

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

AZƏRBAYCAN
TİBB JURNALI



AZERBAIJAN MEDICAL JOURNAL
АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Rüblük elmi-praktik jurnal 2019, №3

1925-ci ildən nəşr edilir

REDAKSIYA HEYƏTİ

Rafiq Məmməd həsənov (*baş redaktor*)

Fuad İslamzadə (*baş redaktor müavini*)

Cəmil Əliyev

Elmar Qasimov

Əhliman Əmiraslanov

Ədilə Namazova

Namiq Əliyev

BAKI

REDAKSİYA ŞURASI

Adil Baxşəliyev (Bakı)
Amaliya Əyyubova (Bakı)
Cəbrayıl Məmmədov (Bakı)
David Virsaladze (Tbilisi)
Əlihüseyn Hidayətov (Bakı)
Əlişir Musayev (Bakı)
Əzizağa Talışinski (Bakı)
İvan Dedov (Moskva)
Əli Babayev (Bakı)
Məmməd Nəsirov (Bakı)
Nəsib Quliyev (Bakı)
Niyazi Novruzov (Naxçıvan)
Paşa Musayev (Bakı)
Rəna Şirəliyeva (Bakı)
Sabir Əliyev (Bakı)
Kərəm Kərimov (Bakı)
Mansur Bünyatov (Bakı)
Şərif Mahalov (Bakı)
Vaqif Şadlinski (Bakı)
Yaqub Qurbanov (Bakı)

Azərbaycan Respublikası
Mətbuat və İnformasiya Nazirliyində
qeydə alınmışdır. Şəhadətnamə №354

Redaksiyanın ünvanı: Azərbaycan,
Bakı-AZ1122, H.Zərdabi küç., 96

ISSN 0005-2523

Tel.: (+99450) 371-66-04
(+99412) 409-28-67

E-mail: tibbjurnali@gmail.com

www.atj.az

www.amj.az

Azərbaycan Tibb Jurnalında
dərc olunan məqalələr haqqında
Elsevier EMBASE
(Excerpta Medica) və SCOPUS,
eLIBRARY.RU
bibliografik dərgilərində
məlumat verilir

Sumsov Q.A., Qiryavenko N.İ., Starkiv M.P., Timakova Ye.A., Sumsov D.Q.

UŞAQLIQ BORULARININ BİRİNCİLİ XƏRÇƏNGİ: XƏSTƏLƏNMƏ, DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏ PROBLEMLƏRİ

Sumi Dövlət Universiteti, Sumi, Ukrayna

Xülasə. Ukraynanın Sumi vilayətinin 1966-2016-cı illərdəki arxiv məlumatlarına əsasən birincili uşaqliq borusu xərçəngi (UBX) üzrə xəstələnmə, diaqnostika və müalicə nəticələrinin təhlili aparılmışdır. Tədqiqat aparılan müddət üçün UBX üzrə xəstələnmə qadın cinsiyyət orqanlarının bütün bədxassəli şişləri arasında 1,5%, uşaqliq artımlarının bədxassəli şişləri arasında isə 4,5% təşkil etmişdir.

Müəlliflər UBX-lı 76 qadını klinik-rentgenoloji-sitoloji müayinə edərək, güman edilən $82 \pm 4\%$ əvəzinə $58 \pm 6\%$ hallarda operasiyayaqədərki dövrdə düzgün diaqnoz qoymağa müvəffəq olmuşlar. Ultrasəs vasitəsilə müayinə edilən UBX-lı 9 xəstədən 6-da düzgün diaqnoz qoymaq üçün lazım gələn informasiya əldə edilmişdir. UBX-lı 95 xəstədən sitoloji müayinə üçün ifrazat götürülərkən, 5 müxtəlif üsuldən istifadə edilmişdir. 11%-dən 65%-ə qədər etibarlı nəticə əldə edilmişdir.

Xəstələrdən 27%-də xəstəliyin erkən mərhələlərində limfa vəzilərinə metastazlara rast gəlinmişdir, ilk dəfə diaqnoz oyulan dövrdə isə xəstələrin 45%-də artıq limfa düyünlərində metastazvermə olmuşdur. Müəlliflərin fikrincə, bu faktlar UBX-nin yüksək dərəcədə limfotrop şiş olduğuna dəlalət edir.

