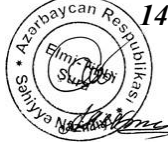


“Təsdiq edirəm”
Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin
Elmi-Tibbi Şuranın sədri t.e.d., prof. O.S.Seyidbəyov
Elmi-Tibbi Şuranın elmi katibi A.V. Məmmədova
14 fevral 2020-ci il, protokol №7



XRONİKİ RADİASİON PROKTİTİN DİAQNOSTİKASI VƏ MÜALİCƏSİ

Metodik tövsiyələr

Bakı – 2020

Metodik tövsiyələr akademik C.Ə.Əliyevin, professor İ.H.İsayevin və həkim N.R.Əliyevanın iştirakı ilə tərtib olunub.

Rəyçi: Ə.X.Kərimov

*tibb elmləri doktoru, professor, əməkdar elm xadimi
Ə.Əliyev ad. AzDHTİ-nun onkologiya kafedrasının professoru*

Metodik tövsiyələr xroniki radiasion proktiti olan 123 xəstənin diaqnostikası və müalicəsinin nəticələri haqqında məlumatın təhlili əsasında tərtib edilib. Bütün xəstələr 2015-2016-cı illər ərzində Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzində uşaqlıq boynu xərçənginə görə kimyaradioterapiyaya məruz qalmışlar. Həmin xəstələrdə kimyaradioterapiya başa çatdıqdan sonra müxtəlif müddətlərdə xroniki radiasion proktit inkişaf etmişdir.

Metodik tövsiyələr həkim-onkoloqlar və radioloqlar üçün nəzərdə tutulur.

Bakı, «NURLAR» Nəşriyyat-Poliqrafiya Mərkəzi, 2020, 44 səh

GİRİŞ

Xroniki radiasion proktit (XRP) – kiçik çanaq orqanlarının bəd-xassəli şişlərinin, xüsusilə də uşaqlıq boynu xərçənginin (UBX) kim-yaradioterapiyasının ən ciddi ağırlaşmalarından biridir.

UBX-nın şüa terapiyası zamanı şüalanma zonasına kiçik çanaqda yerləşən müxtəlif anatomik törəmələr, o cümlədən düz bağırsağ düşür.

Şüalanan kiçik çanaq orqanlarından birinin (prostat vəzi, uşaqlıq boynu və ya düz bağırsağ) anatomik yaxın yerləşməsi ilə əlaqədar, kiçik çanağın bütün strukturları şüa yükünə məruz qalır. UBX ilə xəstələrə aparılan şüa müalicəsinin ən xarakter ağırlaşması XRP-dir. XRP düz bağırsaqdan müxtəlif xarakterli ifrazat, diareya, rektal qanaxma, tenezm, ağrı sindromu, fistulların, çapıq stenozların əmələ gəlməsi və s. ilə müşayiət olunur.

UBX olan xəstələrin müalicəsində şüa terapiyasının istifadə sferası genişləndikcə, onun ağırlaşmalarının, ilk növbədə XRP-nin sayı da artır. Bu həmin patologiyanı XBT-10-na daxil etməyə əsas verdi: Radiasion proktit (K62.7).

Kompleks müalicə XRP-dən əziyyət çəkən xəstələrin vəziyyətinin əhəmiyyətli yüngülləşməsinə, bəzi hallarda isə tam sağalmaya səbəb olmaqla onların həyat keyfiyyətinin yaxşılaşmasına və sosial aktivliyinin yüksəlməsinə imkan verir. Eyni zamanda qeyd etmək lazımdır ki, XRP-nin müalicəsi, həlli differensial yanaşmanı tələb edən mürəkkəb məsələdir.

Bu gün XRP-nin konservativ terapiya metodlarının nəticələri qənaətbəxş deyil, patoloji prosesin tez-tez rast gələn residivləri ilə müşayiət olunur, bu səbəbdən də nə pasiyentləri, nə də həkimləri razı salır. Bir qayda olaraq, həmin proseslər geri dönən xarakterə malik deyil, lakin intensiv müalicə tədbirlərinin fonunda kompensator mexanizmlərin inkişafı ehtimalı vardır. Həmin problemə həsr olunan tədqiqatlar az saydadır və onlarda bir qayda olaraq təsviri xarakter mövcuddur. Bundan əlavə, nəzərə almaq lazımdır ki, XRP – hər hansı bir konkret tibbi ixtisasın kompetensiyasında olan problem deyil və həmin pasiyentlər kateqoriyasına çox vaxt qeyri-ixtisaslaşdırılmış müəssisələrdə yardım edilir.

Digər tərəfdən, son vaxtlar tibbi texnologiyaların inkişafı fonunda kiçik çanaq orqanlarının bədxassəli şişlərinə görə effektiv kimyaterapiya almış pasiyentlərin sayı əhəmiyyətli dərəcədə artır. Nəticədə gecikdirilmiş şüa ağırlaşmalarının, xüsusilə də XRP-nin sayı mütənasib olaraq çoxalır.

Bütün bunları nəzərə alaraq hazırkı metodiki tövsiyələr tərtib edilmişdir. Metodiki tövsiyələr xroniki radiasion proktiti olan 123 xəstənin diaqnostikası və müalicəsinin nəticələri haqqında məlumatın təhlili əsasında tərtib edilib. Xəstələrin hamısı 2015-2016-cı illər ərzində Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzində UBX-yə görə kimyaterapiyaya məruz qalmışlar.

XRONİKİ RADİASİON PROKTİTİN PATOGENEZİ

XRP – düz bağırsağ və anal kanalın toxumalarının iltihabi xarakterli, struktur və funksional dəyişiklikləridir. Həmin dəyişikliklər ionlaşdırıcı şüalanmanın təsiri altında əmələ gəlir. Kliniki təcrübədə XRP – pasiyentin həyat keyfiyyətini əhəmiyyətli dərəcədə aşağı salan, kiçik çanaq orqanlarının kimyaterapiyasının ən çox rast gəlinən ağırlaşmalarından biridir.

Müxtəlif müəlliflərin məlumatlarına görə, XRP-nin rastgəlmə tezliyi olduqca variabeldir. Əksər tədqiqatçılar hesab edir ki, kimyaterapiya aparılan UBX ilə xəstələrdə XRP şüadan sonrakı patologiyanın əsasını təşkil edir və orta hesabla 15-20% pasiyətdə aşkar olunur. Digər nəticələrə əsasən, XRP-nin əmələ gəlməsinin rastgəlmə tezliyi 30%-ə çata bilər. XRP-nin rastgəlmə tezliyinin təqdim olunan göstəricilərinin belə qeyri-bərabər olması, ilk növbədə, şüadan sonrakı ağırlaşmaların qiymətləndirilməsinin kliniki təsnifatının, xüsusilə də RTOG-LENT-SOMA-nın kifayət qədər obyektiv olmadığı ilə şərtlənir. Nəticədə kliniki simptomları olmayan və ya çox da nəzərə çarpmayan kliniki şəkli olan XRP-nin bir hissəsini düz bağırsağın şüa zədələnməsi ilə əlaqələndirmirlər.

İonlaşdırıcı şüalanmanın təsiri altında bağırsağ zədələnmələrinin inkişaf mexanizmi şüalanmanın nazik və yoğun bağırsağın selikli

qişasının epitelinə bir başa təsiri ilə bağlıdır. Sonuncu, öz növbəsində, şüa təsirinə çox həssasdır. Yalnız qan və limfa hüceyrələri radioaktiv şüalanmaya qarşı olan həssaslığına görə bağırsaq epitelisindən üstündür. İonlaşdırıcı şüalanmanın sitotoksiki təsiri selikli qişanın epitelial hüceyrələrinin deskvamasiyası və keçici atrofiyasına gətirib çıxarır. Şüalanmanın bilavasitə təsiri nəticəsində selikli qişanın və selikaltı qatın qeyri-spesifik iltihabi formalaşır (ödem, hiperemiya, nəzərə çarpan neytrofil infiltrasiyası və hemorragiyalar). Böyük həcmli şüalanma zamanı selikli qişanın əzələ lövhəsi də cəlb olunur. Enterositlərin və kolonositlərin güclü məhvi gedir. Şüalanma kriptalarda hüceyrələrin proliferasiyasını ləngidir, nəticədə xovlar qısalır. Divaryanı həzm, qida inqrediyentlərinin və suyun sorulma prosesləri, eləcə də bağırsağın motor funksiyası pozulur.

Radiasion proktitin patogenezi düz bağırsağın selikli qişa və selikaltı qatında sitokin sistemin şüalanan toxuma hüceyrələrinin kütləvi dağılması nəticəsində aktivləşməsi ilə şərtlənir. Nəticədə damar divarlarının iltihabi dəyişikliklərinə gətirən (obliterasiyaedici endarterit) reaksiyalar kaskadı işə düşür. Düz bağırsağın selikli qişa və selikaltı qatının progressivləşən atrofiyası (çox vaxt nekrotik dəyişikliklərlə) və selikaltı qatın fibrozu ilə birgə kritik işemiyası əmələ gəlir. Uzunmüddətli işemiyanın son nəticəsi – düz bağırsaq strikturlarının, rekto-vaginal, rekto-vezikal fistulların formalaşması və eləcə də yeni əmələ gələn damar birləşmələri olan teleangioektaziyalardan olan qanaxmalardır.

Kəskin zədələnmələr kataral, eroziv-deskvamativ, infiltrativ-xorali və nekrotik zədələnmə xarakterində ola bilər. Nekrotik toxumalara bakteriyaların daxil olması və qan təchizatının pisləşməsi bağırsağ divarının zədələnməsini bir qədər də artırır. Radiasion proktosiqmoiditlər xüsusilə ağır gedişatlıdır. Təkrar radiasiya dozalarının təsiri şüalanmanın müddətindən və kript epitelinin hüceyrə yenilənməsinin mərhələsindən asılıdır. Müəyyən edilmişdir ki, epitelial hüceyrələr xüsusilə G1- postmitotik fazada radiohəssas olmaqla, sonrakı S-sintetik fazada – rezistentdirlər. Fraksiyalı şüalanma zamanı bağırsağın selikli qişa epitelinin regenerasiya proseslərinin bərpası üçün şüalanmalar arasındakı intervalların davamiyyəti böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Radiasion doza yüksək olmayan halda epitelial hüceyrələrin proliferasiyası olduqca tez bərpa olunur və şüalanmadan 2-4 həftə sonra selikli qişanın normal strukturunun tədricən bərpası başlayır.

Bağırsağın gecikmiş (xroniki) radiasion zədələnmələrinin təzahürləri şüalanmanın cəmi mənbə dozasından və radioterapiya başa çatandan sonrakı müddətdən asılıdır. Bağırsağın radiasion zədələnmələrinin rastgəlmə tezliyi 45 Qr dozalı şüalanmada təxminən 5% təşkil edir və şüalanma dozası 65 Qr-ya qədər qalxanda 50%-ə qədər yüksəlir. Şüalanmadan öncə kimyaterapiya və cərrahi əməliyyat aparılıbsa, bağırsağın radiasion zədələnməsinin əmələ gəlmə riski 3-5 dəfə yüksəlir. Şüa təsiri qurtarandan bir neçə ay (4-12 ay) və il sonra bağırsağın xroniki radiasion zədələnmələri əmələ gəlir. Belə ki, selikaltı qatda arteriolarların endotelial hüceyrələri şişə, bazal membrandan ayrılı və nəhayət nekroza məruz qala bilər. Bəzi tədqiqatçıların fikrincə, insan damarlarının şüa zədələnməsinin vacib diaqnostik əlaməti sayılan böyük köpüklü hüceyrələr intimada aşkar edilir. Arteriolların endoteli proliferasiya ilə reaksiya verərək bağırsağın xırda damarlarının progressivləşən obliterasiyaedici endarteriitinə (gialinoz, mikrodamarların trombozu), nazik və yoğun bağırsağın selikaltı qatının və əzələ lövhəsinin fibrozlaşması ilə bircə xroniki işemiyasına və trofik pozulmalarına gətirir. Şüa vaskulitlərinə görə əmələ gələn mikrosirkulyasiya çatışmazlığı təhlükəlidir və çox vaxt S-vari və düz bağırsaqda yaranır. Mikrosirkulyasiyanın pozulması nəticəsində bağırsağ divarının penetrəedici xoraları və nekrozu əmələ gəlir. Onlar qanaxma və perforasiya, abses və fistullar ilə ağırlaşma bilər. Eləcə də fibroblastların aktivləşməsi qeyd edilir, birləşdirici toxuma gialinoza məruz qalır. Sonuncunun inkişafında sayə əzələ hüceyrələri də iştirak edir. Divarda çapıq toxumasının inkişafı çapıq stenozlara səbəb olur. Selikli qişanın atrofiyasının nəticəsində sorulma prosesləri pozulur, ishal və malabsorbsiya sindromunun əlamətləri əmələ gəlir.

