of liver malignant tumors, such as non-differential sarcoma, rhabdomyosarcoma and angiosarcoma [17]. In 1970 G.Baggenstoss (by Yu.V.Pashkov [4]) proposed a classification for pediatric hepatomas by nosologic forms.

I. Benign non-tumor epithelial affection

- solitary nodal hyperplasia,
- multiple nodal hyperplasia,