

кирует трахеальные рефлексy. Для вводного наркоза можно пользоваться также и 1% раствором гексенала, учитывая особенности фармакологического действия этого препарата.

После введения 100-120 мг релаксантов деполяризующего принципа действия трахею интубируют стерильной армированной трубкой, после чего переходят на поддержание наркоза закисно-кислородной смесью в соотношении 2:1 в сочетании с фракционным введением фентанила в обычной дозировке.

Следует остерегаться в начальном периоде искусственной вентиляции легких гипервентиляционного режима, так как он может быть одной из причин артериальной гипотонии.

Таким образом, стенозирующие опухоли гортани, вызывая прогрессивное ухудшение проходимости нижних дыхательных путей вплоть до состояния асфиксии, требуют особого подхода к предоперационной подготовке, премедикации и индукции в наркоз в зависимости от степени стенозирования, сопутствующей легочной и сердечно-сосудистой патологии.

Выводы. 1. Использование обычных методов премедикации и индукции в наркоз у больных с выраженным опухолевым стенозом гортани чревато опасностями развития острой дыхательной недостаточности вплоть до асфиксии.

2. Степень опухолевого стеноза гортани должна определяться по клиническим признакам, данным рентгено- и компьютерной томографии, фиброларингоскопии и спирографии; характер премедикации у больных раком гортани зависит от степени выраженности опухолевого стеноза.

3. Индукция в наркоз у больных с опухолевым стенозом гортани второй и третьей степени должна осуществляться после завершения операционного доступа к трахее.

© Е.С.Огольцова, В.С.Алферов, 1992

УДК 616.22-006.6-089

Е.С.Огольцова, В.С.Алферов

Ушиватель глотки (УГ-70) и результаты его клинического применения при ларингэктомии у больных раком гортани

НИИ клинической онкологии

До настоящего времени подавляющее большинство больных раком гортани начинают лечение с наличием распространенных поражений, при которых наиболее эффективны хирургический и комбинированный методы. В то же время более 50% больных необоснованно подвергаются лучевому лечению в самостоятельном плане. Однако, несмотря на использование ионизирующего воздействия в дозах 65-70 Гр, излечить больного, как правило, не удается, а следовательно, необходимость удаления гортани сохраняется. При этом условия

by clinical signs, findings of X-ray and computed tomographies, fiber optic laryngoscopy and spirometry; premedication in laryngeal cancer patients is chosen depending upon the grade of the tumor stenosis.

3. Induction of anesthesia in patients with grade II and III tumor stenosis of the larynx should be undertaken after performing the surgical approach to the trachea.

Литература/References

1. Агапов Ю.Я. Оценка функции внешнего дыхания в послеоперационном периоде у онкологических больных: Дис.канд.мед.наук — М., 1967.
2. Бойков В.П. // Опухоли головы и шеи. — М., 1987. — Вып.8. — с.101—103.
3. Дембо А.Г. Недостаточность функции внешнего дыхания. — Л., 1957.

Поступила 13.08.91./Submitted 13.08.91.

E.S.Ogoltsova, V.S.Alferov

Pharynx Stapler UG-70 and Results of Its Clinical Use in Laryngectomy in Larynx Cancer Patients

Research Institute of Clinical Oncology

Up to now a vast majority of larynx cancer patients start treatment while having extended disease, when the surgical and combined regimens are the most effective. At the same time more than 50% of the patients are unreasonably given radiotherapy as an independent modality. However, notwithstanding the ionizing radiation at 65-70 Gy the therapy fails as a rule, and the need in surgery remains. The radiotherapy produces effects unfavorable for surgery, such as pronounced post-radiation changes in the neck tissues with low reparative potential.

для операции у подобных больных создаются весьма неблагоприятные, поскольку у них после облучения возникают выраженные послелучевые изменения тканей шеи, репаративные способности которых обычно снижены. Кроме того, как правило, имеет место перихондрит с разнообразной патогенной флорой. Если при этом учесть, что у подобных больных наиболее часто производится полное удаление гортани, при котором приходится вскрывать переднюю стенку глотки, то становится понятным, насколько велика опасность дополнительного инфицирования раны. Это приводит к несостоятельности швов глотки, нагноению раны у 35—40% больных с образованием стойких дефектов — свищей и фарингостом. Наличие последних значительно отягощает состояние пациентов, поскольку они вынуждены длительно питаться через носопищеводный зонд или парентерально. У ряда из них для закрытия спонтанно образовавшегося дефекта глотки приходится применять пластические операции, иногда неоднократно. Все это наносит больным тяжелую функциональную и психологическую травму, а также значительно удлиняет сроки пребывания в стационаре.

