

*Ю.Е. Гавриш¹, А.С. Артемьева², Ю.Н. Трифанов^{1,2}, А.О. Нюганен², А.А. Сидорук^{1,2},
А.Н. Балтрукова¹, Е.А. Ульрих^{1,2}, И.В. Берлев^{1,2}, А.Ф. Урманчеева^{1,2}*

Рак эндометрия у пациенток старше 70 лет: клинико-морфологическая характеристика и отдаленные результаты

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

На базе онкогинекологического отделения совместно с патологоанатомическим отделением НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова проведена сравнительная оценка возрастных особенностей рака эндометрия. В исследование вошли 309 пациенток, которые были разделены на две группы: группа 1 – от 50 до 69 лет (n= 150), группа 2 – 70 лет и старше (n= 159). В статье представлена сравнительная оценка лечения, морфологических характеристик опухоли и распространенности опухолевого процесса в двух возрастных группах, а также оценены отдаленные результаты лечения.

Ключевые слова: рак эндометрия, морфология, пожилой и старческий возраст

Введение

Рак эндометрия (РЭ) относится к ведущей онкогинекологической патологии в экономически развитых странах, занимая в России третье место в структуре онкологической заболеваемости женского населения [1]. Более 90% случаев РЭ приходится на женщин в возрасте старше 50 лет, средний возраст составляет 63 года [7]. Демографическая ситуация последних десятилетий, связанная с увеличением средней продолжительности жизни, приводит к росту численности пожилых людей в составе мирового населения, при этом практически во всех странах среди пожилых людей преобладают женщины [8]. В 2014 году доля пожилых людей в мире увеличилась до 12% по сравнению с 9% в 1994 году [8], а к 2050 году, можно ожидать двукратного увеличения доли лиц старше 65 лет [5]. В России, как и во многих развитых странах, более 20 % населения к 2030 г. достигнут возраста 65 лет и более [2]. Общая мировая тенденция старения населения приводит к увеличению числа онкологических заболеваний среди пациентов старшего возраста, а большинство клинических исследований по оп-

тимальным методам лечения ведутся в группах больных до 70 лет [9].

Цель исследования: Определение особенностей РЭ у пациенток старше 70 лет для оптимизации лечебной тактики.

Материалы и методы

Материалом для исследования послужили ретроспективные и проспективные данные о 309 пациентках, прошедших лечение с диагнозом «рак эндометрия» в отделении онкогинекологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» с 2009 по 2016 год включительно. Все больные были разделены на 2 группы: группа 1 – от 50 до 69 лет (n=150), группа 2 – 70 лет и старше (n=159).

Критериями включения в исследование явились следующие: пациентки, получившие первичное хирургическое лечение в отделении онкогинекологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова», постменопауза.

Критериями исключения из исследования являлись: пациентки, получившие первичное хирургическое лечение в другом лечебном учреждении; пациентки, которым перед проведением хирургического лечения проводилось какое-либо специальное лечение; наличие онкологических заболеваний в анамнезе, а также наличие, на момент включения в исследование, первично-множественных злокачественных новообразований.

Стадию заболевания определяли согласно классификации TNM 7-го пересмотра (UICC, 2009 г.) и классификации FIGO (2009 г.). С целью изучения морфологической характеристики опухолей эндометрия использовали морфологическую классификацию злокачественных эпителиальных опухолей тела матки ВОЗ 2014 года. Все случаи РЭ были разделены на две группы: эндометриоидную и неэндометриоидную, включающую серозные, светлоклеточные, смешанные и недифференцированные карциномы эндометрия.

При наличии показаний в послеоперационном периоде проводилась адьювантная терапия.

Результаты

Общая характеристика больных РЭ в двух возрастных группах, включенных в исследование

Средний возраст пациенток 1-й группы составил $60,11 \pm 4,58$ лет, 2-й группы - $75,17 \pm 3,92$ лет. Средняя длительность постменопау-

зального периода в 1-й группе - $9,57 \pm 6,07$ лет, во 2-й группе $24,03 \pm 5,99$ лет.

При изучении сопутствующей соматической патологии, у пациенток старшей возрастной группы, по сравнению с больными младшего возраста, достоверно чаще встречались патология сердечно-сосудистой системы, заболевания мочевого выделительной системы, варикозное расширение вен нижних конечностей, заболевания желудочно-кишечного тракта. Наличие в анамнезе язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в структуре патологии ЖКТ рассматривались отдельно, так как данный показатель учитывался при расчете индекса коморбидности Чарлсона.