BAĞIRSAĞIN ŞÜA ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN PATOMORFOLOGİYASI

XRP patomorfoloji olaraq iltihabın həm spesifik, həm də qeyri-spesifik təzahürləri ilə xarakterizə edilir. Qeyri-spesifik dəyişikliklər dedikdə, selikli qişanın xüsusi lövhəsinin ödemini və iltihabi infiltrasiyasını (çoxsaylı eozinofillərlə birgə) nəzərdə tuturlar. Mitozların və qədəhəbənzer hüceyrələrin miqdarı azalır, kriptların deformasiyası baş verir, səthi epitelinin deskvamasiyası inkişaf edir. Spesifik təzahürlərə aiddir: selikli qişanın xüsusi lövhəsində və selikaltı əsasda gialinoz sahələri, kapilyarların divarlarının gialinoz ilə müşayiət olunan genişlənməsi, selikaltı əsasda xırda arteriyalar və arteriollarda fibroblastların toplanması ilə obliterasiyaedici endarterit, selikli və selikaltı qişanın sklerozlu sahələri.

Selikli qişanın patoloji dəyişiklikləri zədələnmənin kəskin fazasında qeyri-spesifik iltihabı xatırladır və ödem, hiperemiya, damar şəklinin itməsi və qanaxmaya meyilliliklə təzahür edir. Düz bağırsağın selikli qişasının zədələnməsi diffuz xarakterli və ya ocaqlı ola bilər. Çox vaxt prosesə selikli qişanın əzələ lövhəsi cəlb olunur, bu da ödem və iltihabi-hüceyrəli infiltrasiya ilə təzahür edir. Eləcə də selikaltı qatın birləşdirici liflərinin ödemi və şişməsi hesabına əhəmiyyətli dərəcədə qalınlaşması qeyd edilir. Kəskin dövrdə mikroskopik şəkil iltihab əlamətləri olmadan epitelin atipiyası, vakuollarla və eozinofil sitoplazma ilə zəngin gıqant hüceyrələrin əmələ gəlməsi və emperiopolez ilə xarakterizə olunur.

Radiasion-induksiya edilmiş fibroz gecikmiş (xroniki) şüa zədələnmələrinin tipik təzahürüdür. Onun ağırlıq dərəcəsi cəmi udulmuş doza vahidinə, fraksiyanıma rejiminə və müalicədən sonra keçən müddətə düz mütənəsbidir. Radiasion-induksiya edilmiş fibrozlu toxumaların mikroskopik müayinəsi göstərir ki, onun inkişafı düz bağırsağın selikaltı qatında özünə məxsus fibroz “karkas”ın formalaşması ilə müşayiət edilir. Bu zaman o xırda qandaşıyıcı damarların divarına fiksasiya olunur, sonra isə teleangioektaziyalar və eroziyalar əmələ gəlir.

Düz bağırsağın radiasion zədələnməsinin gecikmiş və ya ikincili ağırlaşmalarına strikturlar və xoralar aiddir. Onlar xırda qan daşıyıcı

damarların zədələnməsi nəticəsində əmələ gəlir. İkincili ektaziya və kapilyarların itkisi ilə müşayiət olunan seqmentar skleroz xırda arteriyalarda və selikaltı qatın arteriolarında daha dəqiq nəzərə çarpır. Selikaltı qatın arteriolarının endotelial hüceyrələri şişərək bazal membrandan ayrılı və sonda nekrozlaşa bilər.

Ümumilikdə, XRP zamanı mikroskopik şəkil stromanın fibrozu və subepitelial kollagenin qalınlaşması olan işemik koliti xatırladır.

BAĞIRSAĞIN ŞÜA ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN TƏSNİFATI

Radiasion proktitin ilk təsnifatı 1937-ci ildə N.Y.Bacon tərəfindən təqdim edilmişdir. Rektoskopiyanın nəticələrinə əsaslanaraq, müəllif üç mərhələ ayırd edirdi: hiperemiya, xoralaşma və striktura. 1954-cü ildə L.E.Sherman radiasion proktitin digər təsnifatını təqdim edir. Bu təsnifatda rektoskopik təzahürlərin əsasında dörd mərhələ ayırd edildi:

1. Lokal eritema və teleangioektaziya, kövrək selikli qişa.
2. Hiperemiyalı və ödemli selikli qişanın fonunda boz rəngli, çətin ayrılan qartmağı olan xora.
3. Striktura + proktit və selikli qişanın xoralaşması.
4. Xoralı proktitin fonunda striktura və rektovaginal fistula və ya bağırsağ perforasiyası.

Sonrakı illər ərzində çox sayda təsnifatlar təqdim edilmişdir. Onlar daha çox XRP-nin kliniki təzahürlərinə əsaslanırdı.

Gecikmiş şüa zədələnmələrinin kliniki təzahürlərinin ağırlıq dərəcəsinin qiymətləndirilməsi məqsədilə tərəfimizdən şüa ağırlaşmalarının RTOG/EORTC şkalası üzrə təsnifatı istifadə edilmişdir. Hal-hazırda RTOG/EORTC (1995-ci il) təsnifatı bağırsağın şüa zədələnmələrinin ümumi qəbul edilən kliniki qiymətləndirmə sistemidir. Bu təsnifat ən adekvat sayılır və dünyanın əksər radioloji mərkəzlərində istifadə olunur. Həmin təsnifat Radioterapevtik Onkoloji Qrupun

(Radiation Therapy Oncology Group – RTOG) Xərçəngin Tədqiqi və Müalicəsi üzrə Avropa Təşkilatı (European Organization for Research and Treatment of Cancer – EORTC) ilə birgə işlənilib hazırlanmışdır [RTOG/EORTC, 1995]. Bu sistem, erkən və gecikmiş şüa zədələnmələrinin kliniki təzahürlərinin müxtəlifliyini nəzərə almaqla qurulub və radiasion proktitləri patoqnomonik simptomların ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq təsvir edir.

– Erkən (kəskin) şüa zədələnmələri – şüa terapiyası prosesində inkişaf edir və ya ondan sonra birinci 3 ayda (100 gün) (bu subletal zədələnen hüceyrələrin son bərpa edilmə müddətidir).

– Gecikmiş (xroniki) şüa zədələnmələri – göstərilən müddətdən sonra inkişaf edir.

RTOG/EORTC təsnifatına toksiki effektlərin daha dəqiq xarakteristikası məqsədilə şüa zədələnməsi simptomlarının ağırlıq dərəcəsi üzrə qiymətləndirmə meyarları əlavə edildi (LENT-SOMA şkalası). Simptomlar ağırlıq dərəcəsi ilə aşağıdakı kimi qiymətləndirilir:

Kəskin şüa zədələnmələri – beş ballı şkala ilə (0-dan 4 qədər);

Gecikmiş şüa zədələnmələri – altı-ballı şkala ilə (0-dan 5 qədər).

Son halda “0” simvoluna dəyişikliklərin olmaması uyğun gəlir, “5” simvolu isə - xəstənin şüa zədələnməsi nəticəsində ölümü deməkdir.

RTOG/EORTC sistemin təklif edilən modifikasiyası – LENT-SOMA (LENT = Late Effects Normal Tissues, SOMA = Subjective, Objective, Management and Analytic) şkalası, olduqca tez bir müddətdə əksər radioloji klinikaların təcrübəsində tətbiq edildi. O, şüalanma zonasına daxil olan kritik orqan və toxumalar tərəfindən müşahidə olunan kliniki simptomları hərtərəfli təsvir edir. Lakin, araşdırılan ağırlaşmalar yalnız gecikmiş şüa zədələnmələrinə aiddir.

Gecikmiş şüa zədələnmələrinin qiymətləndirilməsi üçün LENT-SOMA şkalası

Reaksiya dərəcəsi (Grade)

0 – dəyişiklik yoxdur.

1 – Cüzi diareya; yüngül spastik ağrılar, gündə 5 dəfəyə kimi nəcis ifrazı, az miqdarda rektal selik ifrazatı və ya qanaxma.

2 – Mülayim diareya və spastik ağrılar; gündə 5 dəfədən çox nəcis ifrazı, həddindən artıq rektal selik və ya vaxtaşırı qanaxma.

3 – Cərrahi müdaxilə tələb edən bağırsağ keçməməzliyi və ya qanaxma.

4 – Nekroz, perforasiya, fistula.

Əlavə: Gecikmiş şüa zədələnmələrinin qiymətləndirilməsi şüa terapiyası başa çatdıqdan ən azı 90 gündən sonra aparılmalıdır.

Qeydlər RTOG/EORTC təsnifatında olduğu kimidir və eləcə də:

– toksiklik şkalası orta vahidi yox, qiymətləndirilən dövrdə qeyd edilən ən çox təzahür edən dərəcəni əks etməlidir;

– oxşar toksiki effektlərin qiymətləndirilməsi üçün iki meyar münasibdirsə, o zaman onlardan daha çox təzahür edən pozulmaları əks edən meyar istifadə edilməlidir;

– 5-ci dərəcə gecikmiş şüa effektləri ilə birbaşa bağlı ölüm kimi qiymətləndirilir.

Əlavə: Gecikmiş şüa zədələnmələrinin qiymətləndirilməsi şüa terapiyası başa çatdıqdan ən azı 90 gündən sonra aparılmalıdır.

Müəyyən obyektivliyə və informativliyə baxmayaraq, qeyd etmək lazımdır ki, LENT-SOMA şkalası mahiyyətinə görə düz bağırsağın radiasiyadan sonrakı zədələnmələrinin kliniki qiymətləndirmə sistemidir. Eyni zamanda, düz bağırsağ selikli qişasının zədələnməsi UBX-nin şüa müalicəsindən sonra bir çox hallarda müşahidə edilir və onun gedişatı xəstə üçün gizli ola bilər. Şikayətlərin olmaması radiasion proktitin yoxluğundan bəhs etmir. Yüngül dərəcəli radiasion proktit elə gözə çarpmadan keçir ki, xəstələr, xüsusilə də özünə qarşı diqqətli olmayan xəstələr həmin təzahürlərə fikir vermir. Belə hallarda aparılan endoskopiya müayinəsi radiasion proktitin

olduğunu, xüsusən də zədələnmənin minimal əlamətlərini təsdiq edən ən dürüst metoddur.

Qeyd edilənlərlə bağlı olaraq, düz bağırsağ selikli qişasında radioterapiyadan sonra yaranan patoloji dəyişikliklərinin endoskopik müayinənin köməyi ilə xarakteristikası üçün biz tərəfdən Vyana rektoskopik təsnifatı (Vienna Rectoscopy Score - VRS) istifadə edilmişdir. Həmin təsnifat Avropanın Qastrointestinal Endoskopiya Cəmiyyəti (European Society for Gastrointestinal Endoscopy – ESGE) tərəfindən işlənib hazırlanmışdır. Bu təsnifata şüa zədələnməsinin ağırlıq dərəcəsini göstərən patoloji əlamətlərin müəyyən siyahısı daxildir.

Bağırsağ selikli qişasının vəziyyətinin endoskopik qiymətləndirilməsi (Vienna Rectoscopy Score - VRS)

Durğun selikli qişa:

- 0 dərəcə – selikli qişada durğunluq əlamətləri müşahidə edilmir;
- 1-ci dərəcə – selikli qişanın ödemi ilə birgə lokal hiperemiyası;
- 2-ci dərəcə – selikli qişanın ödemi ilə birgə diffuz, qovuşmayan hiperemiyası;
- 3-cü dərəcə – selikli qişanın ödemi ilə birgə diffuz, qovuşan hiperemiyası.

Teleangioektaziya:

- 0 dərəcə – teleangioektaziyalar yoxdur;
- 1-ci dərəcə – tək-tək teleangioektaziyalar;
- 2-ci dərəcə – çoxsaylı qovuşmayan teleangioektaziyalar;
- 3-cü dərəcə – çoxsaylı qovuşan teleangioektaziyalar.

Xoralaşma:

- 0 dərəcə - selikli qişanın xoralaşması qeyd edilmir;
- 1-ci dərəcə - səthi xoralaşma $< 1 \text{ sm}^2$;
- 2-ci dərəcə - səthi xoralaşma $> 1 \text{ sm}^2$;
- 3-cü dərəcə - dərin xoralaşma;
- 4-cü dərəcə – fistula, perforasiya.

Striktura:

- 0 dərəcə – bağırsağ mənfəzinin daralması qeyd edilmir;
- 1-ci dərəcə – bağırsağ mənfəzinin $> 2/3$ hissəsi sərbəstdir;
- 2-ci dərəcə – bağırsağ mənfəzinin $1/3-2/3$ hissəsinin daralması;
- 3-cü dərəcə – bağırsağ mənfəzinin $< 1/3$ hissəsi sərbəstdir
- 4-cü dərəcə – bağırsağ mənfəzinin tam obstruksiyası.

Nekroz:

- 0 dərəcə – bağırsağ selikli qişasının nekrozu müşahidə olunmur;
- 1-ci dərəcə – bağırsağ selikli qişasının nekrozu müşahidə olunur.

Bağırsağ selikli qişasının şüa zədələnmələrinin tam təsviri üçün 6-dərəcəli VRS təsnifatı təklif edilmişdir. Bu təsnifata müxtəlif patoloji vəziyyətlərin kombinasiyası daxildir (cədvəl 1).

