

նի ինֆարկտի ընթացքը և ելքը: Հիվանդության կլինիկական ընթացքի ժանրությունը և ելքը շատ դեպքերում պայմանավորված է հիվանդությանը նախորդող բանակական ցուցանիշներով:

R. P. STAMBOLTSIAN, M. F. DRAMPIAN, Yu. A. AZATIAN, K. S. ASSATRIAN,
M. A. TATEVOSSIAN

THE QUANTITATIVE CHARACTERISTICS OF THE CLINICAL COURSE OF MYOCARDIAL INFARCTION

The patient's condition before myocardial infarction development has been studied. The formule is suggested to characterize quantitatively the preceeding condition of the patient before the infarction. The index of preceeding condition (IPC) is determined.

The parallel, drawn between the IPC, the clinical course and outcome of the disease in the majority of patients shows, that severity of the clinical course and the outcome depends mainly on the patient's condition before the onset of myocardial infarction.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малая Л. Т., Гурарий В. И., Ходом Э. М. Тер. архив, 1984, 12, с. 7.
2. Старосельский Н. В., Боярер С. М. В кн.: Актуальные вопросы практической медицины. М., 1977, с. 47.
3. Madsen E. B. et al. Am. Heart J., 1984, 1071, 1241.
4. Norris R. M., Brandt P. W. T., Caughay D. E. et al. Lancet, 1969, I, 271.
5. Shnur S. Ann. Intern. Med., 1953, 39, 1014.
6. Shnur S. Ann. Intern. Med., 1953, 39, 1018.

УДК 616—006.81.04

Р. И. ВАГНЕР, М. Х. АЙРАПЕТЯН, В. С. БАРСЕГЯН

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕЛАНОМОЙ КОЖИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ

Исследовано влияние локализации меланомы кожи на прогноз заболевания. Сопоставлены отдаленные результаты лечения больных в зависимости от состояния регионарных лимфатических узлов.

Лечение злокачественных пигментных опухолей является одной из наиболее проблематичных задач современной медицины. Нередки случаи неблагоприятного исхода заболевания, побудившие прибегать к оценке факторов, определяющих течение опухолевого процесса. В настоящее исследование вошли клинико-морфологические данные обследования 614 больных с меланомой кожи, первично леченных в стационаре НИИ онкологии им. проф. Н. Н. Петрова за период 1953—1975 гг. Всем больным было выполнено хирургическое лечение, заключающееся в иссечении опухоли с отступлением от видимого ее края на расстоянии не менее 3 см. В блок удаленных тканей обязательно включалась фасция, покрывающая мышцу. Образовавшийся после иссечения дефект закрывался путем перемещения местных тканей или с помощью

свободного перфорированного кожного лоскута. При подозрении на возможность поражения регионарных лимфатических узлов производилась лимфаденэктомия*.

Изучая прогноз при меланоме кожи [2, 4, 6, 10, 15, 16], мы выявили, что он в значительной степени зависит от локализации первичной опухоли. К этому выводу приходят и другие исследователи. Так, при локализации меланомы на голове и шее прогноз заболевания более благоприятный. Причина этого заключается в том, что опухоли подобной локализации диагностируются сравнительно рано и лечебные мероприятия, соответственно, проводятся в более ранние сроки [7—11, 15, 17]. Однако ряд исследователей указывает, что именно при этих локализациях меланом отмечается наиболее высокая смертность [13, 19]. По их мнению, хорошо развитая сеть кровеносных сосудов и особенности лимфооттока приводят к быстрому росту опухоли и раннему метастазированию как в регионарные лимфатические узлы, так и в отдаленные органы.

Неблагоприятной в прогностическом отношении считается локализация меланомы на туловище [4, 7, 17, 18]. Так, А. И. Раков и Л. М. Хачатурян [5] регионарные метастазы при меланоме туловища обнаружили у 67% больных, в то время как при меланоммах конечностей и области головы и шеи регионарные метастазы отмечены лишь у 39—46% больных.

Меланомы конечностей, как правило, протекают менее злокачественно. Результаты лечения при этом бывают более обнадеживающими [1, 8, 19].

Veronesi U. et. al [20] представил следующие показатели 5-летней выживаемости после лечения в зависимости от локализации процесса: туловище — 24,1, голова и шея — 13,8, конечности — 62,1%. Следует отметить, что, по мнению некоторых авторов, локализация меланом имеет второстепенное значение, не влияя на отдаленные результаты лечения [12, 14]. Выявленная нами зависимость отдаленных результатов лечения от локализации меланом представлена в табл. 1.

Из данных табл. 1 следует, что локализация опухоли во многом определяет прогноз при меланоме кожи. В частности, лучшие отдаленные результаты лечения получены при поражении кожи конечностей (67,8%). Менее благоприятными в прогностическом плане оказались новообразования, локализованные на туловище (51,1%). Наиболее неблагоприятные результаты лечения получены при меланоммах, расположенных на голове и шее (39,5%).