Açar sözlər: uşaqliq borusu xərçəngi, xəstələnmə tezliyi, diaqnostika

Ключевые слова: рак маточных труб, заболеваемость, диагностика

Key words: fallopian tubes cancer, incidence, diagnosis

Сумцов Г.А., Гирявенко Н.И., Старкив М.П., Тимакова Е.А., Сумцов Д.Г.

ПЕРВИЧНЫЙ РАК МАТОЧНЫХ ТРУБ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Сумский государственный университет, Сумы, Украина

Проведен анализ заболеваемости, клинических проявлений, особенностей метастазирования, результатов диагностики и лечения первичного рака маточных труб (РМТ) на материале Сумской области Украины за 1966-2016 гг. За вышеуказанный период в области заболеваемость РМТ составила 1,15% среди злокачественных опухолей женских половых органов и 4,5% – среди рака придатков матки.

Авторы обследовали клинко-рентгено-цитологически 76 больных РМТ и достигли $58 \pm 6\%$ (ДИ 46-69) правильных дооперационных диагнозов, а вместе с предположительными – $82 \pm 4\%$ (ДИ 71-90) ($p \leq 0,01$). Заслуживают внимания и результаты применения УЗД, когда из 9 обследованных больных РМТ у 6 были получены достаточно информативные заключения для правильного диагноза до операции. Кроме того, у 95 больных РМТ были применены 5 различных методик забора выделений для цитологического исследования. Достоверные заключения – от 11 до 65%.

Обследовав целенаправленно 90 больных РМТ, включая 7 аутопсий, авторы пришли к выводам о значительной лимфотропности опухоли, так как у 45% впервые выявленных больных уже имелись метастазы в лимфатические узлы, в том числе у 27% обследованных с начальными клиническими стадиями опухолей.

Прошло полторы сотни лет со времени первого достоверного описания рака маточных труб (РМТ) К. Ортманом (1866), но опухоль остается недостаточно изученной и считается редким, труднодиагностируе-

мым и с плохим прогнозом. В мировой литературе до сих пор преобладают описания отдельных наблюдений [1]. Данные сборных статистик конца XX и начала XXI века показывают, что РМТ составляет не ме-

нее 1,5-2% среди рака женских половых органов и 4-5% среди рака придатков матки. По данным эпидемиологических исследований финских авторов, с 1953 по 1997 год зарегистрирован рост заболеваемости РМТ в 4,5 раза (с 1,2 до 5,4 на 1 миллион женщин) [2]. Подобная тенденция отмечена и американскими авторами [3].

Проблемой-проблем остается диагностика этого заболевания. Даже в ведущих научно-исследовательских онкологических учреждениях мира правильные диагнозы до операции составляют не более 11-13%. До настоящего времени не менее, чем у 30-50% больных РМТ не распознается и во время операции, так как большинство из них оперируются в общелечебной сети без подозрения на малигнизацию [4, 5].

С конца 90-х годов XX века при тщательном морфологическом изучении маточных труб после профилактического удаления придатков матки у практически здоровых женщин с патологическими мутациями *BRCA-1* и *BRCA-2* (семейные раки) начали выявлять интраэпителиальные карциномы маточных труб, преимущественно в фимбриальном отделе. Подобные изменения были обнаружены и у женщин без патологических мутаций [1, 6-8]. Результаты проведенных в мире исследований довольно убедительно доказывают, что диспластические изменения и преинвазивный рак слизистой маточной трубы являются первопричиной серозного рака яичников и брюшины таза, а их удаление в пострепродуктивном возрасте, вероятно, позволит снизить заболеваемость более чем на 90% [6-8].

Целью работы стало изучение заболеваемости, современных возможностей диагностики и особенностей хирургического лечения РМТ.

Материал и методы исследования. По нашим данным в Сумской области с 1966 по 2016 год было выявлено 255 больных РМТ. Это составило 1,15% среди впервые зарегистрированных злокачественных опухолей женских половых органов и 4,5% – среди рака придатков матки. Возраст выявленных больных РМТ колебался от 34 до 78 лет. Средний возраст – 52,1±0,9 года. Все больные оперированы и диагнозы подтверждены гистологически. На базе Сумского областного клинического онкологического диспансера проводилось изучение заболеваемости

РМТ, клиники и возможностей диагностики, морфологических особенностей, особенностей распространения и метастазирования, возможностей его лечения. Кроме клинического и гистологического исследования был применен ряд дополнительных методов диагностики. Это различные методики забора материала для цитологического исследования, гистеросальпингография, биконтрастная рентгенопельвеография, прямая нижняя лимфография, а в последние годы – сонографическое сканирование, компьютерная томография, онкомаркеры и иммуногистохимические методы исследования [5,9].