Патология системы органов дыхания, нарушения углеводного обмена, заболевания щитовидной железы, неврологическая патология, заболевания опорно-двигательного аппарата были практически одинаково распространены в обеих группах. Сахарный диабет 1-го типа не встречался ни в одной группе. Среднее значение ИМТ для 1-й группы составило $33,02 \pm 8,04$ (18,6- 67,5), для 2-й группы - $31,21 \pm 6,36$ (19,2-54,7), $p = 0,029$. На основании полученных данных для каждой возрастной группы был рассчитан индекс коморбидности Чарлсона, который для 1-й группы составил $4,04 \pm 1,01$ балла (3-7 баллов), что прогнозирует 10-летнюю выживаемость по соматическим заболеваниям около 53%, в то время как во 2-й группе аналогичный показатель оказался выше и составил $6,25 \pm 0,90$ балла (5-9 баллов) с прогнозируемой 10-летней выживаемостью около 21% ($p < 0,001$). Большинство пациенток обеих групп предъявляли жалобы на кровянистые выделения из половых путей на фоне постменопаузы, второе место занимало бессимптомное течение заболевания, патология эндометрия выявлена по данным УЗИ органов малого таза в рамках профилактического осмотра, на третьем месте по частоте встречаемости были боли внизу живота ($p > 0,05$). Общая характеристика больных, включенных в исследование представлена в табл. 1.

Сравнительная характеристика лечения в двух возрастных группах

При сравнении объемов хирургического лечения в зависимости от возраста статистически достоверной разницы получено не было ($p > 0,05$). Характеристика объемов хирургического вмешательства представлена в таблице 2. У 14 /150 (9,33%) пациенток 1-й группы и 35/159 (22,01%) пациенток 2-й группы основной объем хирургического лечения был дополнен выполнением оментэктомии в связи с вовлечением большого сальника в спаечный процесс, его опухолевыми

изменениями либо наличием неэндометриоидного гистотипа опухоли ($p < 0,01$).

В послеоперационном периоде адъювантная терапия по показаниям проведена 92/150 (61,33%) больным 1-й группы и 111/159 (69,8%) пациенткам 2-й группы ($p > 0,05$). Послеоперационная лучевая терапия (ЛТ) назначена 89/92 (96,7%) больным в младшей возрастной группе и 106/111 (95,5%) пациенткам в группе 70 лет и старше, $p > 0,05$, табл. 3.

Сравнительная оценка морфологических характеристик опухоли и распространенности опухолевого процесса

Известно, что подавляющее большинство злокачественных эпителиальных опухолей тела матки имеет строение эндометриоидной аденокарциномы или ее вариантов, а 5-летняя выживаемость при данном гистологическом типе РЭ составляет 75-80 % [6]. В данном исследовании в обеих возрастных группах преобладала наиболее благоприятная гистологическая структура опухоли - эндометриоидная аденокарцинома. Тем не менее, анализ распределения данного гистологического варианта РЭ в зависимости от возраста показал, что среди пациенток старшего возраста эндометриоидные формы новообразований встречаются значительно реже - в 82,39% случаев (131/159) против 95,33% (143/150) в группе младше 70 лет, $p < 0,001$ (табл. 4).

Напротив, неэндометриоидные карциномы эндометрия, характеризующиеся агрессивным клиническим течением, при которых 5-летняя выживаемость больных не превышает 40% [6], при гистологическом исследовании чаще выявлялись среди пациенток старшего возраста и наблюдались у 17,61% больных (28/159), в то время как в младшей возрастной группе данный показатель составил 4,67% (7/150) ($p < 0,001$), при этом в старшей возрастной группе среди неэндометриоидных карцином превалировал серозный гистотип опухоли ($p < 0,05$).

Анализ распределения эндометриоидных и неэндометриоидных новообразований у больных РЭ в различных возрастных подгруппах показал, что с увеличением возраста частота неблагоприятных гистологических типов РЭ возрастает (табл. 5).