Cədvəl 1

Düz bağırsağ selikli qişasının vəziyyətinin 6-dərəcəli endoskopik qiymətləndirilməsi (Vienna Rectoscopy core - VRS)

VRS	Durğun selikli qişa	Teleangioektaziya	Xoralaşma	Mənfəzin daralması	Nekroz
0	1-ci dərəcə	Yox	Yox	Yox	Yox
1	2-ci dərəcə	1-ci dərəcə	Yox	Yox	Yox
2	3-cü dərəcə	2-ci dərəcə	Yox	Yox	Yox
3	Hər hansı	3-cü dərəcə	1-ci dərəcə	Yox	Yox
4	Hər hansı	Hər hansı	2-ci dərəcə	1-ci dərəcə	Yox
5	Hər hansı	Hər hansı	≥ 3 dərəcə	≥ 2 dərəcə	Hə

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzində aparılan kliniki tədqiqat göstərir ki, bir sıra hallarda XRP-nin kliniki təzahürləri nəzərə çarpmaya bilər. Bu xəstələrdə kliniki simptomatika ya olmaya bilər, ya da minimal xarakterə malikdir. Lakin endoskopiya müayinəsi zamanı düz bağırsağın selikli qişasında adətən VRS təsnifatı üzrə 1-2-ci dərəcəli XRP-yə uyğun dəyişikliklər aşkar edilir.

2015-2016-ci illər ərzində Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzində UBX olan 403 xəstəyə kimyoterapiya aparılmışdır. Kimyoterapiya başa çatdıqdan sonra müxtəlif müddətlərdə UBX olan 403 pasiyentin bir hissəsində XRP inkişaf etmişdir.

Belə ki, XRP-nin rastgəlmə tezliyi, LENT-SOMA təsnifatına görə 24,8% təşkil edir. Eyni zamanda, endoskopik müayinə zamanı xroniki radiasion proktit VRS təsnifatı üzrə 30,5% xəstədə qeyd edilir.

XRP-nin rastgəlmə tezliyinin və ağırlıq dərəcəsinin göstəricilərinin iki təsnifat ilə müqayisəli təhlili müəyyən etdi ki, VRS endoskopik təsnifatı, LENT-SOMA kliniki təsnifatı ilə müqayisədə, düz bağırsağın selikli qişasının kimyoterapiyadan sonrakı patoloji dəyişikliklərinin daha obyektiv xarakteristikasını əldə etməyə imkan verir.

Aparılan tədqiqatın nəticələrinə görə, LENT-SOMA təsnifatı ilə XRP-nin ağırlıq dərəcəsinin qiymətləndirilməsi zamanı 18,7% xəstədə xəstəliyin kliniki simptomları qeyd edilmədi (dərəcə 0). Eyni zamanda, endoskopik müayinə zamanı, VRS təsnifatına görə, həmin xəstələrdə XRP-nin 1-2-ci ağırlıq dərəcəsi mövcud idi.

Kliniki müayinələr zamanı əldə edilən nəticələr sübut edir ki, zədələnmənin əlamətləri minimal olanda, XRP-nin kliniki simptomatikası bir sıra halda müşahidə edilməyə bilər. Eyni zamanda, endoskopik müayinə həmin dəyişiklikləri aşkar etməyə imkan verir. Bundan əlavə, XRP-nin ağırlıq dərəcəsinin iki təsnifat ilə qiymətləndirən zaman kliniki simptomların (LENT-SOMA) və endoskopik şəklin (VRS) uyğun olmaması diqqəti cəlb edir. Bu qeyri-uyğunsuzluq XRP-nin bütün ağırlıq dərəcələrində aşkar edilir.

Beləliklə, LENT-SOMA təsnifatı, məhz kliniki təsnifat olduğuna görə yalnız XRP-nin simptomlarını fiksasiya edir. Eyni zamanda,

kliniki təcrübədə, XRP-nin ağırlıq dərəcəsini qiymətləndirmək və optimal müalicə taktikasını seçmək üçün düz bağırsağın selikli qişasının vəziyyəti (zədələnmənin uzunluğu və sahəsi, teleangioektaziyaların, xoraların, strikturların və s. olub-olmaması) haqqında məlumat əldə etmək lazımdır. LENT-SOMA kliniki təsnifatı ilə müqayisədə, VRS endoskopik təsnifatı düz bağırsağın selikli qişasının kimyaradioterapiya başa çatdıqdan sonrakı gecikmiş şüa zədələnmələrini obyektiv qiymətləndirməyə imkan verir. Bununla əlaqədar, kliniki təcrübədə XRP-nin diaqnostikası və müalicə taktikasının seçimi üçün VRS endoskopik təsnifatının istifadəsini tövsiyə etmək olar.

XRONİKİ RADİASİON PROKTİTİN KLİNİKİ TƏZAHÜRLƏRİ

XRP-nin kliniki gedişatı bağırsağın xroniki iltihabi xəstəliyini xatırladır. Belə ki, XRP qarında sancıyabənzər ağrılar, diareya, ürəkbulanma, qusma, bədən çəkisinin itkisi, nəcisdə selik və qan ilə müşayiət edilir. Radioterapiya zamanı bağırsağ zədələnməsinin kəskin, erkən əlamətlərinin olmaması şüa terapiyasının gecikmiş bağırsağ təzahürlərinin əmələ gəlməməsinə zəmanət deyil. Latent dövr şüalanma başa çatdıqdan sonra 6-12 ay və daha çox (20 ilə qədər) davam edə bilər.

Mədə-bağırsağın motorikası və anorektal fiziologiya xəstəliyini kliniki təzahürlərinə təsir göstərir. XRP ilə xəstələrdə möhtəviyyətin aktiv iltihabi zonadan sürətli evakuasiyası, sıx formalaşmış nəcislə selikli qişanın daim travmatizasiyası ilə yanaşı, bağırsağ möhtəviyyətinin stazı da baş verir. Stulun ləngiməsi nəticəsində kliniki şəkildə ön plana selik və qan ilə olan tezləşmiş stul çıxır. İmperativ defekasiya anal çatmazlıq ilə müşayiət oluna bilər.

Fistulların, bağırsaqarası abseslərin və bitişmələr kimi fəsadların əmələ gəlməsi mümkündür. XRP-nin klinikasında sol qalça nahiyəsində və düz bağırsaqda daimi ağrıların, cüzi porsiyalarla olan tezləşmiş stulun, tenezmlərin, hematoxeziyanın olması üstünlük təşkil edir.

Bəzi xəstələrdə hissəvi bağırsağ keçməməzliyinin simptomları və qəbizliyin inkişafı ilə müşayiət olunan S-vari və düz bağırsağın

stenozlaşmış sahələri yarana bilər. Çanaq orqanları və qarın boşluğu orqanları arasında fistullar da əmələ gələ bilər. Belə hallarda uşaqlıqdan bulanıq ifrazat, pnevmaturiya və duru stul şəklində həzm olunmayan qidanın sürətlə xaric edilməsi kimi simptomlar inkişaf edir. Abseslər adətən kiçik çanaqda yerləşir və peritonit və sepsisə səbəb ola bilər. Bir sıra hallarda XRP, qeyri-qənaətbəxş və müalicəyə olduqca çətin tabe olan formaya – hemorragik proktitə çevrilərək, çox ağırlaşır.

XRONİKİ RADİASİON PROKTİN RASTGƏLMƏ TEZLİYİNƏ TƏSİR EDƏN AMİLLƏR

XRP-nin inkişafının rastgəlmə tezliyi çoxsaylı amillərdən asılıdır. Onlardan ən əsası şüalanma dozasıdır. UBX olan xəstələrdə XRP gecikmiş şüa patologiyasının əsasını təşkil edir. Bu gün yeni şüalanma rejimləri işlənib hazırlanmışdır. Həmin rejimlərin köməyi ilə adekvat kanserisid dozaları şişə istiqamətləndirmək mümkündür. Bu zaman ətraf sağlam toxumaların zədələnməsi minimuma endirilir. Əksər xəstələrdə şüa terapiyasından sonra ağırlaşmalar formalaşır və onların təzahürləri pasiyentlərin həyat keyfiyyətini əhəmiyyətli dərəcədə azaldır.

Radiasion zədələnmələrin əmələ gəlməsi şişin eradikasiyası üçün lazım olan, yüksək şüalanma dozalarının istifadə edilməsi ilə bağlıdır. Şüalanma dozasının yüksəlməsi şişin müqavimətinin qarşısını almağa imkan verir, lakin şüalanma zonasındakı və ya ona yaxın orqanları zədələyə bilər. XRP ən çox UBX-nin şüa terapiyasından sonra inkişaf edir.

Şüa zədələnmələrinin inkişafının səbəbi, radioterapiyanın icrasından əlavə, həm də şüa terapiyasının planlamasında və icrasında yol verilən səhvlərdir. Bunlara sağlam toxumaların ionlaşdırıcı şüalanmaya tolerantlığını üstələyən yüksək birdəfəlik və cəmi mənbə dozalarının istifadəsi aiddir.

Şüa zədələnmələrinin rastgəlmə tezliyinin azalması nöqtəyi nəzərdən, xarici şüalanma dəstinin toksikliyinə şişi əhatə edən orqan və toxumalar üçün azalmasına imkan verən yeni məqsədli çatdırılma

metodları perspektivlidir. Bu şərtlərə üçdərəcəli konformlu şüa terapiyası (3D-CRT, IMRT) daxildir. Hər iki metod (ələcə də, hal-hazırda tədqiq edilən digərləri) normal toxumaya az təsir edərək, toxumahədəflər üçün daha yüksək şüalanma dozalarını istifadə etməyə imkan verir.

Müxtəlif tədqiqatçıların, o cümlədən Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzində aparılan tədqiqatların məlumatlarına görə, qamma-terapevtik aparatlarda icra olunan konvensional (2D) şüa terapiyası zamanı 25-39% pasiyentdə XRP müşahidə edilir. Xətti gücləndiricilərdə aparılan konform şüalanma (3D-CRT, IMRT və s.) bu göstəricini 10-15%-a qədər əhəmiyyətli dərəcədə azaltmağa imkan verir.

Bu zaman konvensional və ya konform şüalanmaya məruz qalan xəstələrdə XRP-nin nəinki rastgəlmə tezliyində, həm də ağırlıq dərəcəsində olduqca ciddi fərqlər aşkar edilir. Konvensional şüalanmanın istifadəsi, konform şüa terapiyası ilə müqayisədə, XRP-nin 3-4-cü ağırlıq dərəcəsi göstəricisini, praktiki olaraq, 2 dəfə yüksəldir.

Konform şüa terapiyası proqramına kimyaterapiyanın daxil edilməsi UBX olan xəstələrin müalicəsinin effektivliyini yüksəldir. Lakin, bu zaman 3-4 dərəcəli XRP-nin rastgəlmə tezliyi cüzi yüksəlir.

Braxiterapiya, distansion şüa terapiyasına nisbətən, ətraf toxumanın şüa zədələnməsini implantasiya olunan qranulların dəqiq pozisiya edilməsi hesabına azaldır. Braxiterapiyanın istifadəsi zamanı XRP-nin inkişafının rastgəlmə tezliyi, bir qayda olaraq, xarici şüalanma dəstinin istifadəsi zamanı olduğundan daha aşağıdır. Çoxsaylı tədqiqatlar distansion şüa terapiyası ilə müqayisədə, braxiterapiya zamanı XRP-nin rastgəlmə tezliyinin dürüst olaraq azalmasını aşkar edir.

XRP-nin rastgəlmə tezliyinə və ağırlıq dərəcəsinə, şüalanmadan başqa, bir sıra aşağıda sadalanan risk amilləri aiddir:

- aşağı bədən çəkisi indeksi (dərinaltı-piy qatının cüzi qalınlığı);
- immunitet defektləri (QİÇS, yanaşı gedən kimyaterapiya və s.);
- ahıl yaşı;
- anamnezdə abdominal cərrahi müdaxilələrin olması (bitişməriski);
- arterial hipertenziya;
- şəkərli diabet;

- bağırsağın qeyri-infeksiyon iltihabi xəstəlikləri;
- digər çanaq orqanlarının iltihabi xəstəlikləri.

Göstərilən amillərin anamnezdə olması kimyaradioterapiyaya məruz qalan UBX olan xəstələrdə XRP-nin inkişaf riskini əhəmiyyətli dərəcədə yüksəldir.

XRONİKİ RADİASİON PROKTİTİN DİAQNOSTİKASI

Erkən şüa zədələnməsi zamanı xəstəliyin birinci simptomları radioterapiyanın icrası zamanı və müalicə başlanandan ilk 3 ay ərzində təzahür edə bilər. XRP-nin diaqnostikası, bir qayda olaraq, çanaq orqanlarının bədxassəli yenitörəmələrinə görə şüa terapiyası aparılmış xəstələrdə çətinliklər törətmir. Adətən həmin diaqnoz, digər səbəbləri istisna etdikdən sonra, dəqiq və hərtərəfli kliniki müayinədən sonra qoyulur.