Результаты исследования и их обсуждение. РМТ возникает преимущественно у женщин перименопаузального возраста с перенесенными воспалительными заболеваниями придатков матки, бесплодием трубного генеза и не является малосимптомным. Симптомы недостаточно специфичны и выражены, но они практически всегда есть. Клинически, у 78,4±4% больных РМТ проявлялся патологическими выделениями из половых путей, и у 73±5% – болями. Более специфичны выделения по типу перемежающейся водянки трубы (*hydrops tubae profluens*), когда пальпируемое образование придатков матки уменьшается или исчезает после обильного истечения выделений, но они отмечены не более, чем у 14% больных.

Около трети пациенток с болями характеризовали их как тупые внизу живота на стороне поражения, реже – приступообразные по типу «тубарной колики» и др. При перфорации пораженной трубы, перекручивании ее ножки или обострении воспалительного процесса могла развиваться картина «острого живота». Иногда при распространенном опухолевом процессе или развитии осложнений присоединялось повышение температуры, дизурия и другие симптомы. К сожалению, на момент обращения к врачам-гинекологам у 83±4% больных бимануально уже определялись анатомические изменения органов малого таза, что, как правило, свидетельствовало о выраженности опухолевого процесса.

Начиная с 70-х годов XX столетия, мы обследовали клинико-рентгено-цитологически 76 больных РМТ и нам удалось достичь 58±6% (ДИ 46-69) правильных дооперационных диагнозов, а вместе с предположительными – 82±4% (ДИ 71-90)

($p \leq 0,01$). Для примера приведем одно из наших последних наблюдений.

Больная Р. 45 лет самостоятельно обратилась в кабинет УЗД в связи с чувством дискомфорта внизу живота. Врач обнаружил гидросальпинкс слева с деформацией внутреннего контура ампулярного отдела по типу полипа размером 6х7 мм (рис.1).

Несмотря на отсутствие достаточно выраженного и характерного для рака сосудистого компонента, он заподозрил малигнизацию и направил больную на консультацию к онкогинекологу.

Онкогинекологом в анамнезе женщины установлено только воспаление придатков матки и первичное бесплодие трубного генеза. При влагалищном исследовании была обнаружена слабо выраженная лимфорея, на которую больная не обращала внимания, и незначительная болезненность в проекции левых придатков матки. Цитологическое исследование аспирата полости матки – AGUS (атипия железистого эпителия неясного генеза). Лабораторно существенных отклонений не установлено, кроме незначительной анемии и повышения СОЭ до 20 мм/час. Онкомаркеры Ca-125 и HE-4 в пределах норм. Учитывая, что диагноз оставался не ясным, было решено провести гистеросальпингографию. Это исследование подтвердило на-

личие в гидросальпинксе слева полициклического образования размером 7х8 мм с признаками более характерными для РМТ, а не полипа (рис.1Б).

Во время операции (пангистерэктомия, перитонэктомия малого таза, резекция сальника), кроме образования в ампулярном отделе левой маточной трубы размером 8х6х3 мм, выявлены поверхностные плоские опухолевые очаги по брюшине малого таза, метастазы в сальник и незначительное количество асцита (сонография проводилась за 2 недели до операции и выпота не было).

Гистологически образование ампулярного отдела маточной трубы имело сопочковую структуру, напоминающую ее типичную слизистую, но с митотически активными ядрами злокачественных клеток (рис.2А).

В удаленной брюшине определялся рост опухоли, состоящей из железистых структур, с одно- или многорядным цилиндрическим эпителием, клетки с атипией, полиморфными и гиперхромными ядрами, наличием ядрышек, высоким ядерно-цитоплазматическим соотношением. Местами опухолевые клетки формировали вторичные папиллоподобные структуры (рис.2Б). В ткани сальника выявлены периваскулярные метастазы серозной аденокарциномы (рис.2В).