Также известно, что большое значение для прогноза заболевания имеет степень дифференцировки опухоли, которая является одним из факторов в системах оценки риска прогрессирования РЭ ранних стадий. Определение степени дифференцировки является обязательным

Таблица 1. Общая характеристика больных РЭ в двух возрастных группах

показатель	1-я группа (50-69 лет) n=150	2-я группа (≥ 70 лет) n=159	p
Средний возраст на момент включения в исследование (лет)	60,11 \pm 4,58	75,17 \pm 3,92	-
Среднее значение ИМТ	33,02 \pm 8,04	31,21 \pm 6,36	0,029
Ишемическая болезнь сердца	26 (17,33%)	111 (69,81%)	p < 0,001
Гипертоническая болезнь	125 (83,33%)	147 (92,45%)	p < 0,05
Нарушения сердечного ритма	7 (4,67%)	24 (15,09%)	p < 0,01
Заболевания мочевыделительной системы	21 (14%)	43 (21,04%)	p < 0,01
Варикозное расширение вен нижних конечностей	74 (49,33%)	102 (64,15%)	p < 0,05
Заболевания ЖКТ	57 (38%)	82 (51,57%)	p < 0,05
Инфаркт миокарда в анамнезе	0	12 (7,55%)	p < 0,01
Бронхиальная астма	8 (5,33%)	9 (5,66%)	p > 0,05
ХОБЛ	8 (5,33%)	11 (6,92%)	
Язвенная болезнь желудка и/или 12-ПК	8 (5,33%)	14 (8,81%)	
Нарушение толерантности к глюкозе	21 (14%)	13 (8,18%)	
СД 2 типа	35 (23,33%)	47 (29,56%)	
Заболевания щитовидной железы	21 (14%)	19 (11,95%)	
Неврологическая патология	2 (1,33%)	2 (1,26%)	
Заболевания опорно-двигательного аппарата	5 (3,33%)	14 (8,81%)	
Кровянистые выделения из половых путей на фоне стойкой постменопаузы	122 (81,33%)	134 (84,28%)	
Боли внизу живота	5 (3,33%)	4 (2,52%)	
Жалобы отсутствовали	23 (15,33%)	21 (13,21%)	

Таблица 2. Распределение больных РЭ в двух возрастных группах в зависимости от объема хирургического лечения

Объем хирургического лечения	1-я группа (50-69 лет) n=150	2-я группа (≥ 70 лет) n=159	p
Пангистерэктомия	39 (26%)	42 (26,41%)	> 0,05
Пангистерэктомия, тазовая лимфаденэктомия	99 (66%)	100 (62,89%)	
Пангистерэктомия, тазовая и парааортальная лимфаденэктомия	0	2 (1,26%)	
Пангистерэктомия, биопсия тазовых лимфатических узлов	5 (3,33%)	8 (5,03%)	
Операция Вертгейма	1 (0,67%)	3 (1,89%)	
Нервосберегающая пангистерэктомия, тазовая лимфаденэктомия	6 (4%)	3 (1,89%)	
Надвлагалищная ампутация матки с придатками	0	1 (0,63%)	< 0,01
Оментэктомия	14 (9,33%)	35 (22,01%)	

Таблица 3. Распределение больных РЭ в двух возрастных группах в зависимости от вида адьювантной лучевой терапии

Вид лучевой терапии	1-я группа (50-69 лет) n = 89	2-я группа (≥ 70 лет) n = 106	p
Внутриполостная ЛТ	68 (76,4%)	77 (72,64%)	0,05
Дистанционная ЛТ	2 (2,25%)	0	
Сочетанная ЛТ	19 (21,35%)	29 (27,36%)	

при всех вариантах эндометриоидной карциномы тела матки [3]. Неэндометриоидные формы заболевания, согласно рекомендациям ВОЗ [10], оцениваются как опухоли «high grade» в связи с их агрессивным клиническим течением.

Изучение распределения эндометриоидных опухолей по степени дифференцировки в двух возрастных группах показало, что среди пациенток младшего возраста преобладают высокодифференцированные формы опухоли, характеризующиеся более благоприятным прогнозом и наблюдаемые у 60,14% больных (86/143), в то время как среди пациенток старшего возраста данный показатель оказался в 1,5 раза ниже и составил 39,62% (52/131) (p < 0,001). Напротив, в группе пациенток 70 лет и старше большую часть составляют умеренно- и низкодифференцированные карциномы эндометрия. Полученные результаты представлены в табл. 6.

Анализ распределения эндометриоидных опухолей по степени дифференцировки показал, что с увеличением возраста отмечается уменьшение доли высокодифференцированных карцином и увеличение умеренно- и низкодифференцированных форм опухоли, p < 0,001 (рис. 1).

Учитывая, что большая часть исследования носила ретроспективный характер, а вопрос о целесообразности выполнения адьювантной лимфаденэктомии при РЭ по-прежнему продолжает обсуждаться [4,7], мы применяли классификацию FIGO у пациенток, которым лимфаден-

эктомия не выполнялась, но было достаточно других данных для использования данной классификации. Полученные результаты представлены в табл. 7.

