

6. Gorini A. N., Kamaev V. S., Fadeeva I. V., Petryakova N. V., Ward N. S. *Stomatologiya. – Stomatology.* 2012;91 (6):16-21.
7. Ivanov S. Yu., Yurkov N. F., Moore A. A. *Stomatologiya. – Stomatology.* 2010;89 (2):42-47.
8. Sour F. I. Clinico-experimental substantiation of plasty of defects of the mandible. M; 1996. 48 p.
9. Kopeikin V. N. Manual of prosthodontics. M: «Medicine»; 1993. P. 460-465.
10. Kotsur B. K., Minyaev V. A. Maxillofacial prosthetics. L: «Medicine»; 1985. P. 11-42.
11. Kulakov A. A., Matkin E. G., Fedotov N. N., Cuckow V. M., Ataev S. H. *Stomatologiya. – Stomatology.* 2009;2:54-58.
12. Losev F. F., Zharkov V. A. RUDI. 2005;3 (4):80-86.
13. Mayboroda Yu. N., Horev O. Yu. Social aspects of modern Russian dentistry: experience, problems, solutions. Tver; 2011. P. 135-136.
14. Mayboroda Yu. N., Horev O. Yu. New in the theory and practice of dentistry. Stavropol; 2012. P. 184-187.
15. Mayboroda Yu. N., Horev O. Y., Goman M. V. The residual post-resection prosthesis – Patent for useful model № 143297 on 19.06.2014.
16. Oxman I. M. «prosthetic dentistry» edited by V. J. Kurland. M; 1977. 488 p.
17. Repect S. I. Plastic mandible carbon implants «Uglecon-M». Perm; 2008. 17 p.
18. Sysolyatin P. G., Panin I. A., Arsenov I. A., Sysolyatin S. P., Gunter V., Ilyanok O. V. *Stomatologiya. – Stomatology.* 2009;88 (3):50-52.
19. Sahagian A. J., Akhmedov H. K. *Zdravookhraneniye Tadzhikistana. – Health of Tajikistan.* 1988;1:95-96.
20. Shcherbakov A. S., Gavrilov E. N., Trezubov V. N. *Ortopedicheskaya stomatologiya.* SPb:IKF «Foliant»; 1997. P. 526-530.
21. Cuckow V. M., Kulakov A. A., Matkin E. G., Akhundov A. A., Meukow A. M., Ataev S. H. *Stomatologiya. – Stomatology.* 2009;2:50-53.
22. Leung K. W., Yang K. C. *Jut. J. Oral Maxillafac Surg.* 2003;32 (1):61-69.

Сведения об авторах:

Майборода Юрий Николаевич, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры ортопедической стоматологии Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: (8652)353686; e-mail: ksdstav@rambler.ru.

Гоман Максим Викторович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 8962499182; e-mail: maxgoman@mail.ru,

Хорев Олег Юрьевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 89624404940; e-mail: ksdstav@rambler.ru

© Коллектив авторов, 2015

УДК 616.37.006.6(470.063)

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2015.10058>

ISSN – 2073-8137

НОВОЕ ПРИСПОСОБЛЕНИЕ ДЛЯ ВОЗВРАТА ЖЕЛЧИ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫЙ ТРАКТ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

А. Н. АЙДЕМИРОВ^{1, 3}, Н. Г. ШАХНАЗАРЯН², А. З. ВАФИН¹, А. М. ШАХНАЗАРЯН³

¹ Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

² Ставропольский краевой онкологический диспансер, Россия

³ Ставропольская краевая клиническая больница, Россия

A NEW DEVICE FOR THE RETURN OF BILE IN THE DIGESTIVE TRACT OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

AYDEMIROV A. N.^{1, 3}, SHAKHNAZARYAN N. G.², VAFIN A. Z.¹, SHAKHNAZARYAN A. M.³

¹ Stavropol State Medical University, Russia

² Stavropol Regional Cancer Clinic, Russia

³ Stavropol Regional Clinical Hospital, Russia

Целью исследования являлась разработка нового приспособления для возврата желчи в пищеварительный тракт у больных с механической желтухой. Проведена сравнительная оценка лечения двух групп больных с механической желтухой: контрольная группа (20 чел.) с использованием традиционных методов дренирования желчных путей лапаротомным доступом или миниинвазивными методами; основная группа (16 чел.) с проведением билиарной декомпрессии миниинвазивным методом с применением нового приспособления для возврата желчи в пищеварительный тракт.