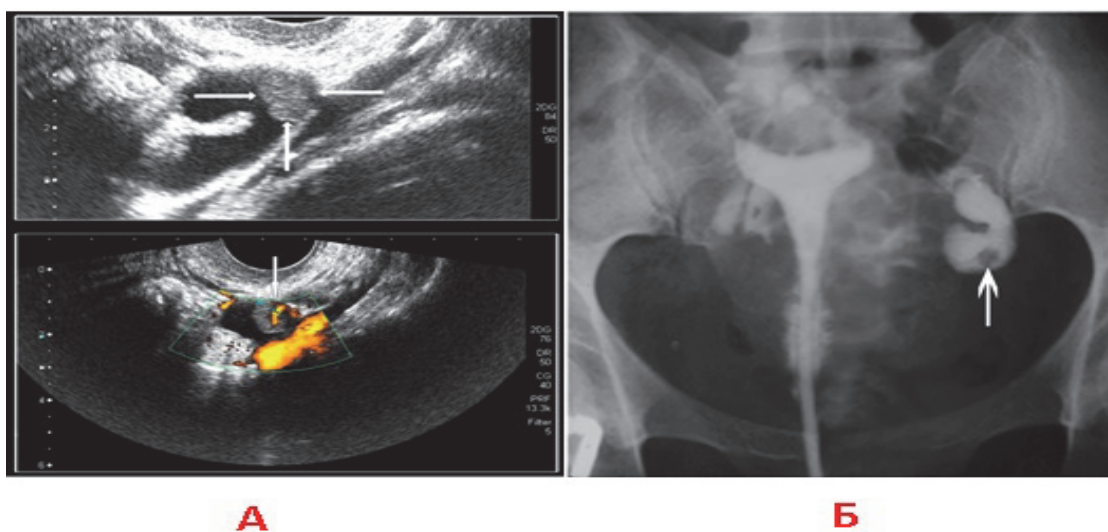


Рис.1. А – Верхняя сонограмма – участок внутренней поверхности ампулярного отдела типа полипа (указан стрелками). Нижняя сонограмма – энергетическое доплерометрическое исследование (кровоток умеренной интенсивности на том же участке); Б – В ампулярном отделе гидросальпинкса слева – полициклический пристеночный дефект наполнения 7х6 мм.

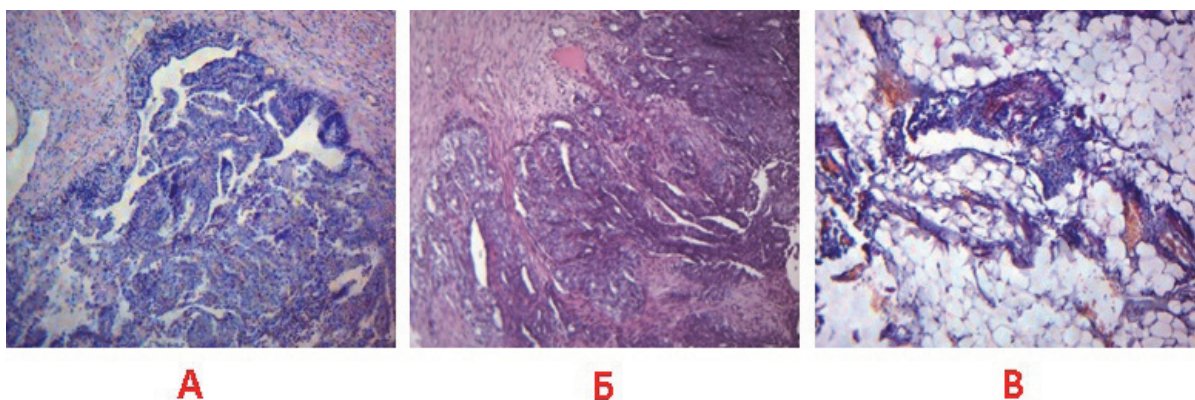


Рис.2. А – Карцинома «in situ» левой маточной трубы; Б – Серозная аденокарцинома брюшины; В – Метастазы серозной аденокарциномы брюшины в сальник. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. x100.

Учитывая результаты гистологического исследования, был установлен диагноз: карцинома «in situ» левой маточной трубы. Первичная серозная карцинома брюшины таза с метастазами в сальник.

Эта история болезни демонстрирует современные возможности дооперационной диагностики РМТ и, учитывая результаты исследований многих авторов [8-10], вероятную роль маточной трубы в возникновении серозных раков яичников и брюшины таза. В конкретном наблюдении, с незначительно выраженными клиническими проявлениями, при помощи УЗИ заподозрен, а затем и диагностирован опухолевый очаг размером 8х6х3 мм.

