

1. Гомберг М. А., Есаулова И. Н., Гладкова Н. С. Вестн. дерматол., 1988, 9, с. 37.
2. Мавров И. И., Кутюва В. В. Вестн. дерматол., 1983, 2, с. 29.
3. Овчинников Н. М., Делекторский В. В. Ультраструктура возбудителей венерических заболеваний и ее клиническое значение. М., 1986.
4. Осмоналиев М. К. Автореф. дис. канд. М., 1983.
5. Berger R. E., Holmer K. K. et al. J. Urol., 1980, 124, 60.
6. Gjoonaess H. Obstet. u. Gynec., 1982, 59, 550.
7. Gschnait F. Genitale Chlamydieninfektionen. Hautarzt, 1986, 37, 6, 312 (нем.).
8. Heap G. Med. J. Aust., 1975, 12, 718.
9. Jahn G., Blalastewicz A. A., Jentsch A., Blenk H. S. Afr. med. J., 1984, 65, 12, 462.
10. Oriel J., Ridgway G. Genital infection by chlamydia trachomatis. Ltd. 41.
11. Trevoix R. Gynecologie, 1985, 36, 2, 106.

УДК 616.681—006.4:611—081

Р. Т. Адамян

ЛАПАРОСКОПИЯ И СРОЧНОЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ГОРМОНАЛЬНО-AКТИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Лапароскопия, а также срочное гистологическое исследование широко применяются в дооперационной диагностике опухолей яичников [1, 2]. Однако работ, посвященных применению указанных методов диагностики у больных с гормонально-активными новообразованиями яичников, мы в доступной литературе не встретили. В то же время клиническая диагностика гормонально-активных опухолей яичников и, особенно, распознавание их гистологического типа и злокачественности остаются весьма трудными по сей день [2]. Знание же последних необходимо для выбора адекватного объема оперативного вмешательства, поскольку степень злокачественности различных гистотипов гормонально-активных опухолей яичников далеко неодинакова [3].

Исходя из вышеизложенного, нами были изучены результаты лапароскопий с гистологическим исследованием биоптатов опухолей и цитологическим—мазков-отпечатков с них у 17 и результаты срочного гистологического исследования у 86 больных практически со всеми гистологическими типами этих новообразований, леченных в отделениях гинекологии ВОИЦ АМН СССР, 1 городской и 62 онкологической больниц г. Москвы с 1960 по 1984 г. Все больные были радикально оперированы, поэтому результаты указанных методов диагностики сверялись как с визуальными данными, обнаруженными на операции, так и с результатами гистологического исследования удаленных опухолей. При этом было выявлено следующее.

По лапароскопической картине у 4 больных с гранулезоклеточными опухолями (1—доброкачественной и 3—злокачественными) были правильно поставлены диагнозы доброкачественного и злокачественных новообразований яичников. При гистологическом исследовании биопсийного материала у больной с доброкачественной гранулезоклеточной опухолью была диагностирована «опухоль стромы полового тяжа», у 2 больных с злокачественными гранулезоклеточными опухолями

ми был поставлен диагноз «опухоль стромы полового тяжа с признаками озлокачествления» и только у одной больной были правильно верифицированы как гистологический тип опухоли, так и злокачественность—«гранулезоклеточный рак». При цитологическом исследовании мазков-отпечатков у больной с доброкачественной гранулезоклеточной опухолью были выявлены «клетки доброкачественного новообразования», а у 2 из 3 больных с злокачественными гранулезоклеточными опухолями—атипические клетки (материал, полученный у третьей больной, оказался неинформативным).

У всех 4 больных с доброкачественными текаклеточными опухолями при лапароскопии был поставлен диагноз доброкачественных новообразований яичников, а при гистологическом исследовании биоптатов у 2 больных была диагностирована «доброкачественная текаклеточная опухоль» и у 2—«фиброма яичника». Цитологическое исследование мазков-отпечатков с биоптатов опухолей выявило клетки без признаков атипии.

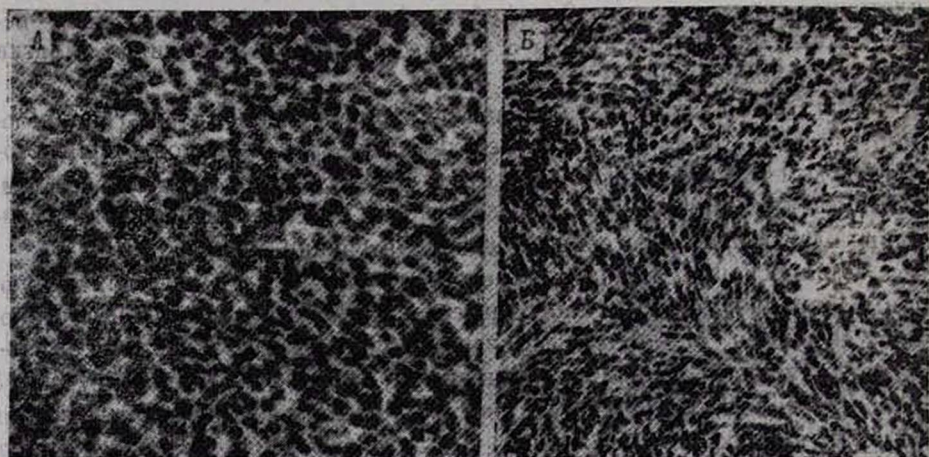
При лапароскопии у больной с злокачественной тека-гранулезоклеточной опухолью был поставлен диагноз—«рак яичников», при гистологическом исследовании биоптата диагностирована «злокачественная мезенхимомма», а при цитологическом исследовании были выявлены клетки злокачественного новообразования.