После проведенного комплекса лечения с применением нового приспособления для возврата желчи в пищеварительный тракт больные основной группы при выписке имели легкую степень тяжести механической желтухи, а больные контрольной группы – среднюю степень тяжести. Средний срок пребывания в стационаре больных основной группы составил 11 дней, контрольной – 16 суток.

Таким образом, результаты исследования показали высокую эффективность разработанного нами приспособления для возврата желчи в пищеварительный тракт, что позволяет рекомендовать его к более широкому применению в комплексном лечении больных с механической желтухой различного генеза.

Ключевые слова: механическая желтуха, билирубин, приспособления для возврата желчи, малоинвазивная хирургия

The aim was to create a new device for the return of bile into the digestive tract of patients with obstructive jaundice. A comparative evaluation of treatment in the two groups of patients with obstructive jaundice: a control group (20 patients) where traditional methods of drainage of the biliary tract through laparotomy access or minimally invasive techniques were used and an index group (16 patients) after minimally invasive biliary decompression using a new device for the return of bile into the digestive tract.

At discharge the patients of the index group had moderate jaundice, while controls had it mild. The average length of the hospital stay of patients from the index group was 11 days and from the control group – 16 days.

In conclusion, the results confirm the high efficiency of the above new device for return of bile into the digestive tract. It is recommended for wide application in combined treatment of patients with obstructive jaundice of various origins.

Key words: obstructive jaundice, bilirubin, bile devices to return, minimally invasive surgery

Широкое распространение в лечении больных механической желтухой получила двухэтапная тактика [5, 9, 10, 11], которая способствует уменьшению числа послеоперационных осложнений на 17 % и летальности до 2,8 % [2, 13, 16, 17]. Главной задачей первого этапа (декомпрессия желчных протоков) является купирование гипербилирубинемии. Это позволяет в течение короткого времени улучшить состояние больных и выполнить хирургическое лечение [7]. В последние годы отмечается возросший интерес к применению чрескожных чреспеченочных лечебно-диагностических манипуляций, которые выполняются под контролем ультразвукового аппарата [9, 12, 14, 20]. Чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства характеризуются малой инвазивностью и высокой эффективностью [10, 15], могут применяться как с целью предварительной билиарной декомпрессии, так и в качестве самостоятельных методов лечения механической желтухи [5, 8, 18]. Однако при использовании этой методики возникает потеря желчи, приводящая к дисэлектролитемии, дегидратации, нарушению процессов эмульгирования и всасывания жиров, угнетению свертывающей, фибринолитической и калликреинкининовой систем крови [1, 6]

При выполнении чрескожного чреспеченочного дренирования желчевыводящих путей реинфузия желчи должна проводиться предпочтительно в просвет двенадцатиперстной кишки через тонкий зонд [11, 15]. В первые два-три дня после разгрузки желчь является токсичной из-за высокого содержания амми-

ака, и в эти дни ее возврат в желудочно-кишечный тракт нецелесообразен [3, 19]. Дебит желчи за сутки чаще всего от 0,5 до 1,5 л, но нередко после декомпрессии может достигать и 2–3 л [6]. Вся выделяющаяся желчь должна быть возвращена в кишечник для профилактики ахолии. При отказе от проведения тонкого зонда в двенадцатиперстную кишку можно разрешить пить желчь, защищая слизистую оболочку желудка обволакивающими препаратами [7]. Данная процедура вызывает у больных неприятные ощущения, рвоту, частый отказ от приема желчи [11].

Резюмируя данные литературы, можно сделать следующие выводы. В области диагностики и лечения механической желтухи достигнуты значительные успехи. Разработан комплекс диагностических мероприятий, позволяющий с высокой точностью верифицировать данную патологию. Гораздо хуже изучены вопросы улучшения качества жизни в период после проведения чрескожного чреспеченочного дренирования желчевыводящих протоков под контролем УЗИ. В литературе имеются данные о способах возврата желчи в пищеварительный тракт, но все они обладают серьезными недостатками.

Целью исследования является разработка нового приспособления для возврата желчи в пищеварительный тракт у больных с механической желтухой, при котором создаются условия для медленной и плавной декомпрессии печени, устраняется инфицирование желчных путей, снижается риск послеоперационных осложнений, сроки госпитализации и улучшается качество жизни больного.