РЭ в большинстве случаев выявляется на I-II стадии заболевания [7], и данное исследование подтвердило имеющуюся закономерность.

В обеих группах преобладали опухоли, соответствующие I стадии заболевания, которые достоверно чаще выявлялись среди пациенток 1-й группы – у 135/150 (90%) больных против 114/159 (71,7%) в группе 2-й (p < 0,001). При этом, IA стадия заболевания являлась ведущей среди пациенток младше 70 лет и составила 70% (105/150), в старшей возрастной группе данный показатель оказался значительно ниже – 48,43% (77/159) (p < 0,001).

В табл. 7 наглядно видно, что в старшей возрастной группе, по сравнению с больными младше 70 лет, прослеживается тенденция к снижению доли IA стадии и возрастанию удельного веса более поздних стадий.

Так, доля пациенток с установленной II стадией заболевания в 1-й группе составила 3,33% (5/150), в то время как в группе 2-й аналогичный показатель оказался выше и составил 10,69% (p < 0,05).

Такая же тенденция наблюдается и в отношении распространенных стадий РЭ – III и IV по классификации FIGO, которые в старшей возрастной группе встречаются в 17,81% случаев (28/159) против 6,67% (10/150) в группе младше 70 лет (p= 0,003).

Отдаленные результаты

Данные о результатах наблюдения за больными, включенными в исследование, получали из амбулаторных карт, телефонного опроса пациентов и их родственников. В ходе исследования получены сведения об отдаленных результатах

Таблица 4. Распределение основных морфологических вариантов РЭ в двух возрастных группах

Гистологический тип опухоли	1-я группа (50-69 лет) n=150	2-я группа (≥ 70 лет) n=159	p
Эндометриоидные аденокарциномы	143 (95,33%)	131 (82,39%)	< 0,001
Неэндометриоидные аденокарциномы	7 (4,67%)	28 (17,61%)	< 0,001
Серозная аденокарцинома	2 (1,33%)	15 (9,43%)	< 0,05
Светлоклеточная аденокарцинома	0	4 (2,52%)	> 0,05
Смешанная аденокарцинома	5 (3,33%)	8 (5,03%)	> 0,05
Недифференцированная аденокарцинома	0	1 (0,63%)	> 0,05

Таблица 5. Доля эндометриоидных и неэндометриоидных новообразований у больных РЭ в различных возрастных подгруппах

Гистологический тип опухоли	1-я группа I (50-69 лет) n=150 чел				2-я группа (≥ 70 лет) n=159			Всего	p
	50-54 года, n=17	55-59 лет, n= 62	60-64 года, n=41	65-69 лет, n=30	70-74 года, n=84	75-79 лет, n=51	≥ 80 лет, n=24		
Эндометриоидные опухоли	16 (5,84%)	59 (21,53%)	38 (13,87%)	30 (10,95%)	70 (25,55%)	44 (16,06%)	17 (6,2%)	274 (100%)	p < 0,01
Неэндометриоидные опухоли	1 (2,86%)	3 (8,57%)	3 (8,57%)	0	14 (40%)	7 (20%)	7 (20%)	35 (100%)	

Таблица 6. Распределение эндометриоидных опухолей по степени дифференцировки (G) в двух возрастных группах

Степень дифференцировки	1-я группа (50-69 лет) n=143	2-я группа (≥ 70 лет) n=131	p
G1	86 (60,14%)	52 (39,69%)	< 0,001
G2	43 (30,07%)	61 (46,57%)	0,005
G3	14 (9,79%)	18 (13,74%)	> 0,05

лечения 130 больных (86,67%) из 150, включенных в исследование в младшей возрастной группе, и 137 больных (86,17%) из 159 в группе 70 лет и старше. Среднее время наблюдения в 1-й группе составило $43,8 \pm 31,2$ мес., в группе 2-й - $35,7 \pm 30,3$ мес.

Прогрессирование РЭ зарегистрировано у 13/130 (10%) младшей возрастной группы и 32 (23,36%) больных старшего возраста ($p < 0,05$). Среднее время до прогрессирования в 1-й группе составило $15,5 \pm 13,5$ мес., во 2-й группе $14,7 \pm 16,6$ мес. ($p > 0,05$).