XRP-nin diaqnostikası zamanı, bir qayda olaraq, kiçik çanaq orqanlarının bədxassəli yenitörəmələrinə görə şüa terapiyası aparılan xəstələrdə çətinliklər törətmir. Çanaq nahiyəsinin şüalanması icra edilən və müvafiq simptomları müşahidə olunan xəstələrin hər birində radiasion proktitə şübhə yaranmalıdır. Adətən digər səbəblər istisna edildikdə, bu diaqnoz dəqiq və hərtərəfli kliniki müayinədən sonra qoyulur.

Xəstələrin əksəriyyətində XRP simptomları şüalanmadan sonra birinci 2 il ərzində inkişaf edir. Qeyd etmək lazımdır ki, XRP-nin inkişafı üçün latent dövrün, yəni “işıqlı dövr” adlandırılan, şüa terapiyasının bitməsindən kliniki simptomatikanın əmələ gəlməsinə kimi olan dövrün olması xarakterdir. Latent dövr bir neçə aydan bir neçə ilədək ola bilər. Eyni zamanda, məlumdur ki, kəskin radiasion proktitin təzahürləri 5% halda, “işıqlı dövr” olmadan, XRP-yə keçir.

Ağır dərəcəli, nəzərə çarpan kliniki simptomatikası olan XRP ilə xəstələrdə dəqiq anamnestik göstəricilərin olması çox vacibdir (3-4-cü dərəcəli reaksiya). Həmin xəstələrin anamnezinin təhlili aşkar etdi ki, xəstəliyin başlanğıcı minimal bağırsağ simptomatikası ilə müşayiət

olunur və yalnız müəyyən vaxtdan sonra aydın nəzərə çarpan xarakter daşıyır. Deməli, 3-4-cü dərəcəli XRP-nin kliniki, endoskopik və patomorfoloji təzahürləri kimyaterapiya başa çatdıqdan dərhal sonra deyil, tədricən inkişaf edir: mərhələli şəkildə, xəstəliyin minimal əlamətlərindən daha nəzərə çarpan klinik vəziyyətə qədər. Belə nəticəyə gəlmək olar ki, xəstələrə erkən (kimyaterapiyanın başa çatmasından sonra 3 aydan gec olmayaraq) aparılan endoskopiya müayinəsi XRP-ni erkən mərhələdə aşkar etməyə imkan verəcəkdir.

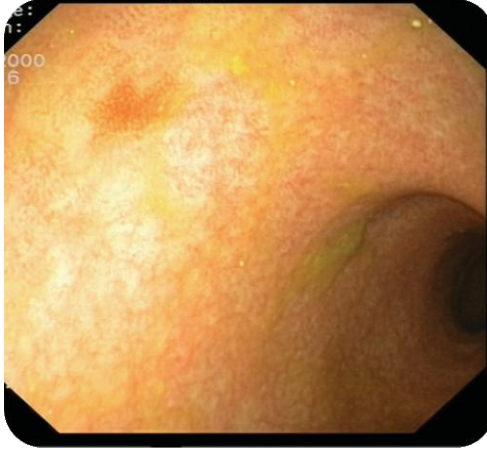
Erkən şüa zədələnməsində xəstəliyin birinci simptomları xəstədə terapiyanın icrası prosesində, müalicə başa çatandan sonra və ya ilk 3 ay ərzində təzahür edə bilər. Bəzi tədqiqatçıların fikrincə, başlanğıc kəskin fazanı hər bir pasiyent keçir, sonra isə XRP inkişaf edir. Lakin, müxtəlif insanlarda radiasiyaya həssaslıq fərqlidir, ona görə də yalnız anamnezin əsasında demək olmaz ki, XRP sırf şüa terapiyanın nəticəsində inkişaf edir.

Endoskopiya müayinəsi, XRP-nin, xüsusilə də zədələnmənin minimal əlamətləri zamanı mövcudluğunu təsdiq edən ən dürüst metodudur.

Kolonoskopiya XRP-nin ağırlığının və yayılmasının qiymətləndirilməsinin əsas diaqnostika metodudur. Nəzərə çarpan XRP zamanı endoskopik olaraq adətən selikli qişanın məhdudlaşan və ya yayılmış xarakterli hiperemiyası, onun ödemi, eroziv-hemorragik dəyişikliklər, teleangioektaziyalar, yüngül kontakt qansızma ocaqları aşkar edilir. Bundan başqa, kənarları hamar və dibi irinli-nekrotik toxuma ilə örtülü xoralar qeyd edilir. Təxminən 10% pasiyentdə diskret yerləşmiş xoralar aşkar edilir və onlar adətən düz bağırsağın ön divarında yerləşir (anusdan təxminən 5 sm məsafədə).

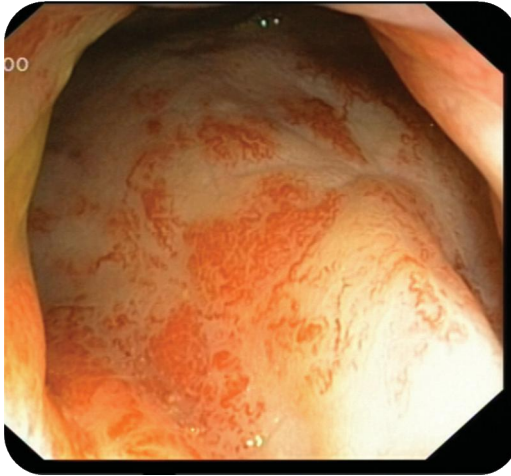
Ağır dərəcəli gecikmiş zədələnmələr zamanı çoxsaylı eroziyalar və xoralar, divarda fibroz inkişafı, strikturalar, fistulalar, selikli qişanın atrofiyası müşahidə olunur. İltihabi dəyişikliklər qeyri-spesifik xarakterdə olduğu üçün yoğun bağırsağın selikli qişasından götürülən biopstatların morfoloji müayinəsinin diaqnostik əhəmiyyəti yoxdur.

1-ci dərəcəli XRP olan xəstələrdə kolonoskopiya zamanı düz bağırsağ selikli qişasının diffuz qovuşmayan hiperemiyası və ödemi fonunda tək-tək teleangioektaziyalar mövcud idi (şəkl.1). Həmin qrupda xəstələrin əsas şikayətləri aşağıdakılardır: yüngül spastik ağrılar, gündə 3 dəfəyədək nəcis ifrazı, qan izləri olmayan cüzi rektal ifrazatlar.



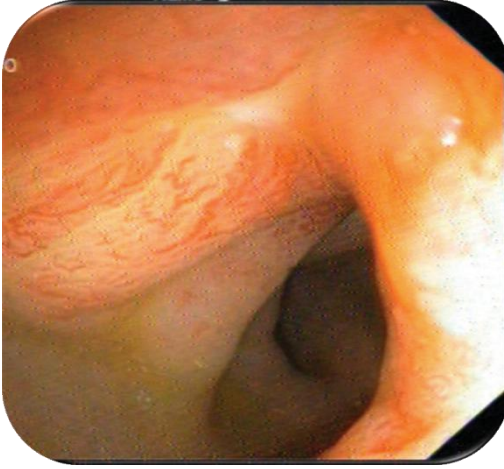
Şək. 1. 1-ci dərəcəli XRP-nin endoskopik təsviri. Düz bağırsağın selikli qişasının diffuz hiperemiyası fonunda tək-tək teleangioektaziyalar

2-ci dərəcəli XRP olan xəstələrdə kolonoskopiya zamanı selikli qişanın diffuz qovuşan hiperemiyası və ödemə müşahidə olunurdu. Bunun fonunda çoxsaylı qovuşmayan teleangioektaziyalar mövcud idi (şək. 2). Kliniki təzahürlər: mülayim diareya və spastik ağrılar, gündə 5 dəfəyə qədər stul, həddindən artıq rektal selik qan izləri ilə.



Şək. 2. 2-ci dərəcəli XRP-nin endoskopik təsviri. Düz bağırsağın selikli qişasının diffuz hiperemiyası fonunda çoxsaylı teleangioektaziyalar

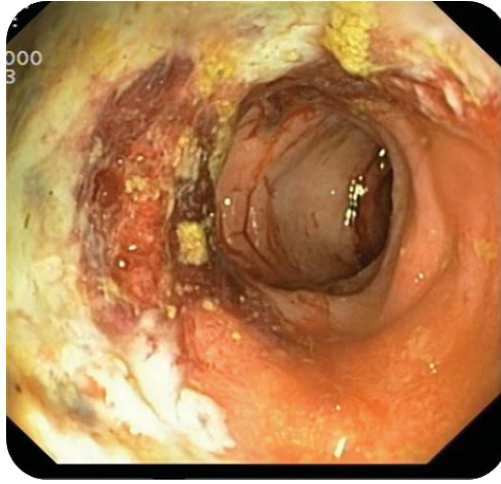
3-cü dərəcəli XRP olan xəstələrdə kolonoskopiya zamanı selikli qişanın diffuz qovuşan hiperemiyası və ödemi müşahidə olunurdu. Bu fonda çoxsaylı qovuşan teleangioektaziyalar müşahidə edilirdi. Həmin təzahürlərdən əlavə, bütün xəstələrdə düz bağırsağ selikli qişasında əsasən ön divar üzrə 1 sm^2 ölçüdə səthi xoralaşma mövcud idi (şəkil 3). Kliniki təzahürlər: diareya və spastik ağrılar, gündə 8-10 dəfə nəcis ifrazı, həddindən artıq rektal selik və vaxtaşırı qanaxma.



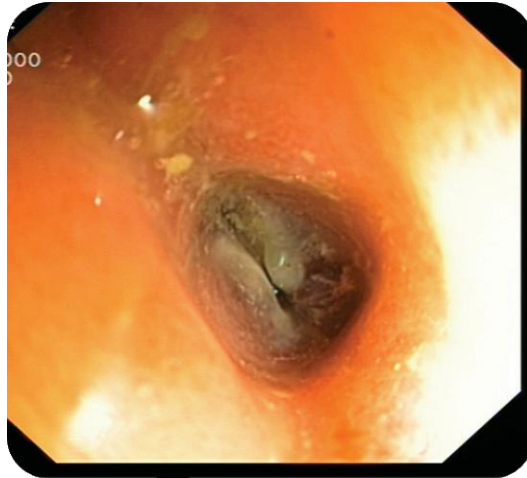
Şək. 3. 3-cü dərəcəli XRP-nin endoskopik təsviri. Düz bağırsağın selikli qişasının diffuz hiperemiyası fonunda bir-birinə qovuşan çox saylı teleangioektaziyalar və tək-tək səthi xoralar

4-cü dərəcəli XRP olan xəstələrdə kolonskopiya zamanı düz bağırsağ selikli qişasının diffuz qovuşan hiperemiyası ilə birgə ödemi müşahidə olunurdu. Bunun fonunda çoxsaylı qovuşan teleangioektaziyalar müşahidə edilirdi. Bütün xəstələrdə düz bağırsağ selikli qişasının ön və arxa divarlarında $2,5-3 \text{ sm}^2$ ölçüdə səthi xoralar var idi (şək.4).

Sadalanən dəyişikliklərdən başqa, 4-cü dərəcəli XRP olan bütün xəstələrdə düz bağırsağın orta və ya aşağı ampulyar şöbəsinin mənfəzinin cüzi daralması mövcud idi (şəkil 5). Kliniki təzahürlər: diareya və spastik ağrılar, gündə 10 dəfədən çox nəcis ifrazı, həddindən artıq rektal selik və vaxtaşırı qanaxma.



Şək. 4. 4-cü dərəcəli XRP-nin endoskopik təsviri. Düz bağırsağın selikli qişasının diffuz hiperemiyası fonunda bir-birinə qovuşan çox saylı teleangioektaziyalar və səthi xoralar



Şək. 5. 4-cü dərəcəli XRP-nin endoskopik təsviri. Düz bağırsağın selikli qişasının diffuz hiperemiyası fonunda bir-birinə qovuşan çox saylı teleangioektaziyalar və səthi xoralar. Bundan başqa, düz bağırsağın mənfəzinin daralması qeyd olunur

Zədələnmənin lokalizasiyasını, sahəsinin, strikturların və fistulların olmasını rentgenodiagnostikanın (irriqoskopiya) köməyi ilə müəyyən etmək olar. Lakin yalnız bu müayinə metodunun əsasında dəqiq diaqnoz qoymaq mümkün deyil .

Radiasion kolitdə laborator göstəricilər hər hansı bir qeyri-infeksiyon kolitə uyğun gəlir, lakin, sonradan həddindən artıq bakterial inkişaf sindromunun (nəcisdə klostridial toksinin olmasına görə müəyyən edilir) əmələ gəlməsi mümkündür. Qeyri-spesifik xorali kolitə və Kron xəstəliyinə spesifik olan perinuklear antineytrofil sitoplazmatik anticisimlər (pANCA) və *Saccharomyces cerevisiae*-a (ASCA) anticisimlər mövcud deyil. Digər göstəricilər üzrə laborator şəkil olduqca variabeldir və bir çox amillərdən asılıdır.

