

the disease occur mainly in their amorphous regions. Rough structural variations in phospholipids occur on the 8–10th days from the onset.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гинье А. Рентгенография кристаллов. М., 1961.
2. Китайгородский А. И. Рентгеноструктурный анализ. М.—Л., 1950.
3. Кочарян Н. М., Рапян Ю. А., Безирганян П. А. Высокомолекулярные соединения. М., 1967, т. IX—A, 3, 545.
4. Franks N. P. and Lieb W. R. Liposomes: From physical structure to therapeutic applications. 1981, 243.
5. Blaurock A. E. *Biochimica et Biophysica Acta*, 650 (1982), 167.
6. Blaurock A. E. *Progress in Protein-Lipid Interactions*, 1986, 1.
7. Patela M. Brown, Jon Steers *Biochemistry*, 1986, 25, 4259.
8. Irmin Pascher, Staffan Sundel *Biochimica et Biophysica Acta*, 1986, 855, 68.
9. Mattai J., Wiltzke N. M., Bittman R. *Biochemistry*, 1987, 26, 623.
10. Folch J. J. *Biol. Chem.*, 1957, 226, 497.

УДК 618.11—006.46

Р. Т. АДАМЯН

#### К ВОПРОСУ О МОРФОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ГРАНУЛЕЗО- И ТЕКАКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Показано, что общезвестные гистологические критерии злокачественности, не будучи абсолютно достоверными в отношении гранулезо- и текаклеточных опухолей яичников, тем не менее в значительной мере предопределяют их клиническую злокачественность, а следовательно, и прогноз заболевания. Сделан вывод, что данные признаки должны учитываться при выборе методов лечения больных этими опухолями.

Существуют значительные противоречия во взглядах о морфологических критериях злокачественности гранулезо- и текаклеточных опухолей яичников. Так, большинство авторов высказывают сомнения в их существовании в отношении гранулезоклеточных опухолей [1–3, 6–8]. Б. И. Железнов [1] считает, что известные в настоящее время функционально-морфологические особенности гранулезоклеточных опухолей не имеют существенного значения для определения степени их злокачественности и прогноза заболевания, поэтому клиницист «...не должен требовать, чтобы в своих заключениях патологоанатом отмечал, является ли гранулезоклеточная опухоль злокачественной или доброкачественной». В то же время Stenwig J. T. с соавт. [11] придают большое значение в оценке степени злокачественности опухоли, а следовательно и прогноза, количеству митозов. Ряд же исследователей [2, 3, 6] не видят между ними связи.

Относительно критериев злокачественности текаклеточных опухолей мнение авторов также неоднозначно. Rogers W. S. с соавт. [10] считают, что общезвестные гистологические критерии злокачественности в отношении этих опухолей ненадежны. Другие авторы [1, 2, 5] по-

лагают, что таковыми являются атипические, в том числе патологические, митозы в опухолях. Pedowitz P. с соавт. [9] считают необходимым учитывать всю совокупность известных морфологических признаков злокачественности.

Логично предположить, что все вышеизложенное можно отнести и к смешанным тека-гранулезоклеточным опухолям яичников, хотя специального упоминания о них в этом контексте мы в доступной литературе не встретили.

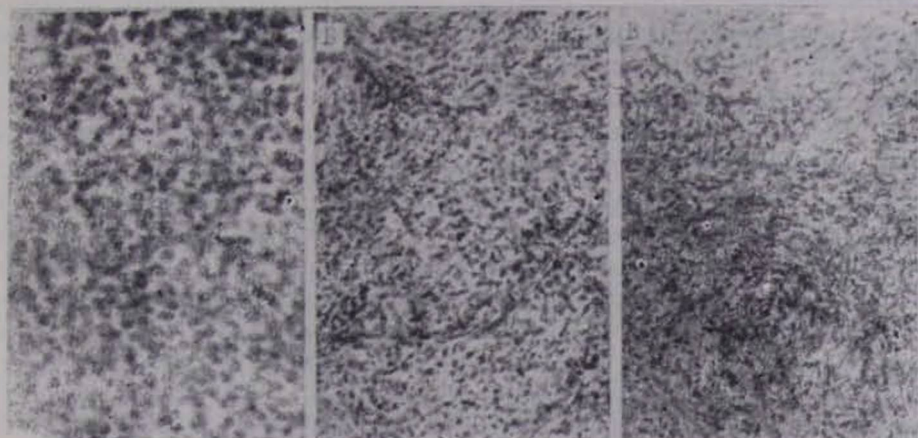


Рис. А. «Злокачественная» гранулезоклеточная опухоль,  $\times 200$ .

Б. «Злокачественная» текаклеточная опухоль,  $\times 160$ .

Б'. «Злокачественная» тека-гранулезоклеточная опухоль,  $\times 160$ . Окраска гематоксилин-эозином.