Среди факторов, влияющих на возникновение несостоятельности швов глотки после полного удаления гортани (распространенность опухолевого процесса, объем хирургического вмешательства, сопутствующее воспаление гортани и предшествующее облучение в дозах свыше 60—65 Гр), далеко не последнее место занимает методика ушивания дефекта глотки.

В поисках оптимальных вариантов ушивания дефекта передней стенки глотки после ларингэктомии последние 15-20 лет стал применяться механический шов. Идея и первая операция при раке гортани с использованием механического шва принадлежит М.С.Сигал [12]. Для наложения последнего использовались разнообразные сшивающие аппараты, созданные ранее для операций на различных органах брюшной и грудной полостей: УКЛ-60, СБ-2 и 3, СМТ-1, НЖКА-60 [4-6, 10].

Многолетние наблюдения показали, что сшивающие аппараты позволяют наложить механический шов при минимальной травматизации тканей, обеспечивая достаточную герметичность глотки. Это создает благоприятные условия для заживления раны и снижает послеоперационные местные осложнения.

Отмеченные в клинике преимущества механического шва при ларингэктомии были подтверждены нашими экспериментальными исследованиями, выполненными на собаках [9]. Они позволили установить, что регенеративные процессы при механическом шве почти полностью завершаются к 12-м суткам. При этом образуется нежный соединительнотканый рубец, тогда как при ручном способе ушивания глотки с использованием кетгута, орсилон или капрона заживление во всех случаях происходит в значительно более поздние сроки и характеризуется вторичным натяжением [14]. В эксперименте выявлено, что послеоперационное облучение

Besides, as a rule it induces perichondritis with various pathogenic flora. As the patients are often subjected to total larynx removal with opening of the pharyngeal front wall, the risk of additional wound infection is very high. This leads to pharyngeal suture failure and wound suppuration in 35-40% of the patients resulting in refractory fistulas and pharyngostomas. The latter aggravates the patients' condition as they have to receive nasal or parenteral alimentation for a long time. Some of the patients have to undergo multiple plastic operations due to spontaneous pharyngeal defects. All this is functionally and psychologically traumatic and, besides, prolongates considerably the patients' stay in hospital.

The technique of the pharyngeal defect suture occupies a significant position among factors inducing failure of the pharynx suture after total larynx removal (tumor disease extent, volume of surgical intervention, concurrent inflammation of the larynx and pre-radiation at doses higher than 60-65 Gy).

The stapler technique has been used for the last 15-20 years as an approach to optimal management of the defect of the pharyngeal front wall after laryngectomy. The idea of employing a stapler in operations for laryngeal cancer belongs to M.S.Sigal [12], who also was the first to use the stapler technique. The surgeons have made use of various staplers intended for operations on abdominal and thoracic organs, such as UKL-60, SB-2 and 3, SMT-1, NZCA-60 [4-6, 10].

Many-year studies have shown that the stapler technique makes the minimum damage to the tissues while ensuring sufficient sealing of the pharynx. This provides good conditions for wound healing and reduces post-operative local complications.

Our experiments on dogs [9] have proven the clinical advantages of the stapler technique in laryngectomy. They show that the regenerative processes after the stapler technique employed finish about completely by day 12 with formation of a tender cicatrix of the connective tissue, while with the hand technique using catgut, orsilon or kapron the healing in all the cases takes a longer time and is characterized by second intention [14]. The experiments have not revealed any contraindications to post-operative irradiation of the stapled pharynx, as the treatment causes but moderate parakeratosis with formation of collagen fibres and a dense connective tissue capsule around the staples without considerable affection of the reparation.

At the same time clinical observations have shown that the above-mentioned devices are not good enough for laryngectomy, because they are too large and difficult to operate in neck surgery. A.I.Paches and E.S.Ogoltsova suggested that a special pharynx stapler be made. In development of the idea a new stapler UG-70 was designed in the seventies at the

глотки, ушитой механическим швом, не противопоказано, поскольку вызывает лишь умеренные явления паракератоза с образованием вокруг скобок коллагеновых волокон и плотной соединительнотканной капсулы без существенного изменения репаративных процессов.