Çənbər və düz bağırsağın şüa zədələnmələrində differensial diaqnoz, ilk növbədə anamnezində aparılan şüa terapiya haqqında qeyri-korrekt məlumatı olan xəstələrdə qeyri-spesifik xorali kolit və Kron xəstəliyi ilə aparılmalıdır. XRP-də selikli qişanın patoloji dəyişiklikləri düz bağırsağın ön divarında lokallaşmış və ya daha intensiv nəzərə çarpır, qeyri-spesifik xorali kolitdə isə – zədələnmə daha simmetrikdir .

XRONİKİ RADİASİON PROKTİTİN MÜALİCƏSİ

Kompleks müalicə XRP-dən əziyyət çəkən xəstələrin vəziyyətinin əhəmiyyətli dərəcədə yüngülləşməsinə, bəzi hallarda isə – tam sağalmasına və bunun nəticəsində onların həyat keyfiyyətinin yaxşılaşmasına və sosial aktivliyinin yüksəlməsinə imkan verir. XRP-nin erkən və adekvat müalicəsi, yəni preventiv yanaşma, alınan terapevtik effektin yüksəlməsinə və bağırsağın stenozu, profuz qanaxmalar, maliqnezasiya, fistulun formalaşması kimi ciddi ağırlaşmaların inkişafının qarşısının alınmasına şərait yaradır.

XRP-nin standart terapiyası işlənib hazırlanmayıb. Onun seçimi simptomların xarakterinə və ağırlığına əsaslanır. Müalicə taktikası xorali kolitin və Kron xəstəliyin müalicəsi ilə oxşardır. XRP-nin müalicəsi aşağıdakı komponentlərdən ibarətdir:

1. Diyetoterapiya.

2. Konservativ (medikamentoz) terapiya:

Bazis və əlavə terapiyanın preparatlarından ibarət patogene-
tik terapiya.

Zülal, su-elektrolit balansının korreksiyası, detoksikasiya
məqsədilə infuzion terapiya, vitaminlər.

Simptomatik terapiya (diareyaya qarşı terapiya, hemostatik
terapiya, ağrıkəsici və s.).

3. Düz bağırsağ qanaxması zamanı endoskopik müalicə.

4. Cərrahi müalicə – konservativ terapiyanın effektivliyi və ya-
ranan ağırlaşmalar zamanı.

Diyetoterapiya. Adekvat qidalanmanın korreksiyası və diyetote-
rapiya XRP-nin müalicəsinin vacib istiqamətlərindən biridir. Xəstəli-
yin kəskin mərhələsində stol 4 və ya 4b diyetası təyin olunur. Kəskin
halların (ishal, qarın nahiyəsində ağrılar) azaldığı dövrdə xəstə sürt-
kəcdən keçirilməyən diyetaya keçir. Qeyd etmək lazımdır ki, ciddi
dietaya uzunmüddətli riayət xəstəliyə görə pozulmuş maddələr mü-
badiləsini və xəstənin gücünü bərpa etmir.

Remissiya əldə edildikdən sonra qida rasionunu əhəmiyyətli də-
rəcədə genişləndirmək olar.

Xroniki radiasion proktitin konservativ müalicəsi

XRP qeyri-invaziv – konservativ terapiya (iltihab əleyhinə pre-
paratlar, sukralfat, qısqazəncirli yağ turşuları, hiperbarik terapiya,
antioksidantlar) və invaziv (ablyasiya, arqonplazma koagulyasiyası,
cərrahi müdaxilə) metodların köməyi ilə müalicə oluna bilər. XRP
olan müxtəlif pasiyentlərin terapiya strategiyası fərqli ola bilər, lakin,
şüa zədələnmələrinin progressiyası nəticəsində xəstəliyin simptom-
ları pisləşənə qədər bir qayda olaraq, az-invaziv müdaxilələr istifadə
olunur.

Patogenetik terapiya. XRP-nin patogenetik müalicəsi üçün çox
sayda dərman preparatları təqdim edilir. Bütün dərman preparatlarını
2 qrupa bölmək olar: induksiya və remissiyanı dəstəkləmək üçün
bazis iltihab əleyhinə vasitələr, eləcə də əlavə vasitələr.

Bazis vasitələr qrupunda çoxsaylı “distal” mediatorlara (aminsalisilatlar) və immun-iltihabi kaskadın “proksimal” mediatorlarına (qlyükokortikoidlər) təsir edən dərman preparatları araşdırılır.

Əlavə terapiyaya daxildir: reparantlar, protektorlar, antibakterial preparatlar, antioksidantlar.

5-aminsalisil turşusu (5-AST) preparatları. XRP-nin patogenetik terapiyası, bir qayda olaraq, 5-AST preparatlarının təyininədən başlanır. 5-AST preparatlarını 3 qrupa bölmək olar. Birinci qrupa Sulfasalazin və Olsalazin aiddir. Onlar bağırsaq florasının təsiri nəticəsində azad edilir və yoğun bağırsaqda fəaliyyət göstərilir. İkinci qrupa Mesakolu, Salofalkı, Rovazanı və s. aid etmək olar. Həmin preparatların azad olunması mühtin pH-dan asılıdır və onların təsiri qalça bağırsağın terminal nahiyəsində və yoğun bağırsaqda baş verir. Üçüncü qrupa Pentasa preparatı aiddir. Bu preparat tədricən azad olunur və bütün bağırsaq boyu təsir edir.

Aminsalisilatlarda geniş təsir spektri mövcuddur və onlar iltihab zamanı iştirak edən çox effektor mexanizmlərin qarşısını almaq qabiliyyətindədir. Bunlar prostaqlandinlərin, sitokinlərin (IL-1, IL-2, IL-6) sintezini, şişin nekroz amilini ləngidir. Bundan əlavə, aminsalisilatlar araxidon turşusunun metabolizminin lipooksigenaz yolunu ləngidir və azad radikalların sintezini azaldırlar. Bu cür fəaliyyət toxumanın zədələnməsini məhdudlaşdırır, immun cavabın inkişafının qarşısını alır və epitelin funksiyasını bərpa edir.

Sulfasalazin (Sulfasalazine) XRP-nin terapiyasında olduqca geniş istifadə edilir. Məlum olduğu kimi, sulfasalazin 2 komponentdən ibarətdir: 5-AST və sulfapiridin, onlar kovalent diazoəlaqəddir. O, yoğun bağırsaqda bakterial azoreduktazalar ilə parçalanır.

5-AST mikroorqanizmlər, epitel tərəfindən asetilləşir və bağırsaq mənəzinə resekresiya edilir. Sulfasalazinin farmakokinetikasına əsaslanaraq, həm oral qəbulu zamanı, həm də rektal yeridilməsi zamanı onun yerli təsirindən söhbət etmək olar. Rektal istifadəsində sorulma aşığdır. Sulfasalazinə 5-AST molekulundan ibarət preparatların bütün xüsusiyyətləri xasdır.

2-4 q/sutkada dozada sulfasalazinin həm oral qəbulu, həm də imalə və ya şam şəklində rektal yeridilməsi istifadə oluna bilər. Sulfasalazinin imalə kimi yeridilməsi zamanı ümumi dozanın 20-30%-i so-

rulur və sistem təsir göstərir, preparatın əksəriyyəti nəcis ilə ifraz olunur. Lakin sürətli tranziti və bağırsağ mikroflorasının tərkibini pozması nəticəsində sulfasalazinin rektal istifadəsi az-effektivdir. Son illərdə sulfasalazinin rektal istifadəsindən, praktiki olaraq, kifayət qədər effektiv olmadığına və yerli qıcıqlandırıcı təsirinə görə imtina edilir.

XRP-nin terapiyasında sulfasalazinin istifadəsi çoxsaylı əlavə effektlərə görə məhduddur: hemolitik anemiya, neytropeniya, dərman hepatiti və s. Sulfasalazinin əlavə effektləri, əsasən tərkibində olan sulfapiridinlə şərtlənir. Sulfapiridin sorulur və qara ciyər metabolizminə məruz qalır (asetilləşmə, qlyukuronizasiya, hidrksilləmə), böyrəklər tərəfindən ekskresiya olunur.

5-AST molekulu tərkibli preparatların işlənilib hazırlanması sahəsində aparılan çoxsaylı tədqiqatlar tərkibində sulfapiridin olmayan preparatları yaratmağa imkan verdi (Salofalk, Pentasa və s.). Bu işə əlavə effektlərin sayının əhəmiyyətli azalmasına və öz növbəsində həmin preparatların daha yüksək dozalarının istifadə edilməsinə gətirib çıxartdı.

Salofalk (Mesalazine) – preparatın təsir göstərən maddəsi mesalazindir. Onun əsas xüsusiyyəti sulfokomponentin olmamasıdır ki, bu da əlavə effektlərin sayını azaldır. Mühit turşuluğu 6,0-dan yüksəyə dəyişən zaman salofalkın aktivləşməsi baş verir. Salofalk əksər hallarda qalça bağırsağın terminal nahiyəsində və yoğun bağırsaqda fəaliyyət göstərir. Mesalazin bağırsağın selikli qişası ilə yerli kontakt zamanı aktivləşir və onun terapevtik effektivliyi bağırsağ mənfəzində konsentrasiyası ilə korrelyasiya edir. Mesalazinin bu xüsusiyyətləri həm kəskin radiasion proktitdə, həm də XRP-nin müalicəsində yerli rektal şamlar, mikroimalələr şəklində terapiyanı işləyib hazırlamağa və müvəffəqiyyətlə istifadə etməyə imkan verir.

Pentasa – preparatın fəaliyyət göstərən maddəsi yenə də mikroqranullarla əhatə olunan, mədənin turş mühitinə davamlı olan mesalazindir. Pentasa bağırsağ boyu, onikibarmaq bağırsaqdan başlayaraq tədricən azad olunur. Belə ki, ishal zamanı mənfəzdaxili pH-ın səviyyəsinin dəyişilməsi və tranzitin sürətlənməsi preparatın azad edilməsinin sürətinə təsir etmir. Sadalanan xüsusiyyətlərə əsasən, pentasa bütün nazik və yoğun bağırsağ boyu yüksək terapevtik konsentrasiyanı təmin edir.

XRP-nin müalicəsi zamanı 5-AST preparatları fərdi seçilir. İmələlər və daxilə qəbul edilən preparatlar eyni müvəffəqiyyətlə istifadə oluna bilər. Müalicə 14-28 gün ərzində aparılır, ehtiyac olarsa təkrar terapiya kursları təyin edilir. XRP zamanı 5-AST-nin dəstəkəddici dozaları terapevtik dozanın yarısını təşkil edir. Dəstəkəddici terapiyanın uzunmüddətli (3 aydan 6 ayadək) təyini tövsiyə olunur.

XRP-nin müalicəsində 5-AST preparatları ilə birlikdə istifadə edilən digər iltihab əleyhinə vasitələrə qlükokortikoidlər (prednizolon, betametazon, hidrokortizon və s.) daxildir.

Qlyukokortikoidlər. Qlyukokortikoidlərin (QK) təsiri genişdir və iltihabın müxtəlif fazalarını əhatə edir. QK leykositlərin və limfositlərin hərəkətini dəyişir, leykositlərin adgeziyasını və xemotaksisi azaldır, faqositozu ləngidir. İltihabi mediatorların azad edilməsini ləngidir: araxidon turşusunun metabolitlərinin, kininlərin, sitokinlərin, azot oksidinin, immun-tanınan molekulların və adgeziya molekullarının ekspressiyasını azaldır. Anticisimlərin sintezi və hüceyrə ilə vasitələnən sitotoksiklik ləngiyir. QK-nin rektal yeridilməsinin qısa kursları (prednizolon 20-40 mq/sut., hidrokortizon 100-250 mq/sut. və s.) XRP-nin müalicəsində effektivdir, lakin onları əlavə təsirlərinə görə uzun müddət istifadə etmək tövsiyə edilmir.

İltihab zonasının rektal yeridilən QK üçün əlçatan olması, onlar tərəfindən bağırsağ divarında yaradılan yüksək konsentrasiya və ümumi qan dövranında aşağı konsentrasiyanın olması səbəbindən XRP-nin müalicəsində QK-in əsasən yerli istifadəsinə üstünlük verilir. QK-nin rektal yeridilməsi zamanı kliniki effekt, onların oral qəbulundan qat-qat yüksəkdir.

Son illərdə “yeni” steroidlərin işlənilib hazırlanması ilə bağlı, QK ilə müalicədə əhəmiyyətli progress əldə edilmişdir. Onlar c16 və c17-də dəyişiklikləri olan sintetik preparatlardır. Bu preparatların yüksək reseptor afınlılığı və aşağı sorulma qabiliyyəti vardır. Həmin QK preparatları yüksək sistem-önü metabolizmə malikdirlər və hipotalamus-hipofiz-adrenal sistemi az dərəcədə ləngidirlər.

Yerli təsir göstərən QK XRP-nin müalicəsində alternativ olmuşdur. Bunlara aiddir: budesonid, flutikazon, beklometazon propionat, prednizolon-21-metoculfobenzoat, tiksokortol pivolat. Onlardan ən tanınanı budesoniddir. Budesonidə, hidrokortizonla müqayisədə, 100

dəfədən çox yüksək yerli iltihabəleyhinə aktivlik, QK reseptorlara qarşı, prednizolona nisbətən 20 dəfə daha yüksək afınlilik xasdır. Budesonid, yüksək sistem-önü metabolizmi olan digər yerli steroidlərdən fərqli olaraq suda və yağlarda 100 dəfə tez həll olur, bu isə bağırsağ epitelinə daxil olaraq hüceyrələr tərəfindən daha tez mənimənilməni təmin edir.