В данной работе выделяли следующие варианты прогрессирования РЭ, учитывая при этом локализацию опухоли только при первом эпизоде прогрессирования заболевания:

1. Местное (рецидив в культе влагалища, метастазы во влагалище, продолженный рост опухоли после нерадикальных операций, метастазы в параметрии).
2. Регионарное (метастазы в тазовых и поясничных лимфатических узлах).
3. Отдаленные метастазы.
4. Комбинированный вариант.

У 1/13 пациентки (7,69%) младшей возрастной группы и 7/32 больных (21,87%) старшего возраста локализация и дата возникновения первого эпизода рецидива были неизвестны, известно лишь то, что погибли они в результате прогрессирования основного заболевания.

Как видно из табл. 8, среди пациенток младшего возраста ведущим вариантом прогрессирования РЭ явились отдаленные метастазы: у 2 пациенток выявлены вторичные изменения в костях, у 2- в легких, у 1 больной – в надключичных лимфатических узлах, у 1 – метастатическое поражение поджелудочной железы.

Среди пациенток старшей возрастной группы основным вариантом прогрессирования явился местный, который зарегистрирован у 15/32 больных (46,88%), из них у 14 пациенток отмечались вторичные изменения в культе влагалища, у 1 – продолженный рост опухоли после нерадикальной операции.

Тем не менее, анализ распределения пациенток в двух группах в зависимости от варианта прогрессирования заболевания не выявил

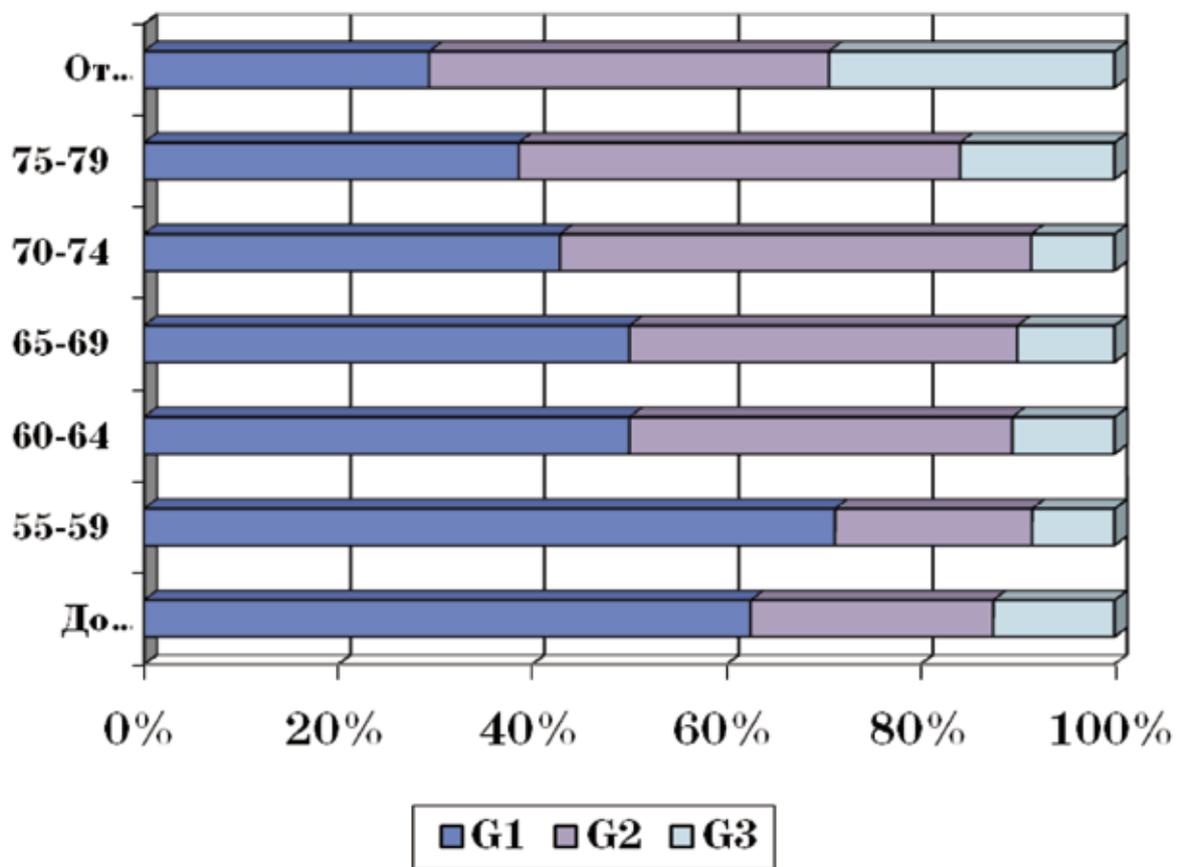


Рис. 1. Распределение эндометриодных опухолей по степени дифференцировки (G) в различных возрастных подгруппах