По нашему мнению, подобная зависимость отдаленных результатов лечения от локализации опухоли на теле не является случайной и может быть объяснена анатомическими особенностями различных отделов. Так, наиболее неблагоприятные результаты лечения больных с мелано-

* Изучение этого признака проведено у 274 больных, у которых выполнена лимфаденэктомия с последующим гистологическим исследованием удаленных лимфатических узлов.

Таблица 1

5-летняя выживаемость больных в зависимости от локализации меланомы

Локализация опухоли	Число леченных больных	Прожили 5 лет и более	
		число больных	в % к числу леченных больных $M \pm m$
Все локализации	614	362	59,0 \pm 2,0
Голова, шея	81	32	39,5 \pm 5,4
Туловище	188	96	51,1 \pm 3,6
Конечности	345	234	67,8 \pm 2,5

P < 0,001

Таблица 2

Сопоставление отдаленных результатов лечения больных с меланомой кожи с локализацией опухоли и состоянием регионарных лимфатических узлов

Локализация опухоли	Все леченные больные	Регионарные метастазы					
		отсутствуют				имеются	
		число леченных больн.	число больных	в % к числу леченных больных \pm больных	из них прожили 5 лет и более	число леченных больн.	число больных
Все градации	274						
Голова, шея	18	2	1	—	16	2	12,5 \pm 8,3
Туловище	85	27	18	66,7 \pm 9,1	58	16	27,6 \pm 5,9
Конечности	171	103	79	76,8 \pm 4,8	68	25	36,8 \pm 5,8

мой, локализованной на голове, шее и туловище, обусловлены широко развитой венозной сетью этих областей и оттоком лимфы, происходящим по множеству путей, разветвляющихся в различных направлениях. Все это создает благоприятные условия для гематогенного и лимфогенного метастазирования меланом. При локализации опухоли на конечностях, где имеет место магистральный тип лимфогенного метастазирования (в подмышечные лимфоузлы — верхние конечности и пахово-подвздошные — нижние конечности), имеется меньше возможностей для диссеминации опухолевого процесса.

Поражение регионарных лимфатических узлов наиболее характерно при меланоме в области головы и шеи (88,9%). Реже аналогичное распространение процесса имело место при новообразованиях на туловище и конечностях (68,2 и 39,8% соответственно).

Как видно из данных табл. 2, поражение регионарных лимфоузлов при любой локализации приводило к ухудшению отдаленных результатов лечения. Однако выявляется следующая закономерность. Так, если при отсутствии регионарных метастазов отдаленные результаты лечения в зависимости от локализации опухоли были почти одинаковыми, то в случае наличия регионарных метастазов картина резко меняется. А именно, несмотря на сохранение тенденции к ухудшению при 5-летней выживаемости при всех локализациях, она значительно более

выражена при опухолях, локализованных на голове, шее, туловище. Это позволяет считать, что при любой локализации опухоли вовлечение в процесс регионарных лимфоузлов является прогностически неблагоприятным признаком. Таким образом, в случае отсутствия регионарных метастазов прогностическое значение имеет только локализация опухоли. При наличии же метастазов, хотя локализация и сохраняет за собой прогностическую значимость, преимущество имеет процесс метастазирования. Таким образом, оба указанных фактора имеют самостоятельное прогностическое значение при меланоме кожи.

Кафедра онкологии Ереванского
медицинского института

Поступила 3/III 1988 г.

Ռ. Ի. ՎԱԳՆԵՐ, Մ. Խ. ՀԱՅՐԱՊԵՏՅԱՆ, Վ. Ս. ԲԱՐՍԵԳՅԱՆ

**ՄԱՇԿԻ ՄԵԼԱՆՈՄԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԵՌԱՎՈՐ
ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ ԿԱԽՎԱԾ ՈՒՌՈՒՑՔԻ ՏԵՂԱԿԱՅՈՒՄԻՑ**

Վիրահատական եղանակով բուժվել են 614 մաշկի մելանոմայով հիվանդներ, որոնք գտնվել են դիսպանսեր հսկողության տակ 5 և ավելի տարիների ընթացքում: Բոլոր հիվանդների կլինիկական ակտորոշումը հաստատվել է ձևաբանական քննությամբ:

Ուսումնասիրված են բուժման հեռավոր արդյունքները ըստ ուռուցքի տեղակայման և հյուսվածքաբանական պատկանելիության:

