

Conclusions

1. The level of performed simultaneous surgical interventions directly depends on the detectability of the combined surgical diseases during the examination of the patient.
2. Application of the diagnostic algorithm developed by us makes it possible to increase the detection rate of the combined pathology to 22.3%.
3. An increase in the level of diagnosis of the combined pathology, by using this algorithm, allowed simultaneous simultaneous surgical intervention in 20.1% of patients without an increase in the level of postoperative complications and lethality.

Key words: combined pathology, endocrine diseases, simultaneous operations, diagnostics.

Рецензент – проф. Ляховський В. І.

Стаття надійшла 05.05.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-2-1-150-125-129

УДК 618.14-006.6-089

Ибрагимов А. М.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ РАКОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ПАРААОРТАЛЬНЫХ И ТАЗОВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПОСЛЕ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ

Азербайджанский Медицинский Университет (г. Баку, Азербайджан)

Медицинский Факультет Университета Гаджитепе (г. Анкара, Турция)

nauchnayastatya@yandex.ru

Связь публикации с плановыми научно-исследовательскими работами. «Частота метастазирования изолированных парааортальных лимфатических узлов при раке эндометрия, установленной на интраоперационном этапе».

Вступление. Сегодня, несмотря на достигнутые в области онкогинекологии значительные успехи в диагностике и лечении эндометриального рака (рак матки), решение ряда вопросов данной проблемы все еще не потеряло свою актуальность [1,2]. Указанная патология, являясь наиболее часто выявляемым среди женщин с гинекологическим раком, составляет 42-55% и занимает 2-ое место после рака яичников [1,2,3], среди женщин с высоким возрастным уровнем наиболее часто наблюдается в период постменопаузы. При установлении диагноза эндометриального рака огромная прогностическая роль принадлежит метастазам в парааортальных лимфатических узлы и лимфатических узлы таза [4,5]. Некоторые авторы сообщают о том, что проведение парааортальной и пельвиолимфаденэктомии способствует значительному повышению риска осложнений и заболеваемости [6,7,8]. Наряду с этим, другие авторы указывают на снижение выживаемости больных без проведения лимфаденэктомии парааортальных лимфатических узлов и лимфатических узлов таза. Поэтому очень важно установить факторы риска, свидетельствующие о возможной генерализации метастазов в лимфатические узлы при раке эндометрия [8,9,10]. Наряду с этим, вопрос выбора подхода к оценке лимфатических узлов у больных с эндометриальным раком на его ранней стадии все еще остается спорным. Соотношение генерализации метастазов в лимфатические узлы меняется в соответствии со стадией и степенью дифференциации опухоли. Среди основных факторов риска, связанных с эндометриальной карциномой, является и ожирение. Повышение индекса массы тела, является важным фактором риска развития данного заболевания, значительно повышает процент смертности [4,6,7,8]. Все это говорит о том, что, несмотря на безопасность

консервативного лечения, дифференциация изолированных парааортальных лимфатических узлов, лимфатических узлов таза и факторов риска очень важно [8,9,11]. Некоторые специалисты настоятельно рекомендуют у всех женщин с эндометриальной карциномой, независимо от наличия или отсутствия у них подозрительного лимфоузла, проводить диссекцию контрольного лимфатического узла. Своевременное выявление и определение характера эндометриального онкологического образования у отмеченных женщин может играть определенную роль в выборе новых способов диагностики и тактики лечения [1,12].

Цель исследования – провести анализ факторов, влияющих на выживаемость больных раком эндометрия (РЭ), после проведенной лимфаденэктомии, в зависимости от степени поражения парааортальных и тазовых лимфатических узлов.