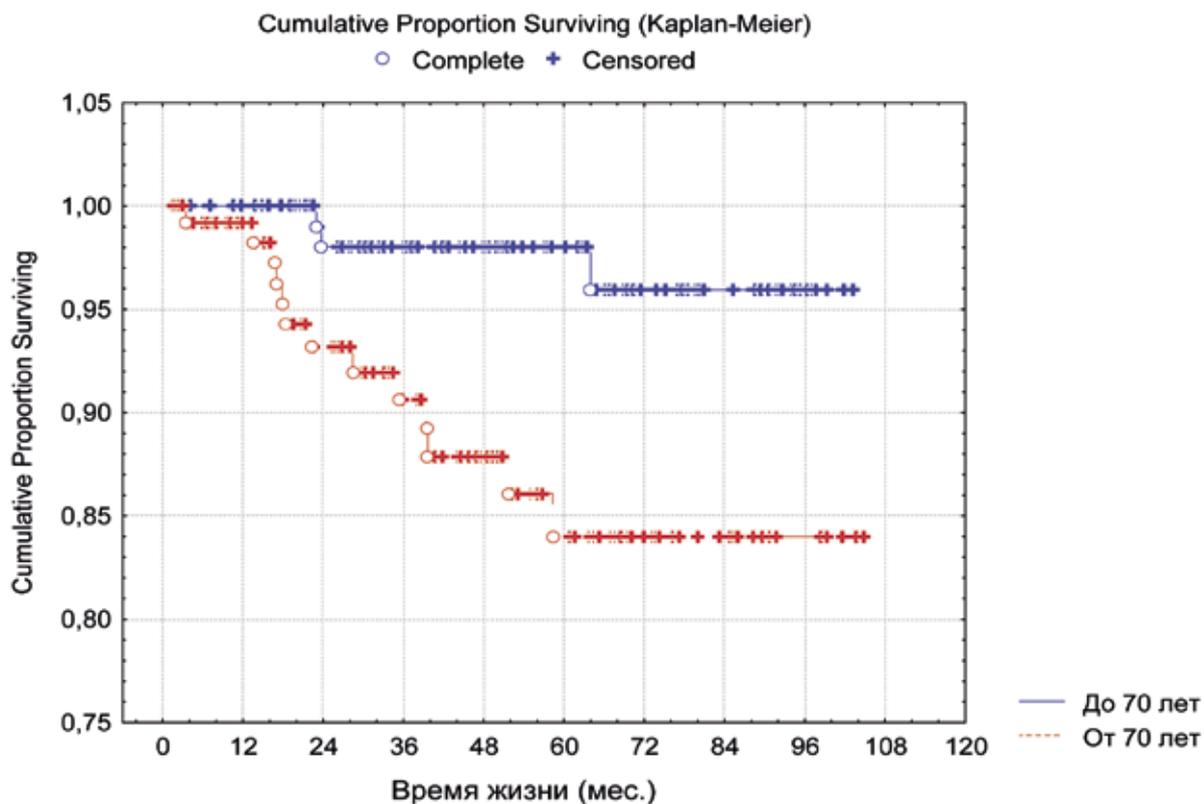


Рис. 2. Показатели общей выживаемости больных РЭ двух возрастных групп, рассчитанные по методу Kaplan-Meier

Таблица 7. Распределение больных РЭ по стадиям FIGO в двух возрастных группах

Стадия заболевания FIGO	группа 1 (50-69 лет) n=150		группа 2 (≥ 70 лет) n=159		р
I	135 (90%)	140 (93,33%)	114 (71,7)	131 (82,39%)	< 0,001
IA	105 (70%)		77 (48,43%)		< 0,001
IB	30 (20%)		37 (23,27%)		> 0,05
II	5 (3,33%)	10 (6,67%)	17 (10,69%)	28 (17,61%)	< 0,05
III	8 (5,34%)		18 (11,32%)		> 0,05
IIIA	1 (0,67%)		4 (2,51%)		> 0,05
IIIB	0		2 (1,26%)		> 0,05
IIIC1	7 (4,67%)		11 (6,92%)		> 0,05
IIIC2	0		1 (0,63%)		> 0,05
IVb	2 (1,33%)		10 (6,29%)		< 0,05