В то же время по мере накопления клинических наблюдений было установлено, что указанные выше аппараты недостаточно приспособлены для ларингэктомии, громоздки и неудобны при выполнении операции на шее. Идея создания специального аппарата для ушивания глотки принадлежит А.И.Пачесу и Е.С.Огольцовой. В связи с этим сотрудники отделения опухолей головы и шеи ВОНЦ АМН СССР совместно с ВНИИ и МТ Минздрава СССР создали в 70-х годах новый сшивающий аппарат УГ-70 [1—3, 11], который успешно используется в специализированных клиниках страны. В то же время многие специалисты, занимающиеся проблемой хирургического лечения рака гортани, продолжают применять рутинные методы ручного ушивания дефекта глотки, возникшего после ларингэктомии. В связи с этим нам представляется необходимым еще раз остановиться на особенностях созданного уникального аппарата УГ-70 и оценить результаты его многолетнего применения, тем более что в последние годы подобных публикаций в отечественной и зарубежной литературе не было.

Ушиватель глотки УГ-70 состоит из корпуса упорного (1), в продольном пазу которого располагается корпус скобочный (2) вместе с установленным в нем магазином со скобками (3), толкателем (4) и винтовым приводом (5) (рис. 1).

department of tumors of the head and neck of the AUCRC and the Research Institute for Medical Technology [1-3, 11], which has been successfully used in the clinical practice in this country. At the same time many practitioners continue to use the hand technique of the pharyngeal defect suture after laryngectomy. So, we think it necessary to describe once more characteristic features of the unique stapler UG-70 and evaluate the results of its many-year use, particularly because there have been no reports on this problem either in the Soviet or foreign literature for the recent years.

The pharynx stapler UG-70 consists of a thrust body (1) with a staple case (2) in a longwise groove, a staple magazine (3), a pusher (4) and a screw drive (5) (fig.1).

Due to the topographic and anatomic peculiarities of the neck organs the head of the thrust body is made as a disjoinable frame which has a bar-flap bearing a matrix with hollows. In the initial position the flap is continuation of an arm of the U-shape part of the thrust body head, which facilitates approach to the pharynx with the stapling unit of the device. The frame flap may be fixed at several initial positions for the stapler to be used in chest and abdomen surgery [13].

The stapler acts by compressing the pharyngeal walls between the matrix and the magazine with staples made of a KHNМ-40 alloy. Under the action of the pusher the staples are pushed out from the magazine to pierce the pharyngeal walls. On reaching the

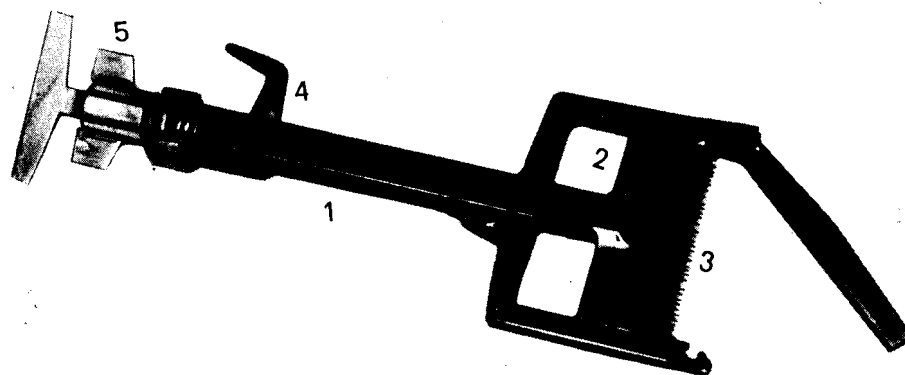


Рис. 1. Ушиватель глотки УГ-70, предназначенный для наложения механического шва после ларингэктомии.

- 1 — корпус упорный; 2 — корпус скобочный;
3 — магазин со скобками; 4 — привод корпуса скобочного;
5 — привод толкателя.

Fig.1. The UG-70 stapler to be used in laryngectomy.

- 1 — thrust body; 2 — staple case; 3 — staple magazine; 4 — staple case drive; 5 — pusher drive.

С учетом топографо-анатомических особенностей органов шеи головка корпуса упорного выполнена в виде разъемной рамы, содержащей откидную планку, на которой закреплена матрица с лунками. В исходном положении откидная планка служит продолжением лапки П-образной части головки корпуса упорного, что обеспечивает удобное подведение шьющей части ушивателя к глотке. Откидная планка рамы может занимать ряд фиксированных исходных положений, что позволяет использовать ушиватель при операциях на органах грудной и брюшной полостей [13].