Protektorlar. XRP-nin müalicəsində epiteli bakterial və digər antigenlərdən müdafiə etmək üçün protektorlar istifadə olunur – sukralfat və vismut preparatları.

Sukralfat – sulfatlaşan saxaroza və alüminium hidroksid kompleksidir və güman edilir ki, epitelin sağlmasını və müdafiə baryerinin yaratmasını stimule etmə qabiliyyətindədir. Sukralfat - sitoprotektiv mukopolisaxarid baryerli agentdir, selikli qişanın sekresiyasını, qan axınını və prostaqlandinlərin azad edilməsini stimule edərək və ya dəyişərək, onu adgeziyadan müdafiə edə bilər. Kolonositləri mənfəzdaxili öd duzlarından, fermentlərdən və ya digər sitotoksik maddələrdən müdafiə edir. Preparatın bu xüsusiyyətləri XRP zamanı sukralfatın istifadə edilməsinə marağa səbəb oldu. Çoxsaylı kliniki tədqiqatların (o cümlədən Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzində aparılan tədqiqatın) məlumatlarına görə, rektal sukralfatın XRP-nin konservativ terapiya sxeminə daxil edilməsi 75% pasiyentdə kliniki-endoskopik remissiyanı əldə etməyə imkan verir.

Reparantlar. Qida karbohidrogenlərinin yoğun bağırsağ bakteriyaları tərəfindən fermentasiyasının nəticəsində qıszəncirli yağ turşuları əmələ gəlir. Onlardan ən əsası yağ turşusu və ya butiratdır. Bu birləşmə epiteliositlər üçün əsas enerji substratı olduğundan, yoğun bağırsağın epitelinə geniş spektrli təsir göstərir.

Qıszəncirli yağ turşuları (sirkə, propion və yağ) – orqanik turşulardır. Onlar nazik bağırsağda karbohidratların və zülalların anaerob fermentasiyası nəticəsində əmələ gəlir, epitelin qidalanması və regenerasiyası üçün vacibdirlər. Təyin edildi ki, XRP-nin inkişafı prosesində mitoxondrilərdə qıszəncirli yağ turşularının oksidləşməsi defekti əmələ gəlir, bu isə nəticədə alternativ utilizasiya yollarına gətirib çıxarır. Defektin səbəbi CO₂ və keton cisimlərə qədər oksidləşməni təmin edən azad A koenziminin azalması ilə bağlı ola bilər.

Çoxsaylı kliniki tədqiqatların (o cümlədən, Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzində aparılan tədqiqatın) məlumatlarına əsasən, yağ turşusunun XRP-nin konservativ terapiya sxeminə daxil edilməsi müalicənin nəticələrinə qənaətbəxş təsir göstərir. Bu xüsusilə xəstəliyin ağır formalarına aiddir. Yağ turşusunun və 5-AST-nin müştərək istifadəsi zamanı həmin preparatların təsirində sinergizm və müalicə effektinin yüksəlməsi müşahidə olunur. Bununla əlaqədar reparativ proseslərin tezləşdirilməsi məqsədlilə qıszəncirli yağ turşularının bazis iltihab əleyhinə preparatlarla müştərək istifadə olunması tövsiyə edilir.

Yoğun bağırsağın distal nahiyələrində (burada yağ turşusu maksimal effekt göstərir) dərman maddəsinin ifrazını yüksəltmək məqsədlilə zakofalk preparatı işlənilib hazırlanmışdır. Zakofalkın tərkibində butirat kalsium şəklində yağ turşusu və prebiotik inulin vardır. Zakofalkın həblərində polimer multimatriksli sistem (NMX) realizasiya olunur. Həmin sistem pH-dan asılı olaraq azad olunan qışa altında birləşən lipofil və hidrofil əlavə maddələrdən ibarətdir.

Multimatriksli sistem preparatı yoğun bağırsağın distal nahiyələrinə effektiv çatdırılmasına imkan verir. Bu cür qışada olan dərman vasitələrinin uzunmüddətli təsiri həbləri gündə çox yox, bir və ya iki dəfə təyin etməyə imkan verir.

Antioksidantlar. Oksidativ stress, bilavasitə toksiki təsirə malik olan oksigenin azad radikallarının toplanması ilə birlikdə XRP-nin patogenezinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərir. Öncə aparılan tədqiqatlarda göstərilir ki, XRP zamanı antioksidant fermentlərin (superoksiddismutazanın, qlutationperoksidazanın və katalazanın) aktivliyinin azalması müşahidə olunur. Bu hal lipidlərin peroksid oksidləşməsinin son məhsulu olan malon dialdehidin əhəmiyyətli yüksəlməsinə gətirib çıxarır və antioksidant sistemin funksional gərginliyini və üzülməsini göstərir. Bu XRP olan xəstələrə antioksidant aktivliyə malik olan dərman preparatlarının təyininin məqsədə uyğun olduğunu əsaslandırır.

Ən çox öyrənilən təbii antioksidantlara bitkilərdə geniş yayılan, insan orqanizminə qida ilə daxil olan və hüceyrənin lipid fazasında toplanan tokoferollar aiddir. Tokoferollar hüceyrə və subhüceyrə membranlarında toplanaraq antioksidant aktivliyini bürüzə verir.

Tokoferolların membran lipidləri ilə sıx kontaktı membranların stabilşməsinə səbəb olur. Tanınmış 8 tokoferoldan α -tokoferol (vitamin E) ən yüksək antioksidant aktivliyə malikdir. Vitamin E-nin antioksidant effekti xinoid halqanın xüsusiyyətləri ilə şərtlənir.

Son onilliklərdə tədqiqatçıların və klinisistlərin E vitamininə böyük diqqəti orqanizmdə autooksidləşmə reaksiyalarının neytrallaşdırılması qabiliyyətinin aşkar edilməsi ilə izah olunur. Bu gün α -tokoferol A vitamini, karotidlər və askorbin turşusu ilə birgə vacib alimantar antioksidant kimi qəbul edilir. E vitamini şüa zədələnmələrində və digər patoloji vəziyyətlərdə müsbət effektin əldə edilməsinə səbəb olur. XRP-nin bazis terapiya sxeminə E vitaminin daxil edilməsi xəstəliyin remissiyasını sürətləndirməyə imkan verir.

Antibakterial preparatlar. XRP-nin terapiyasında ən böyük diqqətə metronidazol layiqdir. Metronidazol – obliqat anaerob bakteriyalar tərəfindən törədilən infeksiyaların və eləcə də, bəsitlər tərəfindən törədilən bir sıra infeksiyon xəstəliklərin sistemli müalicəsi üçün yüksək aktivliyə malik, geniş təsir spektrli antimikrob preparatdır. Bundan əlavə, metronidazol eləcə də fakultativ anaerobların (mikroaerofillərin) ayrı-ayrı nümayəndələrində aktivdir və müvafiq olaraq klinikada həmin mikroorqanizmlərlə törədilən infeksiyalarda effektivdir.

Metronidazol optimal farmakokinetik xüsusiyyətlərlə xarakterizə olunur. Ən vacibləri – preparatın 80-100%-ə qədər olan bioloji mənimlənməsi və peroral qəbulu zamanı sürətli sorulmasıdır. Bunlar preparatın parenteral yeridilməsinə göstərişi məhdudlaşdırır. Metronidazolun bioloji mənimlənməsi 100% səviyyəsindədir, daxilə qəbul edildikdən sonra maksimal konsentrasiyası 1-2 saatdan sonra əldə edilir.

Metronidazolun antimikrob vasitə kimi şübhə yaratmayan üstünlüyü peroral istifadəsi zamanı onun aktivliyi, venadaxili yeridilmə üçün dərman formasının olması, qısa müalicə kursları zamanı effektivliyi və digər farmakokinetik xüsusiyyətlərindədir (yüksək bioəlcətanlığı – orqanlara, toxumalara, bioloji mayelərə yaxşı daxil olması, uzunmüddətli təsiri və yüksək toxuma konsentrasiyaları).

Simptomatik terapiya. XRP-nin ən çox rast gəlinən təzahürü diareyadır. Diareyada xəstənin həyatı üçün potensial təhlükə yaranır

və xəstənin vəziyyətinin dərhal və tam qiymətləndirilməsi və adekvat terapiyanın icrası lazımdır.

Stul epizodlarının rastgəlmə tezliyini azaltmaq məqsədilə, ilk növbədə, diyetanın korreksiyası aparılmalıdır. Stulun konsistensiyasını formalaşdırdan (az miqdarda qida lifləri, yüksək tərkibli mineraları olan, qastrointestinal traktı stimulə etməyən və qıcıqlandırmayan) qidanın qəbulu məsləhət görülür. Bəzi hallarda diareyanın müalicəsi zamanı diyetada dəyişikliklər olunur: hissə-hissə qidalanma, laktozətərkibli məhsulların (süd və süd məhsulları), acı qidanın, alkoholun, kofein tərkibli məhsulların və içkilərin, bəzi meyvələrin, meyvə şirələrinin, qaz əmələ gətirən məhsulların və içkilərin, bol lifli məhsulların, eləcə də yağlı məhsulların istisnası. Yüngül gedişatı olan diareyada BRAT diyetə (bananas, rice, apples, toast) tövsiyə olunur, bu diyetə stulun rastgəlmə tezliyini azaltmaq qabiliyyətindədir. Diareya olan zaman pasiyentlər çoxlu miqdarda maye qəbul etməlidirlər, sutkada 3 litrdən az olmayaraq (o cümlədən su, bulyon, zəif kofeinsiz çay, şəffaf şirələr).

Farmakoloji terapiya aşağıdakı istiqamətlərdə aparılmalıdır: bağırsağ motorikasının zəiflədilməsi, bağırsağ sekresiyasının azaldılması və sorulmanın stimulyasiyası. Diareyanın medikamentoz müalicəsinə ilk növbədə elektrolit balansının bərpası ilə birgə rehidratasiya daxildir. Əgər nəcis kütləsi sutkada 500 ml-dən çoxdursa, mayenin və duzların bərpa edilməsinə ehtiyac yaranır. Müalicənin mütləq komponentləri qlukozanın infuziyası (20 q/l) və ya şəkərin ikiqat miqdarının per os (40 q/l) qəbul edilməsidir ki, bu da elektrolitlərin sorulması üçün lazımdır. Elektrolitlər qlukozasız (saxaroza) sorulurlar. Karbohidratsız məhlullar adi duzlu işlədici kimi təsir göstərməklə, diareyanı yalnız gücləndirir.

Opioidlər elektrolitlərin absorbsiyasına bilavasitə stimüləddici təsir göstəririlər, lakin diareyanın aradan qaldırılmasının əsas mexanizmi onların antiperistaltik aktivliyidir. Nəticədə stulun həcmi və rastgəlmə tezliyi azalır. Çox vaxt kəskin diareyanın aradan qaldırılması üçün loperamid istifadə olunur. Preparat bağırsağ divarının opioid reseptorları ilə əlaqəyə girir və asetilxolinin və prostaqlandinlərin azad edilməsini ləngidir, bu isə bağırsağın propulsiv hərəkət aktivliyinin azalmasına və möhtəviyyatın tranzit vaxtının yüksəlmə-

sinə gətirib çıxarır. Bundan əlavə, loperamid anal sfinkterin tonusunu yüksəldir, defekasiyaya çağırış hissinin rastgəlmə tezliyini və intensivliyini azaldır.

Loperamid – onun əlçatan olması və koqnitiv qabiliyyətə cüzi təsir etməsinə görə tez-tez istifadə olunan opioiddir. Loperamidinin istifadəsi, adətən, 4 mq dozadan başlayır: hər formalaşmayan stuldan sonra 2 mq, sutkada maksimal doza 12 mq təşkil edir. Dozanın artırılmasına baxmayaraq, loperamid 3 və ya 4-cü dərəcəsi olan diareyalı pasiyentlərdə olduqca qeyri-effektiv ola bilər.

İnfeksion agentlərlə ağırlaşmış diareyada loperamid ehtiyatla təyin olunur, çünki bağırsaqdan evakuasiyanın azalması infeksiya agentin ləngiməsinə və beləliklə intoksikasiyanın və diareyanın artmasına gətib çıxarır.

Loperamidin qeyri-effektiv olduğu hallarda somatostatinin sintetik məhsulu olan oktreotidin böyük dozada (dərialtı, sutkada 3 dəfə 0,25-dən 0,5 mq-a qədər) istifadəsi mümkündür. Oktreotid və onun sintetik analoqlarında eyni zamanda həm motor, həm də antisekretor aktivlik mövcuddur; motorika və bağırsaq sekresiyasını stimula edən rəqulyator peptidləri (vazointestinal peptid, qastrin, serotonin, motilin, xolesistokinin və s.) ləngidir. Bundan başqa, oktreotid suyun və elektrolitlərin bağırsaqdan sorulmasına birbaşa stimulaedici təsir göstərir.