Объект и методы исследования. В исследование было включено 417 больных с парааортальными метастазами лимфатических узлов (МЛУ) и МЛУ таза, которым в 2000-2015 годы на Медицинском факультете Университета Гаджитепе было проведено хирургическое лечение, и 835 больных раком эндометрия с проведенной парааортальной и пельвиолимфаденэктомией. После получения отзыва Этического Комитета Университета Гаджитепе приступили к исследованию. Все больные были подвергнуты общей абдоминальной гистерэктомии, двусторонней сальпингоофорэктомии, пельвио и парааортальной лимфаденэктомии. Парааортальная диссекция ЛУ заключается в удалении всех лимфатических узлов, начиная с бифуркации аорты, сбоку паракавальных и парааортальных лимфатических тканей, а сверху – до ренальных сосудов. Пельвиолимфаденэктомия состоит в удалении лимфатических тканей, расположенных на поверхности наружных и общих подвздошных сосудов, а также в запирательном канале. У больных с РЭ были оценены клинично-патологические особенности, возраст, гистологический подтип, стадия, согласно классификации FIGO (13),

глубина миометриальной инвазии, размеры опухоли, лимфо-васкулярная инвазия (ЛВАИ), цервикальный охват, аднексический охват и МЛУ.

Статистический анализ был проведен с помощью программы SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20 для Windows (IBM SPSS Inc., Chicago, IL).

Результаты исследований и их обсуждение. Возраст включенных в исследование больных, которым была проведена парааортальная и пельвио лимфаденэктомия, варьировал между 26-86 годами (58,8±10,1).

Как видно на рисунке, частота встречаемости РЭ резко изменилась из-за возрастной динамики. Так, частота встречаемости РЭ в возрасте 20-34 лет составила 1,5%; 35-44 лет – 10,8%; 45-54 лет – 19%; 55-64 лет – 32,6%; 65-84 лет – 22,6%; а в возрасте 85 и выше 85 лет – 13,5%.

В таблице 1 представлена демографическая и патологическая информация о больных. 178 (42,6%) больных были в возрасте >60 лет, а 239 (57,4%) – ≤60. Из находящихся в состоянии менопаузы пациентов у 82 (19,7%) наблюдалась фаза пременопаузы, а у 335 (80,3%) – фаза постменопаузы. Согласно классификации FIGO (83), I стадия заболевания наблюдалась у 59% (246 больных), II стадия – у 28,1% (117 больных), а III стадия – у 11% (46 больных). Отолиз наблюдался у 8 (2,0%) пациентов. Лимфо-васкулярная инвазия отмечена у 96 (23,0%), а у 321 (77,0%) – она не отмечалась. Размер границы для опухоли «primer» была принята как 2 см. Больные с размером опухоли «primer» ≤ 2 см составили 127 (30,5%), а > 2 см – 290 (69,5%). Цервикальный железистый охват не наблюдался у 312 (74,8%) больных, но имел место у 105 (25,2%) больных. У 353 (84,7%) пациентов цервикального стромального охвата не наблюдалось, а у 64 (15,3%) он, наоборот, был зарегистрирован. У 50 больных (12,0%) миометриальная инвазия не была отмечена, у 186 (44,6%) больных МИ <1/2, 181 (43,4%) МИ >1/2. У 48 (11,5%) больных охват ЛУ был положительным, а у 369 (88,5%) пациентов охват ЛУ был, наоборот, отрицательным. Больные с положительными пельвио МЛУ составили 10,3% (43 пациента), а отрицательными – 89,7% (374 пациента).

Больные с положительным охватом парааортальных ЛУ составили 5,3% (22 человек), а больные с отрицательным охватом ЛУ – 94,7% (395 человек). Число больных с положительной перитонеальной цитологией составило 24 (5,8%), а с отрицательной – 393 (94,2%).

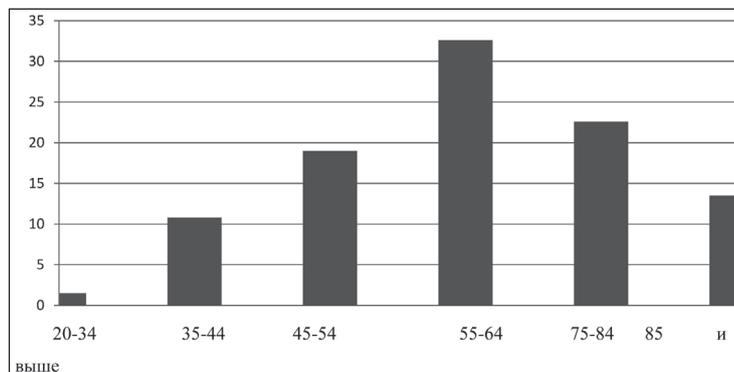


Рис. Изменение частоты встречаемости рака эндометрия в зависимости от возраста (в %).