Принцип действия ушивателя состоит в том, что стенки глотки сжимаются между матрицей с лунками и магазином, заряженным П-образными скобками, изготовленными из сплава КХНМ-40. Под действием толкателя скобки выталкиваются из магазина и прокалывают стенки глотки. Затем концы скобок, упираясь в лунки, сгибаются и образуют стежки шва. Тип шва двухрядный с продольно расположенными скобками. Диапазон зазоров ушивателя 0,9—2 мм. Размер скобки: диаметр 0,3 мм, ширина 4 мм, высота 4,8 мм. Шаг между скобками в ряду 6 мм. Величина относительного смещения рядов 3 мм. Число скобок в шве 25. Размер ушивателя 282x93, 5x23,5 мм, масса 510 г.

В клиниках опухолей верхних дыхательно-пищеварительных путей, а также опухолей головы и шеи ВОНЦ АМН СССР с 1973 по 1990 г. с применением УГ-70 было оперировано 586 больных, из них 402 с первичным раком гортани III стадии (T3N0—2M0) и 184 с рецидивными и остаточными опухолями после лучевого лечения в самостоятельном плане в дозах, превышающих 60 Гр. Метастазы в регионарные лимфатические узлы были диагностированы у 148 больных (23,3%).

Ларингэктомия выполнялась под комбинированным обезболиванием. Трахеотомию производили под местной инфильтрационной анестезией с последующей интубацией через трахеостому и продолжением операции под интратрахеальным наркозом.

Наиболее часто применяли Т-образный разрез с выкраиванием кожной "ракетки" в нижней трети шеи. После отсепаровки лоскутов и полного выделения гортани с отсечением от трахеи, освобождения передней стенки глотки, мобилизации подъязычной кости с резекцией ее рожков, а также верхних рожков щитовидного хряща аппарат УГ-70 подводили сбоку под мобилизованную максимально гортань (рис. 2) и устанавливали так, чтобы лапки корпуса упорного охватывали этот орган. Затем закрывали откидную планку, создавая замкнутый контур (рис. 3). Далее медленно поворачивали по часовой стрелке гайку, подвигая таким образом корпус скобочный в сторону матрицы до полного соприкосновения прошиваемых тканей передней стенки глотки. Гортань при этом устанавливали так, чтобы она была расположена над сшивающим аппаратом. Надгортанник вручную путем пальпации отодвигали вниз и вперед, чтобы он не попал между магазином и матрицей. Проверили подвижность носопищеводного

matrix they get bent to make the suture stitches. The suture is double-row with the staples fixed longwise. The stapler clearance ranges from 0.9 to 2 mm. The staple sizes are, as follows: diameter — 0.3 mm, width — 4 mm, height — 4.8 mm. The step between the staples in a row is 6 mm. The relative row shift is 3 mm. The number of staples in the suture is 25. The stapler dimensions are 282x93, 5x23.5 mm, weight — 510 g.

From 1973 to 1990 586 patients underwent surgery with the UG-70 stapler at the department of tumors of the upper respiratory and alimentary tracts and the department of tumors of the head and neck of the AUCRC. Of this number 402 patients had stage III (T3N0-2M0) primary larynx cancer and 184 — recurrent and non-responding tumors after radiotherapy undertaken as an independent modality at doses higher than 60 Gy. Regional lymph node metastases were detected in 148 cases (23.3%).

The laryngectomy was performed under combined anesthesia. The tracheotomy was fulfilled under local infiltration anesthesia with further intubation via tracheostoma, the surgery was continued under intra-tracheal narcosis.

A T-shape slit was mainly made with cutting out a skin "racket" in the lower third of the neck. After the flap dissection we exposed the entire larynx on dividing it from the trachea, freed the pharyngeal front wall and mobilized the hypoglossal bone on resecting its horns and the upper horns of the shield-like cartilage. Then we mounted a UG-70 stapler under the maximally mobilized larynx (fig.2) so that the thrust body arms embraced the organ. After that we clenched the bar-flap to make a closed circuit (fig.3). Then we turned slowly the screw-nut clockwise to move the staple unit towards the matrix until the tissues of the pharynx front wall got in contact. The larynx was placed above the stapler. The epiglottis was moved down and forward for preventing its getting between the stapler magazine and matrix. After that we checked mobility of the nasal tube to prevent it from being stapled. On mounting the stapler we put forceps on the part of the pharynx to be removed in order not to let its contents get into the wound. The pusher drive was turned for the staples to pierce the pharynx. Then we cut off the larynx above the device. The stapler magazine and matrix were driven apart, the device was taken from the operation field. The stapled line on the pharynx front wall was performed longwise. The entire process of the pharynx stapling took about 1-1.5 min, the time being mainly spent on mounting the device.