Проведена сравнительная оценка лечения в двух группах больных с механической желту-

хой: контрольной с использованием традиционных методов дренирования желчных путей лапаротомным доступом или миниинвазивными методами и основной с проведением билиарной декомпрессии миниинвазивным методом с применением нового приспособления для возврата желчи в пищеварительный тракт.

Материал и методы. В контрольной группе было 20 больных с механической желтухой различного генеза. У 6 (30,0 %) пациентов причиной механической желтухи были доброкачественные заболевания органов билиопанкреатодуоденальной зоны, у 14 (70,0 %) – злокачественные. Мужчин было 13 (65 %), женщин – 7 (35 %). Соотношение мужчин к женщинам составило 1,86:1,0. Причем в возрасте старше 60 лет – 12 (60,0 %) пациентов.

В основной группе было 16 больных. У 7 (56,3 %) пациентов причиной механической желтухи были доброкачественные заболевания органов билиопанкреатодуоденальной зоны, у 9 (43,7 %) – злокачественные. Мужчин было 11 (68,7 %), женщин – 5 (31,3 %). Соотношение мужчин к женщинам составило 2,2:1.

Билиарная декомпрессия в контрольной группе выполнена всем пациентам. У 15 (75,0 %) больных произведена декомпрессия желчи под контролем УЗИ, у 5 (25,0 %) выполнено дренирование желчных путей лапаротомным доступом.

Для устранения побочных эффектов от применения желчи перорально больным основной группы применялось новое приспособление для возврата желчи в пищеварительный тракт. Приспособление для возврата желчи в пищеварительный тракт у больных с механической желтухой (рис.) состоит из билиарного дренажа (1), установленного чрескожно под контролем УЗИ, и чрескожной гастростомы (2), установленной эндоскопически, они соединены между собой с помощью трубки (3), имеющей антирефлюксный клапан (4). Роликовый зажим (5) и силиконовый баллон (6) установлены последовательно между билиарным дренажем (1) и чрескожной эндоскопической гастростомой (2). Между билиарным дренажом (1) и силиконовым баллоном (6) на трубке (3) установлены роликовый зажим (5) и антирефлюксный клапан (4). Силиконовый баллон (6) установлен с возможностью входа в него трубки (3) от билиарного дренажа (1) и трубки (3) от чрескожной эндоскопической гастростомы (2). Антирефлюксный клапан (4) установлен с возможностью движения желчи по трубке (3) в одном направлении в пищеварительный тракт. Роликовый зажим (5) установлен с возможностью плавного регулирования скорости движения желчи по трубке (3) от струйного до капельного, а силиконовый баллон (6) – для накопления и дозированного возвращения желчи в пищеварительный тракт во время еды.

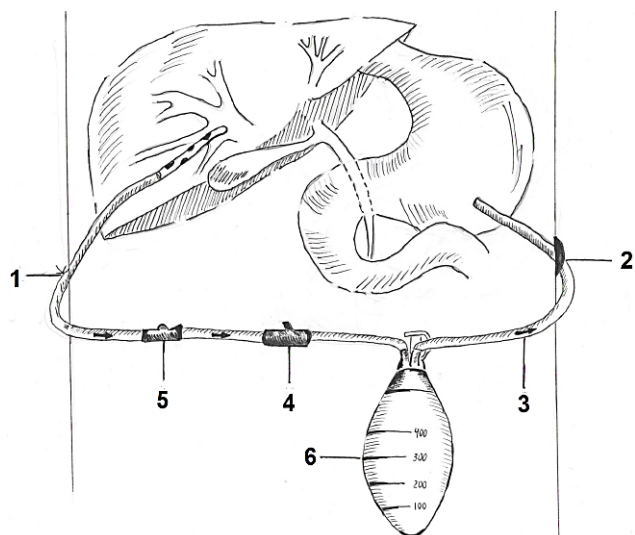


Рис. Приспособление для возврата желчи в пищеварительный тракт у больных с механической желтухой (Патент № 137670, 2014). Описание в тесте

Оценка проведенного лечения строилась на анализе частоты и характера послеоперационных осложнений, сроков госпитализации, определения качества жизни пациентов.

Сравнение пациентов контрольной и основной групп по степени тяжести механической желтухи проводилось по Э. И. Гальперину [4].