Отсутствием разработанных надежных гистологических критериев злокачественности указанных новообразований, по всей вероятности, обусловлен тот факт, что в гистологической классификации опухолей яичников (ВОЗ, 1977) [4] нет выделения доброкачественных, пограничных и злокачественных форм гранулезо- и текаклеточных опухолей. Тем не менее весьма часто морфологи в своих заключениях указывают на наличие и выраженность гистологических признаков злокачественности у исследованных ими гранулезо- и текаклеточных опухолей яичников, как например, «гранулезоклеточный рак», «злокачественная текома», «доброкачественная» и «пограничная» тека-гранулезоклеточная опухоль и т. д.

Учитывая вышеизложенное, мы в настоящем исследовании попытались выяснить, в какой степени гистологические данные о наличии и выраженности общепринятых морфологических признаков малигнизации могут свидетельствовать о клинической злокачественности указанных опухолей и сказываться на прогнозе заболевания. С этой целью нами были проанализированы клинико-морфологические данные 419 больных гранулезо- и текаклеточными опухолями яичников (183—гранулезоклеточными, 201—текаклеточными и 35—смешанными

тека-гранулезоклеточными), поступивших на лечение в отделения гинекологии ВОНЦ АМН СССР, 1 городской и 62 онкологической больниц г. Москвы с 1960 по 1982 г., а также в отделение гинекологии ОНЦ им. В. А. Фанарджяна МЗ АрмССР в 1982—1989 гг. На основании данных гистологического исследования удаленных опухолей нами условно были выделены морфологически «доброкачественные», «пограничные» и «злокачественные» формы этих новообразований. В основу такого деления был положен следующий принцип: при наличии явных признаков злокачественности (атипические, а тем более патологические митозы в большом количестве, выраженный полиморфизм опухолевых клеток, наличие их инвазии в кровеносные и лимфатические сосуды) опухоль рассматривалась нами как морфологически «злокачественная», а при их отсутствии—как «доброкачественная». Если же выраженность указанных признаков была сомнительной, опухоль рассматривалась как «пограничная» по злокачественности. Таким образом, опухоли каждого гистологического типа (гранулезоклеточные, текаклеточные и смешанные тека-гранулезоклеточные) были условно разделены нами на 3 группы в зависимости от наличия и выраженности морфологических признаков злокачественности—«доброкачественные», «пограничные» и «злокачественные», и во всех 3 группах были прослежены отдаленные результаты лечения больных—показатели летальности, 5, 10 и 15-летней выживаемости и средней продолжительности жизни после лечения (табл. 1).

Данные, приведенные в таблице, свидетельствуют, что у больных с «пограничными» и «злокачественными» гранулезоклеточными опухолями имеет место статистически достоверное ( $P < 0,05$ ) снижение указанных показателей по сравнению с группой больных с «доброкачественными» опухолями. Очевидно, что наличие сомнительных, а тем более выраженных морфологических признаков злокачественности в значительной мере сказывается на прогнозе больных с гранулезоклеточными опухолями яичников, отсутствие же таковых, не являясь абсолютной гарантией доброкачественного течения заболевания, все же в большинстве случаев верно свидетельствует о возможности его благополучного исхода.

При анализе отдаленных результатов лечения больных текаклеточными опухолями оказалось, что ни у одной из 171 больной с морфологически «доброкачественной» текаклеточной опухолью не было рецидива заболевания в сроки от 1 года до 15 лет после лечения, что свидетельствует и о клинической доброкачественности этих новообразований. У больных с «пограничными» и «злокачественными» текаклеточными опухолями наблюдалось статистически достоверное ( $P < 0,01$ ) снижение указанных показателей по сравнению с «доброкачественными» текаклеточными опухолями. Создается убеждение, что при текаклеточных опухолях известные морфологические критерии злокачественности довольно точно отражают прогноз заболевания.

Анализ отдаленных результатов лечения больных смешанными тека-гранулезоклеточными опухолями показал, что у больных с морфологически «пограничными» тека-гранулезоклеточными опухолями отмечалась тенденция к снижению всех показателей по сравнению с

«доброкачественными», а у больных с морфологически «злокачественными» опухолями имело место статистически достоверное снижение указанных показателей по сравнению с «доброкачественными» ( $P < 0,01$ ) и «пограничными» ( $P < 0,05$ ) тека-гранулезоклеточными

Отделенные результаты лечения больных гранулезоклеточными, текаклеточными и смешанными тека-гранулезоклеточными опухолями яичников в зависимости от морфологических признаков злокачественности

| Гистологический тип опухолей и злокачественность |                   | Число больных | Отдаленные результаты лечения |                 |        |        |                                         |
|--------------------------------------------------|-------------------|---------------|-------------------------------|-----------------|--------|--------|-----------------------------------------|
|                                                  |                   |               | Летальность (в %)             | выживаем. (в %) |        |        | Средняя продолжительность жизни (в гг.) |
|                                                  |                   |               |                               | 5 лет           | 10 лет | 15 лет |                                         |
| Гранулезоклеточные                               | Доброкачественные | 31            | 9,7                           | 90,3            | 80,6   | 64,5   | 11,8                                    |
|                                                  | Пограничные       | 9             | 33,3                          | 66,7            | 55,5   | 41,4   | 8,3                                     |
|                                                  | Злокачественные   | 143           | 55,9                          | 41,5            | 3,8    | 29,5   | 6,1                                     |
| Текаклеточные                                    | Доброкачественные | 171           | 0                             | 97,1            | 88,3   | 73,7   | 14,1                                    |
|                                                  | Пограничные       | 17            | 17,6                          | 70,6            | 64,7   | 52,9   | 7,5                                     |
|                                                  | Злокачественные   | 13            | 4,2                           | 53,8            | 46,2   | 30,8   | 6,8                                     |
| Тека-гранулезоклеточные                          | Доброкачественные | 11            | 18,2                          | 72,7            | 63,6   | 54,5   | 9,5                                     |
|                                                  | Пограничные       | 6             | 33,3                          | 66,7            | 50,0   | 16,7   | 5,7                                     |
|                                                  | Злокачественные   | 18            | 66,7                          | 27,8            | 16,7   | 0      | 3,3                                     |