Таблица 1. Демографические и патологические показатели больных

Показатели	Число больных (абс. ч., n=417 и относ. ч., %)
Возраст (лет)	
> 60	178 (42,6%)
≤ 60	239 (57,4%)
Состояние менопаузы	
Пременопауза	82 (19,7%)
Постменопауза	335 (80,3%)
Классификация FIGO	
I стадия	246 (59,0%)
II стадия	117 (28,0%)
III стадия	46 (11,0%)
Отолиз	8 (2,0%)
Лимфоваскулярная инвазия	
Есть	96 (23,0%)
Нет	321 (77,0%)
Размер опухоли «primer» (см)	
≤ 2 см	127 (30,5%)
> 2 см	290 (69,5%)
Цервикальный железистый охват	
Есть	312 (74,8%)
Нет	105 (25,2%)
Цервикальный стромальный охват	
Нет	353 (84,7%)
Есть	64 (15,3%)
Миометриальная инвазия	
Нет	50 (12,0%)
МИ <1/2	186 (44,6%)
МИ >1/2	181 (43,4%)
Охват лимфатического узла	
Положительный	48 (11,5%)
Отрицательный	369 (88,5%)
Охват лимфатического узла таза	
Положительный	43 (10,3%)
Отрицательный	374 (89,7%)
Охват парааортального лимфатического узла	
Положительный	22 (5,3%)
Отрицательный	395 (94,7%)
Перитонеальная цитология	
Положительная	24 (5,8%)
Отрицательная	393 (94,2%)

В среднем, число извлеченных ЛУ таза наблюдалось у 24 (3-90), парааортальных ЛУ – у 5 (1-50), а общее число всех ЛУ – у 30 (5-108) пациентов. Число общих ЛУ менее 10 наблюдалось у 2,6% (11 человек) больных. Цитология у 24 больных (5,8%) была позитивной, а у 393 (94,2%) – негативной. У 11,5% (48 человек) больных МЛУ было положительным, а у 88,5% (369 человек) – отрицательным. У 5 больных (1,2%) были извлечены парааортальные, у 17 больных – совместно парааортальные и тазовые, а у 26 больных – просто тазовые МЛУ. У больных с III стадией заболевания, по сравнению с больными с I-II стадиями, соотношение ретроперитонеальных МЛУ наиболее высокое (9,6%, по сравнению с 26,1%).

Независимо от стадии, серозные, светлоклеточные аденокарциномы и больные II-IV стадий должны быть отнесены в группу высокого риска. Серозные или светлоклеточные РЭ являются слишком агрес-

Таблиця 2.

Стадії розповсюдження рака ендометрія по класифікації FIGO, 2010

I стадія	Опухоль ограничивается маткой; инвазия в серозу матки не наблюдается
I A стадія	Опухоль ограничивается эндометрием; миометриальная инвазия не превышает 50%
I B стадія	Миометриальная инвазия опухоли составляет 50% или же превышает 50%
II стадія	Имеется цервикальный стромальный охват, однако, вне матки заболевания нет
III стадія	Опухоль находится вне матки; имеется тазовая инвазия
IIIA стадія	Опухоль распространена в серозу матки; имеется охват отростков
IIIB стадія	Вагинальные метастазы и параметрический охват
IIIC стадія	Тазовый и парааортальный метастаз лимфатических узлов
IIIC1 стадія	Положительный тазовый лимфатический узел
IIIC2 стадія	С наличием тазового лимфатического узла или же простой положительный парааортальный лимфатический узел

сивними опухольми. Относительная пятилетняя выживаемость больных с серозными опухольми составляет 45%, со светлоклеточными опухольми – 65%, а с эндометриоидными опухольми – 91%. Наблюдается серьезное уменьшение пятилетней выживаемости больных с III стадией болезни, по сравнению с больными в ранних стадиях заболевания. Прогноз РЭ у больных молодого возраста обычно наиболее благоприятный. Помимо этого, опухоль в III стадии наиболее часто наблюдается у больных пожилого возраста. Самый распространенный симптом РЭ – это аномальное кровотечение матки у 75-90% больных. У 70-80% больных с установленным диагнозом была зарегистрирована I стадия, у 20% – инвазия в соседние органы и лимфатические узлы, а у 8% – метастазы вне органов. Всем больным была проведена диссекция тазовых и парааортальных лимфатических узлов.