Результаты и обсуждение. При поступлении больных контрольной группы на первый этап лечения среднее значение билирубина крови составило $324,2 \pm 2,1$ мкмоль/л. Степень тяжести механической желтухи по Э. И. Гальперину [4] составила в среднем 10,9 балла (тяжелая).

После выполнения декомпрессии желчевыводящих путей показатель билирубина крови снизился до $267,9 \pm 3,2$ мкмоль/л, степень тяжести механической желтухи составила 8,8 балла (средняя).

Принимая во внимание высокую роль компонентов желчи в функции пищеварения, бактериальной контаминации, при дренировании желчных путей желчь в контрольной группе возвращали в просвет кишечника через тонкий назоэнтеральный зонд (3,5 %), но чаще возврат желчи осуществлялся перорально (96,5 %). Однако данная процедура вызывала у больных контрольной группы неприятные ощущения, рвоту и частый отказ от приема желчи (табл. 1).

Таблица 1

Реакция больных контрольной группы на пероральный прием желчи

Реакция больных	Количество больных
Неприятные ощущения	17 (85,0 %)
Рвота	5 (25,0 %)
Тошнота	8 (40,0 %)
Отказ от приема желчи	12 (60,0 %)

Вднемвыпискиизстационарасреднеезначение билирубина крови составило $102,4 \pm 2,2$ мкмоль/л,

степень тяжести механической желтухи – 7,1 балла (средняя). Среднее пребывание в стационаре составило 16 койко-дней. Больные выписаны с рекомендациями продолжения приема желчи, лечения по месту жительства, явки на второй этап лечения при снижении уровня билирубина крови до 60–70 мкмоль/л.

Время от выполнения декомпрессии печени до госпитализации на второй этап лечения составило в среднем 6 недель. Панкреатодуоденальная резекция выполнена 9 (45 %) больным, холецистоэнтеростомия на выключенной по Ру петле тощей кишки – 2 (10 %), холедоходуоденостомия по Юрашу – Виноградову – 5 (25 %), гепатикоюностомия с изолированной по Ру петлей тощей кишки – 2 (10 %). На первом этапе лечения возникло 1 (5 %) осложнение в виде диастаза краев послеоперационной раны. На втором этапе лечения в послеоперационном периоде возникли 2 (10 %) осложнения: несостоятельность холецистоэнтероанастомоза, в результате чего потребовалась релапаротомия, и динамическая кишечная непроходимость, которая велась консервативно. Выписаны все больные в удовлетворительном состоянии со средним показателем билирубина крови 32,8±1,1 мкмоль/л.

В день госпитализации больных основной группы на первый этап лечения среднее значение билирубина крови составило 395,8±3,2 мкмоль/л, степень тяжести механической желтухи – 11,3 балла (тяжелая). Дренажирование желчевыводящих путей выполнено всем больным под контролем УЗИ. После билиарной декомпрессии среднее значение билирубина крови составило 221,2±2,8 мкмоль/л, степень тяжести механической желтухи – 7,9 балла (средняя).

В день выписки из стационара уровень билирубина крови составил 78,7±1,6 мкмоль/л, степень тяжести механической желтухи – 5,7 балла (легкая), среднее пребывание в стационаре – 11 койко-дней. Больным рекомендована явка для проведения дальнейшего лечения при снижении уровня билирубина крови до 60–70 мкмоль/л.

Больные поступали через 2 недели на оперативное лечение со степенью тяжести механической желтухи 5 баллов (легкая). Панкреатодуоде-

нальная резекция выполнена 7 (43,8 %) больным, холецистоэнтеростомия на выключенной по Ру петле тощей кишки – 2 (12,5 %), холедоходуоденостомия по Юрашу-Виноградову – 7 (43,7 %). В послеоперационном периоде возникло 1 (6,25 %) осложнение в виде несостоятельности холецистоэнтероанастомоза, в результате чего потребовалась релапаротомия. Выписаны все больные в удовлетворительном состоянии со средним показателем билирубина крови 29,9±1,2 мкмоль/л.

Больные основной группы при выписке имели легкую степень тяжести механической желтухи, а больные контрольной группы – среднюю (табл. 2). По классификации тяжести механической желтухи по Э. И. Гальперину вероятность неблагоприятного исхода заболевания у больных контрольной группы составила 10,5 %, у больных основной группы – 0.