The post-operative period in the most of the 586 patients operated on using a UG-70 stapler proceeded satisfactorily. In 73.5% of the cases the wound healed by first intention. 14% of patients with failure of the suture had focal pharyngeal fistulas

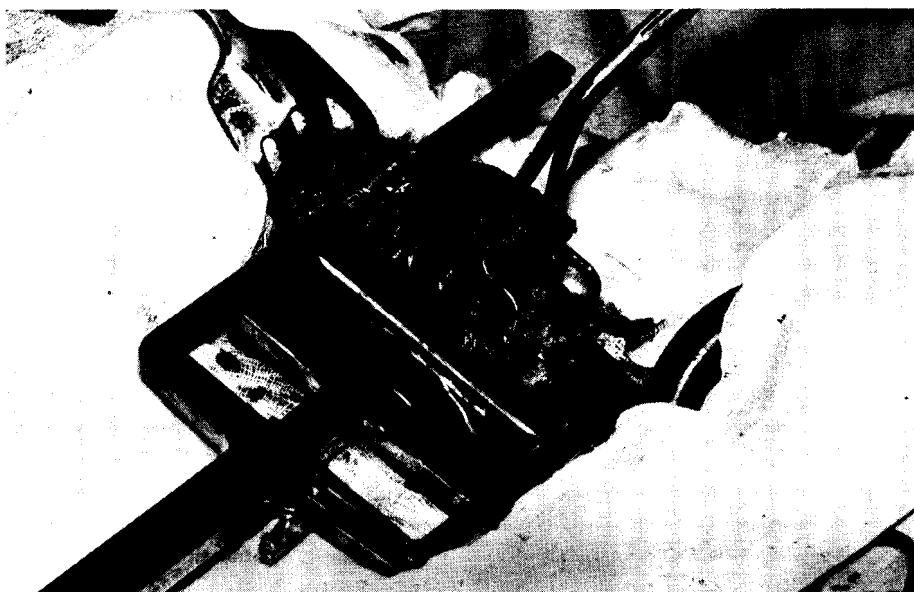


Рис. 2. Установка ушивателя с открытой откидной планкой под мобилизованную гортань, которая специальным 4-зубным зажимом поднята кверху.

Fig.2. Mounting of a stapler with an open bar-flap under the mobilized larynx which is lifted with 4-tooth forceps.

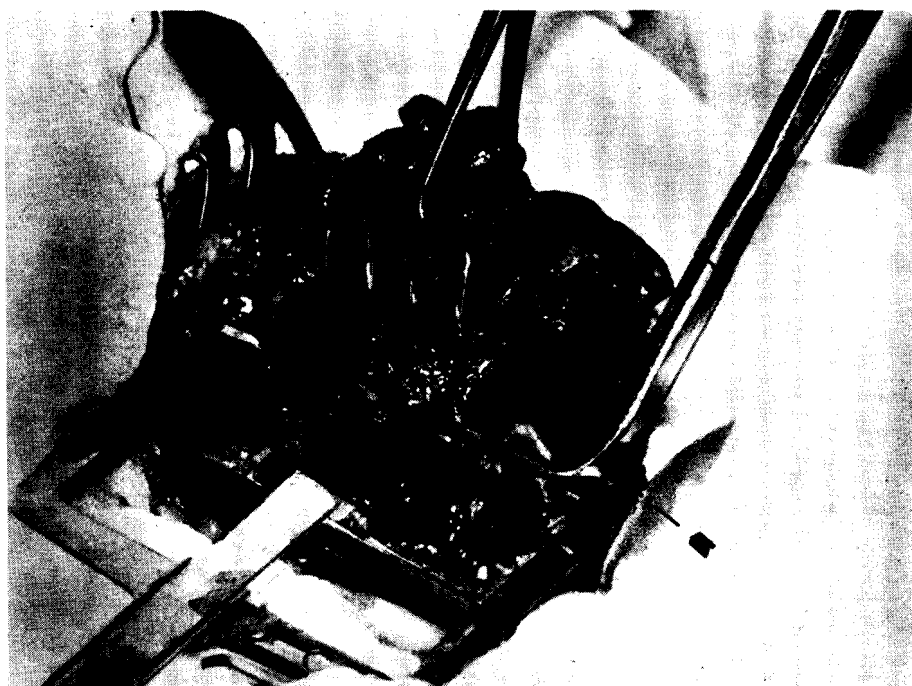


Рис. 3. Установка УГ-70 закончена. Откидная планка находится в рабочем положении, создан замкнутый контур. Между мобилизованной гортанью и ушивателем наложен зажим (указан стрелкой).

