

Таким образом, наличие высокоактивных в отношении большинства возбудителей гнойно-воспалительных осложнений цефалоспоринов третьего поколения расширяет возможности проведения антибактериальной химиотерапии у онкологических больных. Однако при назначении антибактериальных препаратов необходимо учитывать весь спектр чувствительности выделенного возбудителя и возможность использования для лечения более дешевых, но не менее эффективных в конкретном случае антибиотиков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Внутрибольничные инфекции: руководство по лабораторным методам исследования / Под ред. М. Т. Паркера. ВОЗ. Региональные публикации. Европейская сер. № 4.— Копенгаген, 1979.
2. Дронова О. М., Пономарева Т. Р. // Антибиотики.— 1985.— № 11.— С. 847—849.
3. Смолянская А. З., Гриненко Г. И., Дронова О. М. и др. // Бактериологическая диагностика инфекционных осложнений у онкологических больных: Метод. рекомендации.— М., 1988.
4. Трескина О. С., Навашин С. М. // Антибиотики и химиотерапия.— 1988.— № 11.— С. 850—855.
5. Bodey G. P. // Rev. Infect. Dis.— 1989.— Vol. 11, Suppl. 7.— P. 582—590.
6. Klastersky J. // Ibid.— 1983.— Vol. 5, Suppl.— P. 21—31.

Поступила 12.02.91

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1991

УДК 616-006.81/618.2

Л. В. Демидов, Ш. Г. Алиев, Е. Е. Ковалевский

ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ВОЗМОЖНОСТЬ СОХРАНЕНИЯ СИНХРОННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

НИИ клинической онкологии

Влияние беременности на клиническое течение и прогноз при меланоме кожи является предметом противоречивых наблюдений и заключений. Особенно остро этот вопрос стоит в отношении сохранения беременности у больных с локальной меланомой кожи, где нет единой точки зрения на ее прогностическое влияние и, следовательно, нет общепринятых установок о необходимости сохранить или прервать беременность [2, 3]. Общепринято, что при меланоме кожи прогноз во многом зависит от локализации первичного очага. Многочисленными работами установлено, что неблагоприятной локализацией первичного очага меланомы кожи является туловище [4, 5]. Напротив, благоприятной считается локализация первичного очага в области нижних конечностей [1]. Что касается локализации меланомы в области головы и шеи, верхних конечностей, то существуют подчас противоречивые и взаимоисключающие мнения [6—9]. В связи с этим мы решили оценить прогностическое влияние беременности в зависимости от различных локализаций первичной опухоли, так как это на практике может позволить клиницисту ориентироваться в рекомендациях по сохранению или прерыванию беременности на основании известного своей важностью клинического признака.

При появлении у больных региональных и отда-

Локализация первичной опухоли больных

Локализация опухоли	Количество больных	
	абс.	%
Голова, шея	5	6,9
Туловище	25	35,1
Верхние конечности	4	5,5
Нижние конечности	37	52,5
Всего...	71	100

ленных метастазов прогностическая ценность этого клинического признака становится невелика [10]. Поэтому нами в данной работе исследована выживаемость беременных женщин, страдавших меланомой кожи в I клинической стадии в зависимости от локализации меланомы и исхода беременности. Результаты данного исследования, на наш взгляд, могут помочь в решении вопроса о целесообразности прерывания беременности при конкретной локализации меланомы кожи (табл. 1).

Как видно, у исследуемой группы больных преобладает меланома кожи нижних конечностей, что отражает общую тенденцию для женщин.

Анализ выживаемости всех больных в I клинической стадии в зависимости от прерывания или сохранения беременности дан в табл. 2.

Как видно из табл. 2, 3-летняя выживаемость и ее медиана выше у больных, прервавших беременность, по сравнению с больными, у которых беременность закончилась родами. Данные статистически достоверны ($p < 0,05$).

Нами рассмотрена погодовая выживаемость беременных женщин, страдавших меланомой кожи, с локализацией первичной опухоли на туловище и нижних конечностях в зависимости от исхода беременности. Из 25 (35,1 %) больных, у которых первичная опухоль локализовалась на туловище, 15 (60 %) больным беременность была сохранена, соответственно 10 (40 %) производилось ее прерывание. Данные анализа выживаемости больных в зависимости от исхода беременности приведены в табл. 3.

Как видно, при локализации меланомы на туловище в стадии локального процесса, показатели 3—5-летней выживаемости и медиана были выше у тех больных, где беременность прерывалась, по сравнению с больными, у которых беременность была сохранена. Эти данные статистически достоверны ($p < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что на прогнозе заболевания

Таблица 2

Выживаемость больных в зависимости от исхода беременности

Группа больных	Количество больных		Выживаемость		Медиана, мес
	абс.	%	3 года	5 лет	
Беременность прерывалась	29	40,9	95,1±4,6	71,8±10,7	104,4±23,1
Беременность сохранена	42	59,1	66,8±7,5	54,2±8,3	74,9±43,3

Таблица 3

Выживаемость больных меланомой кожи туловища в стадии локального процесса в зависимости от исхода беременности

Группа больных	Количество больных		Выживаемость		Медиана, мес
	абс.	%	3 года	5 лет	
Беременность прерывалась	10	40,0	100,0±0,0	85,6±13,1	104,0±18,2
Беременность сохранена	15	60,0	57,1±13,1	32,6±13,1	41,2±13,9

(при локализации меланомы кожи на туловище) прерывание беременности сказывается благоприятно.