У больных в возрасте свыше 65 лет можно часто наблюдать глубокую миометриальную инвазию и низкодифференцированную опухоль. Пути генерализации эндометриальных опухолей следующие: Непосредственная инвазия в соседние органы; Лимфатическая инвазия; Гематогенная инвазия; Инвазия транстубальным путем в брюшную полость. Инвазивный образец серозных и светлоклеточных опухолей выглядит как эпителиальный рак яичников. Согласно внесенным в 2010 году в классификацию FIGO исправлениям [13], РЭ хирургически делится на стадии (Международная Федерация Гинекологии и Женских Заболеваний, 2010) (табл. 2).

Проблема возраста как самостоятельный прогностический критерий очень спорная. В нашем исследовании в таблице 3 приведено соотношение 5-летней выживаемости больных I-II стадии гинеколо-онкологической группы.

Таблиця 3.

Степень 5-летней выживаемости у больных I-II стадии

Возраст (лет)	Соотношение выживаемости (%)
≤ 40 лет	96%
41 - 50 лет	94%
51 - 60 лет	87%
61 - 70 лет	78%
71 - 80 лет	71%
≥ 80 лет	54%

У 6,5% пациентов (27 человек) наблюдался рецидив. Сроки выживаемости, в среднем, длились 168,8 месяцев. Сроки выживаемости у больных с глубокой миометриальной инвазией, в среднем, меньше, чем у больных без глубокой миометриальной инвазии (176,7, по сравнению с 158,8; $p < 0,001$). У больных с положительной цитологией, по сравнению с больными с отрицательной цитологией, сроки выживаемости, в среднем, были более короткими (170,7, по сравнению с 139,7; $p < 0,001$). У больных с поражением ЛУ сроки выживаемости, по сравнению с больными без поражения ЛУ, в среднем, намного короче

(169,3, по сравнению с 145,6; $p < 0,001$). Сроки выживаемости у больных с поражением тазовых ЛУ, в среднем, меньше, чем у больных без него (171,3, по сравнению с 142,9; $p < 0,001$). У пациентов с поражением яичников, по сравнению с больными без него, сроки выживаемости были, в среднем, значительно меньше (170,2, по сравнению с 147,0; $p < 0,017$). У пациентов с лимфоваскулярной инвазией (ЛВИ) сроки выживаемости, в среднем, намного короче, чем у пациентов без ЛВИ (172,7, по сравнению с 154,6; $p < 0,001$). Среди повторных парааортальных МЛУ и изолированных парааортальных МЛУ, в сроках выживаемости какого-либо значимого различия не выявлено. У больных с перитонеальной цитологией риск повтора был в 4,03 раза больше, чем у больных безперитонеальной цитологии.

Соотношение парааортальных МЛУ у больных с поражением яичников больше (19,4%), чем у больных без поражения яичников (4,1%; $p < 0,001$). Соотношение парааортальных МЛУ у больных с ЛВИ, по сравнению с больными без наличия ЛВИ, было наиболее высоким (2,2%, по сравнению с 15,6%; $p < 0,001$). Соотношение парааортальных МЛУ у больных с тазовыми МЛУ (39,5%), по сравнению с больными без тазовых МЛУ, намного выше (1,3%; $p < 0,001$). Из 22 больных с парааортальными МЛУ у 2-х был установлен рецидив.

Среди больных с поражением парааортальных ЛУ у 22,7% (5 человек) были выявлены изолированные парааортальные МЛУ. У 1,7% больных с опухолью «primer» диаметром более 2 см были обнаружены изолированные парааортальные МЛУ. У всех пациентов с изолированными парааортальными МЛУ диаметр первичной опухоли был свыше 2 см. Не обнаружено никакой связи между цервикальным glandулярным поражением, цервикальным стромальным поражением и изолированными парааортальными МЛУ. У больных с глубокой миометриальной инвазией соотношение изолированных парааортальных МЛУ больше, чем у больных без миометриальной инвазии.