опухолями. Видимо, наличие морфологических признаков малигнизации у смешанных тека-гранулезоклеточных опухолей свидетельствует и о клинической их злокачественности, в то время как отсутствие таковых не может служить надежным критерием доброкачественного течения заболевания.

Подытоживая все вышесказанное, можно сделать вывод, что общеизвестные морфологические критерии злокачественности, не будучи абсолютными в отношении гранулезоклеточных, текаклеточных и особенно смешанных тека-гранулезоклеточных опухолей яичников, тем не менее в значительной степени предопределяют клиническую злокачественность указанных новообразований, а следовательно, и прогноз заболевания, поэтому должны учитываться при лечении этих больных.

ОНЦ им. В. А. Фанарджяна

Поступила 14/IV 1989 г.

Բ. Տ ԱՐԱՄՅԱՆ

ԶՎԱՐԱՆՆԵՐԻ ԳՐԱՆՈՒՅՈՁԱՐՋՁԱՅԻՆ ԵՎ ՏԵԿԱՐՋԻՋԱՅԻՆ ՈՌՌՈՅՔՆԵՐԻ ԶԱՐՈՐԱԿՈՒԹՅԱՆ ԶԵՎԱՐԱՆԱԿԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋ

Ուսումնասիրվել է Հվարանների ուսուցչով տառապող 419 հիվանդների (183 գրանուլյոզարջային, 20 տեկարջային և 35 այդ երկուսի խառը տե-

սակը) 5, 10 և 15 տարվա մահացության տվյալների և ուռուցքների ձևաբանական ցուցանիշների հարաբերակցությունը:

Պարզվել է, որ ուռուցքների բջիջների պոլիմորֆիզմի, ափսոսանքի, ախտաբանական միթոզի առկայության և անոթներում ուռուցքային բջիջների ինվազիայի ուսումնասիրման տվյալներով հաճախ, բայց ոչ միշտ, կարելի է որոշել ուռուցքի շարորակության աստիճանը և կանխորոշել հիվանդության կլինիկական ընթացքը:

R. T. ADAMIAN

## ON THE QUESTION OF MORPHOLOGICAL CRITERIA FOR MALIGNANCY OF GRANULOSA AND THECA CELL TUMORS OF THE OVARIES

The results of long-term follow-up of 419 patients with granulosa and theca cell tumors of the ovaries were studied. It is found out, that well-known histological criteria for malignancy of ovarial tumors being not trustworthy in all cases of granulosa and theca cell tumors of the ovaries nevertheless determine to great extent their clinical malignancy and prognosis.

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Железнов Б. И. Акуш. и гин., 1980, 6, с. 6.
2. Селезнева Н. Д., Железнов Б. И. Доброкачественные опухоли яичников. М., 1982.
3. Селицкая С. С. Дис. докт. М., 1972.
4. Серов С. Ф., Скалли Р. Е., Собин Л. Г. Гистологическая классификация опухолей яичников. М., 1977.
5. Шейнин П. И., Сигалов А. Б. Вopr. онкол., 1961, 12, с. 63.
6. Fox H., Langley F. A. Tumors of the Ovary. London, 1976.
7. Norris H. J., Taylor H. B. Cancer, 1968, 21, 2, 255.
8. Novak Ed. R., Wodruff D. J. In: Novak's Gynecologic and Obstetric Pathology with Clinical and Endocrine Relations. Philadelphia, 1974, 449.
9. Pedowitz P., Felmus L. B., Grayzel D. M. Am. J. Obstet. and Gynec., 1954, 68, 6, 1519.
10. Rogers W. S., Cordon R. F., Marsh M. R. Am. J. Obstet. and Gynec., 1972, 64, 6, 1289.
11. Stenwig J. T., Hazecamp J. T., Beechhman J. B. Gynec. Oncol., 1979, 2, 136.

УДК 617.58—002.3—08

Г. Г. ВАРДЕВАНЯН

## ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГНОЙНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛЕНИ

Приведены результаты широкого применения аппаратного лечения в условиях гнойной инфекции голени. В комплексе внеочаговый остеосинтез сочетался с имплантацией костного матрикса с целью стимуляции остеогенеза в условиях раневой инфекции.

Основной причиной возникновения гнойно-раневого процесса являются тяжелые повреждения конечностей с размождением мягких тканей, скелетизацией костей, их переломами, приводящие в конечном