Таблица 2

Степень тяжести механической желтухи у больных с ЗО БПДЗ

Группа	При поступлении	После выполнения дренирования ЖВП	При выписке
Контрольная	11,3 (тяжелая)	8,9 (средняя)	7,1 (средняя)
Основная	10,8 (тяжелая)	7,9 (средняя)	5,7 (легкая)

Средний срок пребывания в стационаре больных в основной группе составил 11 дней, в контрольной группе – 16.

Заключение. При комплексном лечении пациентов с механической желтухой в основной группе применение приспособления для возврата желчи в пищеварительный тракт имеет ряд преимуществ перед лечением больных в контрольной группе: малая травматичность, устранение инфицирования желчных путей, медленная и плавная декомпрессия желчных протоков, сокращение сроков госпитализации, косметический эффект, снижение частоты осложнений и улучшение качества жизни пациентов. Результаты подтверждают высокую эффективность разработанного нами приспособления для возврата желчи в пищеварительный тракт, что позволяет рекомендовать его к более широкому применению в комплексном лечении больных с механической желтухой различного генеза.

Литература

1. Артемьева, Н. Н. Осложнения после эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке / Н. Н. Артемьева, М. В. Пузанов // Вестник хирургии. – 1996. – № 6. – С. 72–75.
2. Ветшев, П. С. Диагностический подход при обтурационной желтухе / П. С. Ветшев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1999. – № 6. – С. 18–24.
3. Гальперин, Э. И. Билиарный сепсис: некоторые особенности патогенеза / Э. И. Гальперин, Г. Г. Ахаладзе // Хирургия. – 1999. – № 10. – С. 24–28.
4. Гальперин, Э. И. Классификация тяжести механической желтухи / Э. И. Гальперин // Анналы хирургической гепатологии. – 2012. – № 2. – С. 26–33.
5. Гальперин, Э. И. Руководство по хирургии желчных путей / Э. И. Гальперин, П. С. Ветшев. – М., 2009. – 568 с.

6. Гусев, А. В. Новые технологии при механической желтухе доброкачественного генеза / А. В. Гусев, И. Н. Боровков, Ч. Т. Мартинш и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т. 13, № 1. – С. 72–75.
7. Ившин, В. Г. Чрескожные чреспеченочные диагностические и лечебные вмешательства у больных с механической желтухой / В. Г. Ившин, А. Ю. Якунин, Ю. И. Макаров // Анналы хирургической гепатологии. – 1996. – № 1. – С. 121–131.
8. Каримов, Ш. И. Эндобилиарные вмешательства в диагностике и лечении больных с механической желтухой / Ш. И. Каримов. – Ташкент, 1994. – 239 с.
9. Патютко, Ю. И. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны / Ю. И. Патютко, А. Г. Котельников. – М., 2007. – 448 с.
10. Прокубовский, В. И. Чреспеченочное эндопротезирование желчных протоков / В. И. Прокубовский, С. А. Капранов // Хирургия. – 1990. – № 1. – С. 18–23.

11. Пугаев, А. В. Оценка состояния питания и определение потребности в нутритивной поддержке / А. В. Пугаев, Е. Е. Ачкасов. – М., 2007. – 86 с.
12. Хрусталева, М. В. Современные эндоскопические транспиллярные методы лечения механической желтухи / М. В. Хрусталева // *Анналы НЦХ РАМН*. – 1997. – С. 39–42.
13. Guschieri, A. Operative manual of endoscopic surgery / A. Guschieri, G. Buess, J. Perissat // Springer-Verlag. – 1993. – Vol. 2. – P. 273–283.
14. Murai, R. Percutaneous stenting for malignant biliary stenosis / R. Murai, Ch. Hashig, A. Kusujama // *Surgical endoscopy*. – 1991. – Vol. 5. – P. 140–143.
15. Rieber A. Metallic stents in malignant biliary obstruction / A. Rieber, H. J. Brambs // *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* – 1997. – Vol. 20, № 1. – P. 43–49.
16. Schreurs, W. H. Management of common bile duct stones / W. H. Schreurs, J. R. Juttman, W. N. Stuifbergen // *Surg. Endosc.* – 2002. – Vol. 16. – P. 1068–1072.
17. Widdison, A. L. Combined laparoscopic and endoscopic treatment of gallstones and bile duct stones: a prospective study / A. L. Widdison, A. J. Longstaff, C. P. Armstrong // *Br. J. Surg.* – 1994. – Vol. 81, № 4. – P. 595–597.