Bağırsağın patogen florasının eliminasiyasına yönəlmiş geniş təsir spektrli preparatlar arasında doksisiklin və florxinolonlar vardır. 3-5 gün ərzində antibiotiklərlə müalicə kursu diareyanın davam etmə müddətini azaldır. Antibiotiklər eləcə də, uzun müddətli diareyanın bütün hallarında göstəriş sayılır.

Refrakter diareya inkişaf edəndə eləcə də kortikosteroidlərdən istifadə etmək olar. Onlar elektrolitlərin və dolayı yolla suyun (bağırsaq Na^+/K^+ -ATF-azasının bloklanması hesabına) absorbsiyasını stimula etmə qabiliyyətindədir. Bu məqsədlə daha çox prednizolon 15-20 mq dozada, ə/d istifadə edilir.

Diareyanın müvəffəqiyyətli müalicəsi üçün eləcə də probiotiklər tövsiyə olunur. Probiotiklər pasiyent üçün faydalı olan, müəyyən sayda həyat qabiliyyətli mikroorqanizmlərdən ibarətdir. Diareya, bağırsaq baryeri funksiyasının pozulması və iltihabla bağlı kliniki hal-

larda bağırsaq mikroflorasını yaxşılaşdırmaq üçün probiotik tərkibli qidanın qəbulu göstərişdir. Probiotiklərin çoxsaylı müxtəlif ştammları mövcuddur. Lakin, əksər kliniki tədqiqatlarda *Lactobacillus* və *Bifidobacterium* tərkibli preparatlardan daha çox effekt müəyyən edilmişdir.

Xroniki radiasion proktitin endoskopik müalicə metodları

XRP-nin terapiyasının ümumi seçim prinsipləri simptomların ağırlıq dərəcəsindən asılıdır. Müəlliflərin əksəriyyəti XRP-nin müalicəsini konservativ terapiyadan başlamağı məsləhət gör. Lakin konservativ müalicə effektiv olmadığı halda, xüsusilə tez-tez residiv verən qanaxmalar olanda, konservativ terapiya ilə kombinasiyada endoskopik müalicə tövsiyə olunur.

Bu gün endoskopiya müayinə metodu endoskopik hemostazın geniş vasitələr spektrinə malikdir. Sonuncular öz fiziki mənşəyinə, effektivliyinə, bioloji mənimsənilməyinə və təhlükəsizliyinə görə fərqlənir. Residivləşən XRP olan xəstələrin müalicəsində hemostazın termik, inyeksion, mexaniki və kombinə olunmuş metodları geniş istifadə olunur .

APK (Argon Plasma Coagulation) – yüksək tezlikli elektrocerrahiyyənin monopolyar kontaktsız metodudur. APK-nın prinsipi yüksək tezlikli cərəyanın termik təsirindən ibarətdir. Bu cərəyan toxumaya ionlaşmış arqon plazma axını ilə verilir. APK üzrə çoxsaylı kliniki təcrübələr (o cümlədən, Azərbaycan Respublikası SN Milli Onkologiya Mərkəzində aparılan tədqiqat da) göstərir ki, bu yeni koagulyasiya üsulu tanınmış yüksək tezlikli cerrahiyyə və Nd:YAG lazer metodlarının üstünlüklərindən ibarətdir və sadalanan metodların çatışmayan xüsusiyyətləri APK-da yoxdur. Onun orijinallığı ondadır ki, kontaktsız üsul ilə yüksək tezlikli enerji ionlaşmış arqonun (arqon plazması) köməyi ilə toxumaya keçirilir, bu isə effektiv səthi koagulyasiyanı nəzarət olunan yeridilmə dərinliyində həyata keçirməyə imkan verir. Metod nisbətən təhlükəsizdir, ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi 1,5%-i keçmir. Kliniki onkologiyada APK-nın istifadəsinin

dünya təcrübəsi göstərir ki, son illərdə APK effektivliyinə görə bütün digər endoskopik hemostaz metodlarından üstündür.

APK sistemi idarəetmə bloku olan qaz mənbəyindən (arqon), yüksək tezlikli cərəyan mənbəyindən (elektrocərrahi generator) və müvafiq arqon plazma zondlarından (applikatorlar) ibarətdir. Applikatorun arqon yeridilən kanalında, yüksək tezlikli generatorla birləşmiş elektrod mövcuddur (aktiv yüksək tezlikli elektrod). Neytral elektrod pasiyentin budunda fiksə edilir. Apparat qoşulduqda və zondun aktivləşməsi zamanı applikatorun kanalından arqon daxil olur, elektroda isə yüksək tezlikli enerji verilir. Yüksək tezlikli gərginliyin səviyyəsi çox yüksək olduqda, elektrod ilə əmələ gələn elektrik cərəyanının təsiri altında toxumadan az məsafədə, zond-applikatorun distal ucunda arqonun ionlaşması baş verir. Arqon axınında cərəyan keçirən plazma əmələ gəlir. Sonra applikator və toxuma arasında yüksək tezlikli cərəyan axır, o, monopolyar elektrik zənciri bağlayaraq, pasiyentin elektroduna istiqamətləndirilir. Plazma toxumanın səthinə düşən kimi yüksək tezlikli cərəyanın əldə edilən sıxlığı arzu olunan koaqulyasiyanı təmin edir. Koaqulyasiyanın dərinliyi 3 mm-dən çox olmur (bu isə ənənəvi elektrokoaqulyasiyada olduğundan, təxminən, 2 dəfə azdır) və təsir vaxtından asılıdır. Bu avtomatik tənzimlənən dərinlik və vaporizasiya effektinin olmaması (hüceyrədaxili mayenin buxara çevrilməsi) APK-nın boşluqlu orqanın divarının perforasiyası baxımından yüksək dərəcəli təhlükəsizliyini təmin edir. APK-nın icrası nəticəsində səthi qartmaq əmələ gəlir. Həmin qartmaq ənənəvi vasitələr istifadə edilən zaman əmələ gələnlərə nisbətən, daha nazik, elastik və sıx bitişib. Belə qartmaq qanaxma residivindən daha yaxşı müdafiə edir.

APK zamanı toxuma-hədəfin hərarəti arqonun soyuducu təsirinə görə 110⁰C-dən çox deyil. Arqon - kimyəvi inert qazdır, bunun nəticəsində, düzgün applikasiya zamanı karbonlaşma (toxumanın külə dönməsi), praktiki olaraq, baş vermir.

Qeyd etmək lazımdır ki, APK metodikası radiasion proktitin yalnız hemorragik komponentinin müalicəsinə istiqamətləndirilir və praktiki olaraq, XRP-nin digər simptomlarına təsir göstərmir. Eyni zamanda, qeyd etmək lazımdır ki, rektal qanaxma xəstənin həyatı üçün təhlükəli ağırlaşmadır. Bu ağırlaşma bizi məcbur edir ki,

pasiyentlərə simptomatik müalicəni və anemiyanın korreksiyasını yerinə yetirmək məqsədilə onları tez-tez hospitalizasiya edək. Kəskin anemiyalar zamanı hemotransfuziyaların icrası tələb olunur, bu isə iqtisadi cəhətdən çox xərclərin olması deməkdir. Bununla əlaqədar, APK metodu XRP-nin müalicəsində geniş istifadə üçün olduqca perspektivlidir.

XRONİKİ RADİASİON PROKTİTİN KOMBİNƏOLUNMUŞ MÜALİCƏSİNİN İMKANLARI

XRP-nin konservativ terapiyası üçün istifadə olunan dərman preparatlarının arsenalı olduqca genişdir. Lakin, bunlara baxmayaraq, bu günə qədər mesalazin və qlyukokortikoidlər öz pozisiyalarını itirmir və XRP-nin remissiyasının induksiyasında ən effektiv dərman vasitələri kimi qalmaqdadırlar.

XRP-nin konservativ müalicəsi konsepsiyasını ümumilikdə müzakirə edərək, düz bağırsağın selikli qişasının patogenezinin, patomorfoloji dəyişikliklərinin və xəstəliyin kliniki gedişatının xüsusiyyətlərini nəzərə almaq lazımdır. Güman edirik ki, bu patologiyanın müalicəsində bazis patogenetik terapiya ilə yanaşı, əsas diqqət düz bağırsağın selikli qişasının epitelinin vəziyyətinə yitirməlidir: mənfəzdaxili amillərə (sukralfat, vismut) ekspozisiyanın azalması, reparasiyanın stimulyasiyası (qida lifləri, qısaazəncirli yağ turşuları), mikrofloranın korreksiyası (bağırsağ çöpünün adgeziv ştammları, sulfatbərpaedici bakteriyalar əleyhinə – antibakterial preparatlar, diyeta). Bu yanaşma, hal-hazırda çox istifadə olunan monoterapiyanı yox, kompleks təsiri nəzərdə tutur.

Göstərilən konsepsiyanın əsaslarına görə, bizim tərəfimizdən XRP-nin kombinə olunmuş konservativ terapiyasının iki sxemi təklif olunur.

Sxem I

Sulfasalazin və ya onun analoqları 3 q/sut., daxilə – 4 həftə;
Rektal mikroimalə şəklində sukralfat, 20 ml məhlula 2 q, sutkada 2 dəfə - 4 həftə;

Metronidazol 1 q/sut., daxilə - 2 həftə;
Zakofalk 4 q/sut., daxilə - 4 həftə;
E vitamin 400 ME/sut., daxilə – 12 həftə.

Sxem II

Sulfasalazin və ya onun analoqları 3 q/sut., daxilə – 4 həftə;
Hidrokortizonun rektal mikroimalə şəklində suspenziyası 125
mq/sut. – 4 həftə;
Metronidazol 1 q/sut., daxilə - 2 həftə.

Kombinə olunmuş konservativ terapiya başa çatdıqdan və kliniki və endoskopik remissiya əldə edildikdən sonra xəstələrə dəstəkədi terapiya aparılırdı. Bu terapiyaya sulfasalazin və ya onun analoqları daxil idi: 12 həftə ərzində, 1-1,5 q/sutkada.

Teleangioektaziyalar və nöqtəvari qanaxmalar zamanı və eləcə də effektiv olmayan konservativ terapiyadan sonra endoskopik APK icra edilirdi. Konservativ terapiyanın effektsizliyi zamanı müalicə fonunda düz bağırsaqdan davam edən və ya residivləşən qanaxmalar müşahidə olunurdu. Konservativ müalicədən effekt alınmadığı halda pasiyentlərə kombinə olunmuş müalicə icra edilirdi. Kombinə olunmuş müalicəyə APK ilə müştərək aparılan bazis konservativ terapiya və metabolik pozulmaların korreksiyası da daxil olmuşdur.

2017-2019-cu illərdə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Milli Onkologiya Mərkəzində UBX olan XRP ilə 123 xəstənin konservativ terapiyasının təklif olunan iki sxemi ilə müalicəsinin nəticələrinin qiymətləndirilməsinə həsr olunan kliniki tədqiqat aparılıb. Bütün bu xəstələr 2015-2016-cı illər ərzində UBX-yə görə kimyarioterapiyaya məruz qalıblar. Kimyarioterapiya başa çatdıqdan sonra müxtəlif müddətlərdə onlarda xroniki radiasion proktit inkişaf etmişdir.

Kliniki tədqiqat prosesində 63 xəstəyə (I qrup) müalicə I-ci sxem, 60 xəstəyə (II qrup) isə II-ci sxem ilə aparılıb.

XRP-nin konservativ terapiyasının iki sxeminin effektivliyinin təhlili aşağıdakı nəticələri aşkar etdi. I qrupun xəstələrində remis-siyaların rastgəlmə tezliyi 84,1% halda müşahidə edildi və

statistik dürüst yüksək idi, nəinki II qrupda – 68,3%. Ümumilikdə, I qrupun 15,9% və II qrupun 31,7% xəstəsində XRP-nin konservativ terapiyası effektiv olmadı. Konservativ terapiyanın effektiv olmaması, ilk növbədə, düz bağırsağın müxtəlif intensivlikli residivləşən qanaxmaları ilə bağlı idi. Bu xəstələrin hamısı endoskopik APK-ya məruz qalmışdır.

Aparılan təhlil aşkar etdi ki, XRP-nin ağırlıq dərəcəsi, yanaşı xəstəliklər və pasiyentlərin yaşı konservativ terapiyanın remissiyalarının rastgəlmə tezliyinə əhəmiyyətli təsir göstərir.

XRP-nin ağırlıq dərəcəsi artdıqca remissiyaların rastgəlmə tezliyi azalır və müalicədən effektivlik göstəriciləri yüksəlir. Remissiyaların rastgəlmə tezliyi I qrupda 1-2-ci dərəcəli XRP zamanı 49,2% xəstədə müşahidə edilirdi. Analoji göstərici 3-4-cü dərəcəli XRP-də əhəmiyyətli aşağı idi - 34,9%.

II qrupda XRP-nin 1-2-ci dərəcəsi zamanı obyektiv effektlərin rastgəlmə tezliyi 43,3% halda müşahidə edildi. XRP-nin 3-4 dərəcəsi zamanı isə xəstələrdə analoji göstərici əhəmiyyətli aşağı idi - 25,0%.