Таблица 8. Распределение больных РЭ в двух возрастных группах в зависимости от варианта прогрессирования заболевания

Варианты прогрессирования РЭ	1-я группа (50-69 лет) n = 13	2-я группа (≥ 70 лет) n = 32	р
Местный рецидив	3 (23,08%)	15 (46,88%)	> 0,05
Регионарный рецидив	1 (7,69%)	1 (3,12%)	
Отдаленные мтс	6 (46,15%)	6 (18,75%)	
Комбинированный вариант	2 (15,39%)	3 (9,38%)	
Неизвестно	1 (7,69%)	7 (21,87%)	

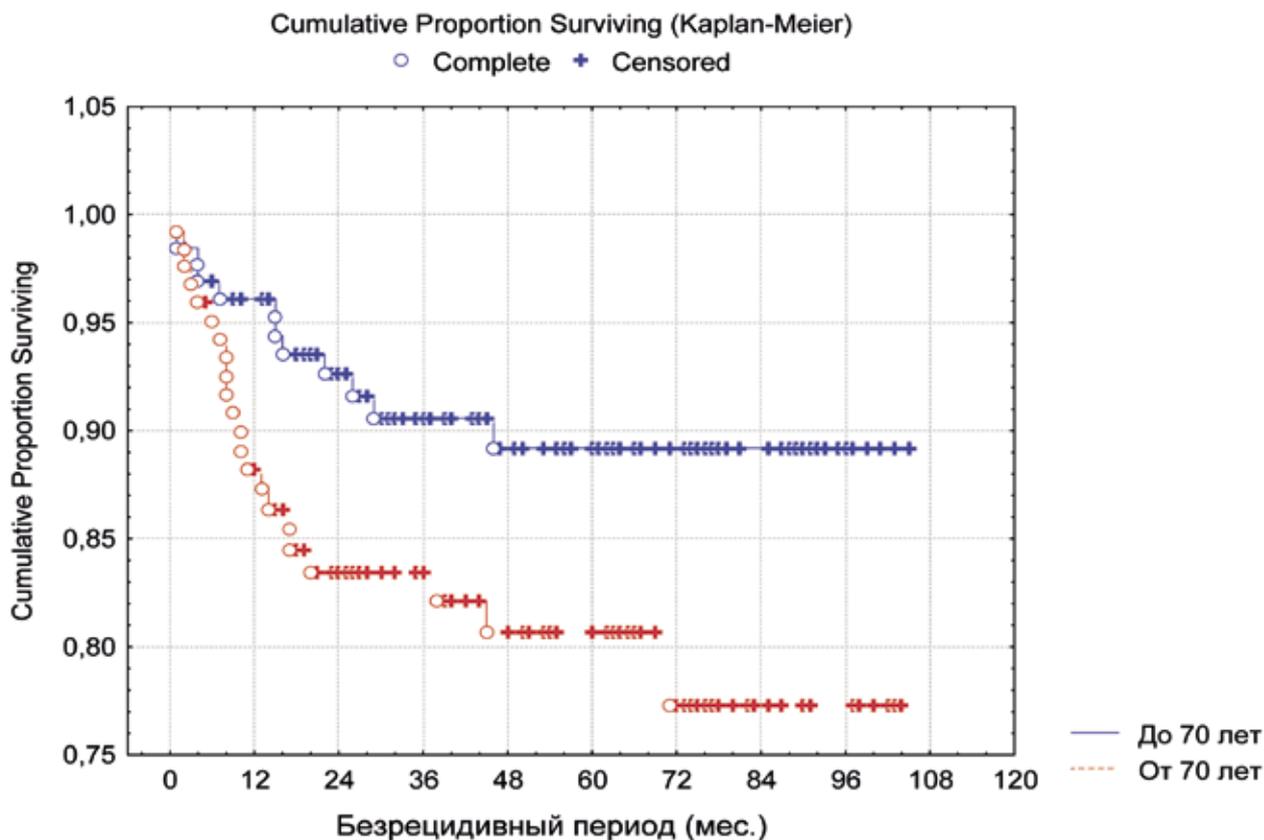


Рис. 3. Показатели безрецидивной выживаемости больных РЭ двух возрастных групп, рассчитанные по методу Kaplan-Meier

достоверных различий между группами ($p > 0,05$). При оценке общей и безрецидивной выживаемости медиана не достигнута ни в одной группе.