При анализе результатов УЗИ первой группы обследованных в 2000-2006 годах 15 больных РМТ только у двух была описана характерная для данной опухоли картина, но сонографически диагноз не интерпретирован. О подобных результатах УЗИ сообщают и другие авторы [10-12]. Но ситуация меняется к лучшему. Например, за последние 3 года из 12-ти выявленных больных РМТ у 9 до операции проведено УЗИ, из них у 6-ти были получены достаточно информативные данные для достоверного клинико-сонографического диагноза.

Эхографические признаки РМТ далеко не всегда специфичны и могут имитировать другие заболевания тазовых органов, такие как туберкулез, тубоовариальный абсцесс, опухоли яичников, внематочную беременность. Наиболее информативным при РМТ оказалось трехмерное энергетическое доплеровское сканирование [10-12].

По данным литературы и нашим наблюдениям, при РМТ сонографически представляется возможным выявить:

- солидно-кистозные, а чаще кистозные колбасовидной или овоидной формы образования с наличием участков утолщения стенки, уплотнений или папиллярных разрастаний по внутренней поверхности капсулы;
- неполные перегородки, многоячеистость с имитацией «зубчатого колеса» при исследовании маточной трубы в поперечном разрезе, наличие жидкости в полости матки;
- при энергетическом доплерометрическом сканировании участков уплотнения выявляются доплерометрические характеристики потоков, определяются скоростные показатели тока крови, характерные для ранних форм рака (кровоток умеренной или выраженной интенсивности с высокой скоростью и низкой резистентностью);
- при трехмерном трансвагинальном энергетическом сканировании выявляются артериовенозные шунты, микроаневризмы, опухолевые озера, слепые концы, дихотомические разветвления, а кроме того, представляется возможным определить и пределы местного распространения опухоли, лучше представить анатомические взаимоотношения [11]. Естественно, достоверный дооперационный диагноз РМТ может быть установлен

с учетом клинических проявлений и комплекса других методов обследования.

Цитологически имеется вероятность диагностики РМТ у 78,4±4% больных с патологическими выделениями. Однако, по данным литературы, достоверные заключения колеблются от 0 до 40% , так как не всегда удается получить достаточное количество и необходимого качества материал для исследования [13-15]. Нами обследовано 95 больных РМТ путем применения 5 различных методик забора выделений (влагалищные мазки, аспирированное содержимое полости матки, выделения, собранные при помощи колпачка «Кафка», после гистеросальпингографии). Различные методики дали достоверно положительные результаты до операции от 11 до 65%. Наименее информативным оказался забор выделений из влагалища и цервикального канала [5]. Поэтому следует сразу использовать несколько методов забора материала для исследования.

Публикации о диагностических возможностях при РМТ онкомаркеров, преимущественно Са-125, очень противоречивы. Однако много наблюдений, когда повышенные показатели Са-125 после радикальных операций нормализовались, а при активизации опухолевого процесса отмечался их рост. Это позволяет диагностировать рецидивы в среднем на 3 месяца раньше, чем клинико-лабораторными или лучевыми методами. Мы проанализировали результаты применения Са-125 на различных этапах диагностики и лечения у 30 больных РМТ и пришли к заключению, что он недостаточно информативен при начальных стадиях, но очень существен как ранний маркер активизации опухолевого процесса [4, 5].

Диагностические ошибки во время операции происходят в результате неадекватной ревизии и изучения макропрепарата. При должной онконастороженности, в любом медицинском учреждении и в любой ситуации можно избежать этого [4, 5]. Исследованиями последнего времени доказана значительная лимфотропность РМТ, что послужило основанием для ряда авторов пангистерэктомию с резекцией сальника

дополнять удалением тазовых и поясничных лимфатических узлов. Уже опубликованы обнадеживающие результаты таких операций, когда пятилетняя выживаемость пролеченных больных достигала 80% [16-18].