Лапароскопия была проведена у 6 больных с маскулинизирующими опухолями: у 3 с доброкачественными (сертолиомы) и 3 с злокачественными (2—низкодифференцированные андробластомы и 1—злокачественная липидноклеточная опухоль). Визуально у всех 3 больных с сертолиомами был поставлен диагноз «доброкачественная опухоль яичников», у 2 больных с низкодифференцированными андробластомами—«рак яичников», а у больной со злокачественной липидноклеточной опухолью—«кистома яичника». Биопсия опухолей при лапароскопии была произведена у 2 больных с низкодифференцированными андробластомами, при этом при гистологическом исследовании биоптатов был поставлен диагноз «рак яичников» без верификации гистологического типа опухолей. У 4 больных (2 с сертолиомами, 1 с низкодифференцированной андробластомой и 1 со злокачественной липидноклеточной опухолью) были взяты также пробы асцита из прямокишечно-маточного углубления, при этом у 2 последних при цитологическом исследовании асцита были выявлены атипические клетки в большом количестве.

Лапароскопический диагноз «кистома яичника» был поставлен у 2 больных с доброкачественными опухолями Бреннера, при гистологическом исследовании биоптатов была диагностирована «фиброма яичника».

Таким образом, по лапароскопической картине у всех 10 больных с доброкачественными гормонально-активными опухолями яичников различных гистологических типов был поставлен диагноз доброкачественных новообразований яичников, а злокачественный характер опухолей был распознан у 6 из 7 больных. При гистологическом исследовании биоптатов, полученных у 7 больных с доброкачествен-

ными гормонально-активными опухолями яичников различных гистотипов, у 6 больных был поставлен диагноз доброкачественных новообразований, при этом верификация их гистологического типа имела место только у 2 больных с доброкачественными текаклеточными опухолями. При гистологическом исследовании биоптатов 6 больных с злокачественными гормонально-активными новообразованиями яичников у всех были выявлены признаки злокачественности опухолей, однако верификация гистологического типа опухоли имела место только у 1 больной гранулезоклеточным раком. Цитологическое исследование мазков-отпечатков с биоптатов опухолей выявило атипические клетки у 5 из 6 больных с злокачественными гормонально-активными опухолями яичников, при этом ни в одном случае не был указан, даже приблизительно, их гистологический тип.



Злокачественная опухоль: А—гранулезоклеточная. Ув. 200.

Б—тека-гранулезоклеточная. Ув. 160. Окраска гематоксилин-эозином.

Исходя из вышеприведенного, можно полагать, что лапароскопия является весьма ценным методом дооперационной диагностики гормонально-активных опухолей яичников лишь в плане клинической дифференциации их доброкачественных и злокачественных форм, что подтверждается гистологическим исследованием биоптатов этих опухолей и цитологическим—мазков-отпечатков с них. Верификация же гистологического типа гормонально-активных новообразований яичников при морфологическом (гистологическом и цитологическом) исследовании полученного при лапароскопии материала крайне затруднена.

Срочное гистологическое исследование было произведено у 86 больных с гормонально-активными опухолями яичников практически всех гистотипов: у 55—текаклеточными, 18—гранулезоклеточными, 8—смешанными тека-гранулезоклеточными и 5—маскулинизирующими. Верификация опухолей имела место у 48 из 52 (92,3%) больных с доброкачественными текаклеточными, у 5 из 16 (31,2%)—с зло-

качественными гранулезоклеточными, у 3 из 5—с доброкачественными и 2 из 3—с злокачественными тека-гранулезоклеточными опухолями (рис. А, Б), т. е. у 58 (67,4%) больных. У 17 (19,8%) больных (из них у 8—с злокачественными, у 2—с доброкачественными гранулезоклеточными и у 3—маскулинизирующими опухолями) был поставлен диагноз «опухоль стромы полового тяжа» без указания ее гистологического типа и злокачественности, а у 11 (12,8%) больных были поставлены диагнозы других (не из группы гормонально-активных) новообразований яичников (из них у 3—с злокачественными гранулезоклеточными и у 2—с маскулинизирующими опухолями).