Таким образом, показатели изолированных парааортальных МЛУ, с точки зрения лечебного подхода, при неверном определении стадии завершаются постановкой ошибочного диагноза. Взаимодействие

таких факторов риска, как глубина миометриальной инвазии ≥ 50 , цервикальное распространение, ЛВИ, положительная перитонеальная цитология, аднексальный и оментальный охват – с выживаемостью и рекурренцией очень важно. Определив в предоперационном или интраоперационном периоде с помощью системы FIGO факторы риска, указы-

вающие на возможность генерализации метастазов в ЛУ при РЭ, считается целесообразным выполнение указанным больным лимфаденэктомии. А это резко увеличивает сроки выживаемости больных.

Перспективы дальнейших исследований. Планируется провести патоморфологическую оценку различных типов гинекологического рака.

Литература

1. Jemal A, Siegel RL, Miller KD, Bray F, Center MM. Globalcancerstatistics. CA Cancer J. Clin. 2011;61(2):69-90.
2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. CA Cancer J Clin. 2016;66(1):7-30.
3. Fader AN, Broder MS, Fraser IS, Arriba LN, Frasure HE. Endometrial cancer and obesity: epidemiology, biomarkers, prevention and survivorship. Gynecol Oncol. 2009;114(1):121-7.
4. Yaegashi N, Ito K, Niikura H. Lymphadenectomy for endometrial cancer: is paraaortic lymphadenectomy necessary? Int J Clin Oncol. 2007;12(3):176-80.
5. Abu-Rustum NR. The incidence of isolated paraaortic nodal metastasis in surgically staged endometrial cancer patients with negative pelvic lymph nodes Gynecol Oncol. 2009;115(2):236-8.
6. Soliman PT, Bull D, Daniels M. Lymphadenectomy during endometrial cancer staging: practice patterns among gynecologic oncologists. Gynecol Oncol. 2010;119(2):291-4.
7. Pellerin GP, Finan MA. Endometrial cancer in women 45 years of age or younger: a clinicopathological analysis. Am J Obstet Gynecol. 2005;193(5):1640-4.
8. Garg G, Meyts BJ, Crosvener ZM. Positive peritoneal cytology is an independent risk-factor in early stage endometrial cancer. Gynecol Oncol. 2013;128(1):77-82.
9. Altay A. Analysis of Metastatic Regional Lymph Node Locations and Predictors of Para-aortic Lymph Node Involvement in Endometrial Cancer Patients at Risk for Lymphatic Dissemination. Int J Gynecol Cancer. 2015;25(4):657-64.
10. Walsh CS, Karlan BY. Lymphadenectomy's role in early endometrial cancer: prognostic or therapeutic. J Natl Cancer Inst. 2008;100(23):1660-1.
11. Torres ML, Muller GL, Chen LG. Risk factors for developing endometrial cancer after benign endometrial sampling. Obstet Gynecol. 2012;120(5):998-1004.
12. Practice bulletin no. 128: diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. Obstet Gynecol. 2012;120(1):197-206.
13. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. Int J Gynaecol Obstet. 2011;113(3):45-57.

ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА ВИЖИВАННЯ ХВОРИХ ГІНЕКОЛОГІЧНИМ РАКОМ З УРАЖЕННЯМ ПАРААОРТАЛЬНИХ І ТАЗОВИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ ПІСЛЯ ЛІМФАДЕНЕКТОМІЇ

Ібрагімов А. М.