Fig.3. The stapler mounting is over. The bar-flap is in the working position forming a closed circuit. The arrow shows forceps between the mobilized larynx and the stapler.

зонда для исключения возможности прошивания его механическим швом. По завершении установки ушивателя накладывали зажим на удаляемую часть глотки, с тем чтобы ее содержимое не попадало в рану. Затем привод толкателя вращали до полного упора, прошивая глотку скобами, и гортань отсекали над аппаратом. Разводили магазин и матрицы ушивателя, удаляя его из пределов операционного поля. Линия механического шва на передней стенке глотки располагалась продольно. Весь процесс ушивания глотки механическим швом продолжался не более 1—1,5 мин, которые в основном затрачивались на установку аппарата.

Наши наблюдения показали, что послеоперационный период у большинства из 586 оперированных с использованием УГ-70 больных протекал удовлетворительно. Заживление раны первичным натяжением получено в 73,5% случаев. Если учесть, что в группе больных с несостоятельностью швов у 14% имелись точечные глоточные свищи, закрывшиеся к выписке больного самостоятельно, то 87,5% больных после ларингэктомии в ближайшие сроки после операции имели возможность нормального питания и обучения разговорной речи, что чрезвычайно важно в плане медицинской и социальной реабилитации. Стойкие фарингостомы размером от 1,5 до 3 см, потребовавшие пластического закрытия, возникли в 12,4% случаев.

На основании результатов клинических исследований были определены показания и противопоказания к использованию УГ-70 [7, 8].

Сшивающий аппарат УГ-70 может применяться при раке гортани III стадии (T3N0—2M0), не распростра-

which closed by discharge from the hospital. Shortly after laryngectomy 87.5% of the patients could eat normally and start speaking exercises which was of great value for their medical and social rehabilitation. 12.4% of the patients developed refractory pharyngostomas 1.5-3 cm in size that required plastic closure.

Based on the results of the clinical study we established indications and contraindications to application of the UG-70 stapler [7, 8].

The UG-70 stapler may be used in surgery for stage III (T3N0-2M0) larynx cancer without involvement of the epiglottis petal, valleculas or periform sinuses. Cancer affection of the front part of the neck and the upper third of the trachea, as well as regional metastases are no contraindication to the use of the UG-70 stapler.

So, many-year clinical studies prove reasonable the use of the UG-70 stapler in laryngectomy. The simple design and small size of the device make it easy to operate in the wound, while providing a free vision of the operation field. The UG-70 can be easily mounted on the pharynx before the larynx is removed and allows a hermetic double-row suture to be obtained (fig.4) without infection of the wound with the pharynx contents, which halves the local post-operative complications and reduces the patients' staying in hospital. The UG-70 stapler can be used many times after sterilization.

Литература/References

1. Акопов Э.М., Капитонов Н.Н., Огольцова Е.С. и др. // Опухоли головы и шеи. — М., 1976, — Вып. 1. — С. 105-111.
2. Акопов Э.М., Капитонов Н.Н., Стрекопытов А.А. и др. Авторское свидетельство № 449524 с приоритетом от 31.07.73. Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений СССР 12.07.74. по заявке № 1955101/31-16 на изобретение "Хирургический аппарат для сшивания органов".
3. Акопов Э.М., Капитонов Н.Н., Стрекопытов А.А. и др. Авторское свидетельство № 506963 с приоритетом от 26.07.73. Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений СССР 02.10.75. по заявке № 1954520/31-16 на изобретение "Хирургический сшивающий аппарат".



Рис. 4. Боковая рентгенограмма больного на 15-е сутки после ларингэктомии. Передняя стенка глотки ушита продольным герметичным механическим швом.

Fig.4. Lateral roentgenogram of a patient on day 15 following laryngectomy. The pharyngeal front wall suture is performed by the stapler technique.

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-