Анализируя эти данные, можно сделать вывод, что у подавляющего большинства (87,2%) больных с гормонально-активными опухолями яичников различных гистотипов при срочном гистологическом исследовании верифицируется диагноз стромально-клеточной опухоли и несколько реже (у 67,4%)—ее гистологический тип и злокачественность. При этом чаще распознаются доброкачественные текаклеточные, а также смешанные тека-гранулезоклеточные опухоли, диагностика же злокачественных гранулезоклеточных и маскулинизирующих опухолей представляет определенную трудность.

Резюмируя вышеизложенное, можно заключить, что лапароскопия является весьма ценным методом лишь в плане клинической дифференциации доброкачественных и злокачественных форм гормонально-активных опухолей яичников. Срочное же гистологическое исследование позволяет, хотя и далеко не всегда, верифицировать гистологический тип и злокачественность указанных новообразований. Отсюда следует, что данные лапароскопии и срочного гистологического исследования необходимо учитывать при выборе методов лечения и объема оперативного вмешательства у больных с этими опухолями.

ОНЦ им. В. А. Фанарджяна

Поступила 14/VI 1989 г.

Н. С. Աղամյան

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ՇՏԱՊ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒՅՈՒՆԻ ԶԳՐԱՆՆԵՐԻ
ՀՈՐՄՈՆԱԿԱՆ ԳՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ԱՆՈՒՆՈՒՄԻ ԱՆՈՒՆՈՒՄԻ ԱՆՈՒՆՈՒՄԻ

Կապարված հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տալիս, որ լա-
պարասկոպիան հանդիսանում է արժեքավոր մեթոդ ձվարանների ուռուցքների
հայտնաբերման համար: Այդ մեթոդը հնարավորություն է տալիս տարբերա-
կիլու բարորակ նորագոյացությունները շարորակից: Կապարասկոպիան չի բա-
րադրում ուռուցքների հյուսվածաբանական շտապ հետազոտման անհրաժեշ-
տությունը: Վիրահատման ժամանակ, Հյուսվածաբանական շտապ հետազոտ-
ման արդյունքներով վերջնականապես հաստատվում կամ ժխտվում է ուռուց-
քի խիստորոշումը, բացահայտվում նրա ձևը, այդ թվում նաև ձվարանների հոր-
մոնաակտիվ ուռուցքների դեպքում:

Laparoscopy and Express Histological Examination in Diagnosis of Hormone-Producing Tumors of the Ovaries

It is found out, that laparoscopy with biopsy is a valuable method for clinical differentiation of malignant forms of hormoneproducing tumors of the ovaries, but preliminary verification of histotype and malignancy of these tumors becomes possible, though not in all cases, with the help of express histological examination.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богинская Л. Н., Бреусенко В. Г., Жилкин Г. В. и др. Эндоскопия в гинекологии. М., 1983.
2. Селезнева Н. Д., Железнов Б. И. Доброкачественные опухоли яичников. М., 1982.
3. Evans A., Gaffey T. A., Malkasian G. D., Annegers J. F. Obstet. and Gynec., 1980, 55, 231.

УДК 616.716—001(47.925)

Ю. М. Погосян

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АРМЕНИИ

В последние годы отмечается тенденция к возрастанию числа больных с переломами костей лицевого скелета [1, 3, 4, 8, 11, 12]. Если в 1960 г. число таких больных составило 3%, а в 1970 г. 4—5% [6], то в 1980 г. оно возросло до 16—30% [4]. Увеличение частоты переломов лицевых костей обусловлено в основном ростом числа дорожно-транспортных происшествий [1].

Целью настоящей работы является выявление частоты переломов костей лицевого скелета и причин их возникновения среди взрослого населения Армении.

Нами проанализировано 10433 историй болезней лечившихся в отделении хирургической стоматологии клинической больницы «Малатия» (1976—1982 гг.) и 8-й клинической больницы г. Еревана (1982—1987 гг.). Число больных с переломами костей лицевого скелета в структуре стационарных больных составило 1502 (14,4%), мужчин—83,4%, женщин—16,6%. Среди общего числа больных 73,3% составили жители г. Еревана, 26,7%—жители районов Армении. В преобладающем большинстве больные были в возрасте 20—40 лет (таблица). Наибольшее число больных госпитализировалось по поводу переломов нижней челюсти (63,8%) и носовых костей (23,0%). Переломы остальных костей лицевого скелета встречались реже. Так, переломы верхней челюсти составляли всего 3,2%, скуловых костей—7,5%, комбинированные переломы лицевых костей—2,5%.

По нашим данным, непроизводственные травмы резко преобладали, составляя 86,4%. Среди них 69,9% составили бытовые травмы, 8,4%—транспортные, 9,9%—уличные и 2,1%—спортивные.