Резюме. У дослідження було включено 417 хворих з парааортальними і тазовими метастазами лімфатичних вузлів (МЛУ), яким в 2000-2015 роках на Медичному факультеті Університету Гаджітепе було проведено хірургічне лікування і 835 хворих на рак ендометрію з проведеною парааортальною і пельвіолімфаденектомією. Хворим була проведена загальна абдомінальна гістеректомія, двостороння сальпінгофоректомія, пельвіо і парааортальна лімфаденектомія. Вік включених в дослідження хворих, яким була проведена парааортальна і пельвіолімфаденектомія, варіював між 26-86 роками ($58,8 \pm 10,1$). Частота виявлення РЕ різко змінилася через вікову динаміку. Так, частота виявлення РЕ у віці 20-34 років склала 1,5%; 35-44 років – 10,8%; 45-54 років – 19%; 55-64 років – 32,6%; 65-84 років – 22,6%; а у віці 85 і понад 85 років – 13,5%. Генералізація і показники ізольованих парааортальних МЛВ, з точки зору підходу лікування, при неправильному визначенні стадії завершуються встановленням помилкового діагнозу. Взаємодія факторів ризику таких, як глибина міометриальної інвазії ≥ 50 , цервікальне поширення, лімфоваскулярна інвазія, позитивна перитонеальна цитологія, аднексальне і оментальне охоплення – з виживанням, є дуже важливими. Визначивши в передопераційному, або інтраопераційному періоді за допомогою системи FIGO фактори ризику, які вказують на можливість генералізації метастазів в ЛВ при РЕ, вважається за доцільне виконання зазначеним хворим лімфаденектомії. А це різко збільшує терміни виживання хворих.

Ключові слова: рак ендометрію, лімфаденектомія, метастазування, лімфатичні вузли.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ РАКОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ПАРААОРТАЛЬНЫХ И ТАЗОВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПОСЛЕ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ

Ибрагимов А. М.

Резюме. В исследование было включено 417 больных с парааортальными и тазовыми метастазами лимфатических узлов (МЛУ), которым в 2000-2015 годы на Медицинском факультете Университета Гаджитепе было проведено хирургическое лечение, и 835 больных раком эндометрия с проведенной парааортальной и пельвиолимфаденэктомией. Все больные были подвергнуты общей абдоминальной гистерэктомии, двухсторонней сальпингофоректомии, пельвио и парааортальной лимфаденэктомии. Возраст включенных в исследование больных, которым была проведена парааортальная и пельвиолимфаденектомия, варьировал между 26-86 годами ($58,8 \pm 10,1$). Частота встречаемости РЕ резко изменилась из-за возрастной динамики. Так, частота встречаемости РЕ в возрасте 20-34 лет составила 1,5%; 35-44 лет – 10,8%; 45-54 лет – 19%; 55-64 лет – 32,6%; 65-84 лет – 22,6%; а в возрасте 85 и свыше 85 лет – 13,5%. Генерализация и показатели изолированных парааортальных МЛУ, с точки зрения лечебного подхода, наряду со значимостью, при неверном определении стадии завершаются выставлением ошибочного диагноза. Взаимодействие таких факторов риска, как глубина миометриальной инвазии ≥ 50 , цервикальное распространение, лимфоваскулярная инвазия, положительная перитонеальная цитология, аднексальный и оментаальный охват – с выживаемостью

и рекурренцией очень важно. Определив в предоперационном или интраоперационном периоде с помощью системы FIGO факторы риска, указывающие на возможность генерализации метастазов в ЛУ при РЭ, считается целесообразным выполнение указанным больным лимфаденэктомии. А это резко увеличивает сроки выживаемости больных.

Ключевые слова: рак эндометрия, лимфаденэктомия, метастазирование, лимфатические узлы.

FACTORS AFFECTING SURVIVABILITY OF PATIENTS WITH GYNECOLOGICAL CANCER WITH DESTRUCTION OF PARA-AORTIC AND PELVIC LYMPHATIC NODES AFTER LYMPHADENECTOMY

Ibragimov A. M.

Abstract. The aim of the study was to identify factors associated with paraaortic and pelvic LU in patients with endometrial cancer (EC), lymph node metastases (LNM), as well as to assess the survival of patients after lymphadenectomy.

Methods. The study included 417 patients with paraaortic and ilicheskomo LNM, which 2000-2015 at the Medical faculty of the University Hajitepe had undergone surgical treatment, and 835 patients with endometrial cancer with para-aortic and held pelvically lymph node dissection. After receiving a review of the Ethical Committee of the University of Hajitepe, the research began. All patients were subjected to total abdominal hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, Cytology, pelvically and para-aortic lymphadenectomy. Patients with re were evaluated peritoneum Cytology, clinical and pathological features, age, histological subtype, stage, according to the classification FIGO (13), depth of myometrial invasion, tumor size, lymph vascular invasion (LVAI), cervical coverage, adnexal coverage and MDR.