References

1. Artemyeva N. N., Puzanov M. V. *Vestnik hirurgii*. – *Gazette surgery*. 1996;6:72-75.
2. Vetshev P. S. *Rossijskij zhurnal gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii*. – *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 1999;6:18-24.
3. Galperin Je. I., Ahaladze G. G. *Hirurgija*. – *Surgery*. 1999;10:24-28.
4. Galperin Je. I. *Annaly surgery gepatologii*. – *Annals of Surgical Hepatology*. 2012;2:26-33.
5. Galperin Je. I., Vetshev P. S. *Rukovodstvo po hirurgii zhelchnyh putej*. М.; 2009. 568 p.
6. Gusev A. V., Borovkov I. N., Martinsh Ch. T. *Annaly hirurgicheskoj gepatologii*. – *Annals of Surgical Hepatology*. 2008;13 (1):72-75.
7. Ivshin V. G., Jakunin A. Ju., Makarov Ju. I. *Annaly hirurgicheskoj gepatologii*. – *Annals of Surgical Hepatology*. 1996;1:121-131.
8. Karimov Sh. I. *Jendobiliarnye vmeshatelstva v diagnostike i lechenii bolnyh s mehanicheskoy zheltuhoj*. Tashkent; 1994. 239 p.
9. Patjutko Ju. I. *Hirurgija raka organov biliopankreatoduodenal'noj zony*. М.; 2007. 448 p.
10. Prokubovskij V. I., Kapranov S. A. *Hirurgija*. – *Surgery*. 1990;1:18-23.
11. Pugaev A. V. *Ocenka sostojanija pitaniya i opredelenie potrebnosti v nutritivnoj podderzhke*. М.; 2007. 86 p.
12. Hrustaleva M. V. *Annaly NCH RAMN*. – *Annaly NCH RAMN*. 1997. P. 39-42.
13. Guschieri A., Buess G., Perissat J. *Springer-Verlag*. 1993;2:273-283.
14. Murai R., Hashig Ch., Kusujama A. *Surgical endoscopy*. 1991;5:140-143.
15. Rieber A., Brambs H. J. *Cardiovasc. Intervent. Radiol*. 1997;20 (1):43-49.
16. Schreurs, W. H., Juttman J. R., Stuifbergen W. N. *Surg. Endosc*. 2002;16:1068-1072.
17. Widdison, A. L., Longstaff A. J., Armstrong C. P. *Br. J. Surg*. 1994;81 (4):595-597.

Сведения об авторах:

Айдемиров Артур Насирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Ставропольского государственного медицинского университета, заведующий торако-абдоминальным отделением Ставропольской краевой клинической больницы; тел.: (8652)717003; e-mail: surgdis1@stgma.ru

Шахназарян Наталья Григорьевна, врач-онколог Ставропольского краевого онкологического диспансера; тел.: 89286393527; e-mail: aqua627@mail.ru

Вафин Альберт Закирович, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: (8652)717003; e-mail: surgdis1@stgma.ru

Шахназарян Арсен Михайлович, хирург Ставропольской краевой клинической больницы; тел.: 89187551977

© О. В. Воробьева, Е. В. Новичков, 2015

УДК 618.11-006.6-091

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2015.10059>

ISSN – 2073-8137

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ МОРФОМЕТРИЯ ПАРАМЕТРОВ ЭНДОМЕТРИОИДНОГО РАКА ЯИЧНИКОВ ПРИ ПРОГНОЗЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ОПУХОЛИ

О. В. ВОРОБЬЕВА, Е. В. НОВИЧКОВ

Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова, Чебоксары, Россия

QUANTITATIVE MORPHOMETRY OF ENDOMETRIAL OVARIAN CANCER AT RISK OF METASTASIS

VOROBYOVA O. V., NOVICHKOV E. V.

Chuvash State University, Cheboksary, Russia

Изучены морфометрические особенности опухолевой паренхимы с учетом закономерностей прогрессирования эндометриоидного рака яичников. Морфометрическим признаком высокого риска метастазирования является увеличение площади опухолевой клетки ($p=0,36$) и ее ядра ($p=0,38$)