Нами у 90 больных РМТ изучены особенности метастазирования путем прямой нижней лимфографии, ревизии, пункции или удаления лимфатических узлов во время операций, а также проанализированы результаты 7 аутопсий, умерших не только от прогрессирования основного заболевания, но и других причин. Как и многие авторы, мы пришли к выводам о значительной лимфотропности опухоли. Оказалось, что у 45% впервые выявленных больных уже имелись метастазы в лимфатические узлы [4, 17, 18]. В ходе этих исследований у 15 больных РМТ с выявленными или заподозренными метастазами в лимфатические узлы были произведены расширенные пангистерэктомии с резекцией сальника и удалением тазовых, а у 4 из них – и поясничных лимфоузлов. Из них свыше 5 лет жили без рецидивов и метастазов 9 (60±13%; ДИ 32-84) женщин, а из группы больных первыми двумя стадиями РМТ – 7 (88±12%; ДИ 47-100). Следует подчеркнуть, что из 11 больных с I и II клиническими стадиями РМТ после гистологического исследования удаленных лимфатических узлов 3 (27±14%; ДИ 7-65) были переведены в стадию ПС. Фактически, почти у трети больных, даже с незначительно выраженным первичным очагом опухоли, уже имелось поражение лимфатических узлов, что аргументирует необходимость проведения расширенных операций [16-18]. Практически в различные годы все оперированные нами больные РМТ получали адьювантную химио- и(или) лучевую терапию, но изложить такой объемный и важный раздел лечения РМТ в одной статье не представляется возможным.

Заключение. При должной онконастороженности в настоящее время имеются практические возможности значительного улучшения диагностики и результатов лечения больных РМТ.

Считаем целесообразным:

– во время сонографического исследо-

- вания, при выявлении образования придатков матки, обязательно переходить на трансвагинальное энергетическое доплерометрическое сканирование с детальным изучением капсулы и структуры образования, особенностей его кровоснабжения;
- при наличии патологических выделений из половых путей следует одновременно использовать несколько методик забора материала для цитологического исследования;
 - больных с подозрением на РМТ необходимо оперировать только в высококвалифицированных онкогинекологических стационарах;
 - в случае операционной находки РМТ и невозможности пригласить на операцию онкогинеколога, больная после операции подлежит переводу в онкогинекологический стационар;
 - у женщин пострепродуктивного возраста, из групп риска возникновения рака яичников, перед гинекологическими операциями следует проводить разъяснение о целесообразности удаления маточных труб.

Литература

1. Андреев А.И., Иванова Н.В., Азиев О.В., Щербакова Л.Н. и др. Клиническое наблюдение спорадической серозной трубной интраэпителиальной карциномы при хирургическом лечении пациентки с миомой матки // *Акушерство и гинекология*, 2016, №7, с.119-124.
2. Riska A., Leminen A., Pukkala E. Sociodemographic determinants of incidence of primary fallopian tube carcinoma, Finland 1953-97 *Int. J. Cancer.*, 2003, №104, pp. 643-645.
3. Trabert Britton, Coburn Sally B, Mariani Andrea, Yang Hannah P et al. Reported Incidence and Survival of Fallopian Tube Carcinomas: A Population-Based Analysis From the North American Association of Central Cancer Registries // *J. Natl. Cancer Inst.*, 2018, vol. 110, №7, pp. 750-757.
4. Pectasides D., Pectasides E., Economopoulos T. Primary fallopian tube carcinoma: areview // *The Oncologist*, 2006, vol. 11, № 8, pp. 902-912.
5. Сумцов Г.А., Сумцов Д.Г. Первичный рак маточных труб: монография. Сумы: Сумский государственный университет, 2015. – 229 с.
6. Tone Alisia A., Salvador Shannon, Finlayson Sarah J. et al. The role of the fallopian tube in ovarian cancer // *Clin. Advances. Hematol. Oncol.*, 2012, vol. 10, №5, pp. 296-306.
7. Salvador S., Gilks B., Köbel M. et al. The fallopian tube: primary site of most pelvic high-grade serous carcinomas // *Int. J. Gynecol. Cancer*, 2009, vol. 19, № 1, pp. 58-64.
8. George Sophia H. L., Garcia Ruslan, Slomovitz Brian M. Ovarian cancer: the fallopian tube as the site of origin and opportunities for prevention // *Front Oncol.*, 2016, № 6, p. 108.
9. Romaniuk A., Gyryavenko N., Lyndin M. et al. Primary cancer of the fallopian tubes: histological and immunohistochemical features // *Folia Med. Craioviensia*, 2016, vol. 56, №4, pp. 71-80.
10. Буланов М.Н., Павлова Н.С., Горкина О.Е., Воронова М.Н. Ультразвуковая диагностика рака маточной трубы // *Ультразвуковая и функциональная диагностика*, 2014, № 2, с. 42-56.
11. Kurjak A., Kupesic S., Jacobs I. Preoperative diagnosis of the primary fallopian tube carcinoma by three-dimensional static and power dopplersonography // *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 2000, vol.15, №3, pp. 246-251.
12. Ludovisi M., DeBlasis I., Virgilioetal B. Imagin of Gynecological disease (9): clinical and ultrasound characteristics of tubal cancer // *Ultrasound. Obstet. Gynecol.*, 2014, vol. 43, № 3, pp. 328-335.
13. Otsuka I., Kameda S., Hoshi K. Early detection of ovarian and fallopian tube cancer by examination of cytological samples from the endometrial cavity // *British Journal of Cancer*, 2013, №109, pp. 603-609.
14. Maeda D., Takazawa Y., Ota S., Takeuchi Y. Bilateral microscopic adenocarcinoma of the fallopian tubes detected by an endometrial cytologic smear // *Int. J. Gynecol. Pathol.*, 2010, vol.29, №3, pp.273-277.
15. Honda T., Hiraku Y., Aoki R., Niwaet K. et al. Primary fallopian tube adenocarcinoma discovered with the vaginal cytology: a case report with pathological and immunohistochemical investigation // *Open Journal of Pathology*, 2018, №8, pp. 85-93.
16. Сумцов Д.Г., Сумцов Г.А., Гириявенко Н.И. Проблемы хирургического этапа лечения больных первичным раком маточных труб // *J. Clin. Exp. Med. Res.*, 2015, vol. 3, №3, pp. 486-490.
17. Klein M., Rosen A.C., Lahousen M., Graf A.H. Lymphadenectomy in primary carcinoma of the fallopian tube // *Cancer Letters*, 2000, vol. 147, №1-2, pp.63-66.
18. Koo Y.J., Kwon Y.S., Lim K.T., Leeetal K.H. Para-aortic lymphadenectomy for primary fallopian tube cancer // *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 2011, vol. 112, №1, pp.18-20.