Results. Age included in a study of patients who underwent para-aortic and pelvio lymphadenectomy ranged between 26-86 years (58,8±10,1).

The incidence of re has changed dramatically due to age dynamics. Thus, the incidence of re at the age of 20-34 years was 1.5%; 35-44 years – 10.8%; 45-54 years – 19%; 55-64 years – 32.6%; 65-84 years – 22.6%; and at the age of 85 and over 85 years – 13.5%. According to the classification of FIGO (83), stage I was observed in 59% (246 patients), stage II – in 28.1% (117 patients), and stage III – in 11% (46 patients). Otolith was observed in 8 (2,0%) patients. Lymph-vascular invasion was noted in 96 (23.0%), and in 321 (77.0%) – it was not noted. The size of the border for the tumor «primer» was taken as 2 cm. Patients with tumor size «primer» ≤ 2 cm were 127 (30.5%), and > 2 cm – 290 (69.5%). Regardless of the stage, serous, transparent cell adenocarcinomas and patients of stage II-IV should be assigned to a high risk group. Serous or transparent cell re are too aggressive tumors. The relative five-year survival rate of patients with serous tumors is 45%, with transparent cell tumors – 65%, and with endometrioid tumors – 91%. There is a serious decrease in the five-year survival of patients with stage III of the disease, compared with patients in the early stages of the disease. The prognosis of re in young patients is usually the most favorable. Although overage does not apply to all patients, it has a negative impact on the survival rate of many of them. The most common symptom of re is abnormal bleeding in the uterus in 75-90% of patients. In 70-80% of patients with the established diagnosis stage I was registered, in 20% – invasion into neighboring organs and lymph nodes, and in 8% – metastases outside the organs. All patients underwent dissection of pelvic and paraaortic lymph nodes. No Association was found between cervical grandular coverage, cervical stromal coverage and isolated paraaortic MDR. In patients with deep myometrial invasion, the ratio of isolated paraaortic MDR is greater than in patients without myometrial invasion. Thus, the distribution and indicators of isolated paraaortic MDR, from the point of view of the therapeutic approach, along with the significance, with the wrong definition of the stage, are completed by an erroneous diagnosis. The interaction of risk factors such as myometrial invasion depth ≥ 50%, cervical spread, LVI, positive peritoneal Cytology and adnexal and omental coverage – with survival and recurrence is very important. And this dramatically increases the survival time of patients.

Key words: endometrial cancer, lymphadenectomy, metastasis, lymph nodes.

Рецензент – проф. Тарасенко К. В.
Стаття надійшла 09.05.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-2-1-150-129-134

УДК 612.017:616.36:612.621.1:615.27:611.018

¹Калейнікова О. М., ¹Срібна В. О., ¹Ступчук М. С., ²Карвацький І. М., ²Савчук В. С.,

¹Блашків Т. В., ¹Вознесенська Т. Ю.

ВПЛИВ НАНОЧАСТИНОК СРІБЛА І РЕСВЕРАТРОЛУ НА ЖІНОЧУ РЕПРОДУКТИВНУ ФУНКЦІЮ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГЛОМЕРОЛОНЕФРИТУ

¹Інститут фізіології ім. О.О. Богомольця НАНУ (м. Київ)

²Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця (м. Київ)

syana_ds@ukr.net

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Роботу виконано у 2018 році в рамках програми НАН України «Функціональна геноміка, протеоміка та метаболоміка в системній біології», а також наукової програми відділу імунофізіології Інституту фізіології ім. О.О. Богомольця НАН України: «Дослідження клітинно-молекулярних ме-

ханізмів імуноіндукованих розладів жіночої репродуктивної системи та корегуючого впливу наночастинок металів» / державний реєстраційний номер 0116U004471, номер теми: 1-8-17, постанова бюро ВМФМБ № 8 § 31 від 08.09.2016, договору про науково-практичне співробітництво між Інститутом фізіології ім. О.О. Богомольця НАНУ та Національним