Нами также проведен анализ выживаемости 37 (52,5 %) больных, у которых первичная опухоль локализовалась на нижних конечностях. В данной группе 24 (64,9 %) больным беременность была сохранена, у 13 (35,1 %) больных она прерывалась. Данные анализа выживаемости больных в зависимости от исхода беременности приведены в табл. 4.

Из таблицы видно, что прерывание беременности при локализации меланомы кожи на нижних конечностях не влияет на прогноз выживаемости ($p>0,05$).

Из-за малочисленности больных с локализацией меланомы кожи в области головы и шеи (5 женщин, все погибли к 6-му году наблюдения) признано нецелесообразным изучать в сравнении их годовую выживаемость. Из этих же соображений анализ выживаемости не проводился у 4 больных с локализацией первичной меланомы на коже верхних конечностей (все больные погибли к 9-му году наблюдения). Для данных групп больных нами рассчитан средний срок жизни, равный $35,2\pm10,9$ мес для больных с локализацией меланомы в области головы и шеи и $82,5\pm18,8$ мес для больных с локализацией меланомы на коже верхних конечностей соответственно. При оценке этих показателей различия оказались достоверными ($p<0,05$). Эти же показатели для больных с меланомой кожи нижних конечностей и туловища составили $59,8\pm8,1$ и $52,7\pm7,7$ мес соответственно.

Создается впечатление, что локализация первичной меланомы на коже верхних конечностей дает примерно ту же прогностическую ценность (в целом благоприятную), что и локализация меланомы на коже нижних конечностей. Локализация

опухоли в области головы и шеи также неблагоприятна, как и локализация меланомы на коже туловища.

Поэтому тактика в отношении вопроса о сохранении беременности при локализации меланомы кожи на верхних конечностях и в области головы и шеи может быть схожей с тактикой, предложенной нами для двух наиболее частых локализаций первичной меланомы кожи (нижние конечности, туловище).

Выводы

1. Беременность при меланоме кожи в I клинической стадии оказывает неблагоприятное влияние на прогноз заболевания.

2. Выявлена статистически значимая лучшая 3-летняя выживаемость у больных, которым производилось прерывание беременности ($p<0,05$).

3. Определена взаимосвязь выживаемости беременных женщин, локализации опухоли и исхода беременности. При локализации меланомы на коже туловища выявлена статистически значимая лучшая 3—5-летняя выживаемость у больных, прервавших беременность, по сравнению с больными, у которых беременность завершилась родами ($p<0,05$). При локализации меланомы на коже нижних конечностей статистически значимых различий в 3—5-летней выживаемости между больными, прервавшими беременность и сохранившими ее, не обнаружено ($p>0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазарева А. П., Мельников Р. А., Федорев Г. А. // Современные проблемы онкологии.—М., 1965.
2. Holly E. A. // Recent-Results-Cancer-Res.—1986.—N 102.—P. 118—126.
3. Reintgen D., McCarty K. // Cancer.—1985.—Vol. 55, N 6.—P. 1340—1344.
4. Shreiber Tr., Gstottner R. // Derm. Mschr.—1980.—Bd 166, N 8.—S. 531—540.
5. Nagel G. A., Ruefli Th. // Schweiz. med. Wochenshr.—1978.—Bd 108, N 35.—S. 1355—1359.
6. Franklin J. D. et al. // Plast. Reconstr. Surg.—1975.—Vol. 56.—P. 227—285.
7. Jones W. M. et al. // Brit. J. Cancer.—1968.—Vol. 22.—P. 437—451.
8. Przywaza S. et al. // Pol. przegl. chir.—1978.—Vol. 50, N 12.—P. 1049—1055.
9. Kapelanski D. P. et al. // Ann. Surg.—1979.—Vol. 189, N 2.—P. 225—235.
10. Mastrangelo M. J. et al. Human malignant melanoma clinical oncology monographs.—Milano, 1979.—P. 278—279.

Поступила 20.12.90

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1991

УДК 616-006.04-033.2

М. А. Гафур-Ахунов, А. Т. Амирасланов, С. М. Паршиков, Л. В. Демидов, В. В. Яворский, С. П. Федотенко

МЕТАСТАЗЫ МЕЛАНОМЫ В ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

НИИ клинической онкологии

Метастазирование злокачественных опухолей является одной из важных проблем клинической онкологии. Среди метастатических опухолей особое место занимает группа больных с метастазами

Таблица 4

Выживаемость больных меланомой кожи нижних конечностей в стадии локального процесса в зависимости от исхода беременности

Группа больных	Количество больных		Выживаемость		Медиана, мес
	абс.	%	3 года	5 лет	
Беременность прерывалась	13	35,1	92,0±7,7	59,3±16,1	89,2±7,7
Беременность сохранена	24	64,9	82,1±8,0	76,4±9,2	104,0±12,1