Yanaşı gedən xəstəliklər XRP-nin müalicəsinə əhəmiyyətli təsir göstərən vacib amildir. XRP-nin müalicəsinin effektivliyinə yanaşı gedən xəstəliklərin təsirinin təhlili remissiyaların rastgəlmə tezliyinin əhəmiyyətli azalmasını aşkar etdi.

Konservativ müalicədən öncə XRP-nin ağırlıq dərəcəsi və yanaşı gedən xəstəliklərin olması kimi amillər XRP-nin residivlərinin rastgəlmə tezliyinə təsir göstərir.

I qrupda yanaşı gedən patologiyası olmayan xəstələrdə 100,0% halda xəstəliyin remissiyası müşahidə edildi. XRP zamanı yanaşı gedən diabet ilə pasiyentlərdə remissiyaların rastgəlmə tezliyi 80,0% təşkil etdi. Yanaşı gedən xroniki kolit ilə xəstələrdə remissiyaların rastgəlmə tezliyi 73,7% təşkil etdi.

II qrupda yanaşı gedən patologiyası olmayan xəstələrdə 89,5% halda xəstəliyin remissiyası müşahidə edildi. XRP zamanı yanaşı gedən diabet ilə pasiyentlərdə remissiyaların rastgəlmə tezliyi 56,3% təşkil etdi. Yanaşı gedən xroniki kolit ilə xəstələrdə remissiyaların rastgəlmə tezliyi 50,0% təşkil etdi.

Ümumilikdə, təhlil göstərir ki, XRP-nin iki konservativ terapiya sxeminin nəticələri və onlara təsir edən amillər aşağıdakı yekunu təsdiqləyir. I konservativ terapiya sxemi, II sxemdən daha effektivlidir. Birinci sxem, ikinci sxemə nisbətən, xəstəliyin remissiyalarının rastgəlmə tezliyini statistik dərüst yüksəltməyə imkan verir və XRP olan xəstələrin müalicəsində birinci xətt terapiyası kimi tövsiyə edilə bilər.

YEKUN

Xroniki radiasion proktit – kiçik çanaq orqanların bədxassəli şişlərinin, xüsusilə də uşaqlıq boynu xərçənginin kimyaradioterapiyasının ən çox rast gələn və ciddi ağırlaşmalarından biridir.

Aparılan tədqiqatın nəticəsində təyin edildi ki, endoskopiya müayinəsi zamanı 30% xəstədə kimyaradioterapiya başa çatdıqdan sonra müxtəlif müddətlərdə XRP aşkar oluna bilər. XRP-nin rastgəlmə tezliyi və ağırlıq dərəcəsi çox amillərdən asılıdır. Onlardan ən vacibi doza və şüalanmanın planlama rejimidir (konvensional və ya konform şüa terapiyası). Xəstənin yaşı, xəstəliyin mərhələsi və yanaşı gedən xəstəlik kimi risk amilləri XRP-nin rastgəlmə tezliyinə və ağırlıq dərəcəsinə əhəmiyyətli təsir göstərir. Sadalanan amillər XRP-nin inkişaf riskini əhəmiyyətli yüksəldir.

XRP-nin kimyaradioterapiya başa çatdıqdan sonra inkişafı mərhələli xarakter daşıyır. XRP-nin 3-4 dərəcəli kliniki-endoskopik təzahürləri dərhal əmələ gəlmir, xəstəliyin minimal əlamətlərindən daha ağır dərəcəsinə qədər tədricən inkişaf edir. XRP-nin inkişafı və manifestasiyası üçün 7-12 ay müddəti ən kritikdir. Deməli, kimyaradioterapiyaya məruz qalan UBX ilə xəstələrdə XRP-nin erkən diaqnostikası məqsədlə kimyaradioterapiya başa çatdıqdan 3 aydan gec olmayaraq mütləq endoskopiya müayinəsinin icrası tövsiyə edilir. Ondan sonra 3 il ərzində hər 6 aydan bir sistemativ olaraq endoskopiya müayinəsi aparılmalıdır.

XRP-nin təsdiqi üçün, xüsusilə zədələnmənin minimal əlamətləri zamanı, dürüst və obyektiv müayinə metodu kolonoskopiyaadır.

XRP-nin kliniki təzahürlərinin ağırlıq dərəcəsinin RTOG-LENT-SOMA təsnifatı ilə qiymətləndirilməsi radiasion proktitin endoskopiya zamanı aşkarlanan obyektiv təzahürlərinə uyğun gəlmir. LENT-SOMA kliniki təsnifata nisbətən, VRS endoskopik təsnifatı kimyaradioterapiyadan sonra bağırsaqda yaranan patoloji dəyişikliklərin daha dürüst xarakteristikasını əldə etməyə imkan verir.

XRP-nin bazis patogenetik terapiyası ilə yanaşı, konservativ terapiyası düz bağırsaq epitelinin reparasiyasının stimulyasiyasına, mənəfdaxili amillərin ekspozisiyasının azalmasına, iltihabi prosesin

qarşısının alınmasına, bağırsaq mikroflorasının korreksiyasına yönələn preparatlardan ibarət olmalıdır. Bu yanaşma – effektiv müalicə vasitəsidir, remissiyaların rastgəlmə tezliyinin yüksəlməsini şərtləndirir və xəstəliyin residivlərinin qarşısını alır.

Təqdim edilən kombinə olunmuş konservativ terapiya sxemi əksər xəstələrdə remissiyanı əldə etməyə imkan verir və XRP-nin müalicəsinin birinci xətt terapiyası kimi tövsiyə oluna bilər. XRP-nin konservativ terapiyasının icrası zamanı nəzərə almaq lazımdır ki, xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi və yanaşı gedən xəstəliklər kimi amillər (diabet, xroniki kolit və s.) müalicənin nəticələrinə neqativ təsir edə bilər.

Arqonplazma koaqulyasiyası – residiv qanaxmalarla ağırlaşan XRP-nin endoskopik müalicəsinin yüksək effektivli və təhlükəsiz metodudur. Konservativ müalicə effektiv olmadığı halda konservativ terapiya ilə müştərək aparılan endoskopik arqonplazma koaqulyasiyası həmin patologiyanın müalicəsində seçim metodu sayılır.

İXTİSARLARIN VƏ ŞƏRTİ İŞARƏLƏRİN SİYAHISI

APK – arqonplazma koaqulyasiyası

5-AST – 5-aminsalisil turşusu

QK – qlükokortikoidlər

UBX – uşaqlıq boynu xərçəngi

XRP – xroniki radiasion proktit

RTOG (Radiation Therapy Oncology Group) – Radioterapevtik Onkoloji Qrupu

EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) – Xərçəngin Tədqiqi və Müalicəsi üzrə Avropa təşkilatı

RTOG/EORTC – kəskin şüa zədələnmələrin meyarlarının qiymətləndirilməsi təsnifatı

LENT-SOMA (LENT = Late Effects Normal Tissues, SOMA = Subjective, Objective, Management and Analytic) – gecikmiş şüa zədələnmələrin qiymətləndirilməsi şkalası

VRS (Vienna Rectoscopy Score) – Düz bağırsağın selikli qişasının radioterapiyadan sonrakı patoloji dəyişikliklərinin Vyana rektoskopik təsnifatı

ESGE (European Society for Gastrointestinal Endoscopy) – Qastrointestinal Endoskopiya Cəmiyyəti

XBT-10 – xəstəliklərin beynəlxalq təsnifatı, 10-cı buraxılış

İSTİFADƏ EDİLMİŞ ƏDƏBİYYAT SİYAHISI

1. İsayev, İ.H. Uşaqlıq boynu xərcənginin şüa terapiyasında boşluq-daxili və toxumadaxili braxiterapiya metodlarının tətbiqi ilə müş-tərək şüa müalicəsi və müqayisəli analizi / İ.H.İsayev, E.H.Quliyev, K.S.Əkbərov [və b.] // Azərbaycan Onkologiya Jurnalı, – Bakı: – 2019. №1, – s. 75-77.
2. Алиев, Д.А. Поражения кишечника после химиорadiотерапии / Д.А.Алиев, Н.Р.Алиева // Azərbaycan Onkologiya Jurnalı, - Bakı: - 2017. №1, - c. 6-12.
3. Алиев, Д.А. Сравнение возможностей оценки поздних лучевых повреждений прямой кишки венской ректоскопической классификацией и клинической классификацией Lent-Soma / Д.А.Алиев, И.Н. Исаев, Н.Р.Алиева [и др.] // Azərbaycan təbii bətibətinin müasir nailiyyətləri, - Bakı: - 2017. №3, - c. 219-224.
4. Алиев, Д.А. Результаты сочетанной конкурентной лучевой терапии больных раком шейки матки ПА–ПВ стадий с использованием внутриволостной и внутритканевой брахитерапии / Д.А.Алиев, И.Г.Исаев, К.С.Акперов [и др.] // Вопросы онкологии, - Санкт-Петербург: - 2017. №4, - c. 622-627.
5. Алиева, Н.Р. Эффективность медикаментозной терапии хронического радиационного проктита после химиорadiотерапии рака шейки матки // Онкологический журнал «Белорусское общество онкологов», - 2019. т.13, №4 (52), - c. 5-11.
6. Гречин, А.И. Хронический лучевой проктит. Современные возможности диагностики и лечения / А.И.Гречин, Д.Ю.Пикунов, О.А.Майновская [и др.] // Колопроктология, - 2018. т. 65, №3, - c. 66-74.
7. Лучевые проктиты: пособие для врачей / Т.Б.Топчий, И.В.Сычева, Г.О.Рухадзе [и др.] - Москва: Прима Принт, - 2019. - 36 с.

8. Масляная кислота и инулин в клинической практике: теоретические аспекты и возможности клинического применения: учебное пособие / Под ред. М.Д.Ардатской. - Москва: Форте принт, - 2014. - 64 с.
9. Cox, J.D. Toxicity criteria of the Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) / J.D.Cox, J.Stetz, T.F.Pajak // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys., - 1995. vol. 31, № 5, - p. 1341-1346.
10. Grodsky, M.B. Radiation proctopathy / M.B.Grodsky, S.M.Sidani // Clin. Colon Rectal Surg., - 2015. vol. 28, №2, - p. 103-111.
11. Haboubi, N. Pathology and Pathogenesis of Radiation Bowel Disease: Histopathological Appraisal in the Clinical Setting // EMJ Gastroenterol., - 2018. vol. 7, №1, - p. 113-119.
12. Hortelano, E. Is argon plasma coagulation an effective and safe treatment option for patients with chronic radiation proctitis after high doses of radiotherapy? / E.Hortelano, A.Gomez-Iturriaga, R.Ortiz-de-Zarate [et al.] // Revista Española de Enfermedades Digestivas, - 2014. vol. 106, №3, - p. 165-170.
13. Karamanolis, G. Endoscopic treatments for chronic radiation proctitis / G.Karamanolis, P.Psatha, K.Triantafyllou // World J. Gastrointest. Endosc., - 2013. vol. 5, №7, - p. 308-312.
14. Lam, M. Argon plasma coagulation for the treatment of hemorrhagic radiation colitis / M.Lam, M.Parliament, C.Wong // Case Rep. Gastroenterol., - 2012. vol. 6, № 2, - p. 446-451.
15. LENT SOMA tables // Radiother. Oncol., -1995. vol. 35, №1, - p.17-60.
16. Lenz, L. Chronic radiation proctopathy: A practical review of endoscopic treatment / L.Lenz, R.Rohr, F.Nakao [et al.] // World J. Gastrointest. Surg., - 2016. Feb; vol. 8, № 2, - p. 151-160.
17. Tabaja, L. Management of Radiation Proctitis / L.Tabaja, S.M.Sidani // Dig. Dis. Sci., - 2018. Sep; vol. 63, №9, - p. 2180-2188.

MÜNDƏRİCAT

Giriş.....	3
Xroniki radiasion proktitin patogenezi.....	4
Bağırsağın şüa zədələnmələrinin patomorfologiyası.....	7
Bağırsağın şüa zədələnmələrinin təsnifatı.....	8
Xroniki radiasion proktitin kliniki təzahürləri.....	14
Xroniki radiasion proktitin rastgəlmə tezliyinə təsir edən amillər....	15
Xroniki radiasion proktitin diaqnostikası.....	17
Xroniki radiasion proktitin müalicəsi.....	22
Xroniki radiasion proktitin kombinəolunmuş müalicəsinin imkanları.....	34
Yekun.....	38
İxtisarların və şərti işarələrin siyahısı.....	40
İstifadə edilmiş ədəbiyyat siyahısı.....	41

Ч а п а и м з а л а н м ы ш д ы р : 03.06.2020.
Ю л ч ц : 60x84 1/16. Ч а п в я р я г и : 5,5. С и ф а р и ш : 90/20. С а й : 100 я д я д .



Б а к ы , A z 1122, Н . 3 я р д а б и 78
Т е л : 4977021 / Faks: 4971295
Е - п о ч т у : office@nurlar.az