Sumtsov G.A., Hyriavenko N.I., Starkiv M.P., Timakova E.A., Sumtsov D.G.

**PRIMARY FALLOPIAN TUBES CANCER:
INCIDENCE, PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT**

Sumy State University, Sumy, Ukraine

Summary. The analysis of the incidence, clinical manifestations, characteristics of metastasis, the results of diagnosis and treatment of primary cancer of the fallopian tubes (CFT) was carried out on the material of the Sumy region of Ukraine for 1966-2016. For the above mentioned period in the region the incidence of CFT was 1.15% among malignant tumors of the female genital organs and 4.5% among cancer of the uterine appendages.

The authors examined clinically-X-ray -cytological 76 patients with CFT and reached $58 \pm 6\%$ (CI 46-69) of the correct preoperative diagnoses, and together with the suppositories - $82 \pm 4\%$ (CI 71-90) ($P \leq 0.01$). The results of using ultrasound diagnostics are especially noteworthy when out of 9 examined patients with CFT 6 received sufficiently informative conclusions for a correct diagnosis before the operation. In addition, in 95 patients with CFT, 5 different methods of sampling were used for cytological examination. Reliable conclusions from 11 to 65%.

Examining purposefully 90 patients with CFT, including 7 autopsies, the authors came to the conclusions that the tumor was significantly lymphotropic, since 45% of newly diagnosed patients already had metastases in lymph nodes, including 27% of those examined with the initial clinical stages of the tumors.

Müəlliflə əlaqə üçün:

Сумцов Дмитрий Георгиевич – кандидат медицинских наук, врач онкогинеколог высшей категории, заведующий онкогинекологическим отделением Сумского областного клинического онкологического диспансера (в мединституте совместитель).

Сумцов Георгий Алексеевич – кандидат медицинских наук, врач онкогинеколог и акушер гинеколог, доцент Медицинского института Сумского государственного университета.

Гирявенко Наталия Ивановна – кандидат медицинских наук, врач-патологоанатом, ассистент кафедры патологической анатомии Медицинского института Сумского государственного университета.

Старкив Мирослав Петрович – врач отделения УЗИ Сумского областного клинического онкологического диспансера.

Тимакова Елена Александровна – врач-цитолог Сумского областного клинического онкологического диспансера, аспирант кафедры морфологии Медицинского института Сумского государственного университета.

E-mail: n.gyryavenko@med.sumdu.edu.ua

Rəyçi: t.e.d., prof. S.İsrafilbəyli