R. I. VAGNER, M. Kh. HAYRAPETIAN, V. S. BARSEGHIAN

**THE REMOTE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH SKIN
MELANOMA, DEPENDING ON THE TUMOR LOCALIZATION**

On the base of morphologically verified clinical material the influence of localization of melanoma on the prognosis of the disease has been investigated. The remote results of the treatment of patients are collated, according to the state of regional lymph nodes.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гольберг З. В., Лариощенко Т. Г., Паплиян Н. П. *Вопр. онкол.*, 1969, 11, с. 11.
2. Демидов Л. В. Автореф. канд. дис. М., 1982.
3. Ильин И. М. Автореф. канд. дис. Киев, 1968.
4. Кочкарева К. Ш. *Сов. мед.*, 1961, 8, с. 138.
5. Раков А. И., Хачатурян Л. М. В кн.: *Меланома кожи*. М., 1971, с. 17.
6. Титнер Г. Б., Чернов В. А., Серебрякова Е. С. В кн.: *Меланома кожи*. М., 1972, с. 65.
7. Федорев Г. А., Блинова Г. А., Хачатурян Л. М. В кн.: *Прогноз злокачественных опухолей*. Л., 1968, с. 302.
8. Хачатурян Л. М. В кн.: *Всесоюзн. съезд онкологов*. Ташкент, 1979, с. 532.
9. Шанин А. П. *Пигментные опухоли*. М., 1959.
10. Breslow A. *Cancer Rev.*, 1978, 5, 195.
11. Cochran A. J. *J. Pathol.*, 1969, 97, 3, 459.
12. Helte H. J. *Hematol. u. Bluttransfuss.*, 1978, 21, 233.
13. Kapelanski D. P., Block G. E., Kaufman M. *Ann. Surg.*, 1979, 189, 225.
14. Karakousis C. P., Seddig M. K., Moore R. *Arch. Surg.*, 1980, 115, 6, 719.
15. Little T. H. In: *Melanoma and skin Cancer: Proc. or Inter. Cancer Cons.*, N. S. Vales 1972, 107.
16. Pack G. T. *Cancer*, 1962, 12, 1, 11.

17. Pelloni L., Wagenknecht L., Cavalli F. *Onkologia*, 1981, 4, 213.
18. Peter H. H., Deutschmann K. E., Deicher H., Guthy E., Cesarini J. P. *Theraple-voche*, 1979, 29, 35 5410.
19. Veronesi U., Cascinelli M. *World J. Surg.*, 1979, 3, 3, 279.
20. Veronesi U., Cascinelli M., Morabito A. *et al. Inter. J. Cancer*, 1980, 26, 6, 733.

УДК 616.233—002.2—008.33

П. А. КАЗАРЯН, О. П. СОЦКИЙ, Г. М. САРКИСОВА, Ш. Л. ШАХБАТЯН

СФИНГОЛИПИДЫ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ БРОНХОЛЕГОЧНОМ ПРОЦЕССЕ

Изучены количественные сдвиги основных компонентов ганглиозидов, а также сфингомиелинов в легочной ткани кроликов при хроническом воспалительном бронхо-легочном процессе.

Установлено, что развитие заболевания характеризуется резким снижением содержания N-ацетилнейраминсвой кислоты и гексоз на фоне выраженного увеличения уровня сфингомиелинов.

В настоящее время углеводсодержащим компонентам мембран отводится важное место в процессе жизнедеятельности клетки. Они участвуют в транспорте ионов через мембраны, в контроле роста и дифференцировки клеток, в сложном механизме межклеточного узнавания, в процессах передачи нервного импульса, рецепции токсинов и в других процессах [1, 5—10]. Этим объясняется возросший интерес к указанному классу липидов со стороны исследователей самого различного профиля.

Как известно, ганглиозиды являются многокомпонентными соединениями. Они содержат гидрофобную, керамидную часть, включающую сфингозин и жирные кислоты, и гидрофильную, олигосахаридную часть, в состав которой входят глюкоза, галактоза, N-ацетилгалактозамин и N-ацетилнейраминсвая кислота. Их функциональная активность обусловлена наличием в структуре гидрофильной части.

Многочисленными исследованиями последних лет установлено, что состав ганглиозидов и их содержание в разных тканях существенно различаются. По содержанию ганглиозидов органы можно расположить в следующей убывающей последовательности: мозг > селезенка > почки > печень > легкие > сердце > поджелудочная железа > скелетные мышцы [10]. Следует отметить, что ганглиозиды легких (их фракционный и жирнокислотный состав) являются наименее изученными, в особенности при легочной патологии. Однако, учитывая их опромную роль в регуляции липидного гомеостаза организма, можно предположить при заболеваниях легких изменения и в ганглиозидном составе. Так, в препаратах легочных промывных вод больных альвеолярным протеинозом и легочной ткани кролика наряду с основными фракциями липидов обнаружены и глико-сфинголипиды [16]. По данным М. Ж. Эргашовой [10], содержание ганглиозидов в легких и печени почти одинаково.