Рис. 2 наглядно демонстрирует очевидные различия в показателях общей выживаемости среди пациенток двух групп, так общая 5-летняя выживаемость в младшей возрастной группе составила 98%, в то время как среди пациенток старшего возраста данный показатель составил 84% ($p < 0,01$).

Аналогичная тенденция прослеживается и при анализе безрецидивной выживаемости (рис. 3). Пятилетняя безрецидивная выживаемость в группе пациенток младше 70 лет составила 89%, в старшей возрастной группе данный показатель оказался ниже – 81% ($p < 0,05$).

Выводы

В данном исследовании сравниваемые группы (больные РЭ в возрасте 50-69 лет и ≥ 70 лет) оказались сопоставимы как по объему хирургического лечения, так и по проведенной в послеоперационном периоде адъювантной терапии. Тем не менее, отдаленные результаты лечения в старшей возрастной группе оказались значительно хуже по сравнению с пациентками младшего возраста, что подтверждается показателями общей и безрецидивной выживаемости. РЭ у пожилых больных является более агрессивным с позиций гистологического типа опухоли, степени ее дифференцировки и стадии заболевания на момент постановки диагноза. При этом полноценной информации по переносимости современного лечения у нас нет, поскольку в клинические исследования пациентки данной возрастной группы включаются редко из-за риска возможных осложнений. Учитывая, что методики лечения за последние десятилетия претерпели определенные изменения, считаем необходимым создание стратифицированного по возрасту реестра злокачественных заболеваний, что позволит создать единые клинические рекомендации для данного контингента больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой - М.: МНИ-ОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2018. – 250 с.
2. Население России до 2030 г.: демографические и функциональные прогнозы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: demoscope.ru/weekly/knigi/ns_09/acrobat/glava6.pdf.

3. Опухоли тела и шейки матки. Морфологическая диагностика и генетика: руководство для врачей / Под ред. Ю.Ю. Андреевой, Г.А. Франка. – М.: Практическая медицина, 2015. – 304 с.
4. Рак эндометрия / По ред. И.В. Берлева, Л.М. Берштейна, А.Ф. Урманчевой. – СПб.: ЭКО-Вектор, 2017. – 263 с.
5. Турушева А.В., Фролова А.В., Дегриз Ж.М. Эволюция теории старческой астении // Вестник Северо-Западного Государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2017. – Т. 9. – № 3. – С. 117-124.
6. Ульрих Е.А., Халимбекова Д.И., Мацко Д.Е. и др. Мезонефرويدный (светлоклеточный) рак тела матки // Журнал Акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. 61. – № 5. – С. 85-91.
7. Colombo N., Creutzberg C., Amant F. et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer. Diagnosis, Treatment and Follow-up // International Journal of Gynecological Cancer. – 2016. – Vol. 26. – № 1. – P. 2-30.
8. Concise Report on the World Population Situation in 2014. New York: United Nations, 2014. - 30 p.
9. Hurria A., Levit L.A., Dale W. et al. Improving the Evidence Base for Treating Older Adults With Cancer: American Society of Clinical Oncology Statement // J. Clin. Oncol. – 2015. – Vol. 33. – № 32. – P. 3826-3833.
10. Tavassoli F.A., Devilee P. World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs. – IARC Press.: Lyon, 2003. – 432 p.

Поступила в редакцию 14.01.2019 г.

*Yu.E. Gavrish¹, A.S. Artemieva², Yu.N. Trifanov²,
A.O. Nuganen², A.A. Sidoruk^{1,2},
A.N. Baltrukova¹, E.A. Ulrikh^{1,2}, I.V. Berlev^{1,2},
A.F. Urmancheeva^{1,2}*

Endometrial cancer in patients older than 70 years: clinical and morphological characteristics and long-term results

¹North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Ministry of Health of Russia, Saint Petersburg

²N.N. Petrov Research Institute of Oncology, Ministry of Health of Russia, Saint Petersburg

On the basis of the Department of Oncogynecology together with the pathoanatomical department of the N.N. Petrov Research Institute of Oncology conducted a comparative assessment of age-related features of endometrial cancer. The study included 309 patients, which were divided into two groups: group 1 - from 50 to 69 years ($n = 150$), group 2 - 70 years and older ($n = 159$). The article presents a comparative assessment of treatment, morphological characteristics of the tumor and the prevalence of the tumor process in two age groups, as well as the long-term results of treatment.

Keywords: endometrial cancer, morphology, elderly and senile age